

---

## II.

---

# DYNAMISCHE ANSÄTZE BEI ACHSE—I-STÖRUNGEN



## KAPITEL 7

# SCHIZOPHRENIE

Es gibt keine Entwicklungsphase, in der der Mensch außerhalb der zwischenmenschlichen Bezogenheit existiert.

*Harry Stack Sullivan*

Bei der Entstehung von Schizophrenie spielen genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse der am strengsten kontrollierten Studien deuten auf eine Konkordanz von Schizophrenie bei eineiigen Zwillingen zwischen 40 und 50 % hin, während die Konkordanz bei zweieiigen Zwillingen in etwa dieselbe ist wie bei Geschwistern (Kety 1996; Plomin et al. 1990). Wie bei praktisch allen psychiatrischen Störungen erfolgt jedoch auch hier keine Vererbung nach eindeutig mendelschem Muster. Wahrscheinlich liegt eine genetische Homogenität vor – mit anderen Worten, wahrscheinlich ist mehr als ein defektes Gen beteiligt, und der Störung liegen mehrere genetische Konstellationen zugrunde. Auch Umweltfaktoren scheinen bei der Entstehung der Schizophrenie eine Rolle zu spielen, da weniger als die Hälfte der eineiigen Zwillinge konkordant sind, wobei noch keine Übereinstimmung über die genaue Art dieser Umweltschäden herrscht. Zu den möglichen Ursachen gehören Geburtsschäden, Virusinfektionen während der Schwangerschaft, Probleme mit der Blutversorgung im Uterus, Ernährungsfaktoren, Entwicklungsstörungen und bestimmte Arten von Kindheitstraumata (Kety 1996; Olin und Mednick 1996). Neuere Forschungen lassen darauf

schließen, dass sowohl das Aufwachsen in einer städtischen Umgebung (Pedersen und Mortensen 2001) als auch Kopfverletzungen in der Kindheit (Abdelmalik et al. 2003) das Risiko für Schizophrenie erhöhen.

Es gibt keine biologischen Forschungen, die die eine unumstößliche Tatsache widerlegen würden – dass nämlich die Schizophrenie eine Krankheit ist, die bei Menschen mit einer einzigartigen psychologischen Struktur auftritt. Selbst wenn die Ätiologie der Schizophrenie zu 100 % mit genetischen Faktoren zu erklären wäre, würden die Kliniker dennoch einer dynamisch komplexen individuellen Reaktion auf eine äußerst beunruhigende Krankheit begegnen. Gut ausgearbeitete psychodynamische Ansätze werden stets unerlässliche Komponenten des Instrumentariums sein, das der Kliniker bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie einsetzt. Es können wohl höchstens 10 % der schizophrenen Patienten, die nur eine aus Neuroleptika und kurzen stationären Aufenthalten bestehende Behandlung erhalten, angemessen funktionieren (McGlashan und Keats 1989). Die übrigen 90 % profitieren möglicherweise von dynamisch orientierten Behandlungsansätzen, deren wesentliche Bestandteile zur erfolgreichen Handhabung ihrer Schizophrenie unter anderem dynamische Pharmakotherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie, familientherapeutische Ansätze und das Erlernen von Fertigkeiten sind.

Die Behandlung für Schizophrenie gibt es nicht. Alle therapeutischen Maßnahmen müssen auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten abgestimmt werden. Schizophrenie ist eine heterogene Krankheit mit wandelbaren klinischen Manifestationen. Eine sinnvolle Aufteilung der deskriptiven Symptomatologie der Störung ist die Gruppierung in drei Cluster: 1. positive Symptome, 2. negative Symptome und 3. gestörte persönliche Beziehungen (Andreasen et al. 1982; Keith und Matthews 1984; Munich et al. 1985; Strauss et al. 1974). Nach diesem erstmals von Strauss empfohlenen Modell wird zwischen drei psychopathologischen Prozessen unterschieden, die bei schizophrenen Patienten vorkommen. Es ist eine von mehreren bisher erarbeiteten Klassifizierungen. Manche sind der Ansicht, dass der dritte Cluster auch Symptome der mentalen oder kognitiven Desorganisation enthalten sollte. Ich habe mich für gestörte persönliche Beziehungen als Schwerpunkt entschieden, weil sie für einen dynamisch orientierten Behandlungsansatz von Bedeutung sind. Zu den positiven Symptomen gehören Störungen der Gedankeninhalte (wie Wahnvorstellungen), Störungen der Wahrnehmung (wie Halluzinationen) und Manifestationen im Bereich des Verhaltens (wie Katatonie und Erregung), die innerhalb kurzer Zeit entstehen und häufig Begleiterscheinungen einer akuten psychotischen Episode sind.

Während die vollständig ausgeprägten positiven Symptome eine unbestrittene „Präsenz“ darstellen, lassen sich die negativen Symptome der Schizophrenie eher als das „Fehlen“ bestimmter Funktionen beschreiben. Zu diesen negativen Symptomen gehören eingeschränkte Affekte,

Gedankenarmut, Apathie und Anhedonie. Patienten, bei denen die negativen Symptome überwiegen, können durch eine Reihe von Merkmalen beschrieben werden, die auf eine strukturelle Abnormität des Gehirns hindeuten, so zum Beispiel schlechte prämorbid Anpassung, schlechte Schulleistungen, größere Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle zu behalten, schlechtere Leistungen bei kognitiven Tests, schlechtes Ansprechen auf Behandlung, früher Ausbruch der Krankheit und prämorbid Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Funktionen und des Werkzeuggebrauchs (Andreasen et al. 1990).

Carpenter et al. (1988) haben sich für eine weitere Unterscheidung innerhalb der negativen Symptome ausgesprochen. Sie haben darauf hingewiesen, dass bestimmte Formen des sozialen Rückzugs, der abgestumpften Aspekte und der scheinbaren Gedankenarmut in Relation zu Angst, Depression, Vernachlässigung durch die Umwelt oder der Wirkung von Medikamenten sekundär sein können. Deshalb sollten diese Manifestationen nicht als *negative Symptome* bezeichnet werden, da sie von kurzer Dauer und sekundär sind. Carpenter et al. (1988) haben für eindeutig negative Symptome, die von Dauer sind, den Begriff *Defizitsyndrom* vorgeschlagen. Die Dauer negativer Symptome ist auch für die Prognose von Bedeutung. Kirkpatrick et al. (2001) haben betont, dass die Defizitpathologie eine Gruppe von Patienten umschreibt, deren Krankheit sich grundlegend von einer Schizophrenie ohne Defizitmerkmale unterscheidet. Sie haben darauf hingewiesen, dass die Defizitkrankheit einen anderen Verlauf sowie andere biologische Korrelate hat und anders auf Behandlung anspricht.

Ebenso wie die negativen Symptome entwickeln sich auch gestörte persönliche Beziehungen gewöhnlich über eine lange Zeit. Solche Probleme entspringen einem charakterologischen Substrat und umfassen eine Fülle von zwischenmenschlichen Beziehungen, die so vielfältig sind wie die menschliche Persönlichkeit. Zu den auffälligen Manifestationen gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen gehören Rückzug, der unangemessene Ausdruck von Aggression und Sexualität, fehlendes Bewusstsein für die Bedürfnisse anderer, ein übermäßig forderndes Verhalten und die Unfähigkeit, bedeutsame Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen. Diese dritte Kategorie ist weniger eng definiert als die anderen beiden, weil so gut wie jeder schizophrene Patient mit Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu kämpfen hat. Es ist sogar so, dass sich die drei Kategorien stark überschneiden und der Patient im Verlauf der Krankheit von einer Gruppe in eine andere übergehen kann. Der größte Nutzen der drei Modelle besteht darin, dass sie die Kategorisierung der vorherrschenden Manifestationen der Krankheit erleichtern, sodass die Behandlung entsprechend angepasst werden kann. Die Unterscheidungen sind nicht nur auf der Ebene der deskriptiven Symptome, sondern auch hinsichtlich der Gewichtung dynamischer Überlegungen von heuristischer und praktischer Bedeutung.

## Die psychodynamische Auffassung zur Schizophrenie

---

Es sind schon viele psychodynamische Modelle vorgeschlagen worden, die dem Kliniker helfen sollen, den schizophrenen Prozess zu verstehen. Einen zentralen Platz in der Diskussion über die Theorien zur Schizophrenie nimmt die Kontroverse über Konflikt oder Defizit (siehe Kapitel 2) ein. Auch Freud schwankte zwischen einem Konfliktmodell und einem Defizitmodell der Schizophrenie, während er sein eigenes Konzept entwickelte (Arlow und Brenner 1969; Grotstein 1977a, 1977b; London 1973a, 1973b; Pao 1973). Ein Großteil von Freuds (1911/1958, 1914/1963, 1915/1963, 1924a/1961, 1924b/1961) Konzept wurzelte in seiner Vorstellung über die Besetzung, welche die Menge an Energie bezeichnet, die zu einer intrapsychischen Struktur oder Objektrepräsentanz gehört. Er war davon überzeugt, dass die Schizophrenie durch den Abzug der Besetzung der Objekte gekennzeichnet ist. Manchmal verwandte er das Konzept des Abzugs der Besetzung, um den Abzug emotionaler oder libidinöser Ressourcen von intrapsychischen Objektrepräsentanzen zu beschreiben; dann wieder benutzte er den Begriff, um den Rückzug von realen Personen im Umfeld zu beschreiben (London 1973a). Freud definierte die Schizophrenie als eine Regression als Reaktion auf intensive Frustration in Bezug auf andere und intensive Konflikte mit ihnen. Mit dieser Regression von der Objektbezogenheit in ein autoerotisches Entwicklungsstadium gehe der Abzug emotionaler Ressourcen von Objektrepräsentanzen und externen Figuren einher, was das Auftreten des autistischen Rückzugs bei schizophrenen Patienten erkläre. Freud (1914/1963) vertrat die These, die Besetzung des Patienten werde dann in das Selbst oder das Ich reinvestiert.

Einige Verfasser (London 1973a, 1973b; Wexler 1971) haben Freuds Abzug der Besetzung als Anerkennung eines Defizitmodells der Schizophrenie betrachtet, obwohl Freud eindeutig versucht hatte, auch den Konflikt zu berücksichtigen. Nachdem er sein Strukturmodell erarbeitet hatte, revidierte er seine Ansicht über die Psychose dementsprechend (Freud 1924a/1961, 1924b/1961). Während er die Neurose als Konflikt zwischen dem Ich und dem Es betrachtete, deutete er die Psychose als Konflikt zwischen dem Ich und der äußeren Welt. Bei der Psychose, so meinte er, kommt es zunächst zu einer Verleugnung und dann zu einer Umgestaltung der Wirklichkeit. Trotz dieser Revidierung sprach Freud auch weiterhin vom Abzug der Besetzung und ihrer Reinvestition in das Ich. Mit dem Abzug der Objektbesetzung erklärte er seine Beobachtung, dass schizophrene Patienten im Unterschied zu neurotischen nicht zu Übertragungen fähig waren.

Freuds Vorstellung, schizophrene Patienten entwickelten keine Übertragungsbindungen, hing eindeutig damit zusammen, dass er bei solchen Patienten keine intensiven therapeutischen Anstrengungen unternahm. Er war

der Überzeugung, die Störung resultiere aus frühen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten (besonders in der Kind-Eltern-Beziehung) und konzeptualisierte die Behandlung als einen langfristigen zwischenmenschlichen Prozess, in dem versucht wird, diese frühen Probleme anzusprechen. Sullivan (1962) zufolge führt die falsche Betreuung durch die Mutter zu einem angsterfüllten Selbst beim Kleinkind und verhindert, dass die Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden. Dieser Aspekt der Selbsterfahrung wird dann, so meint er, dissoziiert, das Selbstwertgefühl erleidet jedoch beträchtlichen Schaden. Der Ausbruch der Schizophrenie ist nach Sullivans Ansicht ein Wiederaufleben des dissoziierten Selbst, das zu einem panischen Zustand und dann zu psychotischer Desorganisation führt. Sullivan ist stets davon ausgegangen, dass die Fähigkeit zu zwischenmenschlicher Bezogenheit selbst bei extrem zurückgezogenen Schizophrenen vorhanden ist. Seine bahnbrechende Arbeit mit schizophrenen Patienten führte seine Schülerin Frieda Fromm-Reichmann (1950) fort, die betonte, schizophrene Menschen seien nicht glücklich in ihrer Zurückgezogenheit. Sie seien sehr einsame Menschen, die ihre Angst und ihr Misstrauen gegenüber anderen wegen schlechter Erfahrungen in jungen Jahren nicht überwinden können.

Während Sullivan und seine Anhänger ihre zwischenmenschlichen Theorien entwickelten, beobachteten die frühen Ich-Psychologen, dass die fehlerhafte Ich-Grenze eines der Hauptdefizite schizophrener Patienten ist. Federn (1952) stimmte Freuds Behauptung, bei Schizophrenie werde die Objektbesetzung abgezogen, nicht zu. Statt dessen hob er den Abzug der Ich-Grenzen-Besetzung hervor. Er erklärte, bei schizophrenen Patienten gebe es keine Grenze zwischen dem, was innen, und dem, was außen ist, da ihre Ich-Grenze psychologisch nicht mehr besetzt sei (wie bei neurotischen Patienten).

Viele dieser frühen psychoanalytischen Definitionen verursachten enorme Schwierigkeiten zwischen den Klinikern, die Patienten mit Schizophrenie behandelten, und den Familien dieser Patienten. Begriffe wie *schizophrenogene Mutter* schufen eine Atmosphäre, in der die Mütter das Gefühl hatten, dafür verantwortlich gemacht zu werden, dass ihre Kinder an Schizophrenie litten. In den letzten Jahrzehnten sind differenziertere Definitionen der Schizophrenie entstanden (Arlow und Brenner 1969; Blatt und Wild 1976; Grand 1982; Grotstein 1977a, 1977b; Mahler 1952; Ogden 1980, 1982). Die meisten dieser Theorien basieren auf Rekonstruktionen anhand der Arbeit mit erwachsenen Patienten. Mit anderen Worten, die Kliniker haben die mentalen Prozesse im Rahmen der Psychotherapie untersucht und sie auf die Fragen der Entwicklung in der Kindheit extrapoliert. Leider werden die Erkenntnisse der biologischen Forschung bei vielen psychoanalytischen Theorien zur Ätiologie nicht berücksichtigt.

Mehrere psychologische Konfigurationen zeigen die Schnittstelle zwischen dem Neurobiologischen und dem Psychologischen auf. Kinder, die schließlich an Schizophrenie erkranken, haben eine Aversion gegen Objektbeziehungen,

was eine Bindung zu ihnen erschwerte. Häufige präschizophrene Persönlichkeitsmerkmale sind auch Überempfindlichkeit gegen Stimulierung und Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration. Die Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass regionale diffuse Verluste des sensorischen Gating im zentralen Nervensystem charakteristisch für Schizophrenie sein können (Freedman et al. 1996; Judd et al. 1992), sodass die Patienten Schwierigkeiten haben, irrelevante Stimuli herauszufiltern und dadurch eine chronische sensorische Überlastung empfinden. Robbins (1992) vermutete eine Korrelation zwischen emotionalen Zuständen mentalen Vergessens sowie kortikaler Atrophie und verminderter Aktivität in den Frontallappen des schizophrenen Patienten. Diese Gruppe von Merkmalen stellt Eltern und Betreuer, die den Bedürfnissen solcher Kinder gerecht werden müssen, vor enorme Herausforderungen. In einer sorgfältig konzipierten prospektiven Studie (Cannon et al. 2002) wurde nachgewiesen, dass anhand von signifikanten Beeinträchtigungen der neuromotorischen Entwicklung, der rezeptiven Sprachentwicklung und der kognitiven Entwicklung in der Kindheit eine schizophreniforme Störung vorhergesagt werden kann.

Bei Theorien zur Ätiologie und zur Pathogenese müssen die stichhaltigen Beweise dafür, dass genetische Faktoren eine Schlüsselrolle spielen, berücksichtigt werden. Liegen solche Faktoren nicht vor, erkranken die Nachkommen selbst in einem äußerst dysfunktionalen familiären Umfeld nicht an Schizophrenie (Wahlberg et al. 1997). Eine der überzeugendsten

Hypothesen ist die von Kendler und Eaves (1986), laut welcher die Gene bestimmen, wie empfänglich ein Individuum für die prädisponierenden Faktoren der Umwelt, die das Risiko erhöhen, beziehungsweise für die schützenden, die das Risiko mindern, ist. Tatsächlich reagieren Patienten mit einem größeren familiären Risiko, an Psychose zu erkranken, im Vergleich zu Kontrollpersonen emotional intensiver auf den Stress des Alltags (Myrin-Germeyers 2001). Diese Theorie der genetischen Kontrolle der Empfindlichkeit gegenüber dem Umfeld wurde durch eine finnische Studie untermauert, bei der eine Gruppe von 58 Adoptivkindern mit schizophrenen biologischen Müttern mit einer Gruppe von 96 Adoptivkindern mit einem normalen genetischen Risiko verglichen wurde (Wahlberg et al. 1997). Die Adoptivkinder mit einem hohen genetischen Risiko, deren Adoptiveltern ein vom normalen abweichendes Kommunikationsverhalten hatten, zeigten in größerer Zahl Gedankenstörungen als die Gruppe der Vergleichsadoptivkinder. Bei diesem Modell liegt der Schwerpunkt darauf, wie gut Kind und Familie „zusammenpassen“. Eine Untergruppe der Adoptivkinder mit hohem genetischen Risiko „passte“ nicht zu ihren Adoptiveltern mit stark abweichendem Kommunikationsverhalten.

Aus diesem Modell folgt unter anderem, dass positive Erfahrungen während des Heranwachsens Menschen mit einem hohen Risiko dagegen schützen können, später an Schizophrenie zu erkranken. Diese Ansicht wurde durch die



Finnish Adoptive Family Study (Tienari et al. 1994) belegt. Bei dieser Untersuchung waren die Kinder schizophrener Mütter, die in ihrer Adoptivfamilie positive Erfahrungen gemacht hatten, gegen eine spätere Schizophrenie geschützt, während die Störung bei genetisch anfälligen Kindern, die eine gestörte Adoptivfamilie hatten, zumeist ausbrach. Im Rahmen einer neueren Untersuchung über die zur Adoption freigegebenen Kinder schizophrener Mütter besuchten Tienari und seine Kollegen (2004) die Adoptivkinder zu Hause bei ihren Adoptivfamilien und bestimmten das Ausmaß der Dysfunktionalität der Familien anhand einer Skala von „gesund“ bis „schwerwiegend dysfunktional“. Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass die Adoptivkinder mit hohem Risiko mit größerer Wahrscheinlichkeit an Schizophrenie erkranken, wenn eine signifikante Dysfunktion der Familie vorliegt. Dieser Zusammenhang bestand bei den Kindern mit einem niedrigen genetischen Risiko nicht. Somit sprechen diese Erkenntnisse dafür, dass hinsichtlich der Schizophrenie eine Wechselwirkung zwischen genetischem Risiko und der Umgebung besteht, in der ein Kind aufwächst.

Bei einer umfassenden Analyse der Literatur identifizierten Olin und Mednick (1996) prämorbid Merkmale, anhand welcher das Risiko für eine spätere Psychose bewertet werden kann. Diese Merkmale können in zwei Kategorien aufgeteilt werden: 1. frühe ätiologische Faktoren, unter anderem perinatale Komplikationen, Schizophrenie in der Familie, Grippeerkrankung der Mutter, neurobehaviorale Defizite, Trennung der Eltern im ersten Lebensjahr, zerrüttete Familienverhältnisse und Aufwachsen in öffentlichen Einrichtungen; 2. von Klinikern und Lehrern festgestellte behaviorale und soziale Vorläufer einer Geisteskrankheit und durch Interviews und Fragebögen ermittelte Abweichungen der Persönlichkeit. Mit anderen Worten, es kommt zu einer Wechselwirkung zwischen genetischer Anfälligkeit, Merkmalen des Umfelds und den Eigenschaften des Individuums.

Bei einem großen Teil der psychodynamischen Literatur zur Schizophrenie liegt der Schwerpunkt auf Überlegungen zur Behandlung. Und die psychodynamische Auffassung ist in der Tat von Bedeutung für die Behandlung von Schizophrenie, und zwar unabhängig von der Ätiologie der Krankheit. Viele psychodynamische Theorien darüber, wie der Kliniker an den Patienten herangehen sollte, weisen gemeinsame Züge auf. Erstens wird festgestellt, dass psychotische Symptome eine Bedeutung haben (Karon 1992). Grandiose Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beispielsweise folgen häufig unmittelbar auf eine Verletzung des Selbstwertgefühls des Patienten (Garfield 1985; Garfield et al. 1987). Mit dem grandiosen Inhalt des Gedankens oder der Wahrnehmung versucht der Patient, die narzisstische Verletzung auszugleichen.

Die zweite gemeinsame Aussage ist, dass die Bezogenheit zu Menschen bei diesen Patienten mit Angst behaftet ist. Die starken Ängste, die mit dem Kontakt mit anderen einhergehen, sind offensichtlich, auch wenn ihr Ursprung

nicht vollständig erklärt werden kann. Die Sorge über die Integrität der Grenzen des Ich und die Angst vor der Verschmelzung mit anderen sind ein ständiges Problem, das häufig durch Isolation gelöst wird. Behandlungsbeziehungen stellen den Patienten vor die Herausforderung, darauf vertrauen zu müssen, dass der Kontakt mit anderen nicht zu einer Katastrophe führt. Die dritte Gemeinsamkeit schließlich ist die Überzeugung aller psychodynamisch ausgerichteten Verfasser, dass dynamisch orientierte Therapiebeziehungen mit sensiblen Klinikern die Lebensqualität von Schizophrenen grundlegend verbessern können. 80 % der vollständig geheilten schizophrenen Patienten in einer Studie (Rund 1990) hatten eine langfristige Psychotherapie erhalten und dieser große Bedeutung beigemessen. Selbst wenn keine vollständige Heilung erreicht wird, kann die Therapiebeziehung die Adaptation des Patienten an das Leben enorm verbessern.

## Behandlungsansätze

---

### Pharmakotherapie

Gut konzipierte kontrollierte Untersuchungen zeigen deutlich, dass die Verabreichung von Neuroleptika hinsichtlich der positiven Symptome der Schizophrenie sehr wirksam ist. Der bedachte Einsatz von Neuroleptika macht den schizophrenen Patienten weitaus zugänglicher für alle anderen Formen therapeutischer Maßnahmen. Keith und Matthews (1984) behaupteten sogar, „das Freisein von positiven Symptomen ist beinahe ein Sine-qua-non-Zustand für psychosoziale Behandlungen“ (S. 71). Negative Symptome und gestörte zwischenmenschliche Beziehungen hingegen beeinflussen die Medikamente in viel geringerem Maße, sodass hier psychosoziale Maßnahmen erforderlich sind. Einige neue und atypische Neuroleptika (wie Clozapin, Risperidon und Olanzapin) scheinen eine stärkere Wirkung auf negative Symptome zu haben.

Da es eine Vielzahl von hervorragenden Texten zur Pharmakologie gibt, konzentriere ich mich hier auf die psychosozialen Behandlungsansätze. Wie in Kapitel 5 dargelegt, ist die Nichteinhaltung der Medikamentenverordnung bei der Behandlung vieler schizophrenen Patienten ein ständiges Problem. Dynamische Psychiater, die an der Langzeitbehandlung von Patienten mit Schizophrenie beteiligt sind, müssen die Befolgung der Medikationsanweisungen als Problem bei der Behandlung betrachten. Jeder Patient muss darüber belehrt werden, dass ein Rückfall zu erwarten ist, wenn er die Medikamente absetzt, weiterhin über tardive Dyskinesie und die Handhabung der leichteren Nebenwirkungen. Außerdem muss von Zeit zu Zeit festgestellt werden, was die Medikamente für ihn bedeuten, besonders bei den ersten Anzeichen einer nicht vorschriftsmäßigen Einnahme. Wie ich in

Kapitel 5 betont habe, muss die Verschreibung von Neuroleptika im Kontext eines therapeutischen Bündnisses erfolgen, das durch einfühlsames Eingehen auf alle inneren Erfahrungen des Patienten bezüglich aller Behandlungen aufrechterhalten wird.

Die neuen atypischen Neuroleptika, die seit einigen Jahren weithin angewendet werden, haben die Behandlung der Schizophrenie revolutioniert. Diese Mittel, unter anderem Risperidon, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und Ziprasidon, sind gegen positive Symptome mindestens ebenso wirksam wie die konventionellen Neuroleptika und gegen negative Symptome wirksamer als diese. Es hat sich außerdem gezeigt, dass Clozapin bei einem beträchtlichen Teil der behandlungsresistenten Patienten psychotische Symptome mildert. Zudem befreien diese Mittel die Patienten häufig von einer Reihe unangenehmer Nebenwirkungen, sodass sie eher bereit sind, die Medikamenteneinnahme fortzusetzen und an psychosozialen Behandlungen teilzunehmen. Die Behandlung mit Risperidon hat eine günstigere Wirkung auf das verbale Arbeitsgedächtnis als die Gabe konventioneller Neuroleptika, was die Mitarbeit bei einer psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung begünstigt (Green et al. 1997). Eine Studie, in der Patienten, die Clozapin nahmen, mit solchen verglichen wurden, die ein konventionelles Neuroleptikum erhielten, hat ergeben, dass die mit Clozapin behandelten mit größerer Wahrscheinlichkeit an einer psychosozialen Rehabilitation teilnehmen (Rosenheck et al. 1998).

Die Einführung der atypischen Neuroleptika hat auch neue Herausforderungen für den Kliniker mit sich gebracht. Bei manchen Patienten, die jahrelang chronisch krank waren, weil sie nicht auf die konventionellen Mittel angesprochen hatten, tritt plötzlich eine Remission ein. Manche Forscher (Degen und Nasper 1996; Duckworth et al. 1997) haben diese Remissionen mit dem verglichen, was Oliver Sacks (1990) als „Erwachen“ bezeichnet hat. Eine Psychose kann bei vielen Patienten als Abwehrmechanismus dienen, um sich nicht mit den Unsicherheiten von Beziehungen, der Vielschichtigkeit der Probleme am Arbeitsplatz und dem Sinn des Lebens auseinandersetzen zu müssen. Die gesamte Identität eines Menschen kann von dem Bewusstsein bestimmt sein, dass er an einer chronischen Krankheit leidet. Wenn die Symptome endlich zurückgehen, setzt bei den Betroffenen häufig eine Trauer darüber ein, was sie verloren haben, und sie sind verwirrt, weil sie nicht wissen, wer sie in nichtpsychotischem Zustand sind. Wie Degen und Nasper (1996) festgestellt haben: „Es hat sich gezeigt, dass eine eindeutige Besserung, ein plötzlicher Rückgang der Symptome für manche Menschen mindestens so schmerzlich ist wie die Psychose“ (S. 9). Psychotherapeutische Maßnahmen können dem Patienten helfen, das alte und das neue Selbst zu integrieren.

Patienten mit chronischen Psychosen waren möglicherweise von den Risiken der Intimität abgeschottet. Die Remission der psychotischen

Symptome kann nach Jahren erstmals wieder die Möglichkeit für romantische und sexuelle Beziehungen eröffnen, was bei vielen Patienten enorme Angst auslösen kann. Sie müssen das damit einhergehende Risiko des Verlusts und der Abweisung in Kauf nehmen, wenn sie beginnen, sich anderen zu nähern (Duckworth et al. 1997). Und schließlich kann die Befreiung von der Psychose eine existenzielle Krise in Bezug auf den Sinn und Zweck des Lebens auslösen. Ihnen wird klar, dass die chronische Krankheit ihnen einen beträchtlichen Teil ihres Lebens genommen hat, und sie sind gezwungen, ihre persönlichen und spirituellen Werte neu zu überdenken. Diejenigen, die wieder arbeiten, müssen die Bedeutung der Arbeit in ihre Vorstellung von Sinn und persönlicher Identität integrieren, nachdem sie lange Zeit nicht arbeiten konnten.

Außer dem Erlernen von Fähigkeiten, der Rehabilitation und anderen Modalitäten brauchen Patienten, die gut auf atypische Neuroleptika ansprechen, auch eine unterstützende menschliche Beziehung, in der sie diese Änderungen ausloten können.

## Einzelpsychotherapie

Obwohl die psychoanalytisch orientierte Einzelpsychotherapie bei Schizophrenie eine reiche Tradition hat, haben die Forscher große Mühe, nachzuweisen, dass der durchschnittliche Schizophreniepatient mit einiger Wahrscheinlichkeit von solchen Maßnahmen profitiert (Gomez-Schwartz 1984). Häufig zitiert wird in diesem Zusammenhang die Camarillo State Hospital Study (Mai 1968), weil sie die erste groß angelegte Studie war, bei der die Resultate psychotherapeutisch und mit Neuroleptika behandelter schizophrener Patienten verglichen wurden. Bei den medikamentös behandelten Patienten zeigte sich eine deutlich größere Besserung als bei denen, die keine Medikamente bekommen hatten, und bei denen, die nur eine Psychotherapie erhalten hatten. Zudem wurde keine Wechselwirkung zwischen der Psychotherapie und der Behandlung mit Neuroleptika festgestellt. Diese Studie wurde jedoch kritisiert, weil die Behandlungen von unerfahrenen Therapeuten vorgenommen wurden, die der Art der Psychotherapie, die sie mit den Probanden durchführen sollten, nicht in besonderer Weise verpflichtet waren. Außerdem waren die Messinstrumente nicht empfindlich genug, um Veränderungen der zwischenmenschlichen und der allgemeinen psychologischen Funktionen zu registrieren, die möglicherweise nur der Psychotherapie zuzuschreiben waren (Conte und Plutchik 1986). Auch in zwei anderen Studien, die ebenfalls methodologische Mängel hatten (Grinspoon et al. 1972; Rogers et al. 1967), wurde eine fragliche Wirksamkeit der Psychotherapie festgestellt. Karon und VandenBos (1981) wiesen bei schizophrenen Patienten, die von erfahrenen Therapeuten behandelt worden waren, eine größere Besserung nach als bei der Kontrollgruppe, die Phenothiazine und eine supportive Therapie erhalten hatte, doch auch bei dieser Studie wurden

methodologische Mängel wie das Fehlen der zufälligen Auswahl und der frühen Überweisung der medikamentös behandelten Patienten auf eine chronische Station beanstandet (Keith und Matthews 1984; Klein 1980).

Die bei Weitem am sorgfältigsten konzipierte Untersuchung zur Wirkung der Psychotherapie bei schizophrenen Patienten ist die Boston Psychotherapy Study, über die Stanton, Gunderson und ihre Kollegen berichtet haben (Gunderson et al. 1984; Stanton et al. 1984). Ein grundsätzlicher Fehler früherer Studien war es gewesen, dass die Form der Psychotherapie, die die Therapeuten der Projekte angewandt hatten, nicht definiert worden war. In der Bostoner Studie erhielten nicht chronisch kranke schizophrene Patienten, die in verschiedenen Einrichtungen und in verschiedenen ambulanten Konstellationen behandelt wurden, entweder eine adaptive, supportive oder eine explorative, einsichtorientierte Psychotherapie. Diejenigen, die bei der Auswertung berücksichtigt wurden, wurden mindestens 6 Monate lang in der ihnen zugewiesenen Form behandelt. Bei der Folgeuntersuchung nach 2 Jahren konnten die Forscher von 47 Personen der ursprünglichen Stichprobe vollständige Datensätze erheben. Zu diesem Zeitpunkt wurde bei Patienten, die eine adaptive, supportive Therapie erhalten hatten, eine geringere Rückfallquote und eine bessere Rollenleistung festgestellt. Bei denen, die eine explorative, einsichtorientierte Therapie erhalten hatten, zeigte sich dagegen eine größere Besserung der Kognition und der Ich-Funktionen. Die Forscher bewerteten die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen insgesamt als relativ geringfügig.

Leider können die Ergebnisse der Bostoner Studie trotz ihrer anspruchsvollen Methodologie und ihres sorgfältig erarbeiteten Konzepts aus mehreren Gründen nur begrenzt verallgemeinert werden. Erstens nahmen nur 47 Patienten bis zum Schluss an dem zweijährigen Projekt teil, sodass viele der abschließenden Vergleiche aus den Daten von nur etwa 20 Probanden in jeder Gruppe gezogen wurden (Carpenter 1984). Zweitens wurde die Erhebung von Daten nach zwei Jahren eingestellt. Viele Therapeuten, die Erfahrung mit Schizophreniepatienten haben, sind der Ansicht, dass nach zwei Jahren erst die mittlere Phase der Therapie beginnt. Patienten mit Schizophrenie sind bekanntlich sehr schwer für eine Psychotherapie zu gewinnen. Zudem ist es realitätsfremd, von einem Therapeuten zu erwarten, dass er sich bei der Behandlung eines schizophrenen Patienten an ein überwiegend expressives oder ein überwiegend supportives Behandlungsmodell hält. Flexibilität ist nirgends so wichtig wie bei der Psychotherapie schizophrener Menschen. Wie ich in Kapitel 4 betont habe, wechselt der Therapeut bei einer realitätsnahen Behandlung je nach den aktuellen Bedürfnissen des Patienten ständig zwischen expressiven und supportiven Maßnahmen.

Die Forscher selbst (Glass et al. 1989) haben den Therapieprozess im Nachhinein blind, anhand von Tonbandaufnahmen bewertet und sind zu dem Schluss gekommen, dass sich hinter den zuvor festgestellten geringen

Unterschieden „gesonderte Prozesse innerhalb der Therapie verbergen, die wichtige und spezifische Auswirkungen haben“ (S. 607). Therapeuten, die als im Bereich der dynamischen Exploration qualifiziert bewertet wurden, erreichten eine größere Besserung hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie, der Verleugnung der Krankheit sowie der Retardierung und der Apathie.

Schließlich muss bei der Interpretation der Daten der Bostoner Studie auch ein grundlegender Unterschied zwischen den Anforderungen der Forschung und der klinischen Praxis berücksichtigt werden. Die bewussten und unbewussten Motivationen, die einen Psychotherapeuten veranlassen, sich auf etwas einzulassen, das zu einer lebenslangen Verpflichtung zur Behandlung eines schizophrenen Patienten wird, sind zugleich mysteriös und sehr persönlich. Welche Kräfte es auch sein mögen, die den Therapeuten und den Patienten dazu bewegen, einander zu „wählen“, sie werden bei Untersuchungen mit großen Gruppen, die eine streng zufällige Zuweisung des Patienten an einen Therapeuten erfordern, außer Acht gelassen (Müller 1984). Nur das intensive Studium von Einzelfällen kann diesen wichtigen Faktor des Erfolgs der Psychotherapie erhellen.

In einer späteren Abhandlung räumte Gunderson (1987) ein, dass es schwer ist, schizophrene Patienten für eine langfristige Psychotherapie zu gewinnen. Er erklärte, seine und andere Studien haben ergeben, dass etwa zwei Drittel der Schizophreniepatienten die Therapie abbrechen, wenn ihnen im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung nach dem Zufallsprinzip ein Therapeut zugeteilt wird. Gunderson nahm eine sorgfältige Analyse der Daten der Bostoner Studie vor, um die typischen Merkmale derer zu ermitteln, die die Psychotherapie fortgesetzt hatten. Zu seiner Überraschung zeigte sich, dass sie sozial isoliert, emotional abgestumpft und innerlich desorganisiert waren. Ihre Rollenleistung war jedoch beständiger als die der Abbrecher. Er stellte außerdem fest, dass die Abbruchrate von kulturellen Normen im Krankenhaus beeinflusst wird. So brachen beispielsweise die Patienten aus dem Krankenhaus der Veterans Administration die Behandlung mit größerer Wahrscheinlichkeit als die stationären Patienten des McLean Hospital, wo die Psychotherapie ein fester Bestandteil der Behandlung ist. Gunderson kam weiterhin zu dem Schluss, dass ein längerer stationärer Aufenthalt die Bereitschaft der Patienten zu einer Psychotherapie erhöhen kann. Als er die Patienten danach aufteilte, ob sie eine adaptive, supportive oder eine explorative, einsichtorientierte Psychotherapie erhalten hatten, stellte er fest, dass emotional distanzierte Patienten mit Gedankenstörungen, die ihre Krankheit optimistisch betrachteten, ihre Therapie mit der größten Wahrscheinlichkeit im Falle der ersteren Modalität, solche mit einer relativ intakten Realitätsprüfung und einer akzeptablen zwischenmenschlichen Bezogenheit, die ihre psychotische Episode als bedauerliches Ereignis betrachteten, die Therapie eher im Falle der letzteren fortsetzten.

Gundersons Erkenntnisse stimmen mit denen überein, die McGlashan (1984, 1987) in einer Langzeitfolgestudie über Patienten der Chestnut Lodge gewonnen hat. Dabei führte er bei 163 schizophrenen Patienten, die zuvor in der Chestnut Lodge stationär behandelt worden waren und gleichzeitig eine intensive psychoanalytisch orientierte Psychotherapie erhalten hatten, durchschnittlich 15 Jahre nach ihrer Entlassung eine Folgeuntersuchung durch. Etwa ein Drittel der Patienten hatte mäßige bis gute Resultate erreicht (McGlashan 1984). Von den beiden identifizierbaren Gruppen derer, deren Psychose remittiert war, hatten die Mitglieder der einen Gruppe versucht, die psychotische Erfahrung in ihr Leben zu integrieren. Sie waren der Ansicht, aus der psychotischen Episode wichtige Informationen gewonnen zu haben, und interessierten sich für die Bedeutung ihrer Symptome. Bei der zweiten Gruppe war der Weg zur dauerhaften Genesung ein anderer, und zwar der der „Versiegelung“ der Krankheit. Sie hatten überwiegend eine feste, negative Meinung über ihre Krankheit und kein Interesse daran, ihre psychotischen Symptome zu verstehen. Beide Gruppen hatten eine relativ dauerhafte Besserung erreicht, die Resultate derer, die ihre Erfahrungen integriert hatten, schienen jedoch etwas besser zu sein.

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Patienten, die eine psychotische Erfahrung in ihr Leben integrieren können, von der explorativen Arbeit im Rahmen einer Therapie profitieren, während sie für diejenigen, die eine psychotische Episode vergessen wollen, vermutlich nicht von Nutzen ist und ihnen möglicherweise schadet. Selbst bei Psychotherapien, die nur zum Teil auf Einsicht abzielen, muss der Therapeut ein hohes Maß an Unterstützung gewähren. Die Unterscheidung zwischen expressiv und supportiv ist bei der Psychotherapie schizophrener Menschen auf jeden Fall weniger streng als bei Patienten mit einem höheren Funktionsniveau.

Die am strengsten geprüfte unter den einzelpsychotherapeutischen Maßnahmen bei Schizophrenie ist die persönliche Therapie (Hogarty et al. 1995, 1997a, 1997b). Im Gegensatz zu den psychodynamischen Therapien, die im Allgemeinen nicht störungsspezifisch sind, ist die persönliche Therapie störungsspezifisch. Sie leitet sich ebenfalls aus den Forschungen über die Krankheit ab und basiert daher auf dem Modell der Stressempfindlichkeit, sodass hierbei davon ausgegangen wird, dass die stressbezogene Affektdysregulation für die Verschlimmerung der Symptome von zentraler Bedeutung ist. Manche psychodynamischen Therapeuten gründen ihre Annahmen über die Krankheit auf psychoanalytische Theorien, die möglicherweise keine empirische Grundlage haben. Andererseits ist die persönliche Therapie durch eine Reihe von Therapietechniken gekennzeichnet, und viele Therapeuten passen ihre Ansätze den Bedürfnissen des Patienten ebenso flexibel an.

Die persönliche Therapie erfolgt in Phasen. In der Anfangsphase liegt der Schwerpunkt auf der klinischen Stabilisierung der Symptome, der Entwicklung des therapeutischen Bündnisses und der Vermittlung einer grundlegenden



Psychoedukation. Diese Phase findet gewöhnlich in den ersten paar Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Die mittlere Phase ist darauf ausgerichtet, dem Patienten zu helfen, innere affektive Signale zu erkennen, die mit Stressfaktoren verbunden sind. Manche Patienten beginnen zu diesem Zeitpunkt gegebenenfalls mit dem Erlernen sozialer Fertigkeiten sowie mit Relaxationsübungen und Schulungen zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung. Die fortgeschrittene Phase der Therapie dient dazu, Möglichkeiten zur Introspektion zu bieten. Außerdem erhält der Patient eine Unterweisung über die Prinzipien der Konfliktlösung und den Umgang mit Kritik. Die Therapie ist in jeder Phase auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt.

Hogarty et al. (1997a, 1997b) führten 151 Patienten mit Schizophrenie nach dem Zufallsprinzip einer persönlichen Therapie oder einer von zwei Vergleichsbehandlungen, einer Familientherapie oder einer supportiven Einzeltherapie, zu. Sie verfolgten die Entwicklung über einen Zeitraum von 3 Jahren nach der Entlassung aus der Klinik. Nur 18 % brachen die Teilnahme an der Studie vorzeitig ab, und die meisten der Abbrecher waren nicht in der Gruppe für persönliche Therapie. Die persönliche Therapie erwies sich hinsichtlich der Verhinderung psychotischer und affektiver Rückfälle sowie der Nichteinhaltung der Medikationsvorschriften als wirksamer als die Familientherapie und die supportive Therapie, wobei sich diese größere Wirksamkeit nur bei Patienten zeigte, die bei ihren Familien lebten. Von den Patienten, die nicht bei ihren Familien lebten, waren die Resultate derer, die eine persönliche Therapie erhalten hatten, schlechter – sie hatten deutlich mehr psychotische Dekompensationen als die mit einer supportiven Therapie Behandelten. Die Forscher folgerten daraus, dass man mit der persönlichen Therapie wahrscheinlich warten sollte, bis die Patienten ein stabiles Zuhause gefunden und ihre Symptome sich verbessert haben.

In dieser Untersuchung schien die persönliche Therapie hinsichtlich der Rollenleistung oder sozialen Anpassung äußerst wirksam zu sein, hinsichtlich der Symptome jedoch keine wesentlich besseren Ergebnisse zu erbringen als die Vergleichsbehandlungen. Patienten, die eine persönliche Therapie erhalten hatten, hatten sogar *mehr* Angst als diejenigen, die an einer Familientherapie oder einer supportiven Therapie teilgenommen hatten. Außerdem schien die Wirkung der persönlichen Therapie dauerhafter zu sein als die der supportiven Therapie. Bei Patienten, die eine persönliche Therapie erhalten hatten, erfolgte auch im zweiten und dritten Jahr nach der Entlassung eine weitere Verbesserung der sozialen Anpassung, während die Wirkung hinsichtlich der Anpassung bei denen, die eine supportive Therapie – ob mit oder ohne Familienmaßnahmen – erhalten hatten, 12 Monate nach der Entlassung ihren Höhepunkt erreichte und dann auf diesem Niveau blieb.

In Übereinstimmung mit der heutigen Auffassung bezüglich der optimalen Behandlungsstrategie bei Schizophrenie war die persönliche Therapie in der



Untersuchung von Hogarty et al. nur eine Modalität im Gesamtbehandlungsplan. Die Patienten erhielten Neuroleptika, und in Verbindung mit der persönlichen Therapie kamen mehrere Rehabilitationsansätze zur Anwendung. Wie Fenton und McGlashan (1997) dargelegt haben, ist die persönliche Therapie ein idealer Kontext, um „die spezifische Kombination von Maßnahmen“ zusammenzustellen, „die genau diesem Patienten bei genau dieser Form der Schizophrenie in genau dieser Phase der Krankheit oder der Genesung am besten helfen“ (S. 1495). Die Bemühungen, die Maßnahmen nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten auszuwählen, sind aus klinischer Sicht ausgesprochen sinnvoll. Die persönliche Therapie kann auf jeden Fall im Rahmen eines psychodynamischen Verständnisses der Abwehrmechanismen, der Objektbeziehungen und des Selbstempfindens des Patienten angewandt werden.

Zudem haben randomisierte kontrollierte Versuche mit einer kognitiv-behavioralen Therapie gezeigt, dass psychotherapeutische Maßnahmen bei Schizophrenie ein sinnvoller Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans sein können (Kuipers et al. 1998; Tarrier et al. 1998). Eine Studie ergab, dass die durch eine kognitiv-behaviorale Therapie erreichte Besserung bei den Patienten zum großen Teil auch bei einer Folgeuntersuchung nach 18 Monaten bestand (Kuipers et al. 1998). In dieser Studie erwiesen sich die Schulungen zur Konfliktlösung und zur Vermeidung von Rückfällen als besonders wirksam und sollten deshalb Teil jedes psychotherapeutischen Ansatzes sein.

Sobald sich die Symptome der Patienten stabilisiert haben, besteht die Hauptaufgabe des Therapeuten darin, mit dem Aufbau eines therapeutischen Bündnisses zu beginnen. Da diesen Patienten die Einsicht bezüglich ihrer Krankheit fehlt, ist das häufig außerordentlich schwierig, sodass der Therapeut innovativ sein muss, um eine gemeinsame Grundlage zu finden. Selzer und Carsky (1990) betonten, wie wichtig es sei, ein organisierendes Objekt – eine Person, eine Idee oder ein unbelebtes Objekt – zu finden, das es dem Patienten und dem Therapeuten ermöglicht, darüber zu sprechen, was zwischen ihnen vorgeht. In diesem frühen Abschnitt der Behandlung können die Patienten oft nicht zugeben, dass sie krank sind und eine Behandlung brauchen, und der Hauptschwerpunkt muss sein, eine Bezogenheit zu schaffen. Frese (1997) zum Beispiel riet Klinikern, die Wahnvorstellungen des Patienten nicht infrage zu stellen. Er wies darauf hin, dass Patienten, wenn sie Wahnvorstellungen haben, natürlich glauben, sie seien wahr, auch wenn gegenteilige Beweise vorliegen. Frese, der selbst viele Jahre an Schizophrenie litt, während er erfolgreich als Psychologe arbeitete, riet Klinikern, die Patienten so zu sehen, als sprächen sie eine poetische oder metaphorische Sprache. Er war der Ansicht, es sei von Nutzen, den Patienten zu helfen, zu erkennen, wie andere ihre Überzeugungen sehen, damit sie bestimmte Handlungsweisen vermeiden können, deretwegen sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden könnten. Indem er sich dem Wunsch des Patienten anschließt, eine stationäre Behandlung zu

vermeiden, kann der Therapeut ihn zur Kooperation bewegen und erreichen, dass er sich an andere Vorgaben des Behandlungsplans wie die Medikation hält.

Ein Großteil der Arbeit zu Beginn der Psychotherapie muss aus Anweisungen bestehen und darauf ausgerichtet sein, Defizite des Patienten zu beseitigen, die das Zustandekommen eines therapeutischen Bündnisses verhindern (Selzer 1983; Selzer und Carsky 1990; Selzer et al. 1989). Die darauf folgenden Bemühungen zum Aufbau eines therapeutischen Bündnisses können beträchtliche Gewinne bringen. Als Frank und Gunderson (1990) die Rolle des therapeutischen Bündnisses hinsichtlich des Verlaufs und des Resultats der Behandlung der 143 schizophrenen Patienten der Boston Psychotherapy Study untersuchten, stellten sie fest, dass es ein Schlüsselfaktor für die Prognose des Behandlungserfolgs war. Patienten mit einem guten therapeutischen Bündnis setzten ihre Psychotherapie mit größerer Wahrscheinlichkeit fort, nahmen ihre Medikamente mit größerer Wahrscheinlichkeit nach Vorschrift und erzielten nach Ablauf der 2 Jahre mit größerer Wahrscheinlichkeit gute Resultate.

Das Zustandekommen des therapeutischen Bündnisses kann auch gefördert werden, indem man die Abwehrmechanismen des Patienten wiederherstellt, den Schwerpunkt auf seine Stärken legt und ihm einen sicheren Zufluchtsort bietet. McGlashan und Keats (1989) betonten, dass die Psychotherapie vor allem Zuflucht bieten sollte. Der Psychotherapeut akzeptiert Gefühle und Gedanken, die andere nicht verstehen. Er akzeptiert und versteht Rückzug oder merkwürdiges Verhalten, ohne zu verlangen, dass der Patient sich ändert, um akzeptiert zu werden. Bei diesem Aspekt der Technik geht es zum großen Teil darum, „bei jemandem zu sein“ (McGlashan und Keats 1989) – um die Bereitschaft, sich konsequent in die Gesellschaft eines anderen Menschen zu begeben, ohne übermäßige Anforderungen zu stellen. Wie Karon (1992) dargelegt hat, ist Angst der primäre Affekt bei Menschen mit Schizophrenie. Der Therapeut muss in der Lage sein, Gefühle der Angst anzunehmen, wenn sie auf ihn projiziert werden, und es vermeiden, sich zurückzuziehen und von solch starken Affekten überwältigt zu lassen.

Sowie sich das Bündnis festigt, kann der Therapeut anfangen, für den jeweiligen Patienten geltende Rückfallfaktoren zu identifizieren und dem Patienten zu helfen, die Tatsache zu akzeptieren, dass er ernsthaft krank ist. Der Therapeut muss auch als Hilfs-Ich des Patienten dienen. Wenn ausgeprägte Ich-Schwächen wie schlechtes Urteilsvermögen offensichtlich sind, kann der Therapeut dem Patienten helfen, die Folgen seiner Handlungen abzusehen.

Für Therapeuten, die eine Psychotherapie mit Schizophrenen durchführen, ist Bions (1967) Unterscheidung zwischen den psychotischen und den nichtpsychotischen Teilen der Persönlichkeit sehr hilfreich. Der psychotische Teil des Geistes des Patienten greift das auf der Realität basierende, rationale Denken des nichtpsychotischen Teils an. Auch schmerzliche Gefühle werden auf andere projiziert, weil der psychotische Teil des Patienten die Frustration

nicht ertragen kann, also muss der Therapeut in den vom Patienten ausgelösten Gegenübertragungsgefühlen nach Hinweisen suchen (Lucas 2003). Und, so psychotisch der Patient auch sein mag, es gibt immer einen nichtpsychotischen Teil, den der Therapeut ansprechen kann.

Der Therapeut muss mit Defiziten rechnen. Manche Patienten haben erhebliche neurokognitive Einschränkungen, auf die der Therapeut taktvoll hinweisen kann. Wenn diese Defizite angesprochen werden, kann der Therapeut dem Patienten auch Ratschläge geben, wie er sie kompensieren kann, damit er nicht über sie verzweifelt.

Kingdon und Turkington (1994) haben ausführlich über hervorragende Arbeiten zur kognitiv-behavioralen Therapie und die empirischen Forschungen, die ihre Wirksamkeit belegen, berichtet. Ihr Ansatz steht zum großen Teil der dynamisch orientierten supportiven Therapie sehr nahe, die die Fragilität berücksichtigt und die Stärkung der Ich-Funktionen anstrebt. So kann der Therapeut beispielsweise bei der Besprechung der Halluzinationen des Patienten feststellen, inwieweit die Wahrnehmungen idiosynkratisch sind. Er kann Fragen wie „Kann sonst noch jemand hören, was gesagt wird?“ stellen und den Patienten fragen, wo die Stimmen seiner Meinung nach herkommen. Bei der Auseinandersetzung mit Wahnvorstellungen kann der Therapeut taktvoll fragen, ob es eine andere mögliche Erklärung für die Erscheinungen gibt, an die er glaubt. Kann es sein, dass der Patient Dinge persönlich nimmt oder Dinge in das Verhalten anderer hineininterpretiert? Auch eine logische Kette kann untersucht werden. Wenn der Patient zum Beispiel glaubt, in seinem Gehirn befinde sich ein Silikonchip, kann der Therapeut ihn fragen, wie der Strom dort hinkommen soll. Im Allgemeinen sollten die Erfahrungen des Patienten akzeptiert werden, und der Therapeut sollte eine positive Atmosphäre schaffen, die dazu führen kann, dass der Patient kritisch über andere Möglichkeiten nachdenkt.

Der Versuch eines expressiven Ansatzes, bei dem Einsicht oder Interpretation im Mittelpunkt stehen, sollte erst gemacht werden, nachdem ein stabiles Bündnis aufgebaut wurde, die für den Patienten spezifischen Rückfallfaktoren festgestellt und besprochen wurden, Defizite angesprochen wurden und der Patient ein stabiles Zuhause bei seiner Familie oder mit anderen hat. Manche Patienten kommen nie so weit. Wenn supportive und Rehabilitationsstrategien ausreichen, kann der Therapeut den Patienten auch in Ruhe lassen. Er muss sich vor der Vorstellung hüten, den Patienten vor der Schizophrenie zu retten – das ist die denkbar schlechteste Einstellung für einen Therapeuten. Der Therapeut muss sich mit der Möglichkeit abfinden, dass sich der Patient für das „Übel, das er kennt“ entscheidet, statt sich den Unsicherheiten einer Veränderung oder Verbesserung zu stellen. Um eine wirksame Psychotherapie durchführen zu können, muss der

Therapeut sie mit einer Einstellung angehen, die es ermöglicht, dass der Wunsch des Patienten, krank zu bleiben, eine akzeptable Alternative zu einer

psychotherapeutischen Veränderung bleibt (Searles 1976/1979). Ein Großteil der Menschen mit Schizophrenie wird jedoch zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten bereit sein, um ihre Krankheit und die Art und Weise zu verstehen, wie sie ihr Bild von sich selbst zerstört hat. Schizophrene Patienten haben in der Fachliteratur ausführlich über den Nutzen der Einzelpsychotherapie berichtet (Anonymous 1986; Ruocchio 1989). Sie erklären, wie wichtig es ist, einen verlässlichen Menschen zu haben, der über viele Jahre in jeder Not für sie da ist. Sie beschreiben, wie sich ihr subjektives Erleben ihrer selbst und ihres Lebens durch eine langfristige psychotherapeutische Beziehung wesentlich geändert hat, auch wenn die Instrumente zur Messung der Resultate gegebenenfalls nicht empfindlich genug sind, um diese Veränderungen zu registrieren. Ein Patient (Anonymous 1986) hat das so ausgedrückt: „Ein zerbrechliches Ich, das alleine gelassen wird, bleibt zerbrechlich. Medikamente oder oberflächliche Unterstützung alleine sind kein Ersatz für das Gefühl, von einem anderen Menschen verstanden zu werden“ (S. 70).

## Gruppenpsychotherapie

Untersuchungen über die Gruppentherapie bei schizophrenen Patienten deuten darauf hin, dass diese Modalität von Nutzen sein kann, zugleich wird jedoch betont, dass der Zeitpunkt der Anwendung von Bedeutung ist. Optimal scheint der Zeitpunkt zu sein, wenn die positiven Symptome durch pharmakologische Maßnahmen stabilisiert wurden (Kanas et al. 1980; Keith und Matthews 1984). Ein akut desorganisierter Patient kann die Stimuli aus der Umgebung nicht ausblenden, und die vielfältigen Beiträge aus der Gruppe können das ohnehin schon überlastete Ich des Patienten überwältigen, wenn es gerade damit beschäftigt ist, sich wieder zu sammeln. Bei einer Auswertung kontrollierter Studien über die Gruppentherapie bei Schizophrenie (Kanas 1986) konnte die Wirksamkeit der Gruppentherapie bei stationären Patienten nachgewiesen werden, aber auch, dass auf chronischen Stationen, auf denen Langzeitbehandlungen erfolgen, eindeutig größere Erfolge zu verzeichnen sind als auf akuten. Sobald die positiven Symptome unter Kontrolle sind, können stationäre Gruppen eine große Unterstützung für den schizophrenen Patienten sein, der sich selbst neu organisiert und sieht, wie andere sich auf ihre Entlassung vorbereiten. Wirksamkeitsstudien lassen darauf schließen, dass die ambulante Gruppentherapie ebenso effektiv sein kann wie eine Einzeltherapie (O'Brien 1983). Bei Patienten, die durch Medikamente stabil sind, können wöchentliche Sitzungen von 60 bis 90 Minuten dazu dienen, Vertrauen aufzubauen, und eine unterstützende Gruppe bieten, in der die Patienten Probleme wie auditive Halluzinationen und den Umgang mit dem Stigma einer mentalen Erkrankung offen besprechen können.

## Familienmaßnahmen

In der Literatur über empirische Forschungen zur Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen bei Schizophrenie schneidet keine Modalität so gut ab wie Familienmaßnahmen. In zahlreichen Studien (Falloon et al. 1982; Goldstein et al. 1978; Hogarty 1984; Leff et al. 1982) wurde nachgewiesen, dass Familientherapie zusammen mit der Gabe von Neuroleptika dreimal so wirksam gegen Rückfälle ist wie eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Bei diesen Untersuchungen wurde ein von Brown et al. (1972) eingeführter, als „expressed emotion“ (EE) bezeichneter Faktor verwendet. Mit diesem Begriff wird die Art der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern und dem Patienten beschrieben, die durch ein großes Überengagement und übermäßige Kritik gekennzeichnet ist. Auch wenn dieses Konzept nicht den Eltern die Schuld daran gibt, dass ihr Kind Schizophrenie hat, erkennt es doch an, dass die Schizophrenie Auswirkungen auf die Familie hat und diese durch die Intensivierung ihrer Interaktionen mit dem schizophrenen Patienten sekundär zu Rückfällen beitragen kann. Kurz gesagt, High-EE-Familien führen zu häufigeren Rückfällen des schizophrenen Patienten als Low-EE-Familien.

Eine Metaanalyse von 27 Studien über den Zusammenhang zwischen EE und Resultat bei Schizophrenie hat bestätigt, dass EE ein signifikanter und verlässlicher Faktor für die Rückfallprognose ist (Butzlaff und Hooley 1998). Am stärksten schien der Zusammenhang zwischen High-EE und Rückfällen bei Patienten mit chronischeren Formen der Schizophrenie zu sein. Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass eine besondere Synergie zwischen neurokognitiven Anfälligkeiten und der Kritik durch die Familie besteht. Rosenfarb (2000) hat gezeigt, dass die Kombination von Defiziten des Arbeitsgedächtnisses und Kritik seitens der Familienmitglieder bei 41 Patienten mit einer kurz zuvor ausgebrochenen Schizophrenie die Vorhersage psychotischen Denkens ermöglichte.

Die umfangreichen Forschungen über EE haben zur Erarbeitung eines differenzierten Ansatzes für die Psychoedukation der Familien schizophrener Menschen geführt. Den Familien wird beigebracht, die prodromalen Anzeichen und Symptome zu erkennen, die einen Rückfall ankündigen, sowie das Ausmaß der Kritik und des Überengagements zu verringern, und ihnen wird gezeigt, dass eine konsequente Medikation ein optimales Funktionsniveau aufrechterhalten kann. Die Schulung beinhaltet auch Aufklärung über die Nebenwirkungen der Medikamente und den Umgang mit ihnen, den langfristigen Verlauf und die Prognose sowie die genetische und biologische Grundlage der Schizophrenie. Kliniker, die nach diesem Ansatz arbeiten, können die Familie wirksam in die Vorbeugung von Rückfällen einbeziehen.

Die Strenge, mit der Forschungen über Familienmaßnahmen bei Menschen mit Schizophrenie durchgeführt werden, ist bewundernswert. Die Studien werden generell nach dem Zufallsprinzip, unter Anwendung bewährter Auswahlkriterien

durchgeführt, die Resultate und die Einhaltung der Maßnahmen werden systematisch registriert, und es kommen geeignete Kontrollen zum Einsatz. Auswertungen der Wirksamkeit solcher Familienmaßnahmen lassen darauf schließen, dass langfristige Familienmaßnahmen die Rückfallquote und EE verringern und die Resultate verbessern (Dixon und Lehman 1995; Penn und Mueser 1996). Die Behandlungserfolge scheinen außerdem relativ dauerhaft zu sein und halten häufig bis zu 2 Jahre an.

Die mit diesem Konzept der Familienmaßnahmen erreichten beeindruckenden Ergebnisse wurden jedoch auch infrage gestellt. Einige Forscher haben Zweifel daran geäußert, dass die Kontrolle von EE der einzige Faktor bezüglich der Vorbeugung gegen Rückfälle ist. In einer Studie (MacMillan et al. 1986) wurde festgestellt, dass die regelmäßige Einnahme von Neuroleptika und die Dauer der Krankheit vor der stationären Behandlung Faktoren sind, die, wenn sie berücksichtigt werden, die Wirkung von EE bei der Prognose von Rückfällen aufheben. In einer anderen Studie (Parker et al. 1988) wurde das EE-Niveau der Haushalte von 57 schizophrenen Patienten untersucht. Als für die Prognose von Rückfällen relevant erwiesen sich Haushalte mit einem Elternteil und ein schlechter vorheriger Verlauf der Krankheit, nicht jedoch das EE-Niveau. Die Forscher vermuteten, dass Patienten mit einem schlechten Krankheitsverlauf bei ihren Angehörigen möglicherweise Reaktionen mit einem hohen EE-Niveau auslösen, insbesondere wenn sie in einem Haushalt mit einem Elternteil leben. Falloon (1988) hat darauf hingewiesen, dass die Forschungen über EE keine Messreihen enthielten, anhand welcher festgestellt werden könnte, ob die Verhaltensstörungen schizophrener Patienten High-EE-Reaktionen bei ihren Eltern *auslösen* oder aus dem Stress durch eine High-EE-Bezogenheit *resultieren*.

Bezüglich des High-EE-Konstrukts und der darauf basierenden Familienmaßnahmen wurden noch andere Fragen aufgeworfen. Viele Familien schizophrener Patienten haben das Gefühl, für Rückfälle verantwortlich gemacht zu werden, obwohl sie lediglich auf eine schwierige Situation reagieren, so gut sie können (Lefley 1992). Wie Kanter et al. (1987) dargelegt haben, reagieren Familien, denen dringend geraten wird, sich nicht einzumischen, möglicherweise nicht in angemessener Weise, wenn das schizophrene Familienmitglied provokantes Verhalten und mangelnde Kontrolle zeigt. Zudem kann man davon ausgehen, dass in manchen Fällen ein Wechsel von High-EE zu Low-EE zu einer Besserung des Zustands des Patienten geführt hat, nachdem die Familie ihre EE *infolge* der Besserung seines Zustands verringert hatte (Hogarty et al. 1986). Die Forscher bezweifeln auch, ob EE eine beständige Größe ist (Lefley 1992). Anlass zu weiteren Bedenken geben unter anderem die Beobachtung, dass High-EE auch bei anderen Krankheiten eine Rolle spielt, die Tatsache, dass High-EE nur bei einem Teil der Menschen mit Schizophrenie eine Rolle spielt, und die Erkenntnis, dass das ganze Konstrukt im Wesentlichen kultureller Natur ist (Jenkins und Karno 1992).

Die Kontroverse um den Zusammenhang zwischen Rückfällen und EE kann die Kliniker in Bezug darauf verunsichern, welche die wirksamsten Familienmaßnahmen sind. Kanter et al. (1987) haben betont, dass Maßnahmen der Psychoedukation, also Informationen über die Krankheit, Unterstützung und Beratung ebenso beeindruckende Ergebnisse bewirken können, wie sie in den Studien zur EE nachgewiesen wurden. Hatfield (1990) hat darauf hingewiesen, dass die Aufklärung bei der Arbeit mit den Familien wahrscheinlich wirksamer ist als Behandlung, und dass keine besonderen Maßnahmen erforderlich sind. Da Schizophrene jedoch gewöhnlich schwer mit einer stark stimulierenden Umgebung zurechtkommen, ist es dennoch ratsam, die Intensität der Stimuli in ihrem Umfeld zu reduzieren. Außerdem deuten neuere Forschungsergebnisse darauf hin, dass die beiden Elemente der EE – nämlich emotionales Überengagement und übermäßige Kritik – nicht in einen Topf geworfen werden sollten (King und Dixon 1996). Bei dieser Untersuchung mit 69 Patienten und 108 Angehörigen schien ein Zusammenhang zwischen emotionalem Überengagement und einem *besseren* sozialen Resultat der Patienten zu bestehen, was darauf schließen lässt, dass übermäßige Kritik der Faktor ist, der Rückfälle begünstigt.

## Schulung im Bereich der psychosozialen Fertigkeiten

Die psychosoziale Rehabilitation, die gewöhnlich den therapeutischen Ansatz bezeichnet, der den Patienten ermutigt, seine Möglichkeiten mithilfe von Unterstützung aus seinem Umfeld und durch Lernprozesse voll auszuschöpfen (Bachrach 1992), sollte heute bei allen Schizophrenen ein wichtiger Bestandteil der Behandlung sein. Bei diesem auf den Einzelnen zugeschnittenen Ansatz sollten die Stärken und Fähigkeiten des Patienten genutzt werden, um ihm wieder Hoffnung zu geben, sein berufliches Potenzial auszuschöpfen, ihn zu ermutigen, aktiv an seiner Behandlung teilzunehmen, und ihm zu helfen, seine sozialen Fertigkeiten weiterzuentwickeln. Diese unterschiedlichen Ziele werden häufig unter dem Begriff Schulung im Bereich der psychosozialen Fertigkeiten zusammengefasst. Hogarty et al. (1991) haben festgestellt, dass sich die Parameter der sozialen Anpassung von Patienten, die eine solche Schulung erhalten hatten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe deutlich verbessert hatten und sie bei einer Folgeuntersuchung nach 1 Jahr niedrigere Rückfallquoten hatten. Allerdings verlor sich diese Besserung innerhalb von 2 Jahren nach der Behandlung.

Zu diesen Strategien gehört auch die kognitive Rehabilitation oder Förderung. Durch das wiederholte Üben entsprechender Techniken können verschiedene kognitive Defizite modifiziert werden. Bei der Schulung im Bereich der sozialen Fertigkeiten machen die Patienten Rollenspiele und andere Übungen, die ihre Funktionen in zwischenmenschlichen Situationen



verbessern. Bei den diesbezüglichen Forschungen konnte eine Wirksamkeit bisher noch nicht überzeugend nachgewiesen werden. Zwar kann bei bestimmten motorischen Verhaltensweisen während der Schulung eine eindeutige Besserung eintreten, diese Fertigkeiten gehen jedoch mit der Zeit wieder verloren. Außerdem gibt es kaum Belege dafür, dass die Ergebnisse der Schulung von der klinischen Situation auf das tägliche Leben übertragen werden können (Penn und Mueser 1996; Scott und Dixon 1995). Dennoch herrscht allgemein die Ansicht, dass die Vermittlung spezifischer Fertigkeiten und die Modifizierung kognitiver Defizite als Teil des Gesamtbehandlungsplans vielversprechend sind.

## Stationäre Behandlung

Für einen schizophrenen Patienten, der einen akuten psychotischen Zusammenbruch hat, bedeutet eine kurze stationäre Behandlung eine „Auszeit“ – die Möglichkeit, sich neu zu sortieren und zu orientieren. Die Struktur der Krankenhausstation ist ein sicherer Zufluchtsort, an dem verhindert wird, dass der Patient sich selbst oder andere verletzt. Das Behandlungsteam kann außerdem Stressfaktoren der Achse IV des DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) ermitteln, die zu der jeweils aktuellen psychotischen Episode beigetragen haben könnten. Es können Maßnahmen der Psychoedukation mit dem Patienten und der Familie begonnen werden, um so ein optimales Umfeld für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Sie sollten darüber aufgeklärt werden, dass es sich um eine lebenslange Krankheit handelt und das Ziel die Minderung der Einschränkungen und nicht eine dauerhafte Heilung ist. Es wird betont, dass die Fortsetzung der Medikamenteneinnahme wichtig ist, und auch die Erläuterung des EE-Konzepts kann sinnvoll sein. Zugleich muss das Behandlungsteam Hoffnung vermitteln. Oftmals ist es von Nutzen, darauf hinzuweisen, dass die Krankheit zwar chronisch ist, zahlreiche Forschungsergebnisse jedoch darauf schließen lassen, dass sich die Funktionen mancher schizophrener Patienten mit zunehmendem Alter stetig verbessern (Harding et al. 1987).

Eine kurze stationäre Behandlung wirkt Rückfällen entgegen. Die Abwehrmechanismen werden wiederhergestellt, und der Patient sollte so schnell wie möglich entlassen werden. Wenn der Patient noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung ist, kann der Krankenhausaufenthalt als Vorbereitungsphase für eine ambulante Psychotherapie genutzt werden (Selzer 1983). Die Allmacht des Patienten wird infrage gestellt, weil er sich nach den Bedürfnissen anderer richten muss. Indem sein Leben durch routinemäßige Abläufe strukturiert wird, ist die Verwehrung der Erfüllung einiger seiner Bedürfnisse und Wünsche unvermeidlich. Dieses optimale Frustrationsniveau hilft ihm, seine Realitätsprüfung und seine Ich-Funktionen zu verbessern



(Selzer 1983). Wenn während der stationären Behandlung mit der Psychotherapie begonnen werden kann, bedeutet das für den Patienten eine gewisse Kontinuität, da er den Therapeuten auch außerhalb des Krankenhauses trifft. Nachdem die positiven Symptome des Patienten bis zu einem gewissen Grad gelindert wurden, kann auch eine Gruppentherapie erfolgen, die je nachdem, wie er auf diese Modalität anspricht, ebenfalls ambulant fortgesetzt werden kann. Für isolierte ambulante Patienten kann sie der einzige nennenswerte soziale Kontakt sein.

Bei Patienten mit überwiegend negativen Symptomen können die Diagnose und die Medikation überprüft werden. Gibt es sekundäre Ursachen wie Depression, Angst und Nebenwirkungen von Medikamenten, die für die negativen Symptome verantwortlich sein könnten? Ebenso kann die Psychotherapie, sofern sie im Gange ist, unter Mitwirkung des Therapeuten neu bewertet werden, um festzustellen, ob eine Änderung der Strategie sinnvoll ist. Die Familienarbeit kann in Form der Psychoedukation erfolgen, und die Familienmitglieder können in die Suche nach dauerhaften Stressfaktoren, die verhindern, dass der Patient auf die konventionelle Behandlung anspricht, einbezogen werden. Vor allem benötigen Patienten mit negativen Symptomen eine Schulung im Bereich der psychosozialen Fertigkeiten und berufliche Rehabilitation. Soziale-Fertigkeiten-Gruppen, in denen es um einfache tägliche Aktivitäten wie Essen, Konversation, Spaziergehen und Manieren geht, können für diese Patienten von größtem Nutzen sein. Auch eine sorgfältige berufliche Beurteilung in einer kontrollierten Situation, bei der konkrete Fertigkeiten vermittelt und weiterentwickelt werden, kann eine wichtige Komponente sein.

Die Untersuchungen zur Anpassung nach dem Krankenhausaufenthalt und der Quote der wiederholten stationären Behandlung zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für letztere geringer ist, wenn den Patienten adaptive Verhaltensweisen und Fertigkeiten beigebracht werden und sie während ihres stationären Aufenthalts gelernt haben, symptomatische und maladaptive Verhaltensweisen zu kontrollieren (Mosher und Keith 1979). Auch wenn es den Anschein haben mag, dass der behaviorale Schwerpunkt solcher Programme im Milieu im Widerspruch zur dynamischen Psychiatrie steht, kann er hinsichtlich dynamischer Behandlungen synergetisch wirken. Patienten, die ihre zwischenmenschlichen Beziehungen durch eine behavioral ausgerichtete psychosoziale Schulung verbessern, stellen fest, dass sich ihre Objektbeziehungen verändern, was Stoff für die Psychotherapie liefert.

Bei behandlungsresistenten schizophrenen Patienten können auch auffällige Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegen. Diese Menschen haben zusätzlich zur Schizophrenie häufig schwerwiegende charakterologische Schwierigkeiten. Kliniker vergessen manchmal, dass auch ein schizophrener Patient eine Persönlichkeit hat. Somit können die charakterologischen Schwierigkeiten zur Nichteinhaltung der Medikationsvorschriften, zur

Entfremdung von den Familienmitgliedern und anderen Menschen in seinem Umfeld, zur Verleugnung der Krankheit und dazu führen, dass er nicht in der Lage ist, im beruflichen Umfeld zu funktionieren. Eine Krankenhausstation oder eine Tagesklinik können ein ideales Umfeld sein, um sich mit der charakterologischen Dimension auseinanderzusetzen, die mit der Schizophrenie einhergeht, und die Ursachen für die Nichteinhaltung von Anweisungen zu ermitteln.

Die stationäre Behandlung oder die Behandlung in einer Tagesklinik erfolgt bei solchen Patienten überwiegend nach dem in Kapitel 6 beschriebenen Modell. Durch projektive Identifizierung versuchen die Patienten, ihre innere Objektwelt im Milieu zu reproduzieren. Die Mitglieder des Personals nehmen diese Projektionen auf und bieten neue Muster der Bezogenheit zur erneuten Verinnerlichung an. Außerdem werden die Patienten auf maladaptive Interaktionsmuster hingewiesen, wenn sie in der Behandlungssituation auftreten.

Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht viele der in diesem Kapitel beschriebenen Behandlungsgrundsätze:

Herr H, ein 22-jähriger Single aus dem Südosten der Vereinigten Staaten, litt seit drei Jahren an Schizophrenie, die weder auf eine ambulante Behandlung mit Medikamenten noch auf kurze stationäre Aufenthalte angesprochen hatte. Als er in eine psychiatrische Klinik überwiesen wurde, erschien er mit seinen Eltern zur Aufnahme. Als er gebeten wurde, seine Probleme zu beschreiben, zählte er eine lange Reihe physischer Beschwerden auf, die praktisch alle Regionen seines Körpers betrafen, stritt psychiatrische Probleme jedoch beharrlich ab. Als er erfuhr, dass er in eine psychiatrische Einrichtung aufgenommen werden sollte, wollte er sich nicht anmelden. Er war erst bereit, sich in stationäre Behandlung zu begeben, als man ihm wiederholt versichert hatte, dass die psychiatrische Beurteilung auch eine vollständige physische und neurologische Untersuchung enthält.

Die somatischen Beschwerden des Patienten machten eine Anamnese seiner psychiatrischen Störung unmöglich. Glücklicherweise konnten seine Eltern die fehlenden Informationen erteilen. Herr H war das dritte von drei Kindern außerordentlich erfolgreicher Eltern. Der Vater des Patienten war ein angesehener leitender Angestellter in einem Wirtschaftsunternehmen, seine Mutter hatte eine leitende Stellung in der Schulverwaltung. Sein älterer Bruder hatte seinen Abschluss an einer renommierten medizinischen Fakultät gemacht, und seine ältere Schwester hatte das Studium der Betriebswirtschaftslehre mit Auszeichnung abgeschlossen. Der Patient hatte für kurze Zeit ein College besucht, hatte sein Studium nach dem Ausbruch seiner Krankheit jedoch abbrechen müssen. Er hatte über Überempfindlichkeit gegen Lärm im Studentenwohnheim geklagt und erklärt, er befürchte, andere sprächen über ihn. Er hatte schließlich verlangt, wieder zu Hause zu wohnen, damit ihn die anderen jungen Männer im Studentenwohnheim, die ihn seinen Angaben zufolge mitten in der Nacht „Verlierer“, „Homo“ und „Irrer“ nannten, nicht demütigen könnten.

Nachdem er das College verlassen hatte, zog Herr H wieder bei seinen Eltern ein und nahm sie zeitlich immer mehr in Anspruch. Wenn sein Vater morgens zur Arbeit gehen wollte, rannte der Patient ihm hinterher und sprang manchmal auf die Motorhaube seines Wagens, um zu verhindern, dass er wegfuhr. Außerdem weckte er seinen Vater mitten in der Nacht und verlangte, dass er sich seine Ausführungen über seine physischen Beschwerden anhörte. Er warf seinem Vater wiederholt vor, er vernachlässige ihn, indem er sagte: „Was willst Du gegen meinen Schmerz machen?“ Herr H war von einer Reihe von Spezialisten untersucht worden, häufig von mehreren desselben Fachbereichs, ohne dass eine physische Krankheit diagnostiziert worden wäre. Er bestand darauf, dass er ständige „Beobachtung“ durch seine Eltern benötige, damit sie sich vom Auf und Ab seiner physischen Symptome überzeugen könnten. Herr H war mit liebenden und fürsorglichen Eltern gesegnet, die versuchten, seinem Wunsch nach Aufmerksamkeit nachzukommen, indem sie viel Zeit mit ihm verbrachten. Einmal hörte sich der Vater 10 Stunden lang ohne jede Pause die physischen Beschwerden des Patienten an.

Herr H hörte auch weiterhin Stimmen, die abfällig über ihn sprachen, und einmal griff er auf der Straße einen Fremden an, weil er davon überzeugt war, dass dieser unangenehme Dinge über ihn gesagt hatte. Herr H war zweimal für jeweils mehrere Wochen in stationärer Behandlung gewesen, und man hatte ihm zu verschiedenen Zeiten vier verschiedene Neuroleptika verschrieben. Er hatte die Medikamente jedes Mal abgesetzt, weil er bestritt, an einer psychiatrischen Erkrankung zu leiden, die die Einnahme psychotroper Medikamente erfordert, und weil er anticholinerge Nebenwirkungen hatte, die ihn störten.

Kurz nach seiner Aufnahme wurde bei der Untersuchung seines mentalen Status festgestellt, dass er auch weiterhin an auditiven Halluzinationen litt, obwohl er sich nicht beklagte, „Stimmen zu hören“. Vielmehr war er überzeugt, dass die Leute tatsächlich über ihn sprachen. In den ersten Tagen seines Krankenhausaufenthaltes stellte er mehrmals verärgert andere Patienten zur Rede, weil er dachte, sie machen sich über ihn lustig. Alle stritten vehement ab, über ihn gesprochen zu haben. Außerdem hatte Herr H wegen einer formalen Denkstörung, die in Gedankenstopp und Gedankenentgleisung bestand, Schwierigkeiten, einen Gedanken zu Ende zu bringen. Er brach mitten im Satz ab, wechselte das Thema und begann einen neuen Satz.

Herr H zeigte im Krankenhaus große Angst, weil keines der Mitglieder des Personals seine physischen Symptome „beobachtete“, wie es seine Eltern getan hatten. Erwartungsgemäß versuchte der Patient, sein familiäres Umfeld im Milieu neu zu erschaffen. Er entwickelte eine starke Übertragungsbindung zu seinem Arzt und der Schwester, die ihn hauptsächlich betreute, von der er erwartete, ständig bei ihm zu sein. Als sein Arzt nach einer Visite bei ihm die Station verließ, versuchte Herr H, ihm hinterherzulaufen, wie er es bei seinem Vater getan hatte, um ihn daran zu hindern, dass er zur Arbeit fuhr.

Die physischen und neurologischen Untersuchungen ergaben keine nennenswerten Befunde. Nach einer sorgfältigen psychiatrischen Beurteilung erarbeiteten die Behandelnden eine Erklärung. Hinter den paranoiden und somatischen Beschwerden des Patienten verbarg sich ein außerordentlich geringes Selbstwertgefühl. Herr H war mit dem Gefühl

aufgewachsen, das „schwarze Schaf“ der Familie zu sein, weil seine beschränkten Fähigkeiten es ihm nicht ermöglicht hatten, mit den hohen Leistungen der übrigen Mitglieder der Familie mitzuhalten. Um ein gewisses Selbstwertgefühl bewahren zu können, hatte er sich die Identität eines „Opfers“ einschränkender physischer Probleme zugelegt, die ihn daran hinderten, angemessene Leistungen zu erbringen. Dadurch konnte Herr H sein Versagen in der Schule und an verschiedenen Arbeitsplätzen seinen physischen Erkrankungen zuschreiben.

Die somatischen Beschwerden dienten auch als Organisationsprinzip der Gedanken des Patienten, wodurch er eine ausgeprägtere psychotische Fragmentierung oder Selbstauflösung verhindern konnte. Diese schwerwiegende ständige Beschäftigung mit somatischen Beschwerden ging mit der auf dem Mechanismus der Introjektion und der Projektion basierenden paranoiden Vorstellung einher, andere würden sich über ihn lustig machen. Herr H hatte die Erwartungen und die Anforderungen seiner Eltern (als verfolgende Objekte) in jungen Jahren verinnerlicht. Dadurch waren Fremde auf der Straße oder im Flur, von denen er dachte, sie sprächen über ihn, zu diesen verfolgenden Objekten geworden, die er auf die Umwelt projiziert hatte. Als er die Verfolger reintrojierte, wurden sie in Form von verschiedenen Wehwehchen und Schmerzen zu inneren Verfolgern, die sofortige Aufmerksamkeit erforderten. Auf diese Weise fühlte sich der Patient sowohl in seinem Umfeld als auch in seinem Körper ständig von einer ganzen Schar von Peinigern belagert.

Auf der neurophysiologischen Ebene hat womöglich Herrn Hs Unfähigkeit, bestimmte Stimuli auszublenden, sein Gefühl verstärkt, er erleide eine Reihe von Schmerzen und Qualen. Und schließlich hatte die Somatisierung noch eine weitere Funktion: Es war die einzige Art und Weise, die der Patient kannte, um eine Objektbezogenheit aufrechtzuerhalten und dadurch seine große Trennungsangst abzuwehren. Es war eindeutig, dass er sich kaum für die diagnostischen Erkenntnisse oder die Behandlungsvorschläge interessierte. Solche Befunde und Empfehlungen waren für ihn von weitaus geringerer Bedeutung als seine Sorge darüber, dass er ständige „Beobachtung“ brauchte. Das Aufzählen seiner physischen Beschwerden diente im Grunde nicht dazu, bei den Menschen in seinem Umfeld Reaktionen auszulösen, die zu einer Besserung führen würden, sondern dazu, eine ständige äußere Präsenz zu gewährleisten, damit er sich seiner Angst vor dem Verlassenwerden nicht stellen musste. Paradoxerweise löste seine Flut von Beschwerden eher gegenteilige Reaktionen aus, das heißt, sie entfremdete und vertrieb andere. Anfangs hatten die Behandelnden versucht, Herrn Hs positive Symptome durch Medikamente zu kontrollieren. Doch er verweigerte die Einnahme hartnäckig, da er sie mit früheren Ärzten in Verbindung brachte, die ihm gesagt hatten: „Das Ganze ist nur in Ihrem Kopf.“

Herrn Hs Klinikarzt respektierte, dass Herr H die intensive Beschäftigung mit den physischen Symptomen brauchte, um sein Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten und seine Gedanken zu ordnen, und versicherte ihm, niemand stelle die Schwere seines Schmerzes infrage. Er erklärte dem Patienten, seine Krankheit habe sowohl psychologische als auch physische Aspekte. Er erklärte ihm weiterhin, eine physische Manifestation der Krankheit bestehe darin, dass er Stimuli in der

Umgebung und im Körper nicht herausfiltern könne (Freedman et al. 1996; Spohn et al. 1977). Durch diesen pädagogischen Ansatz überzeugte der Arzt Herrn H, dass es einen Versuch Wert sei, die Neuroleptika zu nehmen, da sie das „Filtersystem“ häufig positiv beeinflussten. Nachdem sich der Patient bereit erklärt hatte, die Medikamente zu nehmen, stellte sich eine beträchtliche Besserung seiner Denkstörung ein, wodurch er in der Lage war, sich gegenüber den Behandelnden und den anderen Patienten verständlicher zu äußern. Seine auditiven Halluzinationen bestanden weiter, ihre Häufigkeit und ihre Schwere nahmen jedoch etwas ab.

Dann versuchten die Behandelnden, einige der Ich-Defizite des Patienten zu beheben, indem sie die Rolle von Hilfs-Ichs übernahmen. Einmal zum Beispiel traf sich eine Schwester in einem geschlossenen Raum der Station zu einer Besprechung mit Herrn H. Er behauptete, draußen im Flur würden die Leute über ihn sprechen. Um ihm zu beweisen, dass niemand dort war, öffnete die Schwester die Tür und trat zusammen mit Herrn H auf den Flur. Dann erklärte sie ihm, es gehöre zu seiner Krankheit, dass er Stimmen im Inneren habe, die er dann so wahrnehme, als kämen sie von außen. Diese Maßnahme wurde durch die Rückmeldungen von Mitpatienten in den Gruppensitzungen verstärkt.

Wegen der starken Stimulierung hatte man den Patienten zunächst von den Gruppensitzungen auf der Station ferngehalten. Nachdem er durch die Medikamente stabilisiert war, nahm Herr H jedoch an den Gruppensitzungen teil und brachte immer wieder vor, andere sprächen über ihn. Die anderen Patienten bestritten diese Anschuldigungen standhaft und ermutigten ihn, „der Sache auf den Grund zu gehen“, wenn er die Stimme hörte. Als der Patient erkannte, dass die Stimmen tatsächlich aus seinem Inneren kamen, wurden aus seinen feindlichen Anschuldigungen gegenüber den anderen Patienten und den Behandelnden nach und nach vorsichtige Fragen.

Als Herr H seine positiven Symptome schon besser im Griff hatte, wurde der Behandlungsschwerpunkt auf seine gestörte zwischenmenschliche Bezogenheit verlegt. Der Patient versuchte, mit seinem Krankenhausarzt dieselbe Beziehung aufzubauen, die er zu seinem Vater hatte. Der Arzt verbrachte mehr Zeit mit Herrn H als mit jedem seiner anderen Patienten. Die Dringlichkeit, mit der Herr H sich wegen Durchfalls, Magenschmerzen, Gelenkschmerzen und so weiter an ihn wandte, führte dazu, dass der Arzt Herrn H nur ungern alleine ließ und die Station verließ. Als Herr H ihm eines Tages verzweifelt hinterherlief, als er die Station verließ, und dann auf dem Gehweg mit ihm weiterging, erkannte der Arzt, in welchem Maße der Patient sein familiäres Umfeld im Krankenhaus nachgestellt hatte. Herr H meinte, er habe Anspruch auf die volle Aufmerksamkeit seines Arztes und war sich der Bedürfnisse der anderen Patienten nicht bewusst, die dieser ebenfalls betreute. Der Arzt forderte Herrn H auf, seine Erwartungen hinsichtlich der Zeit, die er mit ihm verbringen würde, zurückzuschrauben. Er teilte ihm mit, er werde Termine von jeweils 30 Minuten mit ihm vereinbaren und ihm außerhalb dieser Zeiten nicht zur Verfügung stehen. Diese Einschränkung zielte auf das Anspruchsdenken des Patienten ab.

Diese Maßnahme bedeutete für den Patienten auch eine neue Form der Objektbezogenheit, die er verinnerlichen musste. Sein

Objektbeziehungsparadigma eines klagenden, fordernden Selbst, das eine Bindung zu einem nachgiebigen Objekt hatte, wurde durch seine Erfahrung mit einem neuen Objekt modifiziert, das fürsorglich war, aber auch Grenzen setzte. Dementsprechend führte die Erfahrung mit diesem neuen Objekt auch zu Veränderungen der Selbstrepräsentanz des Patienten. Er war anfangs frustriert, ertrug die Abwesenheit des Arztes dann jedoch besser und akzeptierte, dass er seinen Erwartungen an andere Grenzen setzen musste. Außerdem führten die Einschränkungen, die Herr H in dieser Beziehung erlebte, dazu, dass er mit dem Arzt über seine Trennungsangst sprach. Er brachte seine Sorge darüber zum Ausdruck, dass seine Grundbedürfnisse nicht befriedigt würden, wenn keine Betreuerfigur anwesend sei.

Als der Patient in der Lage war, sich mit diesen und anderen psychologischen Problemen auseinanderzusetzen, wurde er an einen Einzelpsychotherapeuten verwiesen, der nichts mit der Station zu tun hatte. Zu Beginn der Psychotherapie berichtete der Patient ausführlich über seine physischen Symptome. Der Therapeut hörte sich diese Ausführungen mit Interesse und Besorgnis an und empfand sein Bedürfnis, sich statt mit den psychologischen mit den somatischen Beschwerden zu befassen, nach. In regelmäßigen Abständen merkte er jedoch an, dass er in Bezug auf die physischen Leiden wirklich nicht mehr für den Patienten tun könne, als was die Behandelnden und die Therapeuten auf der Station mit ihrer sorgfältigen Arbeit bereits geleistet hatten. Als der Patient Vertrauen entwickelte, begann er über seine starken Minderwertigkeitsgefühle gegenüber seiner Familie zu sprechen. Sein Bruder und seine Schwester haben sich durch akademische Leistungen ausgezeichnet, er selbst zeichne sich jedoch lediglich durch eine Reihe seltsamer Leiden aus, die ihn daran hinderten, ähnlich erfolgreich zu sein. Da der Patient seine psychiatrische Erkrankung verleugnete, nicht psychologisch eingestellt war und sich nicht für seine Symptome interessierte, entschied sich der Therapeut für einen überwiegend supportiven Ansatz. Auf dieser Basis konnte der Patient dann endlich über eine überraschend große Bandbreite von Gefühlen in Bezug auf sich selbst und seinen Platz in seiner Familie sprechen.

Im Rahmen der Behandlung nahm der Patient auch an einer Sozialfertigkeiten-Gruppe mit wenigen Gleichgesinnten teil. In diesem Umfeld wurde er vorsichtig mit seinen Problemen bezüglich der Körperpflege, damit, dass er in einer Konversation nicht auf die Fragen seiner Gesprächspartner antwortete, mit seiner Ichbezogenheit und damit, dass er die Bedürfnisse anderer außer Acht ließ, konfrontiert. Er erreichte eine Besserung in all diesen Bereichen sowie hinsichtlich seiner zwischenmenschlichen Funktionen. Beispielsweise begrüßte er Menschen, die ihn ansprachen, mit „Guten Morgen“ und erkundigte sich sogar, wie es ihnen gehe. Er nahm auch an einem beruflichen Einstufungs- und Schulungsprogramm teil, bei dem er unter Aufsicht einfache Aufgaben ausführen musste. Der Therapeut, der dieses Programm leitete, achtete sorgfältig darauf, Aufgaben zu stellen, die den Fähigkeiten des Patienten entsprachen, um sein Selbstwertgefühl nicht ernsthaft zu erschüttern. Schließlich erfolgte eine psychoedukationale Maßnahme mit den Eltern des Patienten, die ihnen half, seine Grenzen zu

akzeptieren. Ihnen wurde mitgeteilt, Überengagement und hohe Erwartungen seien kontraproduktiv, dass er sie als Druck empfinden würde, mehr leisten zu müssen, als es seine Fähigkeiten erlaubten.

Dieser Auszug aus einer dynamisch orientierten Behandlung zeigt, wie die verschiedenen Theorien, die in Kapitel 2 besprochen wurden, bei der Behandlung eines Patienten genutzt werden können. Die Grundsätze der Selbstpsychologie haben dazu geführt, dass das Behandlungsteam ein empathisches Bewusstsein dafür entwickelt hat, dass der Patient sein Selbstwertgefühl aufrechterhalten muss, weshalb die Behandelnden seine Somatisierung nicht infrage gestellt haben. Ein Ansatz nach der Objektbeziehungstheorie hat es dem Arzt leichter gemacht, das problematische Verhältnis des Patienten zu ihm zu verstehen. Und die Perspektive der Ich-Psychologie war in zweierlei Hinsicht von Nutzen: 1. Indem die Mitglieder des Pflegepersonals Techniken zur Stärkung des Ich einsetzten, kam ein Ich-Defizit-Modell zur Anwendung, und 2. um die auditiven Halluzinationen zu verstehen, wurde ein Konfliktmodell verwendet. Die verfolgenden Stimmen, die den Patienten „Verlierer“ oder „Irrer“ nannten, waren das Resultat eines Konflikts zwischen den verinnerlichten Erwartungen seiner Eltern (in Form seines Ich-Ideals und seines Über-Ich) und der Realität seiner Einschränkungen (realistische Ich-Funktion). Diese Stimmen wurden nach jedem beruflichen Rückschlag des Patienten lauter.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Patienten mit Schizophrenie Therapeutenfiguren brauchen. Sie brauchen Hilfe, um sich in der komplizierten Realität des mentalen Gesundheitswesens zurechtzufinden. Außerdem brauchen sie jemanden, der ihnen hilft, ihre Ängste und Fantasien zu verstehen, die sie daran hindern, die Vorschriften der verschiedenen Komponenten des Behandlungsplans einzuhalten. Es ist sogar eine besonders wichtige Aufgabe des Therapeuten, Probleme bezüglich der Einhaltung von Anweisungen in anderen Bereichen der Behandlung zu untersuchen. Heute wird diese Aufgabe häufig einem klinischen Fallmanager zugeteilt, gewöhnlich deshalb, weil der Patient keine Therapie möchte oder weil die öffentlichen Einrichtungen ihm keine Psychotherapie zukommen lassen können. Der Fallmanager ist eine Art Anwalt des Patienten, ein Führer, der die Möglichkeiten im System der mentalen Gesundheit kennt, und der Koordinator der gesamten Behandlung. Auch wenn das Fallmanagement auf die Realität und auf Anpassung ausgerichtet ist, kommt es doch zu Übertragungen und Gegenübertragungen, sodass der Fallmanager auch in der Lage sein muss, wirksame psychotherapeutische Maßnahmen durchzuführen (Kanter 1989). Schizophrene Patienten brauchen vor allem Menschen, die sich um sie kümmern, die ihnen als Zufluchtsort vor der verwirrenden und bedrohlichen Welt von Mitgefühl geprägte menschliche Beziehungen anbieten, ob sie nun Fallmanager oder Psychotherapeuten heißen.



## Literaturhinweise

---

- Abdelmalik, P., Husted, J., Chow, E. W. C., et al.: Childhood head injury and expression of schizophrenia in multiply affected families. *Arch Gen Psychiatry* 60: 231–236, 2003.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Andreasen, N. C., Olsen, S. A., Dennert, J. W., et al.: Ventricular enlargement in schizophrenia: relationship to positive and negative symptoms. *Am J Psychiatry* 139: 297–302, 1982.
- Andreasen, N. C., Flaum, M., Swayze, V. W., et al.: Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. *Arch Gen Psychiatry* 47: 615–621, 1990.
- Anonymus: Can we talk? The schizophrenic patient in psychotherapy: a recovering patient. *Am J Psychiatry* 143: 68–70, 1986.
- Arlow, J. A., Brenner, D.: The psychopathology of the psychoses: a proposed revision. *Int J Psychoanal* 50: 5–14, 1969.
- Bachrach, L. L.: Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatry* 149: 1455–1463, 1992.
- Bion, W. R.: Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities (1957), in: *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York, Jason Aronson, 1967, S. 43–64.
- Blatt, S. J., Wild, C. M.: *Schizophrenia: A Developmental Analysis*. New York, Academic Press, 1976.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 121: 241–258, 1972.
- Butzlaff, R. L., Hooley, J. M.: Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 55: 547–552, 1998.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffit, T., et al.: Evidence for early childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 449–456, 2002.
- Carpenter, W. T. Jr.: A perspective on the Psychotherapy of Schizophrenia Project. *Schizophr Bull* 10: 599–602, 1984.
- Carpenter, W. T. Jr., Henrichs, D. W., Wagman, A. M. I.: Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 145: 578–583, 1988.
- Conte, H. R., Plutchik, R.: Controlled research and supportive psychotherapy. *Psychiatric Annals* 16: 530–533, 1986.
- Degen, K., Nasper, E.: *Return From Madness: Psychotherapy With People Taking the New Antipsychotic Medications and Emerging From Severe, Lifelong, and Disabling Schizophrenia*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996.
- Dixon, L. B., Lehman, A. F.: Family interventions for schizophrenia. *Schizophr*



- Bull 21: 631–643, 1995.
- Duckworth, K., Nair, V., Patel, J. K., et al.: Lost time, found hope and sorrow: the search for self, connection, and purpose during „awakenings“ on the new antipsychotics. *Harv Rev Psychiatry* 5: 227–233, 1997.
- Falloon, I. R. H.: Expressed emotion: current status. *Psychol Med* 18: 269–274, 1988.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., et al.: Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 306: 1437–1440, 1982.
- Federn, P.: *Ego Psychology and the Psychoses*. New York, Basic Books, 1952.
- Fenton, W. S., McGlashan, T. H.: We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154: 1493–1495, 1997.
- Frank, A. F., Gunderson, J. G.: The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 47: 228–236, 1990.
- Freedman, R., Adler, L. E., Myles-Worsley, M., et al.: Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli in schizophrenic and normal subjects: human recordings, computer simulation, and an animal model. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1114–1121, 1996.
- Frese, F. J.: Recovery: myths, mountains, and miracles. Presentation to The Menninger Clinic staff. Topeka, KS, 30. Mai 1997.
- Freud, S.: Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) (1911), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1958, S. 1–82.
- Freud, S.: The loss of reality in neurosis and psychosis (1924a), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 19. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1961, S. 181–187.
- Freud, S.: Neurosis and Psychosis (1924b), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 19. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1961, S. 147–153.
- Freud, S.: On narcissism: an introduction (1914), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1963, S. 67–102.
- Freud, S.: The unconscious (1915), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1963, S. 159–215.
- Fromm-Reichmann, F.: *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950.
- Garfield, D.: Self-criticism in psychosis: enabling statements in psychotherapy. *Dynamic Psychotherapy* 3: 129–137, 1985.
- Garfield, D., Rogoff, M., Steinberg, S.: Affect-recognition and self-esteem in schizophrenia. *Psychopathology* 20: 225–233, 1987.

- Glass, L., Katz, H., Schnitzer, R., et al.: Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome. *Am J Psychiatry* 146: 603–608, 1989.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., et al.: Drug and family in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 35: 1169–1177, 1978.
- Gomez–Schwartz, B.: Individual psychotherapy of schizophrenia, in: *Schizophrenia: Treatment, Management, and Rehabilitation*. Edited by Bellack, A. S. Orlando, FL, Grune & Stratton, 1984, S. 307–335.
- Grand, S.: The body and its boundaries: a psychoanalytic view of cognitive process disturbances in schizophrenia. *International Review of Psychoanalysis* 9: 327–342, 1982.
- Green, M. F., Marshall, B. D. Jr., Wirshing, W. C., et al.: Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia? *Am J Psychiatry* 154: 799–804, 1997.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R., Shader, R. I.: *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1972.
- Grotstein, J. S.: The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma. *Int J Psychoanal* 58: 403–425, 1977a.
- Grotstein, J. S.: The psychoanalytic concept of schizophrenia, II: reconciliation. *Int J Psychoanal* 58: 427–452, 1977b.
- Gunderson, J. G.: Engagement of schizophrenic patients in psychotherapy, in: *Attachment and the Therapeutic Process: Essays in Honor of Otto Allen Will, Jr.* Edited by Sacksteder, J. L., Schwartz, D. P., Akabane, Y. Madison, CT, International Universities Press, 1987, S. 139–153.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., et al.: Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 10: 564–598, 1984.
- Harding, C. M., Zubin, J., Strauss, J. S.: Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psychiatry* 38: 477–486, 1987.
- Hatfield, A. B.: *Family Education in Mental Illness*. New York, Guilford, 1990.
- Hogarty, G. E.: Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors—a United States perspective. *J Clin Psychiatry* 45: 36–42, 1984.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al.: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I: one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 43: 633–642, 1986.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al.: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 48: 340–347, 1991.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. F., Greenwald, D., et al.: Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 21: 379–393, 1995.

- Hogarty, G. E., Kornblith, S. F., Greenwald, D., et al.: Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 154: 1504–1513, 1997a.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., et al.: Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 154: 1514–1524, 1997b.
- Jenkins, J. H., Karno, M.: The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry* 149: 9–21, 1992.
- Judd, L. L., McAdams, L. A., Budnick, B., et al.: Sensory gating deficits in schizophrenia: new results. *Am J Psychiatry* 149: 488–493, 1992.
- Kanas, N.: Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int J Group Psychother* 36: 339–351, 1986.
- Kanas, N., Rogers, M., Kreth, E., et al.: The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study. *J Nerv Ment Dis* 168: 487–492, 1980.
- Kanter, J.: Clinical case management: definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry* 40: 361–368, 1989.
- Kanter, J., Lamb, H. R., Loeper, C.: Expressed emotion in families: a critical review. *Hosp Community Psychiatry* 38: 374–380, 1987.
- Karon, B. P.: The fear of understanding schizophrenia. *Psychoanalytic Psychology* 9: 191–211, 1992.
- Karon, B. P., VandenBos, G.: *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York, Jason Aronson, 1981.
- Keith, S. J., Matthews, S. M.: Schizophrenia: a review of psychosocial treatment strategies, in: *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Edited by Williams, J. B. W., Spitzer, R. L. New York Guilford, 1984, S. 70–88.
- Kendler, K. S., Eaves, L. J.: Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 143: 279–289, 1986.
- Kety, S. S.: Genetic and environmental factors in the etiology of schizophrenia, in: *Psychopathology: The Evolving Science of Mental Disorder*. Edited by Matthysse, H., Levy, D. L., Kagan, J., et al. New York, Cambridge University Press, 1996, S. 477–487.
- King, S., Dixon, M. J.: The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1098–1104, 1996.
- Kingdon, D. G., Turkington, D.: *Cognitive-Behavioral Therapy in Schizophrenia*. New York, Guilford, 1994.
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E., et al.: A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 58: 165–171, 2001.

- Klein, D. F.: Psychosocial treatment of schizophrenia, or psychosocial help for people with schizophrenia? *Schizophr Bull* 6: 122–130, 1980.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., et al.: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 173: 61–68, 1998.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al.: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 141: 121–134, 1982.
- Lefley, H. P.: Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues. *Hosp Community Psychiatry* 43: 591–598, 1992.
- London, N. J.: An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part I: review and critical assessment of the development of the two theories. *Int J Psychoanal* 54: 169–178, 1973a.
- London, N. J.: An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part II: discussion and restatement of the specific theory of schizophrenia. *Int J Psychoanal* 54: 179–193, 1973b.
- Lucas, R.: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *Int J Psychoanal* 84: 3–15, 2003.
- MacMillan, J. F., Gold, A., Crow, T. J., et al.: Expressed emotion and relapse. *Br J Psychiatry* 148: 133–143, 1986.
- Mahler, M.: On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanal Study Child* 7: 286–305, 1952.
- May, P. R. A.: Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods. New York, Science House, 1968.
- McGlashan, T. H.: The Chestnut Lodge follow-up study, II: long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 41: 586–601, 1984.
- McGlashan, T. H.: Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J Nerv Ment Dis* 175: 681–685, 1987.
- McGlashan, T. H., Keats, C. J.: Schizophrenia: Treatment Process and Outcome. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989.
- Mosher, L. R., Keith, S. J.: Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report. *Am J Psychiatry* 136: 623–631, 1979.
- Müller, C.: Psychotherapy and schizophrenia: the end of the pioneers' period. *Schizophr Bull* 10: 618–620, 1984.
- Munich, R. L., Carsky, M., Appelbaum, A.: The role and structure of long-term hospitalization: chronic schizophrenia. *Psychiatr Hosp* 16: 161–169, 1985.
- Myrin-Germeyns, I., van Os, J., Schwartz, J. E.: Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 58: 1137–1144, 2001.
- O'Brien, C.: Group psychotherapy with schizophrenia and affective disorders, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, S. 242–249.
- Ogden, T. H.: On the nature of schizophrenic conflict. *Int J Psychoanal* 61: 513–533, 1980.

- Ogden, T. H.: The schizophrenic state of nonexperience, in: Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient. Edited by Giovacchini, P. L., Boyer, L. B. New York, Jason Aronson, 1982, S. 217–260.
- Olin, S. S., Mednick, S. A.: Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 22: 223–240, 1996.
- Pao, P.-N.: Notes on Freud's theory of schizophrenia. *Int J Psychoanal* 54: 469–476, 1973.
- Parker, G., Johnston, P., Hayward, L.: Parental „expressed emotion“ as a predictor of schizophrenic relapse. *Arch Gen Psychiatry* 45: 806–813, 1988.
- Pedersen, C. B., Mortensen, P. B.: Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 58: 1039–1046, 2001.
- Penn, D. L., Mueser, K. T.: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153: 607–617, 1996.
- Plomin, R., Defries, J. C., McClearn, G. E.: Behavioral Genetics: A Primer. 2<sup>nd</sup> Edition. New York, W. H. Freeman, 1990.
- Robbins, M.: Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 425–454, 1992.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., et al. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy With Schizophrenics. Madison, University of Wisconsin Press, 1967.
- Rosenfarb, I. S., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., et al.: Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Arch Gen Psychiatry* 57: 1174–1179, 2000.
- Rosenheck, T., Tekell, J., Peters, J., et al.: Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine? *Arch Gen Psychiatry* 55: 618–625, 1998.
- Rund, B. R.: Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid and treatment factors. *Psychiatry* 53: 127–139, 1990.
- Ruocchio, P. J.: How psychotherapy can help the schizophrenic patient. *Hosp Community Psychiatry* 40: 188–190, 1989.
- Sacks, O.: Awakenings. New York, HarperPerennial, 1990.
- Scott, J. E., Dixon, L. B.: Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 21: 621–630, 1995.
- Searles, H. F.: Psychoanalytic therapy with schizophrenic patients in a private-practice context (1976), in: Countertransference and Related Subjects: Selected Papers. New York, International Universities Press, 1979, S. 582–602.
- Selzer, M. A.: Preparing the chronic schizophrenic for exploratory psychotherapy: the role of hospitalization. *Psychiatry* 46: 303–311, 1983.
- Selzer, M. A., Carsky, M.: Treatment alliance and the chronic schizophrenic. *Am J Psychiatry* 44: 506–515, 1990.

- Selzer, M. A., Sullivan, T. B., Carsky, M., et al.: Working With the Person With Schizophrenia: The Treatment Alliance. New York, New York University Press, 1989.
- Spohn, H. E., Lacoursiere, R. B., Thompson, K., et al.: Phenothiazine effects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 34: 633–644, 1977.
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. h., et al.: Effects of psychotherapy on schizophrenic patients, I: design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 10: 520–563, 1984.
- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., Bartko, J. J.: The diagnosis and understanding of schizophrenia, part III: speculations on the process that underline schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull* 11: 61–69, 1974.
- Sullivan, H. S.: Schizophrenia as a Human Process. New York, W. W. Norton, 1962.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., et al.: Randomised controlled trial of intensive cognitive-behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 317: 303–307, 1998.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., et al.: The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: implications for family research. *Br J Psychiatry* 164 (suppl 23): 20–26, 1994.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., et al.: Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry* 184: 216–222, 2004.
- Wahlberg, K-E., Lyman, C. W., Oja, H., et al.: Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154: 355–362, 1997.
- Wexler, M.: Schizophrenia: conflict and deficiency. *Psychoanal Q* 40: 83–99, 1971.

## KAPITEL 8

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Moderne psychodynamische Ansätze, die dem Verständnis der Depression dienen, berücksichtigen die Tatsache, dass affektive Störungen stark durch genetische und biologische Faktoren beeinflusst werden. Die Depression ist sogar ein ideales Modell für die Untersuchung dessen, wie die Wechselwirkungen von Genen und Umgebung klinische Symptome verursachen. Man weiß heute, dass die unipolare Depression zu etwa 40 % genetische und zu etwa 60 % umweltbedingte Ursachen hat (Nemeroff 2003).

Kendler und seine Kollegen (1993) haben 680 weibliche Zwillingspaare mit bekannter Zygosität beobachtet, um gegebenenfalls ein ätiologisches Modell für die Vorhersage schwererer depressiver Episoden zu entwickeln. Sie stellten fest, dass die genetischen Faktoren eine wichtige, aber nicht entscheidende Rolle spielten. Am wichtigsten für die Prognose waren kürzlich erlebte belastende Ereignisse. Eine bedeutende ätiologische Rolle spielten auch zwei weitere Faktoren: zwischenmenschliche Beziehungen und ein durch Neurotizismus gekennzeichnetes Temperament. Neurotizismus schien Menschen im Umfeld davon abzuhalten, soziale Unterstützung zu gewähren.

In einer späteren Untersuchung an einer erweiterten Stichprobe der Zwillingstudie gewannen Kendler und seine Kollegen (1995) weitere Erkenntnisse über die Ätiologie der Depression. Das überzeugendste Modell, das sie anhand ihrer Erkenntnisse erarbeiteten, war eines, nach dem die Empfindlichkeit gegenüber den Auswirkungen belastender Lebensereignisse, die eine Depression auslösen, durch genetische Faktoren bestimmt wird. So ergab beispielsweise die Untersuchung der Probanden mit dem niedrigsten genetischen Risiko für eine klassische Depression, dass die Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch der klassischen Depression im Falle des Fehlens belastender

Lebensereignisse bei ihnen bei 0,5 % pro Monat lag. Wenn sie jedoch Stressfaktoren ausgesetzt wurden, stieg diese Wahrscheinlichkeit auf 6,2 %. Bei den Probanden mit dem höchsten genetischen Risiko lag die Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch der Depression im Falle des Fehlens belastender Lebensereignisse nur bei 1,1 %, stieg jedoch beim Vorliegen belastender Lebensereignisse auf dramatische 14,6 %.

Für dieses Modell spricht auch eine prospektive Studie mit 1 037 Kindern aus Neuseeland (Caspi et al. 2003), bei der die Forscher feststellten, dass ein funktionaler Polymorphismus in der Promoterregion des Serotonin-Transporter-Gens (*5HTT*) den Einfluss belastender Lebensereignisse auf die Depression minderte.

Bei einer darauf folgenden Analyse stellten Kendler et al. (1999) fest, dass etwa ein Drittel des Zusammenhangs zwischen belastenden Lebensereignissen und den Ausbrüchen der Depression nicht kausal war, da die für die klassische Depression prädisponierten Personen sich in Umfeldern begeben, die ein hohes Risiko darstellen. So können zum Beispiel Menschen mit einem neurotischen Temperament andere entfremden und dadurch den Abbruch einer wichtigen Beziehung verursachen. Der Studie zufolge sind die stärksten Stressfaktoren der Tod eines nahen Angehörigen, Vergewaltigung, gravierende Eheprobleme und Scheidung / Trennung. Es gibt jedoch auch Belege dafür, dass Missbrauch, Vernachlässigung oder Trennung in der Kindheit möglicherweise zu einer neurobiologischen Empfindlichkeit führen, durch die das Individuum dazu prädisponiert wird, als Erwachsener mit einer klassischen depressiven Episode auf Stressfaktoren zu reagieren. So dokumentierten Kendler et al. (1992) bei Frauen, die als Kinder oder Heranwachsende von ihrer Mutter oder ihrem Vater getrennt worden waren, ein erhöhtes Risiko für die klassische Depression. In einer späteren Arbeit stellten Kendler et al. (2001) weitere Unterschiede hinsichtlich der depressionsauslösenden Wirkung belastender Lebensereignisse zwischen den Geschlechtern fest. Männer erwiesen sich als empfindlicher gegenüber Scheidungs- / Trennungsproblemen und Problemen am Arbeitsplatz, Frauen dagegen gegenüber Problemen mit Menschen in ihrem näheren Umfeld.

Wie Nemeroff (1999) dargelegt hat, wurde Freuds Ansicht, frühe Verluste prädisponierten zur Depression im Erwachsenenalter, durch neuere Forschungen bestätigt. Agid et al. (1999) haben über eine Fall-Kontroll-Studie berichtet, bei der das Vorliegen des frühen Verlusts der Eltern durch Tod oder dauerhafte Trennung im Alter von weniger als 17 Jahren bei erwachsenen Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Störungen untersucht wurde. Der Verlust eines Elternteils in der Kindheit erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer klassischen Depression im Erwachsenenalter deutlich. Der Verlust durch dauerhafte Trennung hatte eine stärkere Wirkung als der Verlust durch Tod, ebenso der Verlust im Alter von weniger als 9 Jahren im Vergleich zu einem späteren Verlust. Gilman et al. (2003) haben außerdem nachgewiesen, dass die Scheidung der Eltern in der frühen Kindheit ein lebenslang erhöhtes Risiko für



Depression nach sich zieht. Die Anfälligkeit für eine Depression scheinen nicht nur Verluste in der frühen Kindheit zu erhöhen. Misshandlung und sexueller Missbrauch wurden in voneinander unabhängigen Untersuchungen (Bernet und Stein 1999; Bifulco et al. 1998; Brown 1993; Brown und Eales 1993) ebenfalls mit einer Depression bei erwachsenen Frauen in Verbindung gebracht. Bei Frauen, die als Kinder missbraucht oder vernachlässigt wurden, ist die Wahrscheinlichkeit negativer Beziehungen und eines geringen Selbstwertgefühls im Erwachsenenalter doppelt so hoch wie bei denen ohne eine solche Vorgeschichte (Bifulco et al. 1998). Als Kind missbrauchte oder vernachlässigte Frauen mit solchen negativen Beziehungen haben dann ein zehnmal höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Die frühe Traumatisierung, die bei einer beträchtlichen Zahl der Erwachsenen mit einer Depression von Bedeutung zu sein scheint, kann zu dauerhaften biologischen Veränderungen führen. Vythilingam et al. (2002) haben festgestellt, dass der linke Hippocampus bei depressiven Frauen, die als Kinder missbraucht worden sind, um durchschnittlich 18 % kleiner als bei nicht missbrauchten depressiven Patienten und um durchschnittlich 15 % kleiner als bei gesunden Menschen ist. Außerdem wurde vielfach nachgewiesen, dass der Wert für den Corticotropin-Releasing-Faktor (CRF), der die Hypophyse zur Ausscheidung des adrenocorticotropen Hormons (ACTH) anregt, in der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit depressiver Patienten im Vergleich zu nichtdepressiven Kontrollpersonen ständig erhöht ist (Heim et al. 2000; Nemeroff 1998a). Wenn Versuchstieren CRF direkt ins Gehirn injiziert wird, legen sie ein Verhalten an den Tag, das der Depression beim Menschen sehr ähnlich ist. Mit anderen Worten, möglicherweise führt ein genetisches Substrat zur Verringerung des Monoaminspiegels in den Synapsen oder zu einer erhöhten Reaktivität der Achse vom Hypothalamus über die Hypophyse bis zur Nebennierenrinde. Wenn das Individuum keinem größeren Stress ausgesetzt ist, reicht der genetisch determinierte Schwellenwert nicht unbedingt aus, um eine Depression auszulösen. Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit können jedoch die Stressreaktion auslösen und eine erhöhte Aktivität in den Neuronen verursachen, die den CRF enthalten, von denen man weiß, dass sie auf Stress reagieren und bei depressiven Menschen sehr aktiv sind. Diese Zellen können bei manchen Menschen eine Überempfindlichkeit entwickeln und dann selbst bei geringem Stress dramatische Reaktionen zeigen. Hammen et al. (2000) haben bestätigt, dass ungünstige Erfahrungen in der Kindheit vermutlich zu einer Anfälligkeit für eine durch Stressfaktoren ausgelöste Depression bei erwachsenen Frauen führen.

Heim et al. (2000) haben in einer sorgfältig konzipierten Studie 49 gesunde Frauen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren untersucht, die keine Hormonpräparate oder psychotropen Medikamente nahmen. Die Teilnehmer wurden in vier Gruppen aufgeteilt: 1. solche ohne eine Vorgeschichte mit Missbrauch in der Kindheit oder einer psychiatrischen Störung, 2. solche mit einer aktuellen klassischen Depression, die als Kinder sexuell missbraucht oder

misshandelt worden waren, 3. solche ohne eine aktuelle klassische Depression, die als Kinder sexuell missbraucht oder misshandelt worden waren, und 4. solche mit einer aktuellen klassischen Depression, die als Kinder nicht missbraucht worden waren. Die in ihrer Kindheit missbrauchten Frauen zeigten im Vergleich zu den Kontrollpersonen verstärkte Reaktionen der Hypophyse und der Nebennierenrinde sowie verstärkte autonome Reaktionen. Diese waren bei Frauen, die aktuell Symptome von Depression und Angst hatten, besonders ausgeprägt. Die ACTH-Reaktion auf Stress war bei Frauen, die als Kinder missbraucht worden waren und aktuell unter einer klassischen Depression litten, sechsmal stärker als bei Kontrollpersonen im selben Alter. Die Forscher schlossen daraus, dass die Hyperreaktivität der Achse vom Hypothalamus über die Hypophyse bis zur Nebennierenrinde und des autonomen Nervensystems im Zusammenhang mit der Hyposekretion des CRF eine dauerhafte Folge des Missbrauchs in der Kindheit ist, die zur Anfälligkeit für eine Depression im Erwachsenenalter beiträgt.

Stressfaktoren in der frühen Kindheit werden auch in einem psychodynamischen Modell berücksichtigt, laut welchem die Pathologie im Erwachsenenalter mit frühen Traumata zusammenhängt. Die dynamische Auffassung berücksichtigt jedoch auch die Bedeutung eines bestimmten Stressfaktors. Kliniker müssen sich dessen bewusst sein, dass etwas, das einem Außenstehenden als relativ schwacher Stressfaktor erscheinen mag, für den Patienten eine große bewusste oder unbewusste Bedeutung haben kann, die seine Wirkung enorm verstärkt. Hammen (1995) stellte fest, dass „unter Fachleuten weitgehend Übereinstimmung darüber herrscht, dass es nicht einfach um das Eintreten eines negativen Lebensereignisses geht, sondern darum, welche Bedeutung der Betreffende dem Ereignis beimisst und welches Gewicht er ihm in dem Kontext, in dem es eingetreten ist, zuschreibt“ (S. 98). In einer längerfristigen Studie über den Zusammenhang zwischen depressiven Reaktionen und Stressfaktoren haben Hammen et al. (1985) festgestellt, dass am ehesten Stressfaktoren, deren Inhalt den Bereich der Selbstbeschreibung des Patienten betrifft, depressive Episoden auslösen. Mit anderen Worten, bei einem Menschen, der sich selbst zum Teil über soziale Verbundenheit definiert, kann der Verlust einer wichtigen zwischenmenschlichen Beziehung eine klassische Depression auslösen. Bei jemandem, dessen Selbstwertgefühl besonders an Können und Leistung geknüpft ist, wird eine depressive Episode dagegen mit größerer Wahrscheinlichkeit als Reaktion auf vermeintliches Versagen bei der Arbeit oder in der Schule ausgelöst.

In einer kürzlich veröffentlichten Arbeit kamen Kendler et al. (2003) zu dem Schluss, dass Lebensereignisse, die für das Individuum von besonderer Bedeutung sind, vermutlich enger mit dem Ausbruch einer klassischen Depression bei Erwachsenen zusammenhängen. Ihre Interviews mit der Zwillingss Stichprobe aus der Virginia Twin Registry, bei der die gesamte Bevölkerung berücksichtigt wurde, ergaben, dass der Ausbruch einer klassischen

Depression anhand höherer Werte für Verlust und Demütigung innerhalb der Stressfaktoren vorausgesagt werden kann. Weiterhin stellten sie fest, dass Ereignisse mit einer Kombination aus Demütigung (durch die von einem wichtigen anderen Menschen initiierte Trennung) und Verlust eine stärkere depressionsauslösende Wirkung haben als reine Verlustereignisse wie Tod. Demütigende Ereignisse, die den Betroffenen hinsichtlich einer Schlüsselrolle direkt abwerten, hingen eng mit dem Risiko einer depressiven Episode zusammen. Deshalb ist dem dynamischen Kliniker zu empfehlen, die Bedeutung aller Stressfaktoren zu ermitteln, um die einzigartige Wirkung eines bestimmten Stressfaktors auf den Patienten festzustellen.

## Die psychodynamische Auffassung zur Depression

---

Die Geschichte der psychoanalytischen / psychodynamischen Ansätze bei Depression beginnt mit Freuds klassischem Werk „Trauer und Melancholie“ (Freud 1917/1963). Ein zentraler Punkt seiner Auffassung war, dass Verluste in der frühen Kindheit zu einer Anfälligkeit für Depression im Erwachsenenalter führen. Außerdem beobachtete er, dass die ausgeprägte Selbstabwertung, die bei depressiven Patienten so häufig ist, die Folge nach innen gekehrter Wut ist. Genauer gesagt, er ging davon aus, dass Zorn nach innen gerichtet wird, weil sich das Selbst des Patienten mit dem verlorenen Objekt identifiziert hat. Er hat das so ausgedrückt: „Der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt, beurteilt werden konnte“ (S. 249). 1923 erklärte Freud, ein verlorenes Objekt in sein Inneres aufzunehmen und sich mit ihm zu identifizieren, sei für manche Menschen möglicherweise die einzige Art und Weise, die es ihnen ermöglicht, sich von einem wichtigen Menschen in ihrem Leben zu lösen. Im selben Jahr postulierte er in „Das Ich und das Es“ (Freud 1923/1961), melancholische Patienten haben ein starkes Über-Ich, was er mit ihren Schuldgefühlen darüber, dass sie Aggression gegenüber einem geliebten Menschen an den Tag gelegt hatten, in Verbindung brachte.

Karl Abraham (1924/1927) entwickelte Freuds Ideen weiter, indem er die Gegenwart mit der Vergangenheit verband. Er vertrat die Ansicht, das Selbstwertgefühl depressiver Erwachsener habe in der Kindheit einen schweren Schlag erlitten und die Depression im Erwachsenenalter werde durch einen erneuten Verlust oder eine neuerliche Enttäuschung ausgelöst, der/die starke negative Gefühle gegenüber Figuren der Vergangenheit wie der Gegenwart auslöst, die den Patienten durch den tatsächlichen oder vermeintlichen Entzug von Liebe verletzt haben.

Klein (1940/1975) erklärte, manische Abwehrmechanismen wie Allmacht, Verleugnung, Verachtung und Idealisierung seien Reaktionen auf die

schmerzhaften Affekte, die durch die Sehnsucht nach den verlorenen geliebten Objekten ausgelöst werden. Diese Abwehrmechanismen werden eingesetzt, um 1. die verlorenen geliebten Objekte zu retten und wiederherzustellen, 2. die bösen inneren Objekte zu verleugnen und 3. die sklavisches Abhängigkeit von geliebten Objekten zu leugnen. Aus klinischer Sicht können Patienten diese manischen Handlungen durch die Ablehnung jeglicher Aggression oder Destruktivität gegenüber anderen, eine euphorische Stimmung, die im Widerspruch zu ihrer tatsächlichen Lebenslage steht, die Idealisierung anderer oder eine verhöhnende und verachtende Haltung gegenüber anderen, die der Verleugnung dienen, dass sie Beziehungen brauchen, zum Ausdruck bringen. Ein fester Bestandteil der manisch defensiven Haltung ist häufig der Wunsch, über die Eltern zu triumphieren und auf diese Weise das Kind-Eltern-Verhältnis umzukehren. Dieser Wunsch nach Triumph kann wiederum zu Schuldgefühlen und Depression führen. Nach Kleins Ansicht ist dieser Mechanismus teilweise für die Depression verantwortlich, die häufig nach einem Erfolg oder einer Beförderung auftritt.

Kleins Konzept ist hilfreich, weil es Klinikern hilft, zu verstehen, wie die psychologische Funktion einer manischen Episode gleichzeitig mit biologischen Determinanten bestehen kann. Am deutlichsten wird die Abwehrfunktion der Manie bei dysphorischen manischen Patienten (Post et al. 1989), deren Angst und Depression die manische Episode „durchbrechen“ und die Erneuerung der manischen Verleugnung erforderlich machen. Außerdem werden hypomanische Abwehrmechanismen, in stark abgeschwächter Form, typischerweise zur Abwehr der Bedrohung durch depressive Affekte oder Trauer eingesetzt. Ein Patient beispielsweise berichtete, er habe sich gefühlt, als sei er „high“, nachdem er vom Tod seiner Mutter erfahren hatte. Er fühlte sich stark, überschwänglich und wie aus einer Abhängigkeit befreit. Trotz dieser Gefühle merkte er nicht, wie merkwürdig es war, dass er nicht voller Trauer war.

In den 1950er Jahren wurden die Beiträge von Bibring (1953) veröffentlicht, in denen er hinsichtlich der Rolle der Aggression eine Ansicht vertrat, die sich deutlich von der Freuds und Kleins unterschied. Er war der Meinung, die Depression sei eher als primärer affektiver Zustand zu verstehen, der nichts mit der nach innen gewandten Aggression zu tun hat, von der Freud und Klein sprachen. Für ihn waren melancholische Zustände solche, die aus der Spannung zwischen den Idealen und der Realität entstehen. Drei äußerst bedeutsame narzisstische Ambitionen – geschätzt und geliebt zu werden, stark oder überlegen zu sein und gut und liebevoll zu sein – gelten als Verhaltensstandards.

Die tatsächliche oder vermeintliche Unfähigkeit, diesen Standards zu entsprechen, löst jedoch eine Depression aus. Dadurch fühlt sich der depressive Mensch hilflos und machtlos. Bibring war davon überzeugt, jede Verletzung des Selbstwertgefühls eines Menschen könne zu einer klinischen Depression führen. Somit war die narzisstische Verletzlichkeit ein zentraler Punkt seiner

Erklärung dafür, wodurch ein depressiver Prozess in Gang gesetzt wird. Seiner Ansicht nach spielt das Über-Ich bei diesem Prozess keine wesentliche Rolle.

Sandler und Joffe (1965) kamen nach der Analyse der Krankenblätter depressiver Kinder in der Hampstead Clinic im Vereinigten Königreich zu dem Schluss, dass Kinder depressiv werden, wenn sie das Gefühl haben, etwas verloren zu haben, das für ihr Selbstwertgefühl unerlässlich ist, und das Gefühl haben, nichts gegen den Verlust tun zu können. Sie betonten, der Verlust sei mehr als ein reales oder imaginäres geliebtes Objekt, er sei auch ein Zustand des Wohlbefindens, den das Objekt dem Individuum beschert hat. Dieser Zustand wird zu einer Art „verlorenem Paradies“, das idealisiert wird und nach dem sich der Betreffende sehnt, obwohl es unerreichbar ist.

Jacobson (1971a) knüpfte an Freuds Konzept an, indem sie behauptete, depressive Patienten benähmen sich im Grunde so, als seien sie die wertlosen, verlorenen geliebten Objekte, auch wenn sie nicht alle Eigenschaften der Person annehmen, die sie verloren haben. Schließlich wird dieses böse innere Objekt – oder verlorene geliebte äußere Objekt – in ein sadistisches Über-Ich umgewandelt. Der depressive Patient wird dann „zum Opfer des Über-Ich, so hilflos und machtlos wie ein kleines Kind, das von seiner grausamen, mächtigen Mutter gequält wird“ (S. 252).

Frau I war eine 49-jährige Hausfrau, die an einer psychotischen Depression litt. Sie war davon überzeugt, dass sie vollkommen wertlos sei, und beschäftigte sich damit, dass ihr Vater sie als Kind geschlagen hatte, weil sie so ein „böses kleines Mädchen“ gewesen war. Manchmal nahm sie das böse Introjekt des verhassten misshandelnden Vaters in ihr Selbstbild auf, und dann schnitt sie sich, was sowohl der Selbstbestrafung diente als auch ein Angriff gegen das innere Objekt war. Dann wieder erlebte sie den Vater als gesondertes inneres Objekt oder als strenges Über-Ich, das sie dafür rügte, dass sie böse gewesen war. Dabei hatte Frau I: Halluzinationen in Form einer Stimme, die sagte „Du bist böse“ und „Du verdienst zu sterben“.

Frau I.s innere Objektwelt zeigt, wie es bei einer psychotischen Depression einerseits zu einer Verschmelzung mit dem Objekt und andererseits zu einer inneren Objektbeziehung kommen kann, in der ein quälendes böses Objekt oder primitives Über-Ich ein böses Selbst verfolgt. Jacobson war der Ansicht, die Manie könne als magisches Wiedersehen des Selbst mit der strengen Über-Ich-Figur betrachtet werden, die auf diese Weise von einem bestrafenden Peiniger in eine liebende, nur gute und versöhnliche Figur umgewandelt wird. Dieses idealisierte Objekt könne dann auf die äußere Welt projiziert werden, um auf diese Weise stark idealisierte Beziehungen mit anderen zu knüpfen, wodurch jegliche Aggression und Zerstörungswut verleugnet würden.

Arieti (1977) postulierte, bei Menschen, die an einer schweren Depression erkranken, bestehe schon zuvor eine feste Vorstellung. Bei der Behandlung

---

**TABELLE 8–1:** Wichtige frühere Beiträge zu psychodynamischen Modellen der Depression / Dysthymie
 

---

Freud (1917/1963)	Nach innen gewandte Wut
Abraham (1924/1927)	Verlust in der Gegenwart reaktiviert einen in der Kindheit erfolgten Schlag gegen das Selbstbewusstsein.
Klein (1940/1975)	Fehlentwicklung während der depressiven Position
Bibring (1953)	Spannung im Ich zwischen den Idealen und der Realität
Sandler und Joffe (1965)	Hilflosigkeit als Reaktion auf Verlust in der Kindheit oder eines realen oder imaginären geliebten Objekts
Bowlby (1969)	Verlust reaktiviert das Gefühl, nicht liebenswert zu sein und verlassen zu werden, infolge einer unsicheren Bindung.
Jacobson (1971a, 1971b)	Verlorenes geliebtes Objekt wird in ein sadistisches Über-Ich umgewandelt.
Arieti (1977)	Leben für einen dominanten Anderen

---

schwer depressiver Patienten beobachtete er, dass sie häufig für jemand anderen und nicht für sich selbst lebten.

Er bezeichnete diese Person als *dominanten Anderen*. Nach diesem Konzept ist häufig der Ehepartner der dominante Andere, manchmal erfüllt aber auch ein Ideal oder eine Organisation diese Funktion. Wenn ein transzendenter Zweck oder ein transzendentes Ziel diesen Platz in der psychologischen Welt des Individuums einnahm, verwandte er die Begriffe *dominantes Ziel* oder *dominante Ätiologie*. Diese Menschen erkennen, dass es bei ihnen nicht funktioniert, für jemand anders zu leben, sie fühlen sich jedoch nicht in der Lage, etwas zu ändern. Sie meinen, das Leben sei nicht lebenswert, wenn sie beim dominanten Anderen nicht die Reaktion auslösen können, die sie sich wünschen, oder ihr unerreichbares Ziel nicht erreichen können.

Auch die Bindungstheorie hat wichtige Erkenntnisse über die Depression geliefert. John Bowlby (1969) vertrat die Ansicht, die Bindung von Kindern zu ihrer Mutter sei überlebensnotwendig. Wenn die Bindung durch den Verlust eines Elternteils oder eine instabile Bindung zu einem Elternteil gestört wird, betrachten sich Kinder als nicht liebenswert und ihre Mutter oder ihren Betreuer als unzuverlässig und jemanden, der sie verlässt. Dadurch können sie als Erwachsene depressiv werden, wenn sie einen Verlust erleben, weil dieser das Gefühl, nicht liebenswert und ein verlassener Versager zu sein, reaktiviert.

Die verschiedenen psychodynamischen Konzepte durchziehen mehrere Themen, die in der Tabelle 8–1 zusammengefasst sind. Fast alle psychoanalytischen Auffassungen heben eine grundlegende narzisstische

Verletzlichkeit oder ein schwaches Selbstwertgefühl bei depressiven Patienten hervor (Busch et al. 2004). Auch Wut und Aggression werden in den meisten Theorien berücksichtigt, besonders im Zusammenhang mit den Schuldgefühlen und der Selbstverunglimpfung, die sie auslösen. Weiterhin gehört die Suche nach einer äußerst perfektionistischen Betreuerfigur mit der Gewissheit, keine solche zu finden, zum Bild des depressiven Menschen. Ein forderndes und perfektionistisches Über-Ich scheint eine zentrale Rolle zu spielen und kann durch seine Anforderungen an das Individuum zur Qual werden. In manchen Fällen entsteht ein Teufelskreis (Busch et al. 2004). Wer depressiv ist, versucht möglicherweise zu kompensieren, indem er sich selbst oder einen wichtigen anderen Menschen idealisiert. Diese Idealisierung erhöht jedoch nur die Wahrscheinlichkeit dessen, dass es schließlich zu einer Enttäuschung kommt, die dann eine Depression auslöst, weil die hohen Anforderungen nicht erfüllt wurden. Dieser Fehlschlag führt auch zur Selbstabwertung und zu gegen die eigene Person gerichteter Wut.

Ein heutiges psychodynamisches Modell der Depression würde den Umstand berücksichtigen, dass frühe traumatische Erfahrungen dazu führen, dass das Kind problematische Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickelt. Bei körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch verinnerlicht das Kind ein böses Selbst, das Missbrauch verdient und hinsichtlich der Viktimisierung besonders wachsam ist. Die Objektrepräsentanz ist wahrscheinlich die einer missbrauchenden, bestrafenden Figur, die das Selbst angreift. Das Gefühl, von diesem missbrauchenden inneren Objekt gequält und verfolgt zu werden, passt gut zu Beobachtungen, laut welchen ein bestrafendes Über-Ich vorliegt. Dementsprechend führt der frühe Verlust eines Elternteils dazu, dass sich das Kind als verlassenes Selbst empfindet, dessen Bedürfnisse nicht auf die übliche Weise durch einen Elternteil befriedigt werden können. Das Kind verinnerlicht außerdem eine verlassende Objektrepräsentanz und wächst mit einem Gefühl des Verlusts und der Sehnsucht auf, das beim Erwachsenen in jeder Stresssituation, die mit Verlust zu tun hat, reaktiviert wird. Deshalb werden die Auswirkungen von Verlusten verstärkt, wenn sie im Erwachsenenalter auftreten. Da das Selbstwertgefühl des Kindes zum großen Teil daraus resultiert, wie es in früher Kindheit bei den Interaktionen in der Familie behandelt wird, ist ein verletzendes Selbstwertgefühl auch eine Folge von Verlusten und Traumata in der Kindheit. Wenn sich die Persönlichkeit des Kindes im Rahmen problematischer Beziehungen zu den Eltern und anderen wichtigen Menschen entwickelt, führt das mit großer Wahrscheinlichkeit zu Schwierigkeiten mit Beziehungen im Erwachsenenalter. Deshalb können Erwachsene mit einem solchen Hintergrund Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, und reagieren gegebenenfalls empfindlicher auf Verluste und narzisstische Verletzungen durch andere.



Ein anderer Bereich der psychodynamischen Theorie, der für ein psychodynamisches Modell der Depression von Bedeutung ist, ist die Untersuchung der Abwehrmechanismen. Abwehrmechanismen werden in der frühen Kindheit entwickelt, um mit schmerzlichen Affektzuständen umgehen zu können. Die Arbeiten von Kwon (1999; Kwon und Lemmon 2000) deuten darauf hin, dass bestimmte Abwehrmechanismen zur Entstehung einer Depression beitragen, während andere möglicherweise gegen eine Depression schützen. Sich gegen das Selbst zu richten, was mit übertriebener und ständiger Selbstkritik einhergeht, ist ein unreifer Abwehrmechanismus, der die negative Zuweisung bei der Entstehung einer Dysphorie verstärkt. Auch andere unreife Abwehrmechanismen scheinen das Risiko einer Depression und anderer psychiatrischer Störungen zu erhöhen (Vaillant und Vaillant 1992). Auf der anderen Seite können bestimmte, auf einer höheren Stufe angesiedelte Abwehrmechanismen wie Prinzipialisierung (auch Intellektualisierung genannt), die eine Neuinterpretation der Realität anhand allgemeiner und abstrakter Prinzipien bedeutet, die Auswirkungen der Zuweisung auf die Dysphorie positiv beeinflussen. Somit kann die psychodynamische Sicht der Abwehrmechanismen das Verständnis und die Behandlung der Depression erleichtern (Hayes et al. 1996; Jones und Pulos 1993).

Ein weiterer Grundsatz der psychodynamischen Auffassung besteht darin, sich auf das zu konzentrieren, was an einem Patienten einzigartig ist, statt die Patienten als Mitglieder einer großen Gruppe zu betrachten. Diesbezüglich berücksichtigen psychodynamische Modelle der Depression die einzigartigen Merkmale der Abwehrmechanismen und der Objektbeziehungen jedes einzelnen depressiven Menschen. Blatt (1998, 2004) zum Beispiel untersuchte große Populationen depressiver Patienten und ermittelte dabei zwei psychodynamische Grundtypen. Den *anaklitischen Typ* kennzeichnen Gefühle von Hilflosigkeit, Einsamkeit und Schwäche gegenüber einer chronischen Angst, verlassen zu werden und schutzlos zu sein. Diese Menschen sehnen sich danach, umsorgt, beschützt und geliebt zu werden. Sie reagieren empfindlich auf Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und setzen typischerweise die Abwehrmechanismen des Abstreitens, der Verleugnung, der Verschiebung und der Verdrängung ein. Im Gegensatz dazu geht es *introjektiven* Patienten, die depressiv sind, vor allem um die Entfaltung des Selbst. Sie betrachten enge Beziehungen als sekundär und verwenden andere Abwehrmechanismen: Intellektualisierung, Reaktionsbildung und Rationalisierung. Sie sind extrem perfektionistisch und leistungsorientiert und bestrebt, bei der Arbeit und in der Schule etwas zu erreichen. Bei Menschen des anaklitischen Typs manifestiert sich die Depression in erster Linie in Gefühlen des Verlassenseins, des Verlusts und der Einsamkeit. Beim introjektiven Typ äußert sich die Depression in Gefühlen von Schuld und Wertlosigkeit. Sie haben außerdem das Gefühl, versagt sowie ihre Autonomie und die Kontrolle verloren zu haben.



## Die Psychodynamik des Selbstmords

---

Eine Vielzahl psychiatrischer Störungen kann in einem Selbstmord gipfeln. Da diese tragische Handlung jedoch vor allem mit schweren affektiven Störungen in Verbindung gebracht wird, wird sie in diesem Kapitel ausführlich besprochen. Bevor ich zur psychodynamischen Perspektive des Selbstmords komme, muss ich noch auf einen Vorbehalt eingehen. Determinanten suizidalen Verhaltens können sowohl biologischer als auch psychologischer Natur sein. Da die Psychodynamik, die durch die psychoanalytische Arbeit mit selbstmordgefährdeten Patienten aufgedeckt wird, in Relation zu neurochemischen Veränderungen in mancherlei Hinsicht *sekundär* sein kann, müssen parallel zur psychotherapeutischen Behandlung alle erdenklichen somatischen Behandlungsmodalitäten intensiv eingesetzt werden. Eine Vergleichsstudie (Lesse 1978) ergab, dass das Resultat bei nur 16 % der schwer depressiven Patienten, die eine Psychotherapie erhalten hatten, positiv war, während 83 % der Patienten, die sowohl eine Psychotherapie als auch eine Pharmakotherapie erhalten hatten, und 86 % derjenigen, die eine Elektroschocktherapie (ECT) erhalten hatten, gute Resultate erzielten. Das Leben eines Patienten zu retten, ist weitaus wichtiger als die Theorietreue.

Suizidales Verhalten und suizidale Ideation sind, wie alle anderen Handlungen und Gedanken, Endprodukte der Grundsätze der Überdetermination und der multiplen Funktion (siehe Kapitel 1). Die Motive für einen Selbstmord sind äußerst vielfältig und häufig unklar (Meissner 1986). Deshalb muss der Kliniker jedem einzelnen Patienten gut zuhören, um die spezifische Entwicklung der Übertragung und Gegenübertragung zu ermitteln, bevor er Schlüsse über die dynamischen Grundlagen des Selbstmords zieht.

Im Sinne dieser Auffassung der Dynamik der Depression ging Freud (1917/1963) davon aus, dass das Ich sich nur töten könne, indem es sich als Objekt behandelt, und postulierte deshalb, Selbstmord resultiere aus verdrängten Mordimpulsen – das heißt, Zerstörungswünsche gegenüber einem verinnerlichten Objekt werden gegen das Selbst gerichtet. Nach der Erarbeitung seines Strukturmodells (Freud 1923/1961) änderte Freud die Definition des Selbstmords in eine Viktimisierung des Ich durch ein sadistisches Über-Ich. Karl Menningers (1933) Sicht des Selbstmords war etwas komplexer. Er war davon überzeugt, dass vermutlich mindestens drei Wünsche zu einer Selbstmordhandlung beitragen: der Wunsch, zu töten, der Wunsch, getötet zu werden, und der Wunsch, zu sterben. Der Wunsch, zu töten, kann sich nicht nur auf ein *inneres* Objekt beziehen. Die klinische Praxis bestätigt immer wieder, dass mit einem Selbstmord häufig das Leben der Überlebenden zerstört werden soll. Depressive Patienten denken zum Beispiel oft, Selbstmord sei die einzige angemessene Rache an ihren Eltern. Ebenso kann der Ehepartner des Patienten das „Ziel“ des Selbstmords sein.

Ein wiederkehrendes Thema in den Objektbeziehungen suizidaler Patienten ist die Dramatik zwischen einem sadistischen Peiniger und einem gepeinigten Opfer. Wie in dem weiter oben beschriebenen Fall der Frau I. gibt es oft ein verfolgendes inneres Objekt, das den Patienten unglücklich macht. Oder ein Patient, der sich mit dem Verfolger identifiziert, quält alle Menschen in seinem Umfeld. In manchen Fällen glaubt der Patient, das Drama könne nur beendet werden, indem er sich dem Verfolger durch einen Selbstmord ergibt (Meissner 1986). Dieser innere Verfolger wird als „innerer Scharfrichter“ bezeichnet (Asch 1980).

In anderen Fällen spielt Aggression als Motiv für einen Selbstmord eine weitaus geringere Rolle. Fenichel (1945) wies darauf hin, dass ein Selbstmord die Erfüllung eines Wiedersehenswunsches sein kann, also eine freudige und magische Wiedervereinigung mit einem verlorenen geliebten Menschen oder eine narzisstische Vereinigung mit einer liebenden Über-Ich-Figur. Hinter suizidalem Verhalten verbirgt sich häufig der Verlust eines Objekts, und viele suizidale Patienten zeigen eine starke Sehnsucht nach Abhängigkeit von einem verlorenen Objekt (Dorpat 1973). In dieser Hinsicht kann ein Selbstmord ein regressiver Wunsch nach dem Wiedersehen mit einer verlorenen Mutterfigur sein. Die letzten Worte von Reverend Jim Jones bei dem Massenmord und –selbstmord in Guyana im Jahr 1978, die er aussprach, bevor er sich in den Kopf schoss, lauteten: „Mutter ... Mutter.“ Bei Selbstmorden spielt häufig ein pathologischer Trauerprozess eine Rolle, insbesondere bei denen, die am Jahrestag des Todes eines geliebten Menschen begangen werden. Forschungsergebnisse belegen, dass zum Beispiel zwischen Selbstmord und dem Jahrestag des Todes eines Elternteils eine statistisch signifikante Korrelation besteht (Bunch und Barraclough 1971). Wenn das Selbstwertgefühl und die Integrität des Selbst eines Menschen von der Bindung zu einem verlorenen Objekt abhängen, kann Selbstmord als die einzige Möglichkeit zur Wiederherstellung der Selbstkohäsion erscheinen.

Frau J war eine 24-jährige psychotisch depressive Patientin, deren Zwilling Bruder 2 Jahre zuvor Selbstmord begangen hatte. Nach seinem Tod hatte sie sich zurückgezogen und war entschlossen, sich umzubringen. Außerdem hatte sie sich auf psychotische Weise mit ihrem Bruder identifiziert, was so weit ging, dass sie sich als Mann ausgab und seinen Namen benutzte. Sie hatte nicht auf Antidepressiva, Lithiumkarbonat und ECT angesprochen. Sie meinte, sie könne ohne ihren Bruder nicht weiterleben. Frau J beging schließlich am Jahrestag des Todes ihres Bruders Selbstmord.

Um das Selbstmordrisiko eines Patienten zu beurteilen, müssen diese psychodynamischen Aspekte im Kontext einer Reihe von Faktoren für die Prognose des Selbstmordrisikos betrachtet werden. Eine prospektive Untersuchung von 954 Patienten (Clark und Fawcett 1992) ergab, dass es bei

der Selbstmordprognose sinnvoll ist, zwischen kurzfristigen und langfristigen Risikofaktoren zu unterscheiden. Auf einen Selbstmord innerhalb eines Jahres ab Beginn der Untersuchung deuteten sieben Faktoren hin: Panikattacken, psychische Anspannung, schwerwiegender Verlust von Freude und Interesse, depressive Verwirrung mit schnellen Stimmungswechseln von Angst zu Depression und zu Wut oder umgekehrt, Alkoholmissbrauch, verringerte Konzentration und allgemeine Schlaflosigkeit. Zu den langfristigen Risikofaktoren gehörten Hoffnungslosigkeit, Selbstmordgedanken, Selbstmordabsichten und frühere Selbstmordversuche. Die Hoffnungslosigkeit, die sich als besserer Prognosefaktor erwiesen hat als die Depression, kann mit einer Sicht des Selbst zusammenhängen, an der konsequent festgehalten wird und die trotz wiederholter Enttäuschungen nicht geändert werden kann. Wenn man seinen festen Erwartungen in Bezug darauf, wie das Selbst sein sollte, nicht entsprechen kann, kann das zu Hoffnungslosigkeit führen und Selbstmord als der einzige Ausweg erscheinen. So wies auch Arieti (1977) darauf hin, dass manche Patienten, die ihre beherrschende Vorstellung oder ihre Erwartungen an den dominanten Anderen nicht ändern können, ebenfalls ein hohes Selbstmordrisiko haben können. Bei Selbstmordgedanken ist das Risiko höher, wenn die Ideation ichsynton ist – für diese Patienten sind Selbstmordgedanken akzeptabel, und sie scheinen den Kampf gegen den Drang, sich selbst zu töten, aufzugeben zu haben.

Um den Selbstmord in einem psychodynamischen Kontext zu untersuchen, muss der Kliniker die Art des auslösenden Ereignisses, die bewussten und unbewussten Motive und die bereits bestehenden psychologischen Variablen kennen, die die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung von Selbstmordgedanken erhöhen. Durch den Einsatz prospektiver psychologischer Tests haben Forscher (Smith 1983; Smith und Eyman 1988) die Ich-Funktionen und die inneren Objektbeziehungsparadigmen untersucht, und vier Muster ermittelt, die Menschen, die ernsthafte Versuche unternehmen, von denen unterscheiden, die lediglich Andeutungen machen, um wichtige andere Menschen zu kontrollieren. Bei Menschen, die ernsthafte Versuche unternehmen, zeigten sich 1. die Unfähigkeit, infantile Wünsche nach Umsorgung und mit diesen einhergehende Konflikte wegen offen gezeigter Anhängigkeit aufzugeben; 2. eine nüchterne, aber ambivalente Einstellung zum Tod; 3. extrem hohe Erwartungen an sich selbst und 4. eine übermäßige Kontrolle der Affekte, insbesondere der Aggression. Obwohl dieses Muster eher auf Männer als auf Frauen zutrifft (Smith und Eyman 1988), unterscheidet eine inhibitorische Einstellung gegenüber der Aggression Frauen, die ernsthafte Versuche unternehmen, von denen, die nur Andeutungen machen. Diese Testergebnisse deuten darauf hin, dass die bereits bestehenden psychologischen Strukturen, die einen Selbstmord begünstigen, bei dem jeweiligen Patienten beständiger sind als die verschiedenen Motive für die jeweilige Selbstmordhandlung.

## Überlegungen zur Behandlung

---

Es gibt weniger Forschungsergebnisse zur psychoanalytischen oder psychodynamischen Psychotherapie bei Depression / Dysthymie als zur kognitiv-behavioralen und zur interpersonalen Psychotherapie. Die Forschung im Bereich der psychoanalytischen Psychotherapie stellt die Wissenschaftler vor eine Reihe besonderer Herausforderungen und kann deshalb problematisch sein. Die Definition der therapeutischen Maßnahmen, die nur in der psychoanalytischen Psychotherapie angewandt werden, die standardisierte Anwendung dieser Techniken durch gut geschulte Therapeuten, die Berücksichtigung des offenen Endes und der häufigen Langfristigkeit dieser Arbeit, die Auswahl geeigneter Kontrollpersonen und die Handhabung der Argumente, die gegen eine zufällige Zuweisung sprechen, erschweren Forschungen in diesem Bereich von vorneherein erheblich.

Trotz der Komplexität und der Schwierigkeiten gibt es immer mehr Literatur zur psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapie der Depression. Bei frühen Untersuchungen wurden kurze dynamische Therapien als Vergleichsgruppen verwendet, um einen anderen therapeutischen Ansatz zu bewerten und gewöhnlich auch zu bestätigen. Neuere und streng kontrollierte Studien haben gezeigt, dass die psychodynamische Psychotherapie mindestens ebenso wirksam ist wie andere Therapieformen. Bei einer Untersuchung depressiver Menschen, die ältere Familienmitglieder betreuten (Gallagher-Thompson und Steffen 1994) wurden die Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip zwei verschiedenen Behandlungen zugewiesen: einer kurzen psychodynamischen Therapie oder einer kognitiv-behavioralen Therapie. Nach 20 Sitzungen hatten 71 % der Betreuer keine klinische Depression mehr. Insgesamt wurden keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt.

Über ähnliche Ergebnisse wurde auch beim Sheffield Psychotherapy Project (Shapiro et al. 1994, 1995) berichtet. Bei dieser im Vereinigten Königreich durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie erhielten 120 depressive Patienten jeweils eine aus 8 oder 16 Sitzungen bestehende psychodynamisch-interpersonale oder eine kognitiv-behaviorale Therapie. Beide Behandlungen erwiesen sich als gleich wirksam, und ihre Wirkung stellte sich gleich schnell ein. Bei Patienten mit einer leichten oder mäßigen Depression war das Resultat unabhängig davon, ob sie eine 8- oder eine 16-wöchige Therapie erhalten hatten, dasselbe. Bei schwer depressiven Patienten hingegen waren die Ergebnisse nach der 16-wöchigen Therapie wesentlich besser, und zwar unabhängig davon, ob es eine psychodynamisch-interpersonale oder eine kognitiv-behaviorale gewesen war. Bei der Folgeuntersuchung nach 1 Jahr konnten zwischen den beiden Formen der Therapie insgesamt keine Unterschiede hinsichtlich des Resultats oder seines Fortbestehens festgestellt

werden. Längere Therapien schienen zu besseren Langzeitresultaten geführt zu haben, insbesondere im Falle der psychodynamisch-interpersonalen Therapie.

Im Rahmen einer anderen randomisierten kontrollierten Studie, bei der die sehr kurze kognitiv-behaviorale und die psychodynamisch-interpersonale Therapie bei subsyndromaler Depression verglichen wurden, entwickelten Barkham et al. (1999) ein „Zwei-plus-eins-Modell“: Auf zwei 1–stündige Sitzungen im Abstand von einer Woche folgte 3 Monate später eine dritte 1–stündige Sitzung. Bei allen Behandlungsgruppen stellte sich eine Besserung ein, und es gab keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Behandlungsmodalitäten, mit Ausnahme der Folgeuntersuchung nach 1 Jahr, bei der sich die kognitiv-behaviorale Therapie anhand des Beck Depression Inventory als deutlich wirksamer erwies.

Bei einer im Vereinigten Königreich durchgeführten randomisierten kontrollierten Untersuchung über die Wirkung einer kurzen psychodynamisch-interpersonalen Therapie im Vergleich zu der üblichen Versorgung nach einer absichtlichen Selbstvergiftung (Guthrie et al. 2001) wurden bei der Folgeuntersuchung nach 6 Monaten deutlich weniger Selbstmordgedanken und Selbstverletzungen festgestellt als bei der Kontrollgruppe. In einer neueren kontrollierten Studie zur Kurz- und zur Langzeitwirkung der psychologischen Behandlung bei postpartaler Depression (Cooper et al. 2003) wurde die Wirksamkeit der nichtdirektiven Beratung, der kognitiv-behavioralen Therapie und der psychodynamischen Therapie im Vergleich zur Routineversorgung nach der Entbindung untersucht. Nach 4,5 Monaten hatten die Mitglieder aller drei behandelten Gruppen auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale deutlich niedrigere Werte als die Kontrollgruppe, aber nur die psychodynamische Therapie erwies sich nach dem Structured Clinical Interview für DSM–III–R hinsichtlich der Verringerung der Depressionsrate als wesentlich wirksamer als die Routineversorgung.

Bei der neuesten Metaanalyse zur Wirksamkeit der kurzfristigen psychodynamischen Psychotherapie bei einer klassischen Depression nach DSM–III (American Psychiatric Association 1980) im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie oder Verhaltenstherapie (Leichsenring 2001) wurden nur Untersuchungen berücksichtigt, bei denen 13 oder mehr Therapiesitzungen stattgefunden hatten und mehr als 20 Patienten behandelt worden waren. Hinsichtlich der Besserung der depressiven Symptome, der allgemeinen psychiatrischen Symptome und der sozialen Funktionen oder der Remission oder Besserung der Patienten laut den Behandlungsberichten wurden keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Behandlungsarten festgestellt. Der Verfasser zog daraus den Schluss, dass eine kurzfristige psychodynamische Psychotherapie und eine kognitiv-behaviorale oder Verhaltenstherapie bei der Behandlung einer Depression wohl gleich wirksam ist.

Eine Übersicht über die Behandlung der Depression in einem höheren Lebensalter (Karel und Hinrichsen 2000) bestätigt, dass die psychodynamische

Psychotherapie wirksamer ist als keine Behandlung und wohl ebenso wirksam ist wie andere Formen der Psychotherapie. In dieser Übersicht wird unterstrichen, dass es wenig neue Forschungsergebnisse zur Depression im Alter gibt und dass mehr Studien und Metaanalysen zur Pharmakologie und zur psychologischen Behandlung depressiver älterer Menschen benötigt werden (Gerson et al. 1999).

In einer neuen Studie wird anhand eines Effektivitäts- und Wirksamkeitsmodells die Wirkung einer kurzfristigen psychodynamischen Psychotherapie bei Depression in einer natürlichen Umgebung beschrieben (Hilsenroth et al. 2003). 21 Patienten mit einer klassischen depressiven Störung, einer nicht näher bestimmten depressiven Störung, Dysthymie oder einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung nahmen ein- oder zweimal pro Woche an Sitzungen teil. Anders als bei den meisten früheren Studien wurden Patienten nicht aufgrund einer Komorbidität ausgeschlossen. Außerdem war die Behandlungsdauer nicht, wie bei randomisierten kontrollierten Studien, festgelegt, sondern wurde vom Kliniker und vom Patienten und anhand des Verlaufs der Arbeit bestimmt. Alle Patienten absolvierten mindestens 9 Sitzungen, und die durchschnittliche Zahl der Sitzungen betrug 30 in durchschnittlich 7 Monaten. Bewertet wurden die depressive und die allgemeine Symptomatologie nach DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), beziehungsbezogene, soziale und berufliche Funktionen, und zwar anhand der Einschätzung durch den Kliniker sowie der Selbsteinschätzung der Patienten sowohl vor als auch nach der Behandlung. Bei allen Funktionen trat eine statistisch signifikante Besserung ein. Am interessantesten war, dass zwischen den verschiedenen Therapietechniken und der Besserung der depressiven Symptome ein deutlicher direkter Zusammenhang in Bezug auf Prozess und Resultat festgestellt wurde. Ganz konkret schien es am wichtigsten zu sein, den Schwerpunkt der Sitzungen auf die Affekte und den Ausdruck von Gefühlen zu legen. Die Verfasser räumten ein, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelte und die Probanden nur leichte bis mäßige Beschwerden hatten, die Studie ist jedoch die erste, die sich mit der Wirksamkeit in einer natürlichen Umgebung beschäftigt.

Bei neueren Forschungen hat man begonnen, die Wirksamkeit der Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva bei der Behandlung einer Depression zu untersuchen. Für eine holländische Studie erhielten 167 ambulante Patienten mit einer klassischen Depression nach dem Zufallsprinzip jeweils eine 6-monatige Behandlung mit Antidepressiva oder eine kombinierte Therapie (de Jonghe et al. 2001). Das verabreichte Antidepressivum war zunächst Fluoxetin, und der nächste Schritt des Protokolls sah bei Intoleranz oder Wirkungslosigkeit Amitriptylin und Moclobemid vor. Bei der kombinierten Behandlung kam eine aus 16 Sitzungen bestehende kurze supportive psychodynamische Psychotherapie hinzu. Nach 8, 16 und 24 Wochen Behandlung zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede bezüglich des Erfolgs, und zwar stets zugunsten der kombinierten Therapie.

Nach 6 Monaten hatten 40 % der Patienten, die nur Antidepressiva erhalten hatten, ihre Medikamente abgesetzt, jedoch nur 22 % derjenigen mit einer kombinierten Therapie. Die durchschnittliche Erfolgsquote nach 24 Wochen betrug bei der Pharmakotherapiegruppe 40,7 % und bei der kombinierten Gruppe beinahe 60 %. Bei Patienten, die eine kombinierte Therapie erhielten, war die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre Medikamente absetzten oder die Behandlung abbrachen, geringer und somit die Aussicht auf Besserung wesentlich höher.

Eine andere Studie, die ebenfalls die höhere Wirksamkeit einer kombinierten Therapie im Vergleich zu einer rein medikamentösen Behandlung bei klassischer Depression belegt, wurde von Burnand et al. (2002) durchgeführt. Bei dieser Schweizer Untersuchung wurden 74 Patienten nach dem Zufallsprinzip nur mit Clomipramin behandelt oder erhielten Clomipramin und eine 10-wöchige psychodynamische Gruppenpsychotherapie in einer Behandlungsumgebung für akute ambulante Patienten. Die Patienten, die nur Clomipramin nahmen, erhielten eine unterstützende Betreuung, deren Umfang mit dem der strukturierten Psychotherapie vergleichbar war, den die kombinierte Gruppe erhielt. Bei beiden Gruppen traten Besserungen ein. Bei den Patienten der kombinierten Gruppe war jedoch nach 10 Wochen die Rate der erfolglosen Behandlungen niedriger und die Anpassung am Arbeitsplatz besser. Außerdem waren die Funktionen dieser Gruppe insgesamt besser, und weniger von ihnen mussten nach Beendigung der Behandlung stationär aufgenommen werden. Zudem erwies sich die kurzfristige psychodynamische Psychotherapie als kosteneffektiv: Bei der kombinierten Gruppe wurden durch eine geringere Zahl verlorener Arbeitstage und durch weniger stationäre Aufnahmen \$ 2 311 pro Patient eingespart, was mehr war als die Kosten für die Psychotherapie.

Diese Kosteneffektivität hatte sich schon in einer früheren Studie mit 110 nichtpsychotischen Patienten angedeutet, die 6 Monate lang nicht auf eine Routinebehandlung durch einen Spezialisten für mentale Gesundheit angesprochen hatten (Guthrie et al. 1999). Bei 75,5 % von ihnen wurde eine Depression festgestellt. Alle Patienten erhielten nach dem Zufallsprinzip 8 Wochen lang einmal wöchentlich eine psychodynamisch-interpersonale Psychotherapie oder eine Kontrollbehandlung in Form der üblichen Behandlung durch ihren Psychiater. Bei der Folgeuntersuchung nach 6 Monaten zeigten diejenigen, die eine Therapie erhalten hatten, im Bereich der sozialen Funktionen und des psychologischen Stresses eine deutlich größere Besserung als die Kontrollpersonen. Außerdem hatten sie die Leistungen des Gesundheitswesens in den 6 Monaten nach der Behandlung wesentlich seltener in Anspruch genommen als die Kontrollpersonen. Die zusätzlichen Kosten für die Psychotherapie wurden durch die Einsparungen bei den Leistungen des Gesundheitswesens in 6 Monaten ausgeglichen.

Es gibt nach wie vor keine randomisierten kontrollierten Studien zur langfristigen psychodynamischen Therapie und Psychoanalyse bei depressiven



Patienten. Viele Kliniker räumen ein, dass es eine Untergruppe depressiver Patienten gibt, die eine solche Behandlung brauchen. Blatt et al. (1995) analysierten die Daten des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program erneut und stellten fest, dass extrem perfektionistische und selbstkritische Patienten (das heißt, depressive Patienten des introjektiven Typs) auf keine der vier Behandlungsarten gut angesprochen hatten, die folgende waren: 16 Wochen kognitive Therapie, 16 Wochen interpersonale Therapie, 16 Wochen Imipramin plus klinische Betreuung sowie 16 Wochen Placebo plus klinische Betreuung. Zwei in einer natürlichen Umgebung durchgeführte Begleitstudien (Blatt 1992; Blatt et al. 1994) ließen darauf schließen, dass eine langfristige psychodynamische Therapie bei den selbstkritischen und perfektionistischen Patienten, die auf die kurzen Formen nicht angesprochen hatten, wirksam sein könnte. Viele dieser Patienten haben vermutlich ausgeprägte obsessiv-zwanghafte oder narzisstische Charakterzüge. Bei diesen perfektionistischen Patienten kann auch ein hohes Selbstmordrisiko bestehen (Blatt 1998; Hewitt et al. 1997), sodass der Aufwand an Zeit, Energie und Ressourcen durchaus gerechtfertigt sein kann. Um diese Hypothese zu bestätigen, bedarf es weiterer Forschungen.

## Behandlungsgrundsätze

### *Manie*

Die meisten manischen Patienten profitieren erst von einer psychotherapeutischen Maßnahme, wenn ihre Manie mit Medikamenten unter Kontrolle gebracht wurde. Ein großer Teil der dann folgenden Behandlung zielt darauf ab, Rückfälle zu verhindern, indem der Schwerpunkt auf Probleme mit der Nichteinhaltung der Medikationsvorschriften und die fehlende Einsicht bezüglich der Krankheit gelegt wird. Bei bipolaren Patienten liegen häufig mehrere wichtige psychodynamische Schwierigkeiten vor, mit denen man sich befassen muss. Da sie ihre Krankheit im Allgemeinen abstreiten, behaupten diese Patienten oft, ihre manischen oder hypomanischen Symptome seien nicht Teil einer Krankheit, sondern zeigten, wer sie wirklich sind. Patienten mit einer bipolaren Erkrankung sind bekannt für ihre fehlende Einsicht. In einer Untersuchung mit 28 manischen Patienten, die stationär behandelt wurden (Ghaemi et al. 1995) wurde die Einsicht bei der Aufnahme und bei der Entlassung gemessen. Die Forscher stellten fest, dass die Einsicht auch dann fehlte, wenn bei allen anderen Symptomen der Manie eine Besserung oder eine Remission eingetreten war.

Mit diesem Leugnen ist oft eine andere psychodynamische Erscheinung, die Abspaltung oder psychische Diskontinuität verbunden. Viele bipolare Patienten streiten die Bedeutung vorheriger manischer Episoden auch weiterhin ab, wenn



sie euthymisch sind. Sie behaupten zum Beispiel, ihr Verhalten sei lediglich eine Folge dessen gewesen, dass sie nicht auf sich aufgepasst hätten, und sie beharren oft hartnäckig darauf, dass das, was passiert ist, nie wieder vorkommen werde. Bei dieser Form der Abspaltung wird die Selbstrepräsentanz der manischen Episode als von dem Selbst in der euthymischen Phase völlig getrennt betrachtet. Diese fehlende Kontinuität des Selbst scheint den Patienten nicht zu stören, während es die Familienmitglieder und die Kliniker zur Verzweiflung bringen kann. Der Kliniker, der für den Patienten zuständig ist, muss die Bruchstücke des Selbst durch psychotherapeutische Maßnahmen zu einer kontinuierlichen Schilderung zusammensetzen, um den Patienten von der Notwendigkeit der erhaltenden Pharmakotherapie überzeugen zu können. Manchmal kann es helfen, manische Episoden (mit der Zustimmung des Patienten) auf Band aufzunehmen und dem Patienten die Aufnahmen in der euthymischen Phase vorzuspielen, um ihn von der Verbindung zwischen dem manischen und dem euthymischen Selbst zu überzeugen.

Aus kleinianischer Sicht besteht die Hauptaufgabe der Psychotherapie beim bipolaren Patienten womöglich darin, die Trauerarbeit zu erleichtern. Der frühe Verlust eines Elternteils, insbesondere der Mutter, hängt eng mit der Entstehung der bipolaren Erkrankung zusammen (Mortensen et al. 2003). Bei Kindern, die ihre Mutter im Alter von weniger als 5 Jahren verlieren, ist das Risiko einer bipolaren Störung viermal so hoch. Ein enger Zusammenhang besteht auch zwischen physischen Traumata in der Kindheit und einer manischen Erkrankung im Erwachsenenalter (Leviton et al. 1998), und es kann sein, dass die Notwendigkeit, Aggression zu leugnen, ihre Wurzeln in den ersten Lebensjahren hat. Die Bedrohung durch aggressive und Verfolgungsgefühle veranlasst ihre Leugnung durch manische Abwehrmechanismen. Nach einer manischen Episode wird den Patienten ihre Destruktivität gegebenenfalls sehr bewusst, und sie bereuen möglicherweise, was sie anderen in der manischen Phase angetan haben. Dies kann für den Psychotherapeuten ein idealer Moment sein, dem Patienten zu helfen, die liebende und die aggressive Seite seiner inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen zu integrieren. Diese Aspekte seiner selbst auch weiterhin abzuspalten, kann dem Patienten eine vorübergehende Linderung seiner Schmerzen verschaffen, verhindert aber, dass er seine depressiven Ängste endgültig verarbeitet. Klein (1940/1975) hat festgestellt, dass der Patient die manischen Abwehrmechanismen weniger braucht, wenn seine Gefühle von Verfolgung und Aggression abnehmen. Deshalb besteht ein weiteres Ziel darin, dem Patienten zu helfen, eine Beziehung zu verinnerlichen, in der das Gute gegenüber dem Bösen und die Liebe gegenüber dem Hass überwiegt.

In einer zweijährigen Studie über Rückfälle mit 61 ambulanten Patienten mit einer bipolaren Erkrankung (Ellicott et al. 1990) konnten die Rückfälle nicht mit Veränderungen des Lithiumspiegels oder bezüglich der Einhaltung der Medikationsvorschriften erklärt werden. Es bestand jedoch ein deutlicher Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Rückfällen. Die

Forscher kamen zu dem Schluss, dass psychologische Maßnahmen in Zeiten, in denen der Patient großem Stress ausgesetzt ist, für die Verhinderung von Rückfällen unerlässlich sind. Der dynamische Psychiater muss eine Antenne dafür haben, was die einzelnen Stressfaktoren für den Patienten bedeuten, und sie beobachten, während er auch den Stimmungsstabilisierer dosiert.

Lithium und andere Stimmungsstabilisierer erlangen bei bipolaren Patienten häufig eine besondere Bedeutung. Für manche sind die Medikamente Mittel, durch die ihnen die ichsytone Euphorie ihrer manischen Perioden vorenthalten wird. Oder sie erinnern sie an Familienmitglieder, die an einer bipolaren Erkrankung litten, die widrige Folgen wie Selbstmord hatte. Jamison (1995) beschrieb ihren Kampf mit der bipolaren Erkrankung und betonte, wie enorm wichtig die Psychotherapie gewesen sei, sie dazu zu bewegen, die Lithiumeinnahme fortzusetzen und ihre Ängste bezüglich der Einhaltung der Medikationsvorschriften zu verstehen: „Im Innersten befürchtete ich eigentlich insgeheim, dass das Lithium *nicht* wirken könnte: Was wäre, wenn ich es nähme und trotzdem krank würde? Wenn ich es aber nicht nähme, müsste ich nicht erleben, wie meine schlimmsten Ängste wahr werden“ (S. 103).

Probleme bezüglich der vorschriftsmäßigen Einnahme müssen entschlossen angesprochen werden, die medikamentöse Behandlung ist bei der bipolaren Störung hinsichtlich der längerfristigen Vorbeugung gegen Rückfälle jedoch nur bedingt wirksam. Nur etwa 40 % der Patienten, die Lithium einnahmen, hatten bei der Folgeuntersuchung nach 5 Jahren keine Rückfälle gehabt (Maj 1999). Eine große Häufigkeit von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in der Familie ist eher die Regel als die Ausnahme (Miklowitz und Frank 1999). Deshalb besteht Einigkeit darüber, dass die Ziele der Psychotherapie mehr umfassen müssen als nur die Verbesserung der Einhaltung der Medikationsvorschriften. Sie sollte auch die Identifizierung von Stressfaktoren, die Verbesserung des Funktionierens in der Familie und die Verarbeitung der Auswirkungen der Krankheit auf den Patienten und andere beinhalten. Miklowitz et al. (2003) haben in einer nach strengen Regeln konzipierten Studie gezeigt, dass die Ergänzung der Pharmakotherapie durch Psychoedukation der Familie sowohl die ordnungsgemäße Einnahme der Medikamente als auch die symptomatische Anpassung nach der Episode verbessert.

Salzman (1998) hat überzeugend für die Integration von Pharmakotherapie und Psychotherapie bei der Behandlung bipolarer Patienten plädiert. Die erste Aufgabe ist der Aufbau eines therapeutischen Bündnisses, was eher durch psychotherapeutische Ergründung, Empathie und Belehrung als durch Diskussionen erreicht wird. Die Erstellung eines Stimmungsdiagramms kann ebenfalls von Nutzen sein. Ein Wechsel der Übertragung zwischen Idealisierung und Abwertung ist häufig, und es besteht ständig ein Risiko für das Ausleben von Gegenübertragungen als Reaktion auf Frustrationen. Jamison (1995) stimmte der Ansicht zu, dass eine kombinierte Behandlung erforderlich ist: „Auf unaussprechliche Weise heilt die Psychotherapie. Sie verleiht der Verwirrung ein

wenig Sinn, sie hält die furchterregenden Gedanken und Gefühle im Zaum, gibt einem wieder etwas Kontrolle und Hoffnung und die Möglichkeit, aus all dem zu lernen ... Keine Pille kann mir helfen, damit fertig zu werden, dass ich keine Pillen nehmen will, und ebenso kann auch die ausgiebigste Psychotherapie alleine meine Manie und meine Depressionen nicht verhindern. Ich brauche beides“ (S. 89).

## *Depression*

Der erste Schritt der psychotherapeutischen Behandlung ist, unabhängig davon, ob es sich um einen stationären oder einen ambulanten Patienten handelt, der Aufbau eines therapeutischen Bündnisses. Um die entsprechende Atmosphäre zu schaffen, muss der Kliniker einfach zuhören und die Sichtweise des Patienten nachempfinden. Der wohl häufigste Fehler bei Familienmitgliedern wie bei unerfahrenen Klinikern besteht darin, dass sie versuchen, den Patienten aufzumuntern, indem sie sich auf das Positive konzentrieren. Bemerkungen wie „Du/Sie hast/haben keinen Grund, depressiv zu sein, Du/Sie hast/haben doch so viele gute Eigenschaften“ oder „Warum solltest/sollten Du/Sie sich umbringen? Es gibt doch so vieles, für das es sich lohnt zu leben“ gehen höchstwahrscheinlich nach hinten los. Solche „Mut machenden“ Bemerkungen empfinden depressive Patienten als völliges Fehlen von Empathie, was bewirken kann, dass sie sich noch mehr missverstanden und allein fühlen und deshalb eher zu Selbstmord neigen.

Im Gegenteil, Kliniker, die mit solchen Patienten arbeiten, müssen zum Ausdruck bringen, dass sie verstehen, dass der Patient sehr wohl einen Grund hat, depressiv zu sein. Sie können den Schmerz der Depression nachempfinden und den Patienten zugleich dazu bewegen, an einer gemeinsamen Suche nach dem Ursachen teilzunehmen. Zu Beginn ist ein supportiver, aber entschiedener Ansatz erforderlich (Arieti 1977; Lesse 1978). Verfrühte Interpretationen wie „Sie sind eigentlich nicht depressiv, sondern wütend“ werden ebenfalls als fehlende Empathie und fehl am Platze erlebt. Am meisten hilft der Kliniker dem Patienten, wenn er einfach zuhört und versucht, zu verstehen, wie der Patient zu seiner Krankheit steht.

Ein psychodynamischer Therapeut befasst sich eingehend mit dem Stressfaktor, der die Depression ausgelöst zu haben scheint. Waren Demütigung und Verlust im Spiel? Hat der Stress Verluste oder Traumata aus der frühen Kindheit wieder aufleben lassen? Was genau hat der Stressfaktor für den Patienten bedeutet? Der dynamische Therapeut möchte wissen, was der Patient mit dem Stressfaktor verbindet. Erinnert ihn das Ereignis an andere Gefühle, Gedanken oder Fantasien, die in seinem Geist vorhanden waren? Ein dynamischer Therapeut fordert den Patienten gegebenenfalls auf, über Träume zu berichten, die erhellen können, was in seinem Unterbewusstsein vorgeht.

Während der Aufnahme der Anamnese und der Beurteilung des Stressfaktors achtet der psychodynamische Therapeut auch genau auf alles, was mit Beziehungsmustern und dem Selbstwertgefühl des Patienten zu tun hat. Er berücksichtigt die verschiedenen oben genannten psychodynamischen Aspekte, um festzustellen, welche von ihnen am ehesten zur Entstehung der Depression des Patienten beigetragen haben können. Ist seine Wut nach innen gerichtet? Haben seine Destruktivität oder seine Gier möglicherweise geliebte Menschen verletzt? Liegt ein perfektionistisches Selbstbild vor, das der Patient nicht erreichen kann? Wird der Patient von einem boshaften und unnachgiebigen Über-Ich gequält, das ständig mehr erwartet, als er leisten kann? Hat der Patient Sehnsucht nach verlorenen geliebten Objekten der Gegenwart oder der Vergangenheit, deretwegen er Hoffnungslosigkeit empfindet? Hat der Patient für einen „dominanten Anderen“ gelebt, statt sich seine eigenen einmaligen Träume und Wünsche zu erfüllen? Gehört die Depression eher zum anaklitischen Typ, mit starken Gefühlen der Hilflosigkeit, der Schwäche und der Einsamkeit oder eher zum introjektiven Typ, für den die Entfaltung des Selbst wichtiger ist, als ein fürsorgliches und schützendes geliebtes Objekt zu finden? Und welche Abwehrmechanismen setzt der Patient ein, um die schmerzhaften Affektzustände zu bewältigen?

Während er diese Aspekte der Lebensgeschichte des Patienten ergründet, beobachtet der psychodynamische Therapeut auch Übertragungs- und Gegenübertragungserscheinungen und Widerstände. Die Art und Weise, wie sich der Patient gegenüber dem Therapeuten verhält, und die Gefühle, die er beim Therapeuten auslöst, liefern Anhaltspunkte über häufige Probleme mit Beziehungen außerhalb der Therapie. Das Muster des Widerstands kann auch Aufschluss über die Abwehrmechanismen des Patienten in anderen Lebenssituationen geben. Schließlich macht sich der Therapeut ein Bild von den Schwierigkeiten des Patienten, die sowohl Angelegenheiten seiner frühen Entwicklung als auch die Gegenwart betreffen. Innerhalb dessen kommt dem Stressfaktor höchstwahrscheinlich eine besonders große Bedeutung zu.

Der Therapeut sucht nach Antworten auf Fragen wie die folgenden: Welche Ereignisse haben die Depression ausgelöst? Welche als narzisstisch zu bewertenden Ambitionen konnte der Patient nicht umsetzen? Welches ist die beherrschende Vorstellung des Patienten? Wer ist der dominante Andere, für den der Patient lebt und von dem er nicht die gewünschten Reaktionen erhält? Hat der Patient Schuldgefühle verbunden mit Aggression und Wut, und wenn ja, auf wen ist er wütend? Liegt eine Nichterfüllung des Strebens des Selbst nach Selbstobjektreaktionen vor? Hat der Patient eine Depression, die in erster Linie dem anaklitischen Typ zuzurechnen ist, bei dem Veränderungen durch die Therapie auch zwischenmenschliche Beziehungen betreffen werden? Oder hat der Patient eine eher introjektive Depression, bei der eher Selbstbeschreibung und Selbstwertgefühl im Mittelpunkt stehen?

Während sich der Kliniker die Geschichte des Patienten anhört und eine

Hypothese über die psychodynamische Basis der Depression aufstellt, entwickelt der Patient eine Übertragungsbindung zu ihm. Mit Arietis (1977) Worten, der Therapeut wird ein „dominanter Dritter“, und zwar zusätzlich zu dem dominanten Anderen im Leben des Patienten. Viele der Probleme, die der Patient mit primären Beziehungen hat, treten in der Übertragung ebenfalls auf. Arieti hat darauf hingewiesen, dass es für den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses erforderlich sein kann, dass der Therapeut in der Anfangsphase der Therapie gewissen Erwartungen des Patienten entspricht, um so die Wiederholung der Pathologie des Patienten in der therapeutischen Beziehung zu erleichtern. Wenn er genug Informationen gesammelt hat, muss der Therapeut gegebenenfalls zu einem expressiveren Ansatz übergehen und dem Patienten das Muster des „dominanten Anderen“ erklären, das ihm so viele Schwierigkeiten bereitet hat. Arieti hat erklärt, dass „der Patient sich dessen bewusst werden muss, dass er nicht in der Lage war, für sich selbst zu leben. Er hat nie auf sich gehört; in Situationen von großer affektiver Bedeutung war er nie in der Lage, sich zu behaupten. Er war nur darauf bedacht, Zustimmung, Zuneigung, Liebe, Bewunderung oder Fürsorge von dem dominanten Anderen zu erhalten“ (S. 866). Wenn er dies erkennt, kann eine große Portion Wut gegenüber dem dominanten Anderen hochkommen.

Nachdem die beherrschende Vorstellung offengelegt wurde, besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, dem Patienten zu helfen, neue Vorstellungen zur Gestaltung seines Lebens zu entwickeln. Mit Bibrings (1953) Worten müssen entweder die idealisierten Erwartungen so weit modifiziert werden, dass sie erfüllt werden können, oder sie müssen aufgegeben und durch andere Ziele ersetzt werden. Wenn er vor der Aufgabe steht, sein Leben neu zu gestalten und ihm einen neuen Sinn zu geben, verlässt sich der Patient möglicherweise darauf, dass sein Therapeut ihm die Antworten liefert. Wenn sich der Therapeut darauf einlässt, indem er dem Patienten sagt, was er tun soll, verstärkt er nur das geringe Selbstwertgefühl und das Gefühl der Untauglichkeit (Betcher 1983; Maxmen 1978). Bitten des Patienten, seine Dilemmata zu lösen, können einfach abgelehnt werden, indem man ihm erklärt, dass er am besten in der Lage sei, sein Leben neu zu planen.

Wichtig bei der Anwendung des psychodynamischen Ansatzes bei depressiven Patienten ist die Feststellung der zwischenmenschlichen Bedeutung und des zwischenmenschlichen Kontextes ihrer Depression. Leider wehren sich die Patienten oftmals hartnäckig gegen diese zwischenmenschlichen Implikationen (Betcher 1983). Sie ziehen es vor, ihre Depression und ihre Selbstmordwünsche so zu betrachten, als bestünden sie in einem luftleeren Raum, und bestehen darauf, dass niemand außer ihnen dafür verantwortlich ist. Eine sorgfältige Prüfung der Übertragung und der Gegenübertragung kann den Durchbruch bei dieser Form des Widerstands bringen. Sowohl in der Psychotherapie als auch bei der stationären Behandlung reproduzieren die Patienten ihre inneren Objektbeziehungen und die Muster ihrer Bezogenheit zu

externen Personen. Depressive Patienten lösen besonders starke Gefühle aus. Im Laufe der Behandlung empfindet der Therapeut gegebenenfalls Verzweiflung, Wut, den Wunsch, den Patienten loszuwerden, starke Rettungsfantasien und eine Fülle anderer Emotionen. Diese emotionalen Reaktionen können dem entsprechen, wie andere Menschen im Umfeld des Patienten empfinden. Diese zwischenmenschlichen Dimensionen können zur Entstehung oder zum Fortbestand der Erkrankung beitragen. Um die Auswirkungen der Krankheit des Patienten auf andere zu untersuchen, muss der Therapeut ihn zur Mitarbeit bewegen, indem er diese Gefühle in der therapeutischen Beziehung konstruktiv einsetzt. Viele hartnäckige Fälle von Depression geraten wegen der Wiederholung typischer Muster der Objektbezogenheit, die tief im Charakter verwurzelt und deshalb schwer zu ändern sind, in eine Sackgasse.

Herr K war ein angesehener Chemiker, der stationär behandelt werden musste, als er im Alter von 41 Jahren depressiv wurde und Selbstmordgedanken hatte. Während seiner ambulanten Behandlung hatte man alle bekannten Antidepressiva in therapeutischen Dosen bei gleichzeitiger Kontrolle der Serumwerte ausprobiert, und in den ersten Wochen seines Krankenhausaufenthaltes hatte er eine ECT erhalten. All diese somatischen Maßnahmen hatten seine Depression nicht im Geringsten gelindert. Der Patient bestand jedoch auch weiterhin darauf, er leide an einem „chemischen Ungleichgewicht“, dessen Behebung die Aufgabe des Arztes sei. Herr K klagte über Selbstzweifel, Gefühle von Wertlosigkeit, Schlaflosigkeit und die Unfähigkeit, zu arbeiten oder sich zu konzentrieren, sowie Hoffnungslosigkeit im Hinblick auf die Zukunft. Er hatte das Gefühl, alles, was er erreicht hatte, sei bedeutungslos, und er habe seine Frau durch seine wiederholten Forderungen, ihn zu trösten, in den Wahnsinn getrieben. Frau K. war verzweifelt, weil nichts, was sie für ihren Mann tat, ihm auch nur ansatzweise zu helfen schien. Wenn sie versuchte, die positiven Aspekte seines Lebens hervorzuheben, antwortete er jedes Mal mit „Ja, aber“ und tat das, was sie sagte, als unbedeutend ab.

Der Assistenzarzt, der für Herrn Ks Behandlung zuständig war, und die übrigen Mitglieder des Stationspersonals waren ebenso frustriert wie Frau K. Herr K verlangte, dass sie auf seine Bedürfnisse eingingen, tat jedoch all ihre Vorschläge und ihr Verständnis als wertlos ab. Alle Behandelnden fühlten sich angesichts der Depression von Herrn K unfähig, machtlos und erschöpft. Wenn die verschiedenen Assistenzärzte, die in den Abendstunden Bereitschaft hatten, ihre Runde auf der Station machten, verwickelte Herr K sie jedes Mal in lange Gespräche über seine Depression. Er zählte die Medikamente auf, die er ausprobiert hatte, und ließ sich über die Rolle der Neurotransmitter bei Depression aus. Dann bat er um Rat bezüglich seiner Krankheit. Die jeweiligen Bereitschaftsärzte wurden, da sie versuchten, das Leiden dieses offensichtlich intelligenten und gut informierten Menschen zu lindern, unweigerlich in diese Diskussionen verwickelt. Herr K aber tat alle Vorschläge, die sie machten, als „nutzlos“ ab. Am Ende dieser Gespräche hatten die Assistenzärzte jedes Mal das Gefühl, die mit Herrn K verbrachte Zeit sei vergeblich gewesen, und sie fühlten sich ausgelaugt und gering geschätzt.

Die Mitglieder des Behandlungsteams wandten sich mit ihrem Dilemma in Bezug auf Herrn K an den Supervisor des Assistenzarztes, der ihnen erklärte, wie der Patient seine innere Welt im Milieu reproduzierte. Indem er die Rolle des „sich Beschwerenden, der Hilfe ablehnt“, einnahm, wiederholte Herr K eine innere Objektbeziehung, die durch eine duldsame und viktimisierte Selbstrepräsentanz in Verbindung mit einer unfähigen und nutzlosen Objektrepräsentanz gekennzeichnet war. Mit der Wiederholung dieser Objektbeziehung peinigte Herr K alle Menschen in seinem Umfeld. Auf diese Weise konnte er seinem enormen Zorn Luft machen, der aus seiner Interaktion mit seiner Mutter in der Kindheit resultierte, die seine Bedürfnisse seiner Meinung nach nicht erfüllt hatte.

Infolge dieser Besprechung wurde der Behandlungsansatz grundlegend geändert. Der Assistenzarzt und die Pfleger, die hauptsächlich mit Herrn K zu tun hatten, konnten von ihren heroischen therapeutischen Anstrengungen Abstand nehmen und begannen, den Patienten in die Beantwortung der Frage, was eigentlich vorgehe, einzubeziehen. Er war somit nicht mehr ein passiver Empfänger einer „medizinischen“ Behandlung, sondern ein aktiver Mitwirkender eines psychologischen Prozesses, in dem es um Reflexion und Verstehen ging.

Man erklärte dem Patienten das Objektbeziehungsparadigma, das er im Milieu auslebte. Der für den Fall zuständige Sozialarbeiter erläuterte Frau K. die auf psychoanalytischen Erkenntnissen basierende Bewertung der Lage, um sie von ihren enormen Schuldgefühlen zu befreien und ihr zu helfen, zu verstehen, dass die gegenwärtige Situation die Wiederholung einer nicht verarbeiteten Kindheitserfahrung war. Als das Behandlungsteam nicht mehr so reagierte wie Frau K.s innere Objektrepräsentanz, begann Herr K, sich anders zu verhalten. Zunächst war er erbost, als man ihm empfahl, die Verantwortung für seine Krankheit zu übernehmen. Doch der Assistenzarzt erklärte ihm, dass alles, was an Medikation möglich war, bereits versucht worden sei, und dass es nun an Herrn K sei, zu überlegen, wie er selbst dazu beigetragen hatte, dass er tief verzweifelt war. Diese Änderung des Ansatzes bot Herrn K eine neue Objektbeziehung an, mit der er fertig werden musste. Nach anfänglichem Trotz leistete er ein beachtliches Maß an psychologischer Arbeit. Er beschäftigte sich mit seiner Wut auf seine Mutter, weil sie ihm nicht die Bestätigung und die Liebe gegeben hatte, die er seiner Meinung nach gebraucht hätte, und mit der Freude, die er daran hatte, seine Frau zu peinigen, um sich an seiner Mutter zu rächen.

Herrn Ks Fall zeigt, wie eine schwere Depression, die nicht auf konventionelle somatische Behandlungsmaßnahmen anspricht, mit starken charakterologischen Widerständen zusammenhängen kann, die dazu führen, dass der Patient in einer nicht verarbeiteten Objektbeziehung „stecken“ bleibt. Wie in Kapitel 6 dargelegt, kann es bei einer solchen Behandlung zum Durchbruch kommen, wenn die Handelnden der Erwartung des Patienten, sie würden so reagieren wie die projizierte Objektrepräsentanz, nicht entsprechen und statt dessen ein neues Verständnis und eine Reihe neuer Objekte und Interaktionen anbieten, die der Patient verinnerlichen kann.



Ein anderer Aspekt des Durchbruchs bei Herrn K. bestand darin, dass die Mitglieder des Personals bemerkten, dass er nicht nur Opfer einer Krankheit war, sondern auch die Menschen in seinem Umfeld zu Opfern machte. Bei der Besprechung des sekundären Vorteils, der häufig mit der Depression verbunden ist, hat Bibring (1953) darauf hingewiesen, dass manche depressiven Patienten ihre Krankheit ausnutzen, um ihre versteckten Formen des Ausdrucks destruktiver und sadistischer Impulse gegenüber anderen zu rechtfertigen. Herr K. hatte seine Frau gezwungen, ihm gegenüber eine Mutterrolle einzunehmen, nur um ihr dann zu verstehen zu geben, dass ihre Bemutterung wertlos sei. In Bezug auf den bei depressiven Patienten häufigen versteckten Sadismus erklärte Jacobson (1971b): „Der depressive Mensch schafft es immer, dass sein Partner und oftmals seine gesamte Umgebung, insbesondere seine Kinder, furchtbare Schuldgefühle haben, und zieht dadurch auch sie immer mehr in einen depressiven Zustand hinunter“ (S. 295). Tatsächlich hatten alle Mitglieder des Behandlungsteams begonnen, sich wie Frau K. zu fühlen. Sie hatten immer stärkere Schuldgefühle, weil sie keine therapeutische Maßnahme finden konnten, die Herrn K. half, und wurden mit jedem Fehlschlag deprimierter und erschöpfter. Jacobson hat auch darauf hingewiesen, dass manche depressiven Patienten (wie Herr K.) einen Teufelskreis schaffen, der ihre Partner gerade dann vertreibt, wenn sie ihre Liebe am meisten brauchen. Ehepartner solcher Patienten haben schnell genug und verhalten sich dann wegen des Gefühls der Unzulänglichkeit möglicherweise grausam oder vernachlässigen die Patienten, wodurch sie sie gerade dann verletzen, wenn sie am meisten Zuwendung brauchen und am verletzlichsten sind. Auch die Behandelnden können ähnlich reagieren, indem sie sarkastisch oder kalt werden, weil die Patienten ihre Hilfe wiederholt zurückweisen.

Der Ausschnitt aus dem Behandlungsbericht von Herrn K. unterstreicht, wie wichtig es ist, die Familie in die Behandlung eines schwer depressiven Patienten mit einzubeziehen. Die Literatur über die Familien depressiver Patienten zeigt deutlich, dass die Funktionen der Familie einen Einfluss auf die Rückfallquote, den Verlauf der Depression und das Selbstmordverhalten haben (Keitner und Miller 1990). In einer Studie (Hooley und Teasdale 1989) war der für die Rückfallprognose am besten geeignete Faktor die Meinung des depressiven Patienten, sein Ehepartner sei sehr kritisch. Wie die Forschungen über die Familien schizophrener Patienten haben auch Untersuchungen zur Depression gezeigt, dass eine hohe expressed emotion bei den Familienmitgliedern depressiver Patienten für Rückfälle mitverantwortlich sein kann (Hooley et al. 1986; Vaughn und Leff 1976). Depressive Patienten lösen bei ihren Familienmitgliedern ein beträchtliches Maß an Feindseligkeit und Sadismus aus, und die Kliniker müssen den Angehörigen helfen, ihre Schuldgefühle wegen solcher Reaktionen zu überwinden, um sie als verständliche Reaktionen auf ein depressives Familienmitglied sehen zu können.



## Indikationen und Kontraindikationen

---

Bei vielen Patienten mit Depression oder Dysthymie scheint eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung optimal zu sein. Nemeroff (1998b) hat festgestellt, dass während etwa 65 % der depressiven Patienten mit einer um 50 % verringerten Schwere auf ein einziges Antidepressivum ansprechen, den auf den entsprechenden Skalen erreichten Werten zufolge nur 30 % wieder einen vollkommen euthymischen Zustand erreichen. Thase et al. (1997) haben festgestellt, dass die Kombination von Psychotherapie und Medikation bei wiederkehrenden schweren Depressionen wesentlich wirksamer ist. Bei den leichteren Formen der Depression hingegen war die kombinierte Therapie nicht wirksamer als eine reine Psychotherapie. Medikamente sind bei einer leichteren Depression häufig unwirksam, und diese Patienten brauchen möglicherweise eine Psychotherapie, um ihre normalen Funktionen wiederzuerlangen.

Manche depressiven Patienten nehmen die ihnen verordneten Medikamente aus verschiedenen Gründen nicht vorschriftsmäßig ein, unter anderem deshalb, weil sie meinen, sie haben es nicht verdient, dass es ihnen besser geht, oder die Einnahme von Medikamenten stigmatisiere sie als Geisteskranke. De Jonghe et al. (2001) kamen zu dem Schluss, dass die kombinierte Therapie im Vergleich zu einer reinen Pharmakotherapie bei Patienten mit einer klassischen Depression deutlich wirksamer ist. Die Patienten in der kombinierten Gruppe hielten sich wesentlich besser an die Medikationsvorschriften und im Allgemeinen an die Behandlungsanweisungen und erreichten deshalb mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Besserung. Ein wichtiger Vorteil der kombinierten Behandlung besteht also darin, dass die Nichteinhaltung von Anordnungen im Rahmen der Psychotherapie direkt sowie auf wirksamere Weise und früher angesprochen werden kann.

Manche Patienten weigern sich standhaft, Medikamente zu nehmen, können wegen bereits bestehender Krankheiten keine Medikamente nehmen oder ertragen die Nebenwirkungen nicht. In solchen Fällen kann eine Psychotherapie erforderlich sein, um die Bedeutung der Medikation und die Gründe für ihre Ablehnung zu verstehen. In der klinischen Praxis hat sich gezeigt, dass manche Patienten nach einer Vorbereitungsphase mit psychodynamischer Psychotherapie zu einer medikamentösen Behandlung bereit sind.

Andere haben eine Erkrankung, die teilweise oder gar nicht auf somatische Behandlungen anspricht. In Fällen, in denen die Gabe verschiedener Medikamente und/oder kurze Therapien ergebnislos geblieben sind, kann eine langfristige psychodynamische Psychotherapie angezeigt sein. Die Kliniker, die diese Fälle beurteilen, sollten besonders einem Verdacht auf die folgenden drei Kategorien nachgehen (Gabbard 2000): 1. klassische Depression der Achse I mit einer Komorbidität der Achse II, 2. depressive Persönlichkeit und

3. charakterologische Depression im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen. In Bezug auf die erste Kategorie haben mehrere Studien (Duggan et al. 1991; Reich und Green 1991; Shea et al. 1990) nahegelegt, dass bestimmte Persönlichkeitsstörungen dafür verantwortlich sein können, dass eine Depression aufrechterhalten wird, wenn sie einmal vorgekommen ist, und dass auch charakterologische Merkmale für eine Neigung, Medikationsvorschriften nicht einzuhalten, verantwortlich sein können. Für die wirksame Behandlung dieser Population kann zusätzlich zur Medikation eine psychodynamische Psychotherapie erforderlich sein.

Hinsichtlich der zweiten Kategorie hat es große Meinungsverschiedenheiten darüber gegeben, ob sich die depressive Persönlichkeitsstörung tatsächlich von der Dysthymie unterscheidet. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen den beiden Krankheitsbildern angebracht und klinisch sinnvoll ist (Phillips et al. 1998) und die Psychotherapie bei Menschen, die eine depressive Persönlichkeitsstörung haben, deutlich länger dauert als bei solchen, die keine haben. Um optimale Ergebnisse zu erzielen, kann auch bei dysthymischen Patienten eine kombinierte Therapie erforderlich sein. In solchen Fällen ist eine psychodynamische Psychotherapie einen Versuch wert, um die Diagnose zu klären, Komorbiditäten festzustellen und die Genesung voranzutreiben.

Zur dritten Kategorie gehören in erster Linie Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, besonders solche mit einer Borderline-Störung, die über „Depressionen“ klagen, jedoch die Kriterien einer Störung der Achse I nach DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) nicht erfüllen. Diese Patienten stellen eine besondere Herausforderung sowohl für den Psychotherapeuten als auch für den Pharmakotherapeuten dar, und die praktischen Leitlinien der American Psychiatric Association (2001) empfehlen in solchen Fällen eine kombinierte Behandlung.

## Die Behandlung des suizidalen Patienten

---

Kaum etwas im Berufsleben eines Psychiaters ist so beunruhigend wie der Selbstmord eines Patienten. Eine Studie (Chemtob et al. 1988) hat ergeben, dass etwa die Hälfte der Psychiater, die einen Patienten durch Selbstmord verloren haben, ein Ausmaß an Stress erlebt, das mit dem von Menschen vergleichbar ist, die den Tod eines Elternteils zu verarbeiten haben. Weitere Forschungen (Hendin et al. 2004) deuten darauf hin, dass für den Schmerz, den Psychotherapeuten empfinden, wenn ein Patient Selbstmord begangen hat, mehrere spezifische Faktoren verantwortlich sind. Von den in die Studie einbezogenen 34 Therapeuten, die den Selbstmord eines Patienten zu beklagen hatten, berichteten 38 % über schweren Schmerz. Die vier wichtigsten Auslöser dieses

Schmerzes waren das Versäumnis, einen unmittelbar selbstmordgefährdeten Patienten, der dann starb, in stationäre Behandlung zu nehmen, das Treffen einer Behandlungsentscheidung, die nach Ansicht des Therapeuten zu dem Selbstmord beigetragen hatte, negative Reaktionen seitens der Einrichtung des Therapeuten und die Angst vor einem von der Familie des Patienten angestregten Gerichtsverfahren. Ein vollendeter Selbstmord hält uns die Grenzen unseres Faches vor Augen. Es ist ganz natürlich, dass Therapeuten, sei es im Krankenhaus oder im Rahmen der Psychotherapie, alles Erdenkliche tun, um einen Selbstmord zu verhindern. Sinnvolle Maßnahmen zu ergreifen, um zu verhindern, dass ein Patient sich das Leben nimmt, ist aus klinischer Sicht eindeutig angebracht, aus ethischer Sicht verantwortungsvolles Handeln und aus forensischer Sicht eine solide Vorsichtsmaßnahme. Wenn die Retterrolle aber über allem anderen steht, kann das zu Resultaten führen, die kontraproduktiv zur Therapie sind.

Vor allem müssen sich Kliniker stets einer unwiderlegbaren Tatsache bewusst sein: Ein Patient, der die feste Absicht hat, sich umzubringen, wird es schließlich auch tun. Keine physische Einschränkung, keine noch so sorgfältige Beobachtung und kein fachliches Können kann einen wirklich entschlossenen suizidalen Patienten aufhalten. Ein solcher Patient wurde in einem Raum untergebracht, in dem nur Matratzen waren. Man nahm ihm all seine Kleidung und seine persönlichen Gegenstände ab, und er wurde in Abständen von 15 Minuten rund um die Uhr kontrolliert. Zwischen den viertelstündlichen Runden der Pfleger sprang der Patient mit solcher Kraft auf der Matratze herum, dass es ihm gelang, mit dem Kopf wiederholt gegen die Decke zu stoßen, bis er sich schließlich das Genick brach. Solche Vorfälle zeigen, dass sich die Mitglieder des Krankenhauspersonals eingestehen müssen, dass sie nicht alle Selbstmorde auf der Station verhindern können. Olin (1976) hat sogar die Behauptung gewagt, dass die Behandelnden im Milieu möglicherweise zu viel Verantwortung für das Verhalten der Patienten übernehmen, wenn es in einer Klinik niemals zu einem Selbstmord kommt. Statt dessen sollten Kliniker immer wieder betonen, dass es letztendlich in der Verantwortung eines jeden Patienten liegt, zu lernen, Selbstmordimpulse in Worte zu fassen, statt sie in die Tat umzusetzen.

Nach vollendeten Selbstmorden haben die Kliniker häufig Schuldgefühle, weil sie Warnsignale für einen unmittelbar bevorstehenden Selbstmordversuch nicht erkannt haben. Trotz der immer umfangreicheren Literatur über die kurz- und langfristigen Risikofaktoren für Selbstmord sind unsere Möglichkeiten, den Selbstmord eines einzelnen Patienten vorherzusagen, auch weiterhin sehr eingeschränkt. Goldstein et al. (1991) untersuchten eine Gruppe von 1 906 stationären Patienten mit affektiven Störungen. Unter Verwendung von Daten über Risikofaktoren wandten die Forscher die schrittweise multiple logistische Regression an, um ein statistisches Modell zu entwickeln, das eine zuverlässige Vorhersage eines Selbstmords ermöglichen würde. Ein Patient, der Selbstmord beging, konnte mithilfe dieses Modells nicht identifiziert werden. Die Forscher mussten daraus schließen, dass die Vorhersage eines Selbstmords bei unserem

gegenwärtigen Kenntnisstand selbst bei einer Gruppe stationärer Patienten mit einem hohen Risiko nicht möglich ist. Die Einschätzung des Selbstmordrisikos erfolgt im klinischen Umfeld in erster Linie aufgrund der verbalen Absichtserklärung des Patienten oder einer eindeutig auf Selbstmord ausgerichteten Handlung. Kliniker können keine Gedanken lesen und dürfen sich nicht für ein vermeintliches Versagen ihrerseits rügen, wenn keine klaren verbalen oder nonverbalen Anzeichen für einen Selbstmord vorgelegen haben. Eine Studie (Isometsä et al. 1995) hat ergeben, dass von 571 Selbstmordfällen nur 36 % derer, die in psychiatrischer Behandlung waren, ihre Absicht mitgeteilt hatten.

Zur Behandlung einer suizidalen Depression gehört gewöhnlich auch eine optimale Pharmakotherapie oder eine ECT. Es sollten mehrere Risikofaktoren bewertet werden, unter anderem folgende: Gefühle der Hoffnungslosigkeit, starke Angst oder schwere Panikattacken, Drogenmissbrauch, kürzlich eingetretene belastende Ereignisse, finanzielle Probleme oder Arbeitslosigkeit, wenn der Patient alleine lebt, verwitwet oder geschieden ist, wenn der Patient ein Mann ist und 60 Jahre oder älter ist (Clark und Fawcett 1992; Hirschfeld und Russell 1997). Wenn der Patient einen klaren Plan hat und es scheint, als sei er entschlossen, ihn sofort in die Tat umzusetzen, muss er unverzüglich in die Psychiatrie eingewiesen werden. Wenn das Selbstmordrisiko groß, aber nicht akut ist, sollte ein Familienmitglied oder eine dem Patienten nahestehende Person hinzugezogen werden. Es ist zu prüfen, ob sich in der Wohnung oder anderswo Schusswaffen befinden. Die Auswertung der Literatur (Cummings und Koepsell 1998; Miller und Hemenway 1999) belegt, dass die Verfügbarkeit von Schusswaffen das Selbstmordrisiko erheblich erhöht. In einer solchen Situation ist regelmäßige Kommunikation unerlässlich, außerdem muss geprüft werden, ob Drogenmissbrauch vorliegt. Bei starker Angst oder Panik ist die Gabe von Benzodiazepan zu erwägen (Hirschfeld und Russell 1997). Um herauszufinden, weshalb der Patient sterben will und was seiner Meinung nach nach seinem Tod geschehen wird, kann auch die Psychotherapie von großer Bedeutung sein.

Psychodynamische Kliniker sind sich im Allgemeinen darüber einig, dass Behandelnde, die der Illusion erliegen, sie könnten ihre Patienten vor dem Selbstmord retten, tatsächlich geringere Chancen haben, dies zu tun (Hendin 1982; Meissner 1986; Richman und Eyman 1990; Searles 1967/1979; Zee 1972). Ein besonders wichtiger Wunsch ernsthaft selbstmordgefährdeter Patienten ist der, von einer bedingungslos liebenden Mutter umsorgt zu werden (Richman und Eyman 1990; Smith und Eyman 1988). Manche Therapeuten machen den Fehler, zu versuchen, dieser Fantasie zu entsprechen, indem sie alle Bedürfnisse des Patienten erfüllen. So nehmen sie zum Beispiel zu jeder Tages- und Nachtzeit und während ihres Urlaubs Anrufe des Patienten entgegen oder empfangen ihn 7 Tage die Woche in ihrer Praxis. Manche versuchen so verzweifelt, die nie endenden Forderungen des depressiven Patienten zu erfüllen, dass sie eine sexuelle Beziehung mit einem Patienten eingehen (Twemlow und Gabbard 1989). Ein solches Verhalten verschlimmert das, was

Hendin (1982) als eines der tödlichsten Merkmale suizidaler Patienten bezeichnet, nämlich, dass sie dazu neigen, anderen die Verantwortung dafür zu übertragen, dass sie am Leben bleiben. Indem er versucht, die immer höheren Anforderungen zu erfüllen, entspricht der Therapeut der Fantasie des Patienten, es gebe irgendwo eine bedingungslos liebende Mutter, die anders ist als alle anderen Menschen. Der Therapeut kann diese Illusion nicht ewig aufrechterhalten. Wer es trotzdem versucht, setzt den Patienten einer herben Enttäuschung aus, die das Selbstmordrisiko erhöhen kann.

Kliniker, die sich in die Rolle des Retters eines suizidalen Patienten drängen lassen, handeln häufig im Sinne der bewussten oder unbewussten Annahme, sie könnten ihm die Liebe und Fürsorge geben, die andere ihm nicht geben konnten, und seinen Wunsch, zu sterben, dadurch auf magische Weise in den Wunsch, zu leben, umwandeln. Diese Vorstellung ist jedoch eine Falle, denn, wie Hendin (1982) festgestellt hat: „Der Patient beabsichtigt insgeheim, zu beweisen, dass nichts, was der Therapeut tut, ausreicht. Da sich der Therapeut als Retter des suizidalen Patienten sehen möchte, übersieht er leicht, dass dieser ihm die Rolle des Scharfrichters zugeteilt hat“ (S. 171–172). Für den suizidalen Patienten ist es von größerem Nutzen, wenn der Therapeut versucht, den Ursprung des Selbsttötungswunsches in allen Einzelheiten zu ermitteln und zu analysieren, statt sich zu seinem Sklaven zu machen.

Der Therapeut sollte auf idealisierende Übertragungen achten, die häufig sehr schnell zustande kommen, wenn der Patient nach einem Retter sucht. Es kann von Nutzen sein, wenn er Übertragungsenttäuschungen in einem frühen Stadium vorhersieht und interpretiert. Manche Therapeuten geben offen zu, dass sie nicht verhindern können, dass der Patient Selbstmord begeht, und bieten ihm an, zu versuchen, zu verstehen, weshalb er meint, Selbstmord sei die einzige Möglichkeit (Henseler 1991). Dieses Eingeständnis wirkt häufig beruhigend und kann dazu führen, dass sich der Patient intensiver an der psychotherapeutischen Arbeit beteiligt.

Man muss zwischen der *Behandlung* und dem *Management* eines suizidalen Patienten unterscheiden. Letzteres umfasst Maßnahmen wie kontinuierliche Beobachtung, physische Einschränkungen und die Entfernung scharfer Gegenstände aus dem Umfeld des Patienten. Diese Maßnahmen tragen zwar dazu bei, den Patienten davon abzuhalten, Selbstmordimpulse in die Tat umzusetzen, Managementtechniken verringern jedoch nicht zwangsläufig die zukünftige Anfälligkeit des Patienten für suizidales Verhalten. Um ihn von seinem Todeswunsch abzubringen, ist eine Behandlung erforderlich, die aus einer Pharmakotherapie und psychotherapeutischen Maßnahmen besteht, durch die die inneren Faktoren und die äußeren Stressfaktoren ermittelt werden, die zur Selbstmordgefährdung des Patienten führen.

Die durch suizidale Patienten ausgelöste Gegenübertragung erschwert die Behandlung erheblich. Manche Kliniker lehnen einfach jegliche Verantwortung für selbstmordgefährdete depressive Patienten ab. Diejenigen, die versuchen,

solche Patienten zu behandeln, haben häufig das Gefühl, ihre *Daseinsberechtigung* werde durch den Todeswunsch des Patienten zunichtegemacht. Der Selbstmord eines Patienten bedeutet für den Behandelnden eine extreme narzisstische Verletzung. Die Angst des Klinikers vor dem Selbstmord eines Patienten resultiert gegebenenfalls viel mehr aus der Befürchtung, andere könnten ihn dafür verantwortlich machen, als aus der Sorge um das Wohlergehen des Patienten (Hendin 1982; Hendin et al. 2004). Es ist gang und gäbe, dass Therapeuten einen Maßstab für andere und einen für sich selbst haben. Ein Therapeut, der Kollegen versichert, sie seien nicht für den Selbstmord eines Patienten verantwortlich, fühlt sich womöglich in übertriebenem Maße verantwortlich dafür, dass seine eigenen Patienten am Leben bleiben, nicht selten, weil er annimmt, andere Therapeuten würden ihn kritisieren, wenn einer seiner Patienten stirbt.

Therapeuten, die ernsthaft selbstmordgefährdete Patienten behandeln, leiden früher oder später darunter, dass ihre Anstrengungen immer wieder vergeblich sind. Dann entsteht mit großer Wahrscheinlichkeit ein Gegenübertragungshass, und sie hegen oftmals den unbewussten Wunsch, der Patient möge sterben, damit die Qual ein Ende hat. Maltsberger und Buie (1974) haben festgestellt, dass Bösartigkeit und Abneigung zu den häufigsten Gegenübertragungsreaktionen im Zusammenhang mit der Behandlung ernsthaft selbstmordgefährdeter Patienten gehören. Die Unfähigkeit, ihre sadistischen Wünsche bezüglich solcher Patienten zu ertragen, kann dazu führen, dass die Therapeuten ihre Gegenübertragungsgefühle ausleben. Die Verfasser haben betont, dass Bösartigkeit zwar weniger akzeptabel und unbequemer sein kann, potenziell jedoch Abneigung gefährlicher ist, weil sie dazu führen kann, dass der Kliniker seinen Patienten vernachlässigt und somit die Gelegenheit für einen Selbstmordversuch schafft. Diese Form der Gegenübertragung kann sich auf einer Krankenhausstation darin äußern, dass er einfach „vergisst“, den Patienten nach den für Selbstmordgefährdete geltenden Beobachtungsregeln zu kontrollieren.

Gegenübertragungshass muss als Teil der Erfahrung bei der Behandlung suizidaler Patienten akzeptiert werden. Er entsteht häufig als direkte Reaktion auf die Aggression des Patienten. Selbstmorddrohungen können über dem Kopf des Therapeuten hängen wie das Damoklesschwert der Mythologie und ihn Tag und Nacht verfolgen. Ebenso können Familienmitglieder des Patienten von der Sorge geplagt sein, für einen Selbstmord verantwortlich zu sein, wenn sie auch nur eine falsche Bewegung oder eine weniger einfühlsame Bemerkung machen. Wenn der Therapeut den Gegenübertragungshass abspaltet und verleugnet, kann er auf den Patienten projiziert werden, der sich dann zusätzlich zu seinen bestehenden Selbstmordimpulsen auch mit den mörderischen Wünschen des Therapeuten auseinandersetzen muss. Kliniker können ihren Gefühlen auch durch Reaktionsbildung begegnen, die zu Retterfantasien und übertriebenen Bemühungen zur Verhinderung des Selbstmords führen kann. Searles (1967/1979) hat Therapeuten auf die Gefahren dieser Art der Abwehr hingewiesen:

Und der selbstmordgefährdete Patient, der sieht, wie unfähig wir sind, uns der mörderischen Gefühle bewusst zu werden, die er durch seine Schuldgefühle und Angst auslösenden Selbstmorddrohungen in uns auslöst, fühlt sich durch den Therapeuten, der durch seine Reaktionsbildung gegen seinen immer stärker werdenden unbewussten Wunsch, den Patienten zu töten, immer „beschützender“ über ihm – für den er eine auf Allmacht basierende ärztliche Besorgnis empfindet – schwebt, zunehmend in die Enge getrieben, möglicherweise bis zum Selbstmord. Somit ist es, paradoxerweise, der Arzt, der sich so sehr anstrengt, den Patienten am Leben zu halten, der ihn, unbewusst, am ehesten zu dem treibt, was ihm mittlerweile als einzige noch mögliche autonome Handlung bleibt – nämlich Selbstmord. (S. 74)

Psychotherapeuten, die suizidale Patienten behandeln, müssen ihnen helfen, sich mit ihrer beherrschenden Vorstellung (Arieti 1977) und ihren Vorstellungen vom Leben, an denen sie eisern festhalten (Richman und Eyman 1990; Smith und Eyman 1988), zu arrangieren. Wenn eine Disparität zwischen der Realität und der eingeschränkten Auffassung des Patienten darüber, wie das Leben sein sollte, besteht, kann der Therapeut dem Patienten helfen, den Verlust einer Vorstellung von Leben zu betrauern. Diese Technik erfordert paradoxerweise, dass der Therapeut zugibt, dass die Lage des Patienten aussichtslos ist, damit der verlorene Traum betrauert und durch neue, realistischere ersetzt werden können. Ein junger Mann zum Beispiel wurde suizidal, als er erkannte, dass er niemals für ein Studium in Harvard zugelassen werden würde, ein Traum, den er seit seiner Kindheit gehegt hatte. Der Therapeut bestätigte, eine Zulassung für Harvard sei sehr unwahrscheinlich, und half dem Patienten dann, den Verlust dieses Traums zu akzeptieren. Gleichzeitig half er ihm, andere Wege zu einer Ausbildung, die sein Selbstwertgefühl stärken würden, in Betracht zu ziehen. Dadurch half der Therapeut dem Patienten, zu erkennen, wie viel Leid übermäßige Erwartungen verursachen können (Richman und Eyman 1990).

Um suizidale Patienten wirksam behandeln zu können, müssen Kliniker zwischen der Verantwortung des Patienten und der Verantwortung des Behandelnden unterscheiden. Ärzte im Allgemeinen und insbesondere Psychiater neigen aufgrund ihrer charakterologischen Merkmale zu einem übertriebenen Verantwortungsgefühl (Gabbard 1985). Wir neigen dazu, uns selbst die Schuld für negative Resultate zu geben, die sich unserer Kontrolle entziehen. Letztendlich müssen wir uns damit abfinden, dass es unheilbare psychiatrische Krankheiten gibt. Die Patienten müssen die Verantwortung für ihre Entscheidung darüber übernehmen, ob sie Selbstmord begehen oder mit ihrem Therapeuten zusammenarbeiten, um ihren Todeswunsch zu verstehen. Der Teil des selbstmordgefährdeten Menschen, der Selbstmord als Lösung infrage stellt, kann einen solchen Patienten dazu bringen, das Leben dem Tod vorzuziehen.



## Literaturhinweise

---

- Abraham, K.: A short study of the development of the libido, viewed in light of mental disorders (1924), in: *Selected Papers on Psychoanalysis*. London, Hogarth, 1927, S. 418–501.
- Agid, O., Shapiro, B., Zislan, J., et al.: Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Mol Psychiatry* 4: 163–172, 1999.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association: *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2001.
- Arieti, S.: Psychotherapy of severe depression. *Am J Psychiatry* 134: 864–868, 1977.
- Asch, S. S.: Suicide and the hidden executioner. *International Review of Psychoanalysis* 7: 51–60, 1980.
- Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., et al.: Psychotherapy in two plus one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol* 67: 201–211, 1999.
- Bernet, C. Z., Stein, M. B.: Relationship in child mistreatment to the onsetting course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 9: 169–174, 1999.
- Betcher, R. W.: The treatment of depression in brief inpatient group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 33: 365–385, 1983.
- Bibring, E.: The mechanism of depression, in: *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study*. Edited by Greenacre, P. New York, International Universities Press, 1953, S. 13–48.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., et al.: Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychol Med* 28: 39–50, 1998.
- Blatt, S. J.: The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 691–724, 1992.
- Blatt, S. J.: Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc* 46: 723–752, 1998.



- Blatt, S. J.: *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*. Washington, DC, American Psychological Association, 2004.
- Blatt, S. J., Ford, R., Berman, W. H., et al.: *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*. New York, Plenum, 1994.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., et al.: Impact of perfectionism and the need for approval in the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited. *J Consult Clin Psychol* 63: 125–132, 1995.
- Bowlby, J.: *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York, Basic Books, 1969.
- Brown, G.: Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosom Med* 55: 248–259, 1993.
- Brown, G., Eales, M.: Etiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. *Psychol Med* 23: 155–165, 1993.
- Bunch, J., Barraclough, B.: The influence of parental death and anniversaries upon suicide dates. *Br J Psychiatry* 118: 621–626, 1971.
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., et al.: Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of depression. *Psychiatr Serv* 53: 585–590, 2002.
- Busch, F. N., Rudden, M., Shapiro, T.: *Psychodynamic Treatment of Depression*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., et al.: Influence of life stress on depression: moderation by polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301: 386–389, 2003.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., et al.: Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry* 145: 224–228, 1988.
- Clark, D. C., Fawcett, J.: An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder, in: *Suicide and Clinical Practice*. Edited by Jacobs, D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, S. 55–73.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., et al.: Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression, I: impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 182: 412–419, 2003.
- Cummings, P., Koepsell, T. D.: Does owning a firearm increase or decrease the risk of death? *JAMA* 280: 471–473, 1998.
- De Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., et al.: Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 64: 217–229, 2001.
- Dorpat, T. L.: Suicide, loss, and mourning. *Suicide Life Threat Behav* 3: 213–224, 1973.
- Duggan, C. F., Lee, A. S., Murray, R. M.: Do different subtypes of hospitalized depressives have different long-term outcomes? *Arch Gen Psychiatry* 48: 308–312, 1991.
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., et al.: Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 147: 1194–1198, 1990.

- Fenichel, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, W. W. Norton, 1945.
- Freud, S.: The ego and the id (1923), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 19. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1961, S. 1–66.
- Freud, S.: Mourning and melancholia (1917), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1963, S. 237–260.
- Gabbard, G. O.: The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA* 254: 2926–2929, 1985.
- Gabbard, G. O.: *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*. 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M.: Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 62: 543–549, 1994.
- Gerson, S., Belin, T. R., Kaufman, A., et al.: Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 7: 1–28, 1999.
- Ghaemi, S. N., Stoll, S. L., Pope, H. G.: Lack of insight in bipolar disorder: the acute manic episode. *J Nerv Ment Dis* 183: 464–467, 1995.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., et al.: Family disruption in childhood and risk of adult depression. *Am J Psychiatry* 160: 939–946, 2003.
- Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A., et al.: The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multimiriad model applied to suicide among 1,906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 48: 418–422, 1991.
- Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., et al.: Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 56: 519–526, 1999.
- Guthrie, E., Kapur, N., Macckway-Jones, K., et al.: Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 323: 135–137, 2001.
- Hammen, C. L.: Stress and the course of unipolar and bipolar disorders, in: *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* Edited by Mazure, D. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 87–110.
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., et al.: Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *J Abnorm Psychol* 94: 308–319, 1985.
- Hammen, C., Henry, R., Daley, S.: Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J Consult Clin Psychol* 68: 782–787, 2000.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., Goldfried, M. R.: Effectiveness of targeting vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 64: 623–627, 1996.

- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., et al.: Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284: 592–597, 2000.
- Hendin, H.: Psychotherapy and suicide, in: *Suicide in America*. New York, W. W. Norton, 1982, S. 160–174.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T.: Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiatry* 161: 1442–1446, 2004.
- Henseler, H.: Narcissism as a form of relationship, in: *Freud's On Narcissism: An Introduction*. Edited by Sandler, J., Person, E. S., Fonagy, P. New Haven, CT, Yale University Press, 1991, S. 195–215.
- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., et al.: Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol* 25: 95–101, 1997.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., et al.: Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *J Nerv Ment Dis* 191: 349–357, 2003.
- Hirschfeld, R. M. A., Russell, J. M.: Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 337: 910–915, 1997.
- Hooley, J. M., Teasdale, J. D.: Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol* 98: 229–235, 1989.
- Hooley, J. M., Orley, J., Teasdale, J. D.: Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 148: 642–647, 1986.
- Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., et al.: The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 152: 919–992, 1995.
- Jacobson, E.: Psychotic identifications, in: *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. Edited by Jacobson, E. New York, International Universities Press, 1971a, S. 242–263.
- Jacobson, E.: Transference problems in depressives, in: *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. Edited by Jacobson, E. New York, International Universities Press, 1971b, S. 284–301.
- Jamison, K. R.: *An Unquiet Mind*. New York, Vintage Books, 1995.
- Jones, E. E., Pulos, S. M.: Comparing the process of psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 61: 306–316, 1993.
- Karel, M. J., Hinrichsen, G.: Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clin Psychol Rev* 20: 707–729, 2000.
- Keitner, G. I., Miller, I. W.: Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 147: 1128–1137, 1990.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., et al.: Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 49: 109–116, 1992.

- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C.: The prediction of major depression in women: toward an integrated etiological model. *Am J Psychiatry* 150: 1139–1148, 1993.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., et al.: Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 152: 833–842, 1995.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Prescott, C. A.: Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 156: 837–841, 1999.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., Prescott, C. A.: Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 158: 587–593, 2001.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., et al.: Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 60: 789–796, 2003.
- Klein, M.: Mourning and its relation to manic-depressive states (1940), in: *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945*. New York, Free Press, 1975, S. 344–369.
- Kwon, P.: Attributional style and psychodynamic defense mechanisms: toward an integrative model of depression. *J Pers* 67: 645–658, 1999.
- Kwon, P., Lemmon, K. E.: Attributional style and defense mechanisms: a synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. *J Clin Psychol* 56: 723–735, 2000.
- Leichsenring, F.: Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21: 401–419, 2001.
- Lesse, S.: Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in severely depressed outpatients: 20-year evaluation. *Am J Psychother* 32: 48–73, 1978.
- Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., et al.: Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania and gender. *Am J Psychiatry* 155: 1746–1752, 1998.
- Maj, M.: Lithium prophylaxis of bipolar disorder in ordinary clinical conditions: patterns of long-term outcome, in: *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. Edited by Goldberg, J. F., Harrow, M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, S. 21–37.
- Maltsberger, J. T., Buie, D. H.: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 30: 625–633, 1974.
- Maxmen, J. S.: An educative model for inpatient group therapy. *Int J Group Psychother* 28: 321–338, 1978.
- Meissner, W. W.: *Psychotherapy and the Paranoid Process*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.

- Menninger, K. A.: Psychoanalytic aspects of suicide. *Int J Psychoanal* 14: 376–390, 1933.
- Miklowitz, D. J., Frank, E.: New psychotherapies for bipolar disorder, in: *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. Edited by Goldberg, J. F., Harrow, M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, S. 57–84.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., et al.: A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60: 904–912, 2003.
- Miller, M., Hemenway, D.: The relationship between firearms and suicide: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 4: 59–75, 1999.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Melbye, M., et al.: Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry* 60: 1209–1215, 2003.
- Nemeroff, C. B.: The neurobiology of depression. *Sci Am* 278: 42–49, 1998a.
- Nemeroff, C. B.: Polypharmacology in psychiatry: good or bad? *CNS Spectrums* 3: 19, 1998b.
- Nemeroff, C.: The pre-eminent role of early untoward experience on vulnerability to major psychiatric disorders: the nature-nurture controversy revisited and soon to be resolved. *Mol Psychiatry* 4: 106–108, 1999.
- Nemeroff, C.: The neurobiological consequences of child abuse. Presentation at the 156<sup>th</sup> annual meeting of the American Psychiatric Association. San Francisco, CA, 17.–22. Mai 2003.
- Olin, H. S.: Psychotherapy of the chronically suicidal patient. *Am J Psychother* 30: 570–575, 1976.
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Triebwasser, J., et al.: Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry* 155: 1044–1048, 1998.
- Post, R. M., Rubinow, E. R., Uhde, T. W., et al.: Dysphoric mania: clinical and biological correlates. *Arch Gen Psychiatry* 46: 353–358, 1989.
- Reich, J. H., Green, A. I.: Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* 179: 74–82, 1991.
- Richman, J., Eyman, J. R.: Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches, in: *Understanding Suicide: The State of the Art*. Edited by Lester, D. Philadelphia, PA, Charles C. Thomas, 1990, S. 139–158.
- Salzman, C.: Integrating pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of a bipolar patient. *Am J Psychiatry* 155: 686–688, 1998.
- Sandler, J., Joffe, W. G.: Notes on childhood depression. *Int J Psychoanal* 46: 88–96, 1965.
- Searles, H. F.: The „dedicated physician“ in the field of psychotherapy and psychoanalysis (1967), in: *Countertransference and Related Subjects*. Madison, CT, International Universities Press, 1979, S. 71–88.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., et al.: Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62:

- 522–534, 1994.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., et al.: Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 63: 378–387, 1995.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., et al.: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 147: 711–718, 1990.
- Smith, K.: Using a battery of tests to predict suicide in a long term hospital: a clinical analysis. *Omega* 13: 261–275, 1983.
- Smith, K., Eyman, J.: Ego structure and object differentiation in suicidal patients, in: *Primitive Mental States of the Rorschach*. Edited by Lerner, H. D., Lerner, P. M. Madison, CT, International Universities Press, 1988, S. 175–202.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., et al.: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1009–1015, 1997.
- Twemlow, S. W., Gabbard, G. O.: The lovesick therapist, in: *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, S. 71–87.
- Vaillant, G. E., Vaillant, C. A.: A cross-validation of two methods of investigating defenses, in: *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Edited by Vaillant, G. E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, S. 159–170.
- Vaughn, C. E., Leff, J. P.: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic patients and neurotic patients. *Br J Psychiatry* 129: 125–137, 1976.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., et al.: Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry* 159: 2072–2080, 2002.
- Zee, H. J.: Blindspots in recognizing serious suicidal intentions. *Bull Menninger Clin* 36: 551–555, 1972.

## KAPITEL 9

# ANGSTSTÖRUNGEN

EGewöhnlich beunruhigt die Menschen das, was sie nicht sehen können, mehr als das, was sie sehen.

*Julius Cäsar*

Angst ist ein Affekt, der zur Entstehung der Psychoanalyse und der psychodynamischen Psychiatrie beigetragen hat. Freud (1895/1962) prägte den Begriff *Angstneurose* und unterschied zwei Formen der Angst. Eine Form war das diffuse Gefühl der Besorgnis oder Furcht, die aus einem verdrängten Gedanken oder Wunsch resultierte und durch psychotherapeutische Maßnahmen geheilt werden konnte. Die zweite Form der Angst war durch ein überwältigendes Gefühl der Panik gekennzeichnet und von autonomen Entladungen wie intensivem Schwitzen, erhöhter Atem- und Herzfrequenz, Durchfall und einem subjektiven Gefühl des Schreckens begleitet. Die letztere Form war laut Freud nicht auf psychologische Faktoren zurückzuführen, sondern das Ergebnis der physiologischen Aufstauung der Libido durch fehlende sexuelle Aktivität. Er bezeichnete sie als *Aktualneurose*.

1926 hatte Freud sein Konzept der Angst anhand seines gerade entwickelten Strukturmodells (Freud 1926/1959) weiter verfeinert. Er betrachtete die Angst nun als Ergebnis eines psychischen Konflikts zwischen unbewussten sexuellen oder aggressiven Wünschen, die aus dem Es stammten, und der dafür drohenden Bestrafung durch das Über-Ich. Angst war somit ein *Signal* des



---

**TABELLE 91:** Eine Hierarchie der Entwicklung der Angst

---

Über-Ich-Angst

Kastrationsangst

Angst vor dem Verlust der Liebe

Angst vor dem Verlust eines Objekts (Trennungsangst)

Verfolgungsangst

Desintegrationsangst

---

Vorhandenseins einer Gefahr im Unbewussten. Als Reaktion auf dieses Signal mobilisiert das Ich Abwehrmechanismen, um zu verhindern, dass inakzeptable Gedanken und Gefühle in das Bewusstsein vordringen. Wenn die Signalangst die Abwehrressourcen des Ich nicht auf adäquate Weise aktivieren kann, führt das zu anhaltender Angst oder anderen neurotischen Symptomen. In diesem Sinne verstand Freud Angst sowohl als symptomatische Manifestation eines neurotischen Konflikts als auch als ein adaptives Signal zur Abwehr der Bewusstwerdung eines neurotischen Konflikts.

Nach Freuds Modell ist die Angst ein Affekt des Ich. Das Ich kontrolliert den Zugang zum Bewusstsein und trennt sich durch Verdrängung von einer etwaigen Verbundenheit mit Triebimpulsen aus dem Es. Es zensiert sowohl den Impuls als solchen als auch die entsprechende intrapsychische Repräsentanz. Ein verdrängter Triebwunsch oder Triebimpuls kann trotzdem in Form eines Symptoms zum Ausdruck kommen, obwohl er mit großer Wahrscheinlichkeit verschoben oder verschleiert wird, ehe er zum Symptom wird. Je nach den Abwehrhandlungen und symptomatischen Manifestationen kann die daraus resultierende Neurose die Form eines Zwangsgedankens, einer hysterischen Lähmung oder einer phobischen Vermeidung annehmen.

Die Angst kann an eine akzeptable bewusste Furcht geknüpft sein, die eine weniger akzeptable, tiefere verdeckt. Manche Patienten haben Angst, aber nicht die geringste Ahnung, warum. Die Aufgabe des psychodynamischen Klinikers besteht darin, den unbewussten Ursprung einer solchen Angst zu ergründen. Die Vorstellung, jede Phase in der Entwicklung eines Kindes bringe eine spezifische Form der Angst hervor, stammt von Freud. Anhand seiner Erkenntnisse und der späterer Forscher im Bereich der Psychoanalyse kann man eine Hierarchie der Entwicklung der Angst aufstellen (Tabelle 9 1), die dem psychodynamischen Kliniker hilft, die unbewussten Quellen der symptomatischen Angst des Patienten zu bestimmen.

Auf der reifsten Stufe kann die aus dem Über-Ich stammende Angst als Schuldgefühle oder als Schmerz des Bewusstseins darüber, dass der Betreffende einem inneren moralischen Anspruch nicht gerecht wird, betrachtet werden. In der ödipalen Phase konzentriert sich die Angst auf eine potenzielle Schädigung

oder einen potenziellen Verlust der Genitalien durch eine vergeltende Elternfigur. Diese Angst kann metaphorisch als Verlust eines anderen Körperteils oder durch eine andere Form der physischen Verletzung ausgedrückt werden. Weiter unten in der Hierarchie der Entwicklung findet sich die etwas frühere Angst vor dem Verlust der Liebe eines wichtigen anderen Menschen (ursprünglich eines Elternteils) oder der Bestätigung durch ihn. Eine hinsichtlich der Entwicklung primitivere Quelle der Angst ist die Möglichkeit, nicht nur die Liebe des Objekts, sondern das Objekt selbst zu verlieren – was gewöhnlich als *Trennungsangst* bezeichnet wird. Die primitivsten Formen der Angst sind *Verfolgungsangst* und *Desintegrationsangst*. Die Erstere leitet sich aus der kleinianischen paranoid-schizoiden Position ab, bei der der Patient vor allem davor Angst hat, dass ein verfolgendes Objekt von außen eindringt und ihn von innen vernichtet. Die Desintegrationsangst kann entweder von der Angst davor herrühren, sein Selbstempfinden durch die Verschmelzung mit einem Objekt zu verlieren, oder von der Angst davor, das Selbst könne ohne Spiegelung oder idealisierende Reaktionen durch andere im Umfeld des Betreffenden zerbrechen oder seine Integrität verlieren.

Wenn Angst Teil des klinischen Erscheinungsbildes ist, muss der psychodynamische Psychiater den Patienten dazu bewegen, bei der Ergründung des Ursprungs der Angst in der Entwicklung mitzuwirken. Dies kann in einem einstündigen Interview gelingen, aber auch umfangreiche Nachforschungen erfordern. Wie die meisten Symptome resultiert die Angst häufig aus mehreren Problemen, die verschiedenen Entwicklungsstufen zuzurechnen sind (Gabbard und Nemiah 1985).

Die Hierarchie dieser Varianten der Angst verleitet zu der fälschlichen Annahme, man „wachse“ mit fortschreitender Entwicklung aus ihren primitiveren Stufen „heraus“. Tatsächlich aber sind die primitivsten Stufen der Angst bei jedem Menschen vorhanden und in traumatischen oder Stresssituationen oder bei großen Gruppen leicht auszulösen. So haben zum Beispiel Verfolgungsängste vor „Außenstehenden“ oder vor Menschen, die anders sind, im Laufe der Geschichte wesentlich zu Kriegen, geografischen und politischen Spannungen sowie Rassenvorurteilen beigetragen. Die Hierarchie der Entwicklung ist lediglich eine Hilfestellung für den Kliniker. Jeder Mensch hat eine einmalige Mischung von Ängsten, und manche haben solche, die sich nicht in diese Kategorien einordnen lassen. Der Kliniker muss kreativ sein, um die spezifischen Ängste des einzelnen Patienten und ihren Ursprung zu verstehen.

Es ist empirisch bewiesen, dass biologische und genetische Faktoren an der Entstehung von Angst beteiligt sind. Obwohl in der neurowissenschaftlichen Forschung zur Angst beeindruckende Fortschritte zu verzeichnen sind, besteht doch die Gefahr eines biologischen Reduktionismus. Neurophysiologische Mechanismen können sowohl eine adaptive Form der Signalangst als auch die pathologischeren Formen der chronischen symptomatischen Angst auslösen.

Genetische Forschungen (Lesch et al. 1996) haben gezeigt, dass Menschen, die eine etwas kürzere Variante des am Serotonintransport beteiligten Gens haben, gegebenenfalls größere Angst im Zusammenhang mit dem neurotizistischen Temperament haben als diejenigen mit der längeren Genvariante. Das kürzere Gen kann Serotonin schlechter transportieren als das längere. Menschen mit einem oder zwei Exemplaren des kurzen Allels zeigen als Reaktion auf Angststimuli eine stärkere neuronale Aktivität der Amygdala als Menschen mit der längeren Variante (Hariri et al. 2002). Fast 70 % der Menschen haben die kürzere und weniger effektive Variante des Gens, mit der eine größere Angst einhergeht. Eine mögliche Interpretation dieser Erkenntnis ist, dass diese Verteilung auf die natürliche Auslese zurückzuführen ist, da Menschen mit größerer Angst die Gefahren in ihrer Umgebung möglicherweise besser überstehen als solche, die weniger besorgt oder ängstlich sind.

Wenn man Angst als Krankheit einstuft, statt sie auch als überdeterminiertes Symptom unbewusster Konflikte zu betrachten, übersieht man womöglich den adaptiven Aspekt der Angst. Sich Sorgen darüber zu machen, was in Zukunft geschehen wird, kann zu ausgesprochen kreativem Denken führen. Lösungen für Probleme werden infolge der Besorgnis gefunden. Gesunde Selbstzweifel können ebenfalls mit Besorgnis zusammenhängen. Wenn Angst ausschließlich als Problem betrachtet wird, das mit pharmakologischen Mitteln beseitigt werden muss, kann die menschliche Psyche einen beträchtlichen Verlust erleiden.

Beim Menninger Foundation Psychotherapy Research Project zeigten 18 von 35 Patienten bei Beendung der Psychoanalyse oder Psychotherapie ein erhöhtes Maß an Angst, obwohl unabhängige Bewerter bei 13 von diesen 18 Patienten eine erhebliche Besserung festgestellt hatten (Appelbaum 1977). Bei der Auswertung der Ergebnisse unterschieden die Forscher (Appelbaum, 1977; Siegal und Rosen 1962) zwischen primärer Angst, die (analog zu einer Panikstörung) desorganisierend wirkt, und Signalangst, die auch adaptiver Natur sein kann. Die Forscher stellten fest, dass sich die Angsttoleranz – definiert als Fähigkeit, Angst zu erleben, ohne sie entladen zu müssen – infolge einer dynamischen Psychotherapie häufig erhöht und eine Erweiterung des Ich widerspiegelt. Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass allein das Vorhandensein oder das Fehlen von Angst nach der Behandlung nicht für eine Beurteilung der Veränderung ausreicht. Angst kann adaptiv oder maladaptiv sein, und die Annahme, Angst sollte beseitigt werden, ist angesichts der klinischen Erfahrung und der Realität mit Sicherheit unbegründet.

Das psychoanalytische Konzept der Signalangst wird durch neurowissenschaftliche Erkenntnisse neuerer Forschungen zu den unbewussten mentalen Prozessen, die hinsichtlich des Vorhersehens von Gefahren eine Signalfunktion haben, gestützt (Wong 1999). Während die Teilnehmer der Untersuchung unterschwellige (unbewusste) Bilder eines

Gesichts sahen, wurden ihre Gehirnaktivität (ihr ereignisbezogenes Potenzial) und ihre elektrodermale Aktivität gemessen. In der zweiten Phase des Versuchs ging es um Konditionierung, bei der supralimale (bewusste) Bilder eines unangenehmen Gesichts mit aversiven elektrischen Schlägen an den Fingern verbunden waren. Da das Gesicht bewusst wahrgenommen wurde, lernten die Probanden, dass einige Sekunden nachdem sie das unangenehme Gesicht gesehen hatten, ein kleiner Schlag folgen würde. In der letzten Phase des Versuchs wurden sublimale (unbewusste) Bilder der zuvor konditionierten Stimuli – des unangenehmen Gesichts – gezeigt, ohne dass damit ein Schlag verbunden war. In dieser letzten Phase wurde kurz vor dem Zeitpunkt, zu dem zuvor ein Schlag erfolgt war, eine Gehirnaktivität im Deltafrequenzband beobachtet. Bei einem angenehmen Gesicht wurde keine Aktivität festgestellt. Die Forscher stellten fest, dass diese Gehirnaktivität im Deltafrequenzband ein unbewusster Ausdruck der Erwartung oder ein Vorhersageprozess war. Mit anderen Worten, obwohl keine bewusste Wahrnehmung des unangenehmen Gesichts erfolgt war, war der Stimulus unbewusst wahrgenommen worden, und das Gehirn hatte mit der Erwartung eines Schlags reagiert. Diese physiologische Reaktivität wurde als Zeichen für mentale Prozesse wie Erwartung bewertet. Der Nachweis dessen, dass eine geistige Erwartungshaltung beim Menschen unbewusst ausgelöst werden kann, ist ein wichtiger Beweis im Sinne des Signalkonzepts. Diese Untersuchung zeigt auch, dass Angst zunächst unbewusst sein kann und als Reaktion auf die Erwartung einer gefürchteten Situation erst nach und nach ins Bewusstsein vordringt. Eine solche Angst hat eine adaptive Funktion, indem sie den Betreffenden vor einer Gefahrensituation warnt, die bewältigt werden kann, indem die Gefahr gemieden wird.

Schließlich muss ich noch auf ein Problem hinweisen, indem ich die Angststörungen nach DSM IV TR (American Psychiatric Association 2000) vorstelle. Unter Forschern und Klinikern machen sich dahin gehende Bedenken breit, dass die Taxonomie der Angststörungen des DSM IV TR eher illusorisch als realistisch ist (Tyrer et al. 2003). Studien über die Komorbidität bei Angststörungen zeigen, dass die Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit zwei oder mehr Angststörungen als eine reine Form eines der diagnostischen Krankheitsbilder haben. Deshalb muss ein Kliniker, der einen umfassenden Behandlungsplan erstellt, berücksichtigen, dass die Behandlung wahrscheinlich auf mehr als eine Angststörung ausgerichtet sein muss. Außerdem haben Tyrer et al. (2003) nahegelegt, dass der Kern des neurotischen klinischen Erscheinungsbildes eine Mischung aus Angst und depressiven Merkmalen ist, die mit einer deutlichen Persönlichkeitsstörung einhergehen. Dieses allgemeine neurotische Erscheinungsbild kann aus klinischer Sicht relevanter sein als die Aufteilung der Angststörungen in gesonderte Einheiten, deren Behandlungsstrategien sich nicht wesentlich voneinander unterscheiden.

## Panikstörung

---

Obwohl Panikattacken gewöhnlich nur einige Minuten dauern, lösen sie beim Patienten große Besorgnis aus. Sie verursachen nicht nur alarmierende physiologische Symptome wie Atemnot, Benommenheit, Schwitzen, Zittern und Tachykardie, sondern die Patienten haben auch das Gefühl, ein Unheil stünde unmittelbar bevor. Die meisten Patienten mit einer Panikstörung haben auch eine Agoraphobie (das heißt, Angst davor, an einem Ort oder in einer Situation zu sein, von wo/aus der zu entkommen schwierig oder äußerst peinlich wäre). Da Panikattacken wiederkehren, entwickeln die Patienten häufig eine sekundäre Form der Erwartungsangst und machen sich ständig Sorgen darüber, wann und wo die nächste Attacke eintreten wird. Patienten mit einer Panikstörung und Agoraphobie schränken häufig ihre Mobilität ein, um die Situation, die sie besonders fürchten, nämlich eine Panikattacke an einem Ort zu bekommen, den sie nicht ohne Weiteres verlassen können, zu vermeiden.

Eine Panikstörung kann als psychologisch inhaltslos erscheinen. Die Attacken können „aus heiterem Himmel“, ohne offensichtliche Auslöser im Umfeld oder in der Psyche des Betroffenen auftreten. Deshalb wird die Rolle des psychodynamischen Psychiaters bei der Behandlung solcher Patienten häufig – und bedauerlicherweise – als unwichtig betrachtet. Bei einem erheblichen Teil der Patienten mit einer Panikstörung sind die Attacken auf psychodynamische Faktoren zurückzuführen, sodass sie durchaus auf psychologische Maßnahmen ansprechen können (Milrod et al. 1997; Nemiah 1984). Der psychodynamische Kliniker sollte die Umstände der Attacken und die Vorgeschichte des Patienten gründlich ermitteln, um festzustellen, auf welche Weise psychologische Faktoren von Bedeutung sind.

Obwohl die Belege für die neurophysiologischen Faktoren der Panikstörung beeindruckend sind, sind sie eher hinsichtlich der Pathogenese als hinsichtlich der Ätiologie überzeugend. Es gibt keine neurobiologischen Daten, die eine Erklärung für den Ausbruch einer Panikattacke liefern. In einer Pilotstudie anhand von psychodynamischen Interviews mit neun aufeinanderfolgenden Patienten mit einer Panikstörung konnte ein objektiver forschender Psychiater in jedem Fall Stressfaktoren ermitteln, die den Panikattacken vorausgegangen und für diese von Bedeutung waren (Busch et al. 1991). Diese Stressfaktoren hingen überwiegend mit Veränderungen der Höhe der an den Patienten gestellten Erwartungen zusammen. Veränderungen der Erwartungen im Berufsleben waren häufig, ebenso der Verlust eines Menschen, der eine zentrale Rolle im Leben des Patienten gespielt hatte. Viele der Verlusterfahrungen hingen mit Situationen in der Kindheit zusammen, in denen die Bindung zu einem Elternteil oder einem anderen wichtigen Menschen gefährdet gewesen war. Ein anderer gemeinsamer Nenner der untersuchten Patienten war, dass Eltern als bedrohlich, launisch, kritisch, kontrollierend und fordernd wahrgenommen

wurden. Bei der genaueren Analyse der Interviews zeigte sich ein Muster aus der Angst, die die Probanden in der Kindheit davor gehabt hatten, unter Menschen zu sein, aus Beziehungen zu den Eltern, in denen sie keine Unterstützung erfuhren, und aus dem Gefühl, gefangen zu sein. Die meisten Patienten konnten nur schlecht mit Wut und Aggression umgehen.

Viele der Beobachtungen dieser explorativen Studie wurden durch empirische Forschungen belegt. Es hat sich gezeigt, dass belastende Lebensereignisse, insbesondere Verluste, bei Patienten mit Panikstörungen in den Monaten vor dem Ausbruch der Panikstörung im Vergleich zu Kontrollpersonen häufiger sind (Faravelli und Pallanti 1989; Venturello et al. 2002). Die Probanden einer anderen kontrollierten Studie mit Patienten mit einer Panikstörung (Roy Byrne et al. 1986) hatten in dem Jahr vor dem Ausbruch der Panikstörung nicht nur mehr belastende Lebensereignisse erlebt, sondern empfanden angesichts dieser Ereignisse auch eine größere Verzweiflung als die Kontrollgruppe. In einer großen Studie mit 1 018 weiblichen Zwillingspaaren (Kendler et al. 1992a) zeigte sich ein starker und wesentlicher Zusammenhang zwischen der Panikstörung und der Trennung von den Eltern sowie ihrem Tod, insbesondere der frühen Trennung von der Mutter. Milrod et al. (2004) haben darauf hingewiesen, dass die Panikstörung in manchen Fällen die Folge eines zwischenmenschlichen Verlusts sein und eine komplizierte Form der Trauer darstellen kann. Die Auswertung der Panik bei 51 Patienten ergab, dass die Panikstörung bei 47 % von ihnen innerhalb von 6 Wochen nach einem schweren zwischenmenschlichen Verlust ausgebrochen war.

Laut einer Theorie zur Pathogenese, die bis zu einem gewissen Grad durch empirische Erkenntnisse gestützt ist, haben Patienten mit einer Panikstörung eine prädisponierende neurophysiologische Anfälligkeit, die zusammen mit bestimmten Stressfaktoren in ihrem Umfeld zu der Störung führen kann. Kagan et al. (1988) stellten bei einer Reihe von Kindern ein angeborenes Charaktermerkmal fest, dass sie „Verhaltenshemmung gegenüber Unbekanntem“ nannten. Solche Kinder erschrecken vor allem Fremden in ihrem Umfeld. Um ihre Angst zu bewältigen, verlassen sie sich darauf, dass ihre Eltern sie beschützen. Wenn sie aber größer und reifer werden, erkennen sie, dass ihre Eltern nicht immer zur Verfügung stehen, um sie zu beschützen und zu trösten. Dann verlegen sie gegebenenfalls ihre eigenen Unzulänglichkeiten, indem sie sie auf ihre Eltern projizieren, die sie dann als unzuverlässig und unberechenbar betrachten. Solche Kinder können eine Wut darüber entwickeln, dass ihre Eltern nicht immer zur Verfügung stehen, diese Wut verursacht jedoch weitere Probleme, da sie befürchten, ihre Wutfantasien könnten zerstörerisch sein und ihre Eltern vertreiben, sodass sie einen Elternteil verlieren würden, den sie brauchen, weil er ihnen Sicherheit gibt (Busch et al. 1991; Milrod et al. 1997). Es entsteht ein Teufelskreis, bei dem die Wut des Kindes die Verbindung zu dem Elternteil bedroht und so seine angsterfüllte und feindselige Abhängigkeit verstärkt.

Für einen psychodynamischen Behandlungsansatz von Nutzen ist auch die Betrachtung der Pathogenese der Panikstörung aus der Sicht der Bindungstheorie (Shear 1996). Die Ergebnisse einer kleinen vorbereitenden Studie zur Art der Bindung bei 18 Frauen mit einer Angststörung deuteten darauf hin, dass sie alle problematische Bindungsmuster hatten (Manassis et al. 1994). Bei 14 der 18 Patientinnen wurde eine Panikstörung diagnostiziert; bei ihnen waren problematische Bindungen häufiger. Für Patienten mit einer Panikstörung sind Trennung und Bindung oft zwei Dinge, die sich gegenseitig ausschließen. Sie haben Schwierigkeiten, sich auf den normalen Wechsel zwischen Trennung und Bindung einzustellen, weil sie sowohl auf den Verlust der Freiheit als auch auf den Verlust von Sicherheit und Schutz besonders empfindlich reagieren. Diese Schwierigkeit führt dazu, dass sie ein extrem eingeschränktes Verhaltensrepertoire haben, durch das zu beängstigende Trennungen und zu intensive Bindungen gleichermaßen verhindert werden sollen. Diese eingeschränkte Komfortzone manifestiert sich häufig in einer übermäßig kontrollierenden Interaktion mit anderen, die durch Mentalisierungsschwierigkeiten gekennzeichnet ist.

Die extreme Panik, die diese Patienten an den Tag legen, kann Ausdruck einer Signalangstfunktion sein, die nicht geeignet ist, die Abwehrressourcen des Ich zu aktivieren. Diese überwältigende Panik wird, so scheint es, vor allem durch Bedrohungen der Bindung ausgelöst. Milrod (1998) hat darauf hingewiesen, dass Menschen, die eine Panikstörung entwickeln, zu Gefühlen der Selbst-Fragmentierung neigen und gegebenenfalls einen Therapeuten oder einen anderen Begleiter brauchen, der ihnen ein stabiles Identitätsbewusstsein vermittelt. Vorhandene Ich-Defizite bezüglich der Verwechslung zwischen dem Selbst und anderen können mit diesen Schwierigkeiten, Angst als Signal zu verwenden, zusammenhängen.

Andere ätiologische Faktoren bei weiblichen Patienten, die ebenfalls mit Bindungsproblemen zusammenhängen, sind Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit. Bei einer Untersuchung wurde festgestellt, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit bei 45,1 % der Frauen mit einer Angststörung vorliegt, im Unterschied zu 15,4 % bei einer Gruppe von Frauen ohne Angststörungen (Stein et al. 1996). Die gezielte Untersuchung der Panikstörung ergab, dass 60 % der Frauen mit dieser Erkrankung als Kinder sexuell missbraucht worden waren, während es bei Frauen mit anderen Angststörungen nur 31 % waren. Da Kindheitstraumata die Bindung des Kindes zu den Eltern stören, können einige der Schwierigkeiten, die Patienten mit einer Panikstörung damit haben, sich mit Objekten, die eine wichtige Rolle in ihrem Leben spielen, sicher zu fühlen, möglicherweise auf den sexuellen Missbrauch zurückgeführt werden. Die Verinnerlichung missbräuchlicher Repräsentanzen der Eltern stört auch die Entwicklung von Vertrauen beim Erwachsenen.

De Masi (2004) vertritt die Ansicht, dass im impliziten Gedächtnis gespeicherte traumatische Angst möglicherweise durch einen konditionierten



Stimulus ausgelöst wird, der mit einer früheren Gefahrensituation verbunden ist. Er berücksichtigt in seinem Modell sowohl Erkenntnisse der Neurowissenschaft als auch psychodynamische Konzepte. Dieses Modell stützt sich auf die Arbeit von LeDoux (1996), der darauf hingewiesen hat, dass die unbewussten Erinnerungen an die Angst, die in der Amygdala gespeichert werden, allem Anschein nach unauslöschliche Spuren im Gehirn hinterlassen. Die Amygdala ist die Gehirnregion, die bei einem Angstsignal als erste aktiviert wird. Diese Aktivierung kann vollkommen unbewusst erfolgen, und die Kampf- oder Flucht-Reaktion kann schon einsetzen, bevor der Thalamus die Gelegenheit hat, Informationen an den Kortex weiterzuleiten, damit der präfrontale Kortex mit rationalem Denken auf die Situation reagieren kann. So kann beispielsweise die subliminale Wahrnehmung einer Schlange die Amygdala aktivieren, der Kortex jedoch die Information gründlicher verarbeiten und feststellen, dass eine harmlose Strumpfpfandnatter keinerlei Gefahr darstellt. De Masi ist der Meinung, die überwältigende Angst der Panikstörung sei im primitiven Kreislauf der Amygdala und des limbischen Systems stecken geblieben und könne von den Kräften der Vernunft im Kortex nicht auf adäquate Weise verarbeitet werden. Deshalb wird nicht zwischen imaginären Gefahren, die häufig auf frühere Traumata zurückzuführen sind, und tatsächlichen Gefahren unterschieden.

Berichte über die erfolgreiche Behandlung von Patienten mit einer Panikstörung mit Psychoanalyse oder psychodynamischer Psychotherapie (Abend 1989; Milrod und Shear 1991; Milrod et al. 1997; Sifneos 1972) lassen darauf schließen, dass psychodynamische Maßnahmen bei der Behandlung der Panikstörung eine wichtige Rolle spielen. Vielversprechende Ergebnisse eines offenen Versuchs mit einer auf Panik ausgerichteten psychodynamischen Psychotherapie (Milrod et al. 2001) haben zu einer kontrollierten Studie dieser Behandlungsmodalität geführt, die zurzeit läuft.

Im Laufe der psychodynamischen Therapie konzentrieren sich die Schwierigkeiten des Patienten oftmals in der Übertragung gegenüber dem Therapeuten. Besonders häufig sind Konflikte im Zusammenhang mit Wut, Unabhängigkeit und Trennung.

Der Therapeut muss auch die Angst des Patienten davor, mit dem Fortschreiten der Behandlung zu sehr in Abhängigkeit zum Therapeuten zu geraten, untersuchen. Ebenso kann die unbegründete Angst bestehen, den Therapeuten zu verlieren, sei es vorübergehend wegen Urlaubs oder auf Dauer infolge der Beendigung der Behandlung.

In vielen Fällen können Fantasien über unkontrollierbare oder sogar mörderische Wut im Mittelpunkt der Therapie stehen. Die Wut der Eltern kann so intensiv gewesen sein, dass jeder Ausbruch von Wut als potenziell zerstörerisch angesehen wird. Manche Kinder haben möglicherweise erlebt, dass ihre Eltern sie emotional vernachlässigt haben, wenn sie ihre Wut zum Ausdruck gebracht haben. Die Untersuchung typischer Abwehrmechanismen,

die zur Vermeidung von Wut dienen sollen, ist oft von großem Nutzen. Patienten mit einer Panikstörung setzen gewöhnlich eine Kombination der folgenden Abwehrmechanismen ein: Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen, Somatisierung und Verlegen (Busch et al. 1995). Sowohl das Ungeschehenmachen als auch die Reaktionsbildung kann dem Patienten helfen, negative Affekte wie Wut zu verleugnen. Der Psychotherapeut muss dem Patienten möglicherweise helfen, sich seiner Angst davor, seine Wut zum Ausdruck zu bringen, und des damit verbundenen Bedürfnisses, dies abzuwehren, bewusst zu werden. Außerdem muss der dynamische Therapeut den Patienten drängen, die Einzelheiten dessen durchzugehen, was die Panikattacke ausgelöst hat, und zu beginnen, seine Angst vor Katastrophen mit seinen Lebensereignissen in Verbindung zu bringen. Auf diese Weise verbessert sich die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten so weit, dass er erkennen kann, dass die Panikattacke etwas repräsentiert. Mit anderen Worten, die Wahrnehmung einer wirklichen Katastrophe ist nur eine Repräsentanz und nicht Realität.

Die Abwehrmechanismen der Somatisierung und des Verlegens arbeiten oftmals Hand in Hand, um die innere Reflexion zu verhindern. Bei der Somatisierung richtet sich die Aufmerksamkeit des Patienten statt auf psychologische Ursachen oder Bedeutungen auf physiologische Erscheinungen. Beim Verlegen werden Probleme externen Personen zugeschrieben, die so betrachtet werden, als würden sie den Patienten auf irgendeine Weise schlecht behandeln. Wenn sie gleichzeitig eingesetzt werden, können diese Abwehrmechanismen zu einer besonderen Form der Objektbeziehung führen, bei der andere (zum Beispiel Familienmitglieder, Freunde oder Ärzte) als Heiler hinzugezogen werden, von denen erwartet wird, dass sie etwas im Körper des Patienten in Ordnung bringen. Diese Art der Objektbeziehung kommt häufig auch in der Übertragung zur Geltung.

Patienten mit einer Panikstörung brauchen gewöhnlich eine Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie. Selbst wenn ihre Symptome durch Medikamente unter Kontrolle gebracht wurden, wagen sich Patienten mit Panikattacken und Agoraphobie oft nicht wieder in die Welt hinaus und brauchen gegebenenfalls psychotherapeutische Maßnahmen, um diese Angst zu überwinden (Cooper 1985; Zitrin et al. 1978). Mindestens eine Studie deutet darauf hin, dass die Kombination aus dynamischer Therapie und Medikation bei Patienten mit einer Panikstörung zur Verringerung der Rückfallquote beitragen kann. Die Patienten in der Studie von Wiborg und Dahl (1996) erhielten nach dem Zufallsprinzip 9 Monate lang nur Clomipramin oder 9 Monate lang Clomipramin und eine 15 wöchige kurze dynamische Therapie mit einer Sitzung pro Woche. Die Patienten in beiden Gruppen hatten keine Panikattacken gehabt, als sie nach 20 Wochen bewertet wurden, die Patienten, die nur mit Clomipramin behandelt worden war, hatten jedoch nach der Beendung der Pharmakotherapie deutlich höhere Rückfallquoten. Die Forscher

schlossen daraus, dass eine kurze dynamische Therapie die mit der Panikstörung verbundene psychosoziale Anfälligkeit verringern kann.

Manche Patienten zeigen starken Widerstand gegen die Medikation, häufig deshalb, weil sie denken, sie stigmatisiere sie als Geisteskranke, sodass psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich sind, um ihnen zu helfen, ihre Vorbehalte bezüglich der Pharmakotherapie zu verstehen und zu beseitigen. Andere setzten die Medikamente eigenmächtig ab, weil sie die Nebenwirkungen nicht ertragen können. Bei wieder anderen können charakterologische Schwierigkeiten die Einhaltung der Medikationsvorschriften verhindern. Es ist erwiesen, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere denen in Cluster B (also dissoziale, Borderline, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörung), die Behandlungsergebnisse von Patienten mit einer Panikstörung ungünstig beeinflusst (Reich 1988). Ein umfassender und wirksamer Behandlungsplan für solche Patienten muss zusätzlich zu der angemessenen Medikation auch psychotherapeutische Maßnahmen enthalten. Bei allen Patienten mit den Symptomen einer Panikstörung oder Agoraphobie hilft eine sorgfältige psychodynamische Beurteilung bei der Feststellung dessen, inwieweit biologische beziehungsweise dynamische Faktoren eine Rolle spielen.

Herr L, ein 27-jähriger Büroangestellter, suchte eine ambulante Klinik auf, weil er Panikattacken hatte, sobald er versuchte, die Stadt zu verlassen. Anfangs konnte er die Panik nicht mit psychologischen Inhalten in Verbindung bringen, doch eingehende Untersuchungen durch den beurteilenden Psychiater brachten eine Reihe von Faktoren zutage, die dazu beitrugen. Herr L hatte gerade ein neues Haus gekauft, und seine Frau war mit ihrem ersten Kind schwanger. Als der Psychiater die größere Verantwortung zur Sprache brachte, die mit diesen Ereignissen verbunden war, erklärte der Patient, er fühle sich eher wie ein 7-Jähriger als wie ein 27-Jähriger. Er sagte, er sei sich nicht sicher, ob er die Verantwortung als Ehemann und Vater tragen könne, der für die Hypothek auf einem Haus zuständig ist. Der Psychiater bat Herrn L, die Umstände der Panikattacken genauer zu beschreiben. Herr L erklärte erneut, er bekomme sie, wenn er sich auf den Weg aus der Stadt begab. Der Psychiater fragte ihn, welchem Zweck diese Fahrten dienten, und Herr L erklärte, er ginge mit seinem Vater zur Jagd. Der Psychiater fragte, ob bei diesen Ausflügen jemals etwas Unangenehmes passiert sei. Herr L überlegte kurz und berichtete dann, er habe seinen Vater zweimal versehentlich angeschossen, dieser habe bei diesen Jagdunfällen aber zum Glück nur kleinere Verletzungen erlitten.

Der Psychiater formulierte aufgrund seiner Erkenntnis, dass Herrn Ls Panikstörung mit psychologischen Konflikten zusammenhing, eine vorläufige Erklärung. Die jüngsten Ereignisse in seinem Leben hatten dazu geführt, dass er als Ehemann, Vater und Hauptverdiener in direkterer Konkurrenz zu seinem Vater stand. Sie hatten seit Langem bestehende aggressive Wünsche gegenüber seinem Vater aktiviert, die aus einer verdrängten und unbewussten ödipalen Rivalität resultierten. Der Impuls, seinen Vater zu zerstören, war in Form der beiden Jagdunfälle

zum Ausdruck gekommen. Jedes Mal, wenn Herr L plante, die Stadt zu verlassen, um mit seinem Vater zur Jagd zu gehen, löste das drohende Auftreten des aggressiven Impulses Signalangst aus, die in eine voll ausgeprägte Panikattacke umgewandelt wurde, da dieser Patient das neurale Substrat hatte, das für die Umwandlung von Angst in Panik erforderlich ist. Das Ergebnis war, dass er Situationen mied, in denen die zerstörerischen Wünsche und die Vergeltung (Kastration), die er sich vorstellte, in die Tat umgesetzt werden könnten.

Um die dynamischen Faktoren zu verstehen, die die Panik auslösten, begann der Patient eine expressiv-supportive Psychotherapie mit expressivem Schwerpunkt. Im Laufe des Prozesses sprach Herr L immer mehr über seine Bindung zu seiner Mutter. Es stellte sich bald heraus, dass auch seine Mutter Angst vor Trennungen gehabt hatte. Jedes Mal, wenn Herr L als Kind nach draußen gegangen war, hatte sie ihn auf die vielen Gefahren hingewiesen, die ihm begegnen könnten. Durch den Therapieprozess erkannte Herr L schließlich, dass er, wie seine Mutter, Angst vor Trennungen hatte. Er berichtete, dass er sich jedes Mal, wenn seine Frau beruflich unterwegs war, die ganze Zeit Sorgen machte, weil er befürchtete, sie könne sterben und ihn somit verlassen. Die ödipalen Ängste des Patienten wurden eindeutig durch primitivere Ängste vor dem Verlust eines Objekts, ursprünglich seiner Mutter, nun aber seiner Frau, verschlimmert.

Nach etwa 2 Jahren Psychotherapie hatte Herr L keine Panikattacken und auch keine Erwartungsangst mehr. Er war befördert worden und hatte dies ohne Angst verarbeitet. In seiner neuen Position musste er fast an jedem Arbeitstag die Stadt verlassen, was er ohne die geringste Panik schaffte.

Mehrere Jahre später begab sich Herr L erneut in Behandlung, weil zwei Ereignisse in seinem Leben die neuronalen Strukturen, die zu seinen Panikattacken beigetragen hatten, erneut aktiviert hatten. Die Firma, die er gegründet hatte, war enorm erfolgreich, was ihm einen viel großzügigeren Lebensstil ermöglichte. Außerdem war bei seinem Vater eine unheilbare Krebserkrankung diagnostiziert worden. Dieses Mal war eine Kombination aus Medikation (Alprazolam) und Psychotherapie erforderlich, um Herrn Ls Panikattacken auf ein Maß zu reduzieren, mit dem er leben konnte.

## Phobien

---

Die Gruppe der Angststörungen ist die am häufigsten vorkommende unter den Hauptgruppen mentaler Störungen (Regier et al. 1988), und die weitaus häufigsten Angststörungen sind Phobien. Phobien werden im DSM IV TR in drei Kategorien eingeteilt: 1. Agoraphobie ohne eine Panikstörung in der Vorgeschichte, 2. spezifische Phobie und 3. soziale Phobie. Der im DSM III R (American Psychiatric Association 1987) verwendete Begriff einfache Phobie wurde im DSM IV (American Psychiatric Association 1994) durch spezifische Phobie ersetzt, weil der Zusammenhang zwischen phobischen Symptomen und Panikattacken unklar ist und die Aufstellung von Untergruppen anhand des

Auslösers der Phobie (zum Beispiel situativ, im natürlichen Umfeld vorkommend) die Spezifität zu erhöhen schien. Ebenso wurde im DSM IV die soziale Phobie in Untergruppen aufgeteilt, da die immer umfangreichere Literatur zu dieser Störung gezeigt hatte, dass eine soziale Phobie entweder allgemeiner oder eingeschränkter Art sein kann.

Das psychodynamische Konzept der Phobien veranschaulicht den neurotischen Mechanismus der Entstehung von Symptomen, den ich am Anfang dieses Kapitels beschrieben habe. Wenn verbotene sexuelle oder aggressive Gedanken, die zu einer vergeltenden Bestrafung führen können, aus dem Unbewussten hervortreten drohen, wird die Signalangst aktiviert, was den Einsatz von drei Abwehrmechanismen auslöst: Verschiebung, Projektion und Vermeidung (Nemiah 1981). Diese Abwehrmechanismen beseitigen die Angst, indem sie den verbotenen Wunsch erneut verdrängen, der Preis der Kontrolle der Angst ist jedoch die Entstehung einer phobischen Neurose. Das folgende Beispiel aus der klinischen Praxis veranschaulicht die Entstehung der phobischen Symptome.

Herr M war ein 25 jähriger leitender Angestellter der unteren Führungsebene, der gerade seinen Master in Betriebswirtschaftslehre gemacht und seine erste Stelle bei einem Unternehmen angetreten hatte. Er hatte eine soziale Phobie, die sich darin äußerte, dass er ungeheure Angst davor hatte, bei der Arbeit oder in Gesellschaft neuen Menschen zu begegnen. Außerdem hatte er unheimliche Angst, wenn er an seinem Arbeitsplatz vor einer Gruppe von Menschen sprechen musste. Wenn er gezwungen war, sich den gefürchteten Situationen zu stellen, geriet er in Atemnot und verhaspelte sich dermaßen, dass er seine Sätze nicht zu Ende bringen konnte.

Herrn M wurde wegen seiner beachtlichen Ich-Stärken, der Beschränkung seiner Symptome auf bestimmte Situationen, seiner guten allgemeinen Funktionen und seiner ausgeprägten psychologischen Einstellung eine kurze dynamische Therapie empfohlen. In der dritten Sitzung wurde dem Therapeuten klar, dass das Schlimmste bei der Begegnung mit neuen Menschen für Herrn M darin bestand, sich vorzustellen. Es kam zu folgendem Dialog:

THERAPEUT: Was ist so schwer daran, Ihren Namen zu sagen?

HERR M: Ich habe keine Ahnung.

THERAPEUT: Was fällt Ihnen ein, wenn Sie kurz über Ihren Namen nachdenken?

HERR M (nachdem er kurz innegehalten hat): Tja, es ist auch mein Vater.

THERAPEUT: Wie fühlen Sie sich dabei?

HERR M: Ein bisschen unwohl, würde ich sagen.

THERAPEUT: Wie kommt das?

HERR M: Na ja, ich hatte kein besonders gutes Verhältnis zu ihm. Nachdem er meine Mutter verlassen hatte, als ich 4 Jahre alt war, habe ich ihn kaum zu Gesicht bekommen.

THERAPEUT: Sie haben also alleine mit Ihrer Mutter gelebt, nachdem er gegangen war?

HERR M: Genau. Meine Mutter hat nicht wieder geheiratet, und ich musste schon früh der Mann im Haus sein, und ich war noch nicht bereit, so viel Verantwortung zu übernehmen. Ich habe das immer gehasst. Als ich ein Kind war, haben alle immer gesagt, wie erwachsen ich mich benehme. Das hat mich gestört, weil ich das Gefühl hatte, ich würde nur so tun, als wäre ich erwachsen, während ich innerlich eigentlich ein Kind war. Ich hatte das Gefühl, alle zu täuschen, und dass sie mir böse sein würden, wenn sie dahinterkämen.

THERAPEUT: Kann es sein, dass Sie heute dasselbe empfinden, wenn Sie sich vorstellen?

HERR M: Ja, das stimmt. Meinen Namen zu sagen, bedeutet, zu sagen, ich versuche, mein Vater zu sein.

Die Interpretation des Therapeuten half Herrn M, zu erkennen, dass seine Angst mit Schuldgefühlen und Scham darüber zusammenhing, dass er zu früh in die Fußstapfen seines Vaters getreten war. Er stellte sich vor, andere würden sein Spiel, oder seine Täuschung, durchschauen und ihn kritisieren. Nach 10 Sitzungen der kurzen dynamischen Therapie überwand der Patient seine soziale Phobie und war in der Lage, sowohl am Arbeitsplatz als auch in Gesellschaft gut zu funktionieren.

Auf dem Höhepunkt von Herrn M.s ödipaler Phase hatte sein Vater ihn mit seiner Mutter alleine gelassen. In dieser ursprünglichen Angst auslösenden Situation hatte er sich vor Kastration oder vergeltender Bestrafung (durch seinen Vater) gefürchtet, weil er bei seiner Mutter den Platz seines Vaters eingenommen hatte. Als Erwachsener hatte Herr M die Angst bewältigt, indem er die ursprüngliche gefürchtete Situation durch ein unbedeutendes und scheinbar triviales Derivat derselben, nämlich das Nennen seines Namens beim Vorstellen, ersetzt hatte. Diese einfache Form des gesellschaftlichen Anstands hatte auf symbolische Weise die Bedeutung dessen angenommen, dass er seinen Vater ersetzte. Die zweite Abwehrhandlung des Patienten war, dass er die gefürchtete Situation nach außen, auf sein Umfeld projizierte, sodass die drohende Bestrafung oder Missbilligung von außen und nicht von innen (das heißt, vom Über-Ich) kam. Der dritte und letzte Abwehrmechanismus des Patienten war Vermeidung. Indem er alle Situationen mied, in denen er sich vorstellen oder vor Publikum sprechen musste, konnte Herr M. die Kontrolle über seine Angst behalten, wenn auch um den Preis der Einschränkung seines gesellschaftlichen Lebens und der Gefährdung seiner Leistung am Arbeitsplatz.

Herrn Ms Angst, vor anderen zu sprechen, kennen viele Menschen. In einer Studie (Pollard und Henderson 1988) wurde festgestellt, dass ein Fünftel der in St. Louis Befragten eine soziale Phobie in Bezug auf das Sprechen oder das Auftreten vor Publikum hatte. Als die Forscher das Ergebnis modifizierten, indem sie auch die Kriterien für „beträchtlichen Leidensdruck“ nach DSM III (American Psychiatric Association 1980) anwandten, fiel die Prävalenz auf 2 %. Genaue Zahlen für die soziale Phobie lassen sich jedoch schwer ermitteln, da die

Diagnose häufig auf Fälle allgemeiner zwischenmenschlicher Verhaltensmuster der Schüchternheit und der Meidung des anderen Geschlechts wegen der Angst vor Zurückweisung angewandt wird. Das Kontinuum reicht von der sozialen Phobie bis zu einer allgemeinen, charakterologisch begründeten Art, mit Beziehungen umzugehen, die als ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel 19) bezeichnet wird.

Phobien passen gut in das Modell der genetisch-konstitutionellen Veranlagung bezüglich der Interaktion mit Stressfaktoren im Umfeld. Kendler et al. (1992b) haben 2 163 weibliche Zwillinge untersucht und sind zu dem Schluss gekommen, dass das beste Modell für die Störung das ist, laut welchem eine ererbte Neigung zur Phobie vorliegt und für den Betroffenen spezifische ätiologische Faktoren im Umfeld erforderlich sind, damit es zu einem voll ausgeprägten phobischen Syndrom kommt. Einer der Stressfaktoren des Umfelds, die das Risiko einer Phobie eindeutig erhöhen, war bei der Population ihrer Studie der Tod der Eltern von Kindern, die jünger als 17 Jahre waren (Kendler et al. 1992a). Auch eine bestimmte Art der elterlichen Fürsorge wurde mit der Entstehung von Phobien bei Jugendlichen in Verbindung gebracht. Lieb et al. (2000) führten eine Nachfolgeuntersuchung bei einer Stichprobe von 1 047 Heranwachsenden durch und stellten fest, dass eine übermäßig beschützende und ablehnende Haltung der Eltern zusammen mit einer Psychopathologie (insbesondere Depression und sozialer Phobie) der Eltern die Entstehung von Phobien bei dieser Altersgruppe begünstigt.

Die Ergebnisse von Positronenemissionstomografiestudien deuten darauf hin, dass bei Patienten mit einer sozialen Phobie, ebenso wie bei solchen mit einer Panikstörung, die subkortikale Aktivität als Grundlage der Angst eine große Rolle spielt. Tillfors et al. (2001) haben den regionalen zerebralen Blutfluss (rCBF) von Menschen mit einer sozialen Phobie mit dem von Menschen, die vor Publikum sprachen, jedoch keine soziale Phobie hatten, verglichen. Patienten mit einer sozialen Phobie hatten einen rCBF mit erhöhter subkortikaler Aktivität im amygdaloiden Komplex, während bei nichtphobischen Probanden eine relativ erhöhte Durchblutung des Kortex zu beobachten war.

Es sieht so aus, als könne die Arbeit von Kagan et al. (1988) über die behaviorale Inhibition fast ebenso auf die soziale Phobie angewandt werden, wie sie für die Panikstörung gilt. Obwohl Kagan und seine Kollegen festgestellt haben, dass Säuglinge mit einem solchen Temperament mit einer niedrigeren Erregungsschwelle des limbischen Systems und des Hypothalamus als Reaktion auf unerwartete Veränderungen in ihrem Umfeld geboren werden, sind sie zu dem Schluss gekommen, dass ein chronischer Stress in der Umgebung zu der ursprünglichen charakterlichen Veranlagung hinzukommen muss, damit das Kind im Alter von 2 Jahren schüchtern, scheu und still ist. Sie postulierten, dass Demütigung und Kritik seitens eines älteren Geschwisterkindes, Streitigkeiten der Eltern und der Tod eines Elternteils oder die Trennung von ihm zu den wichtigsten äußeren Faktoren gehören.



Rosenbaum et al. (1992) ergänzten die Arbeit von Kagan et al. (1988), indem sie die Eltern verhaltensgestörter Kinder aus einer nichtklinischen Gruppe, die Kagan untersucht hatte, beurteilten. Die Eltern dieser Kinder hatten ein erhöhtes Risiko für Angststörungen, vor allem für eine soziale Phobie. Bei den Eltern von Kindern mit einer Verhaltenshemmung und Angst waren zwei oder mehr Angststörungen deutlich häufiger als bei zwei verschiedenen Kontrollgruppen von Eltern. Eine mögliche Interpretation ihrer Erkenntnisse lautet, dass die Eltern von Kindern mit einer Verhaltenshemmung, bei denen sich später Angststörungen manifestieren, mehr Angst haben und ihren Kindern vermitteln, dass die Welt ein gefährlicher Ort ist. Außerdem scheinen eine hohe expressed emotion und insbesondere Kritik durch die Mutter den Zusammenhang zwischen einer Angststörung der Mutter und einer Verhaltenshemmung des Kindes zu verstärken, was dann ein Risiko für eine Psychopathologie bewirkt (Hirshfeld et al. 1997).

Die soziale Phobie ist eine Erkrankung mit einer hohen Komorbidität. Eine Untersuchung von 13 000 Erwachsenen (Schneier et al. 1992) hat ergeben, dass 69 % der Probanden mit einer sozialen Phobie ihr Leben lang schwere komorbide Störungen hatten. Die Forscher betonten, dass eine soziale Phobie ohne Komorbidität nur selten von Psychologen oder Psychiatern behandelt wird. Man kann sagen, dass die von Kagan et al. (1988), Rosenbaum et al. (1992) und anderen beschriebene genetisch-konstitutionelle Veranlagung eine Prädisposition für eine Reihe von Angststörungen darstellt.

Die klinische Arbeit mit Patienten mit einer sozialen Phobie zeigt, dass bei ihnen bestimmte charakteristische innere Objektbeziehungen bestehen. Diese Patienten haben verinnerlichte Repräsentanzen von Eltern, Betreuern oder Geschwistern, die sie beschämen, kritisieren, auslachen, demütigen, im Stich lassen und in Verlegenheit bringen (Gabbard 1992). Diese Introjekte entstehen sehr früh und werden wiederholt auf Menschen im Umfeld des Betroffenen projiziert, die dann gemieden werden. Auch wenn diese Patienten gegebenenfalls genetisch prädisponiert sind, andere als verletzend zu erleben, können positive Erfahrungen diese Wirkung zum Teil neutralisieren. Es ist, als existiere schon bei der Geburt eine genetisch programmierte Schablone. Der Betroffene zeigt dann in dem Maße eine zunehmende Angst vor anderen, in dem sich seine Betreuer nach dieser Schablone verhalten, und entwickelt eine soziale Phobie. Die Introjekte gestalten sich um so wohlwollender und weniger bedrohlich, je mehr die Betreuer auf die Ängstlichkeit des Kindes eingehen und sie kompensieren, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer sozialen Phobie im Erwachsenenalter verringert wird.

Auch wenn viele Patienten mit einer sozialen Phobie gut auf selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und/oder eine kognitiv-behaviorale Therapie ansprechen, kann eine dynamische Therapie ebenfalls von Nutzen sein. Manche Patienten haben eine besonders behandlungsresistente Erkrankung, weil sie jede Situation fürchten, in der sie beurteilt oder kritisiert werden könnten. Da

sie die Therapiesituation als ebensolche betrachten, kann die Übertragungsangst davor, gedemütigt oder beurteilt zu werden, dazu führen, dass sie ihre Termine häufig nicht wahrnehmen oder die Behandlung ganz abbrechen. Wegen der hohen Komorbidität bei dieser Störung ist es sogar recht häufig, dass eine soziale Phobie erst entdeckt wird, wenn sich der Patient aus einem anderen Grund in Behandlung begibt. Verlegenheit und Scham sind zentrale affektive Zustände, und ein Therapeut, der sich auf sie einstellt, hat bessere Aussichten, schon bei den ersten Treffen mit dem Patienten ein therapeutisches Bündnis aufzubauen. Wenn der Therapeut die Vorstellungen des Patienten darüber kennt, wie er und andere nach Meinung des Patienten auf ihn reagieren werden, hilft das dem Patienten auch, zu erkennen, dass seine Eindrücke darüber, wie andere ihn wahrnehmen, möglicherweise nicht mit dem übereinstimmen, wie andere ihn tatsächlich sehen. Widerstand gegen die Behandlung sollte energisch angegangen werden, da die Patienten ohne eine Behandlung häufig der Schule oder ihrem Arbeitsplatz fernbleiben und so möglicherweise als Sozialhilfeempfänger oder Empfänger einer Erwerbsunfähigkeitsrente enden (Schneier et al. 1992). Spezifische Phobien sprechen gewöhnlich gut auf direkte Exposition an und erfordern keine psychodynamische Behandlung.

Auch hinsichtlich der zwischenmenschlichen Konsequenzen von Phobien tritt durch einen dynamischen Ansatz häufig eine Besserung ein. Da sie ans Haus gefesselt sind, müssen Menschen mit einer schweren Agoraphobie oft von einem für sie wichtigen Menschen wie dem Ehepartner oder einem Elternteil versorgt werden. So kommt es häufig vor, dass sich eine Frau mit einer Agoraphobie und ihr Ehemann über die Jahre auf ihre Erkrankung einstellen. Dabei kann sich der Ehemann sogar sicherer fühlen, da er weiß, dass seine Frau immer zu Hause ist. Wenn die Agoraphobie behandelt wird, kann dieses Gleichgewicht gestört werden. Der Ehemann macht sich möglicherweise größere Sorgen, weil er befürchtet, seine Frau könnte sich für andere Männer interessieren, wo sie wieder aus dem Haus geht. Eine adäquate Beurteilung und Behandlung einer Phobie muss auch eine sorgfältige Bewertung dessen enthalten, wie sich die Phobie in das Beziehungsnetzwerk des Patienten einfügt. Somit kann ein psychodynamisches Verständnis des zwischenmenschlichen Kontextes einer Phobie entscheidend sein, um Widerstände gegen konventionelle Behandlungen wie behaviorale Desensibilisierung und Medikation zu handhaben.

## Obsessiv-zwanghafte Störung

---

*Zwangsvorstellungen* werden als wiederkehrende ichsyntone Gedanken definiert, *Zwänge* dagegen als rituelle Handlungen, die ausgeführt werden *müssen*, um die Angst zu lindern. Die Beschwerden dieser Patienten lassen sich

in fünf Hauptkategorien einordnen: 1. Kontrollrituale, 2. Reinigungsrituale, 3. Zwangsgedanken ohne Zwänge, 4. zwanghafte Langsamkeit und 5. gemischte Rituale (Baer und Jenike 1986). Patienten, die Reinigungsrituale oder Zwangsgedanken in Bezug auf Keime oder Verunreinigungen haben, haben eine große Ähnlichkeit mit phobischen Patienten. Neuere Forschungen haben ergeben, dass die obsessiv-zwanghafte Störung (OCD) weitaus häufiger ist als bisher angenommen (Karno et al. 1988). Ihre Prävalenz für die gesamte Lebensdauer liegt zwischen 1,2 % und 2,4 % und ist somit um ein Vielfaches höher als alle bisherigen Schätzungen. Die OCD geht häufig mit einer Depression und einer gravierenden Einschränkung der beruflichen und sozialen Funktionen einher, sodass auch die Familienmitglieder und die Kollegen solcher Patienten in hohem Maße von der Krankheit betroffen sein können.

Eine Reihe von Untersuchungen hat gezeigt, dass bei dieser Störung genetische und neurologische Faktoren eine Rolle spielen. Zu diesen gehört eine erhöhte Konkordanz der OCD bei eineiigen als bei zweieiigen Zwillingen (Jenike 2004), eine erhöhte Prävalenz bei Patienten mit dem Tourette-Syndrom und in ihren Familien sowie eine dramatische Reaktion mancher Patienten auf Psychochirurgie (Elkins et al. 1980; Lieberman 1984; Turner et al. 1985). In einer anderen Studie wurden 41 OCD-Patienten, die keine Medikamente nahmen, hinsichtlich der Ausführung von Aufgaben im Bereich der feinmotorischen Koordination, der unwillkürlichen Bewegungen sowie der sensorischen und der visuell-räumlichen Funktionen mit 29 nicht psychiatrisch kranken Kontrollpersonen verglichen (Hollander et al. 1990). Bei der OCD-Gruppe zeigten sich deutlich mehr Anzeichen einer Dysfunktion des zentralen Nervensystems als bei den Kontrollpersonen, was ein weiterer Beleg für ein neurologisches Defizit bei manchen Patienten mit einer OCD ist. Eine spätere Studie hat gezeigt, dass die bei Patienten mit einer OCD beobachteten neuropsychologischen Defizite bei entsprechenden Kontrollpersonen mit einer Panikstörung oder einer unipolaren Depression nicht vorliegen (Purcell et al. 1998). Und schließlich haben Patienten mit einer OCD insgesamt deutlich weniger weiße Gehirnmasse, jedoch insgesamt einen wesentlich größeren Kortex und ein wesentlich größeres Operculum als gesunde Kontrollpersonen (Jenike et al. 1996).

Die Literatur zu Behandlungsergebnissen deutet außerdem auf eine biologische Komponente hin. Medikamente wie Clomipramin und Fluvoxamin haben bei manchen OCD-Patienten eine gute Wirkung gezeigt (Jenike et al. 1986; Perse 1988; White und Cole 1988). Außerdem sind die Symptome der OCD bekanntermaßen resistent gegen Psychoanalyse und einsichtorientierte Psychotherapie (Jenike et al. 1986; Nemiah 1988; Perse 1988; Zetzel 1970). (Die obsessiv-zwanghafte Persönlichkeitsstörung hingegen scheint, wie in Kapitel 19 dargelegt, gut auf diese Behandlungen anzusprechen.) Ein Ansprechen auf eine Medikation liefert jedoch keine eindeutigen Antworten auf Fragen der Ätiologie oder der Pathogenese (Zetin und Kramer 1992).

Veränderungen hinsichtlich der Neurotransmitter im Zusammenhang mit Medikamenten können unmittelbar oder mittelbar mit der primären Ursache der Krankheit zu tun haben. Außerdem kann die OCD, ebenso wie die Panikstörung, durch Stressfaktoren im Umfeld ausgelöst werden. 69 % der Patienten mit einer OCD, die an einer Untersuchung (Buttolph und Holland 1990) teilnahmen, konnten den Ausbruch oder die Verschlimmerung ihrer Symptome mit einer Schwangerschaft, einer Geburt oder der Versorgung ihrer Kinder in Verbindung bringen. In einer anderen Studie mit 106 OCD-Patientinnen (Neziroglu et al. 1992) wurde Schwangerschaft – mehr als jedes andere Lebensereignis – mit dem Auftreten der Störung in Verbindung gebracht. 39 % der Patientinnen der Stichprobe, die Kinder zur Welt gebracht hatten, berichteten über das Einsetzen der Symptome während der Schwangerschaft. Zudem war es bei vier der fünf Frauen, die eine Abtreibung oder eine Fehlgeburt gehabt hatten, während der Schwangerschaft zum Ausbruch oder zur Verschlimmerung der OCD-Symptome gekommen. Allgemein bekannt ist auch, dass die Symptome je nach dem Vorhandensein oder dem Fehlen von Stress im Leben des Patienten kommen und gehen. Wenn der Druck nachlässt, kann eine Besserung eintreten, während erhöhter Stress oder das erneute Eintreten der Situation, die der ursprüngliche Auslöser war, die Symptome verschlimmert (Black 1974).

Obwohl die meisten Kliniker der Aussage, eine Pharmakotherapie sei ein wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Behandlung von OCD-Patienten, zustimmen würden, sollten Medikamente wie Clomipramin nicht als alleinige Behandlung eingesetzt werden. Die Clomipramine Collaborative Study Group (1991) untersuchte 520 Patienten mit einer OCD in 21 Zentren und stellte fest, dass sich die Symptome am Ende einer 10 wöchigen Behandlung mit Clomipramin im Durchschnitt nur um 38 % bis 44 % verringert hatten. In vielen Zentren durchgeführte plazebokontrollierte Versuche mit Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin und Paroxetin haben ergeben, dass all diese SSRI wirksamer sind als Plazebos (Greist und Jefferson 1995). Allerdings wurde bei diesen Versuchen auch eine unvollständige Besserung festgestellt, sodass gewöhnlich eine Kombination der Gabe von SSRI und einer Verhaltenstherapie empfohlen wird. Die meisten Experten plädieren heute außerdem für die Durchführung einer kognitiven Therapie, um den Patienten auf Expositionsbehandlungen vorzubereiten, bei denen maladaptive Gedanken infrage gestellt werden (Clark 2004; Jenike 2004).

Psychodynamische Strategien können in einer Vielzahl von Situationen von großem Nutzen sein. Viele Patienten mit einer OCD scheinen an ihren Symptomen festzuhalten und leisten hartnäckigen Widerstand gegen Behandlungsversuche. Die Symptome können bei manchen Patienten eine psychotische Desintegration verhindern, wodurch sie im Hinblick auf das psychologische Gleichgewicht eine äußerst nützliche Funktion haben. Da die Symptome der OCD bei jeder Stufe der Persönlichkeits- oder Ich-Organisation

auftreten können (Cornfield und Malen 1978), sollte bei einer sorgfältigen psychodynamischen Beurteilung auch die Funktion der Symptome hinsichtlich der intrapsychischen Struktur des Patienten als Ganzem berücksichtigt werden. Auch wenn manche obsessiv-zwanghaften Symptome resistent sind, kann eine psychodynamische Therapie die zwischenmenschlichen Funktionen von OCD-Patienten erheblich verbessern. Außerdem können dynamische Ansätze entscheidend zur Überwindung von Widerständen gegen die Einnahme von Medikamenten beitragen, wie der folgende Fall zeigt:

Herr N war ein 29 jähriger Single mit einer OCD. Als er in die psychiatrische Klinik aufgenommen wurde, berichtete er über eine 10 jährige Vorgeschichte obsessiv-zwanghafter Symptome und klagte darüber, dass er seit 8 Jahren vollständig ans Haus gefesselt war, weil er „groteske und schreckliche“ Gedanken hatte, die ihn außer Gefecht setzten und nie aufhörten. Acht Jahre bevor Herrn Ns Einweisung, zu dem Zeitpunkt, seit welchem er nicht mehr aus dem Haus ging, hatte seine Mutter ihre Arbeit aufgegeben, um ihn zu Hause versorgen zu können und seinen Anforderungen an die Sauberkeit entsprechen zu können. Ihr Leben drehte sich nur um ihn.

Herr N war besessen davon, Verunreinigungen zu vermeiden. Er hatte auch Angst, er könnte Frauen schwängern, da er befürchtete, er könnte Sperma an den Händen haben. Also wusch er sich zwanghaft die Hände. Er bestand darauf, dass seine Mutter 24 Stunden am Tag bei ihm war. Sie schlief zwar nicht zusammen mit ihm und ging auch nicht mit ihm in die Dusche, aber sie half ihm beim Anziehen, damit er seine Kleider nicht anfassen und sich somit nicht schmutzig machen musste. Er verlangte außerdem, dass sie ein Ritual aus 58 Schritten einhielt, wenn sie sein Essen kochte und auf den Tisch stellte. Wenn sie das Ritual nicht genau einhielt, musste sie das ganze Essen wegwerfen und von vorne anfangen. Sie warf jedes Jahr Essen im Wert von Tausenden von Dollar in den Mülleimer, um diesen Anforderungen zu entsprechen. Herr N bestand auch darauf, dass sein Vater sich entweder nicht im Haus oder in einem anderen Teil des Hauses aufhielt, damit er nicht durch die Keime verunreinigt würde, die dieser von der Arbeit mitbrachte.

Berichten zufolge war Herrn Ns Entwicklung in der Kindheit unauffällig verlaufen, er erinnerte sich jedoch an einen sehr unangenehmen Vorfall aus der Zeit, als er etwa 5 Jahre alt war. Sein Vater hatte seine Mutter an den Brüsten gepackt, und sie hatte nach dem Sohn geschrien, der sie retten sollte. Herr N hatte versucht, seinen Vater zu stoppen, wurde jedoch von dem älteren Mann außer Gefecht gesetzt. Er erinnerte sich, dass er sich wegen dieses Vorfalls furchtbar gefühlt und geweint hatte, weil er seine Mutter nicht hatte retten können.

Herr N war bei vielen Psychiatern gewesen, war nach dem ersten Treffen jedoch nicht bereit gewesen, ein zweites Mal hinzugehen. Einmal hatte er sich bereit erklärt, Clomipramin zu nehmen, es jedoch nach der ersten Dosis abgesetzt, weil ihn die Nebenwirkungen gestört hatten, wie er sagte. Seine Funktionen wurden schlechter, und schließlich beschlossen seine Eltern, ihn in eine Klinik aufnehmen zu lassen. Als er im Krankenhaus ankam, fragte ihn sein Arzt, weshalb er sich behandeln

lassen wolle. Er antwortete: „Ich bin entschlossen, abhängig zu sein – ich meine, unabhängig.“ Der Arzt kam darauf zu sprechen, dass er zuerst „abhängig“ gesagt hatte, und fragte: „Möchte ein Teil von Ihnen vielleicht abhängig sein?“ Herr N antwortete: „Sie meinen von meiner Mutter?“ Der Arzt erwiderte, das wisse Herr N selbst am besten. Herr N überlegte einen Moment und sagte: „Na ja, sie versorgt mich wirklich gut.“

Herrn Ns Versprecher gewährte einen kleinen Einblick in seine unbewussten Motive für seinen Widerstand gegen eine Behandlung. Jede erfolgreiche Behandlung gefährdete seine Abhängigkeit von seiner Mutter. Wenn zu erwarten war, dass Clomipramin ihm helfen würde, dann nahm er es nicht. Ebenso machte er alle anderen ambulanten und stationären Behandlungsversuche zunichte.

Nach etwa einer Woche in der Klinik übertraf Herr N alle Erwartungen des Personals. Er zeigte eine dramatische Besserung. Er konnte Türklinken anfassen, ohne sich vor einer Verunreinigung zu fürchten, er konnte Zeitschriften lesen, die auch andere angefasst hatten, und er verbrachte deutlich weniger Zeit mit Händewaschen. Diese Besserung war ohne die Einnahme von Medikamenten eingetreten. Herr N erklärte, er sei im Krankenhaus „viel weniger nervös“, als er erwartet hatte. Als er der Frage nachging, wie sich seine Angst durch das Krankenhausumfeld verringert haben könnte, wurde deutlich, dass ihm seine sexuellen Wünsche in Bezug auf seine Mutter immer größere Sorgen bereitet hatten. Er erklärte, „es sei etwas Sexuelles daran“, wenn seine Mutter ihm beim Anziehen half. Dadurch, dass er den emotionsgeladenen Haushalt verlassen hatte, waren seine sexuellen Wünsche in Bezug auf seine Mutter viel weniger problematisch für ihn. Ebenso beunruhigten ihn seine aggressiven Wünsche, seinen Vater aus seinem Leben herauszuhalten, weniger. Da sich seine Angst wegen sexueller und aggressiver Wünsche verringert hatte, brauchte er seine obsessiv-zwanghaften Symptome nicht in dem Maße wie zuvor, um seine Angst abzureagieren.

In welchem Maße Herrn Ns obsessiv-zwanghafte Symptome auch biologisch bestimmt gewesen sein mögen, sie zeigten auch seinen symbolischen Wunsch, seine Mutter seinem Vater abzugewinnen, was die Erinnerungen aus seiner frühen Kindheit eindringlich verdeutlichen. Seine Zwangsrituale dienten als Abwehr gegen sein sexuelles Verlangen nach seiner Mutter; Händewaschen und verschiedene andere Handlungen nahmen all seine Zeit in Anspruch. Zugleich aber führten diese symptomatischen Rituale dazu, dass er von seiner Mutter angekleidet wurde und ihre gesamte Aufmerksamkeit genoss, solange sein Vater nicht zu Hause war. Somit enthielt der unbewusst gemachte Kompromiss sowohl den direkten Ausdruck eines tiefer liegenden Wunsches als auch einen Abwehrmechanismus gegen diesen Wunsch. Die Einnahme von Medikamenten oder eine andere Behandlung hätte seinen Triumph über seinen Vater gefährdet, da er seine Mutter dadurch nicht mehr gebraucht hätte. Andererseits löste dieser ödipale Sieg enorme Angst und Schuldgefühle aus, die ihn veranlassten, vermehrt in Ritualen und Zwangsvorstellungen Zuflucht zu suchen. Als er aus der Dreiecksbeziehung, die er zu Hause mit seinen Eltern aufgebaut hatte,

herausgenommen wurde, brauchte Herr N seine obsessiv-zwanghaften Symptome in viel geringerem Maße, um mit der Angst fertig zu werden, und zeigte eine bemerkenswerte Besserung.

Obwohl eine formale dynamische Psychotherapie nicht Teil von Herrn Ns Behandlung war, war der Umstand, dass der Psychiater den allgemeinen Widerstand seines Patienten gegen eine Behandlung dynamisch anging, entscheidend dafür, dass er Herrn N helfen konnte, sich mit seiner Weigerung, Medikamente einzunehmen, auseinanderzusetzen und sich auf andere Weise auf eine Behandlung einzulassen. Sein Versprecher machte ihm bewusst, dass jede Besserung seiner Symptome dazu führen könnte, dass er seine privilegierte Stellung bei seiner Mutter verlieren würde.

Herrn Ns Fall zeigt auch ein Problem auf, das in den Familien von Patienten mit einer OCD häufig ist. In einer Studie mit 34 Eltern oder Ehepartnern von OCD-Patienten wurde untersucht, in welchem Maße die Angehörigen dem Patienten entgegenkommen, indem sie aktiv an Ritualen teilnehmen oder ihren Tagesablauf wesentlich ändern (Calvocoressi et al. 1995). 88,2 % dieser Angehörigen berichteten, sie kämen dem Patienten auf die eine oder andere Weise entgegen. Diese Form der Anpassung korreliert eindeutig mit Stress in der Familie, einer ablehnenden Haltung gegenüber dem Patienten und einem niedrigen Funktionsniveau der Familie. Bei diesem Entgegenkommen handelt es sich häufig um Bemühungen, die Angst des Patienten zu mindern oder seine Äußerungen von Wut zu kontrollieren. Viele Angehörige berichteten, sie fühlten sich von dem Patienten genötigt, Dinge zu tun, um seinen Zwangsvorstellungen oder Zwangshandlungen entgegenzukommen. Dieses Muster der Bezogenheit wird verinnerlicht und häufig wiederholt, wenn die Patienten in eine Tagesklinik oder ins Krankenhaus aufgenommen werden. Bei manchen Patienten mit einer OCD wird das Bestehen darauf, dass sich alle – ohne Ausnahme – nach ihrer Krankheit richten müssen, von einer typischen Anspruchshaltung begleitet.

Die Symptome der OCD führen bei den Patienten häufig zu enormen Beziehungsproblemen, und die Diagnose OCD geht mit einem hohen Scheidungs- oder Trennungsrisiko einher (Zetin und Kramer 1992). Deshalb kann eine psychodynamische Therapie die einzige Modalität sein, um die in Relation zu den Symptomen sekundären Beziehungsprobleme anzusprechen. Einige Kliniker (Leib 2001; Meares 2001) haben beobachtet, wie der Umstand, dass die Patienten mit Ritualen und Zwangsgedanken beschäftigt sind, zu einem extrem eingeschränkten und idiosynkratischen Dasein führen kann, das eine problematische Entwicklung des Selbst und maladaptive Objektbeziehungen zur Folge hat. Gegebenenfalls ist eine psychoanalytische Therapie erforderlich, um den Patienten zu helfen, ein Selbst außerhalb der Erfahrungen der Rituale und Zwangsgedanken zu finden und ein stärkeres Bewusstsein für die Mentalisierung des inneren Lebens anderer Menschen zu entwickeln oder ihre diesbezüglichen Fähigkeiten zu verbessern. Leib (2001) hat einen neuen Ansatz



für die Kombination von Expositionstechniken und Pharmakotherapie mit Psychoanalyse bei einer Frau mit einer OCD beschrieben. Der integrierte Behandlungsansatz erwies sich als die umfassendste Strategie für die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Problemen der Patientin.

Nützlich ist es auch, wenn der psychodynamische Kliniker bei der Behandlung der OCD die Auslöser ermitteln kann, die die Symptome hervorrufen oder verschlimmern. Dadurch, dass er den Patienten und ihren Familien hilft, die Art dieser Stressfaktoren zu verstehen, können die Symptome besser gehandhabt werden.

## Posttraumatische Belastungsstörung

---

In den letzten Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts wurde das Vorkommen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) in der Gesamtbevölkerung in deutlich höherem Maße anerkannt. Die Prävalenz im Laufe des Lebens wird auf etwa 7,8 % geschätzt (Kessler et al. 1995). Mehr als ein Drittel der Menschen mit einer PTSD-Indexepisode erholt sich selbst über viele Jahre nicht. Bei einer Umfrage mit 2 181 Menschen aus der Region Detroit wurde ein bedingtes Risiko von 9,2 % für eine PTSD nach einem Trauma ermittelt (Breslau et al. 1998). Außerdem war das von Menschen mit einer PTSD am häufigsten genannte auslösende Ereignis der plötzliche, unerwartete Tod eines geliebten Menschen, was darauf hindeutet, dass die Schwerpunktlegung auf Vergewaltigung, Gewalt und Kriegserfahrung nur einem Teil der Menschen mit einer PTSD gerecht wird. Wer an einer PTSD leidet, hat mit großer Wahrscheinlichkeit 20 Jahre lang aktive Symptome und eine signifikant eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Davidson 2001). Die Erkrankung bleibt bei der primären Versorgung wegen der Somatisierung häufig unerkannt, während bis zu 11,8 % der Patienten in der primären Versorgung die Kriterien für eine vollständige oder teilweise PTSD erfüllen (Stein et al. 2000).

Traumaopfer wechseln zwischen der Verleugnung des Ereignisses und seiner zwanghaften Wiederholung durch Flashbacks oder Alpträume. Dadurch versucht das Gehirn, überwältigende Reize zu verarbeiten und einzuordnen. Horowitz (1976) identifizierte acht häufige psychologische Erscheinungen, die nach schweren Traumata auftreten: 1. Trauer oder Traurigkeit, 2. Schuldgefühle wegen Wut oder zerstörerischer Impulse, 3. Angst davor, zerstörerisch zu werden, 4. Schuldgefühle, weil man überlebt hat, 5. Angst davor, sich mit den Opfern zu identifizieren, 6. Scham darüber, dass man sich hilflos und leer fühlt, 7. Angst davor, dass man das Trauma wiederholen wird und 8. starke Wut gegenüber der Ursache des Traumas.

Man dachte einst, die Schwere der posttraumatischen Symptome sei proportional zu der Schwere des Stressfaktors, empirische Studien haben

jedoch etwas anderes ergeben. Laut einer prospektiven Studie mit 51 Patienten, die Brandverletzungen erlitten hatten (Perry et al. 1992), ist eine PTSD bei kleineren Verbrennungen, vermeintlich geringer emotionaler Unterstützung und größerem emotionalem Leid zu erwarten. Die Erkenntnisse aus dieser Studie stehen im Einklang mit der Ansicht, die sich zunehmender Zustimmung erfreut, dass die PTSD wohl eher von subjektiven Faktoren als von der Schwere des Stressfaktors abhängt. Es hat sich gezeigt, dass sich die spätere Entstehung einer PTSD bei Unfallopfern anhand der subjektiven Bewertung der Schwere des Traumas und somit seiner Bedeutung für den Betroffenen sehr gut vorhersagen lässt (Malt und Olafsen 1992; Schnyder et al. 2001). Deshalb sprach sich die Mehrzahl der Mitglieder des Beratungskomitees des DSM IV für eine Änderung des Stressfaktorkriteriums aus, durch die das Gewicht auf die subjektive Reaktion des Betroffenen auf das Ereignis gelegt würde (Kilpatrick und Resnick 1993).

Bei der Beurteilung von Auslösern in der Umgebung muss sowohl die Bedeutung, die der Patient dem Ereignis zuschreibt, als auch seine spezifische psychologische Anfälligkeit einer sorgfältigen psychodynamischen Bewertung unterzogen werden (Ursano 1987; West und Coburn 1984). In einer Studie (Breslau et al. 1991) wurde festgestellt, dass das Risiko der Entstehung einer PTSD mit einer frühen Trennung von den Eltern, Neurotizismus, einer familiären Vorgeschichte von Angst und einer bereits bestehenden Angst oder Depression in Verbindung gebracht werden kann. Die Verfasser kamen zu dem Schluss, dass für das Auftreten der Symptome eine persönliche Veranlagung erforderlich ist. Zu diesen Aspekten der subjektiven Wahrnehmung, die weithin dokumentiert sind, gehören das Erleben extremer Angst, die Zuschreibung von persönlicher Hilflosigkeit, die Wahrnehmung einer Lebensbedrohung und die Wahrnehmung möglicher physischer Gewalt (March 1993).

Bei den meisten Menschen entsteht keine PTSD, wenn sie ein furchtbares Trauma erleben. Bei Menschen, die vor dem Trauma gesund waren, ist sie sogar ziemlich selten (Schnyder et al. 2001). Außerdem können Ereignisse von einer scheinbar geringen Schwere bei bestimmten Menschen wegen der subjektiven Bedeutung, die sie ihnen zuschreiben, eine PTSD auslösen. Aktuelle Umstände können alte Traumata neu beleben. Davidson und Foa (1993) zufolge können folgende Anfälligkeitsfaktoren einen Einfluss darauf haben, ob eine PTSD entsteht oder nicht: 1. genetisch-konstitutionelle Anfälligkeit für psychiatrische Erkrankungen; 2. ungünstige oder traumatische Erlebnisse in der Kindheit; 3. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie solche, die bei dissozialen, dependenten, paranoiden und Borderline-Patienten vorkommen); 4. kürzlich erfolgte Belastungen oder Veränderungen im Leben des Betroffenen; 5. ein schädliches oder inadäquates Unterstützungssystem; 6. kürzlich erfolgter übermäßiger Alkoholkonsum und 7. der Eindruck, Kontrolle sei extern und nicht intern angesiedelt. Eine Studie mit 105 Vietnamveteranen deutet außerdem darauf hin, dass ein niedrigerer Gesamt-IQ ein Risikofaktor für eine

PTSD sein kann (McNally und Shin 1995). Eine größere Schwere der PTSD wurde mit geringerer Intelligenz in Verbindung gebracht, was darauf schließen lässt, dass kognitive Variablen einen Einfluss auf die Fähigkeit zur Bewältigung von Traumata haben können. Peritraumatische Dissoziation kann ebenfalls auf eine größere Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer PTSD hindeuten (Griffin et al. 1997).

Auch wenn dissoziative Abwehrmechanismen aktiviert werden können, um intensive und schmerzliche Affekte aus dem Bewusstsein fernzuhalten, führt die Bedeutung traumatischer Erinnerungen dazu, dass sie in einem Zustand hoher kognitiver Aktivierung erhalten werden. Deshalb können kognitive und affektive Faktoren gegeneinander arbeiten und zu den bei der PTSD so häufigen Schwankungen zwischen Gedächtnisstörungen und Gedächtnisausfällen führen. Obwohl Freud behauptet hat, der Zwang zur Wiederholung sei die Ursache für intensive traumatische Erinnerungen, können wir heute sagen, dass unverarbeitete traumatische Erinnerungen gerade deshalb in kognitiv aktiviertem Zustand bleiben, weil sie *affektiv* durch Abwehrmechanismen wie Dissoziation gehemmt werden. Das unbewusste Überwachungssystem, das traumatische Erinnerungen unter Kontrolle hält, weil sie mit schmerzhaften affektiven Zuständen verbunden werden, geht auch davon aus, dass sie nicht durchgearbeitet werden können.

Menschen, die Traumata erlebt haben, sind häufig nicht in der Lage, Affekte als Signale einzusetzen (Krystal 1968, 1984, 1988). Da jede starke Emotion als Gefahr betrachtet wird, dass das ursprüngliche Trauma wiederkehrt, somatisieren diese Patienten ihre Affekte oder behandeln sie, indem sie verschreibungspflichtige Medikamente missbrauchen. Krystal hat auch beobachtet, dass die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen und sich selbst zu trösten bei Menschen in posttraumatischen Zuständen eingeschränkt sein kann. Sie können sich nicht mehr so weit entspannen und beruhigen, wie es für das natürliche Einschlafen erforderlich ist.

Eine Implikation von Krystals Beobachtungen zur PTSD ist, dass eine explorative Psychotherapie, die dazu dient, das Trauma „erneut zu erleben“, diesen Patienten schaden kann. Diejenigen, die an Alexithymie leiden, erleben nur die physiologischen Erscheinungen der emotionalen Zustände, ohne im psychologischen Bereich Gefühle wahrzunehmen, was zu einer weiteren Verschlechterung ihrer psychosomatischen Erkrankung führt (Sifneos 1973). Diese Überlegungen können zum Teil für die enttäuschenden Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit der Besprechung nach traumatischen Ereignissen sein (van Emmerick et al. 2002). Bei Patienten, die keiner solchen Besprechung unterzogen werden, kann eine größere Besserung eintreten. Bei den meisten Behandlungen werden heute Techniken aus kognitiv-behavioralen Ansätzen eingesetzt, so unter anderem Exposition, Angstbewältigung, kognitive Restrukturierung und Selbstdialog (Foa et al. 1999). Außerdem hat sich in einem in mehreren Zentren durchgeführten placebokontrollierten Versuch

gezeigt, dass Sertralin die Symptome der PTSD sicher und wirksam lindert (Davidson et al. 2001).

Es gibt keine völlig zufriedenstellende Behandlung für die PTSD, mehrere Verfasser (Brom et al. 1989; Gaston 1995; Lindy et al. 1983) haben sich jedoch gründlich mit dem Einsatz einer dynamischen Therapie auseinandergesetzt. Ein massives Trauma zwingt das Ich, primitive Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Minimierung und projektive Verleugnung einzusetzen. Die Wut darüber, dass man viktimisiert wurde, wird häufig auf andere projiziert, was bei manchem traumatisierten Menschen dazu führt, dass sie übermäßig wachsam werden, um sich vor der Aggression zu schützen, die sie bei Menschen in ihrem Umfeld wahrnehmen. Bei anderen dient die Angst als Abwehrmechanismus gegen die noch beunruhigenderen Gefühle der Verletzlichkeit. Manchmal werden Prozesse angestrengt, um mit der Wut fertig zu werden, was auf ein starkes Rachemotiv sowie auf den Wunsch hindeutet, die Gefühle der Hilflosigkeit zu bewältigen, indem man eine gewisse Kompensation für das durch das Trauma ausgelöste Leid erhält. Schuldgefühle können ebenfalls der Abwehr dienen. Vergewaltigungsoffer denken häufig, sie seien selbst für die Vergewaltigung verantwortlich – eine Abwehrhaltung, die den beunruhigenderen Gedanken verschleiern soll, dass sie in einer Welt, in der Gewalt nach dem Zufallsprinzip geschieht, völlig hilflos sind.

In einer streng kontrollierten Studie zur kurzen psychodynamischen Therapie bei Überlebenden von Bränden (Lindy et al. 1983) zeigte sich bei den 30 Teilnehmern, von denen 19 die Kriterien für eine PTSD oder für eine PTSD mit einer komorbiden Depression nach DSM III erfüllten, eine deutliche Besserung. Die Therapie bestand aus 6 bis 12 Sitzungen nach einem festgelegten Protokoll, das dazu ermunterte, sich gefährdeten Situationen auszusetzen.

Die meisten Forscher sind sich darüber einig, dass eine medikamentöse Behandlung als Ergänzung zu einer Psychotherapie am wirksamsten ist (Friedman 1991; Solomon et al. 1992). Die verschiedenen Formen der Psychotherapie können verschiedene Wirkungen haben. Brom et al. (1989) haben Patienten verglichen, die eine dynamische Therapie, eine Hypnotherapie beziehungsweise eine systematische Desensibilisierung erhalten hatten. Bei allen drei Gruppen zeigte sich eine größere Besserung als bei der Kontrollgruppe. Die dynamische Therapie bewirkte einen stärkeren Rückgang der Vermeidungssymptome, jedoch eine geringere Änderung hinsichtlich der Störungssymptome. Bei der Desensibilisierungsgruppe und der Hypnotherapiegruppe war es umgekehrt. Behaviorale Techniken haben sich als wirksam erwiesen, wegen der eingeschränkten Fähigkeit zur Selbsttröstung kann es für PTSD-Patienten jedoch schwer sein, die für diese erforderliche Entspannung zu erreichen (Krystal 1984).

Eine Einzelpsychotherapie bei einer PTSD muss sehr stark auf den Betroffenen abgestimmt sein. Bestimmte Patienten werden von der Rekonstruktion des Traumas überwältigt und reagieren mit einer klinischen

Verschlechterung. Die Einbeziehung abgespaltener traumatischer Erfahrungen muss je nach der Fähigkeit des einzelnen Patienten zu einer solchen Integration erfolgen. Der Therapeut muss gegebenenfalls projizierte Aspekte des traumatisierten Selbst aufnehmen, bis der Patient so weit ist, sie zu reintegrieren (Peebles 1989). Der Kliniker muss sich dessen bewusst sein, dass bei einer PTSD auch Selbstmordversuche und Selbstmordgedanken vorkommen. In einer Studie über Vietnamveteranen mit einer PTSD stellten Hendin und Haas (1991) fest, dass die Schuldgefühle bezüglich der Kampfhandlungen am besten geeignet waren, um vorherzusagen, ob ein Selbstmordwunsch bestand. Viele dieser Patienten meinten, sie verdienten es, bestraft zu werden, weil sie zu Mördern gemacht worden waren.

Wegen dieser Überlegungen muss die dynamische Psychotherapie von PTSD-Patienten eine ausgewogene Mischung aus einer beobachtenden, distanzierten Haltung, die es dem Patienten ermöglicht, belastende Informationen für sich zu behalten, und einer vorsichtigen Ermutigung sein, die dem Patienten hilft, das Trauma vollständig zu rekonstruieren. Die Integration der Erinnerung an das Trauma in das kontinuierliche Selbstempfinden des Patienten ist möglicherweise kein realistisches Ziel, da er nicht zu einem Tempo gezwungen werden darf, das ihn überwältigt und desorganisierend wirkt. Der Aufbau eines soliden therapeutischen Bündnisses, das dem Patienten Sicherheit gibt, ist entscheidend für den Erfolg der Therapie. Das Zustandekommen eines solchen Bündnisses kann durch die Belehrung über häufige Reaktionen auf Traumata erleichtert werden.

Lindy (1996) hat vier Arten von Übertragungen identifiziert, die bei PTSD-Patienten häufig vorkommen: 1. die Übertragung von Figuren, die mit dem traumatischen Ereignis zu tun haben, auf den Therapeuten, 2. die Übertragung bestimmter verleugneter Erinnerungen an das traumatische Ereignis auf die Behandlungssituation, 3. die Übertragung intrapsychischer Funktionen des Patienten, die durch das Trauma entstellt wurden, auf den Therapeuten (in der Hoffnung, dass eine gesündere Funktionsweise wiederhergestellt wird) und 4. die Übertragung einer allmächtigen und weisen Rolle auf den Therapeuten, in der dieser dem Patienten helfen kann, zu begreifen, was geschehen ist, und das Gefühl einer persönlichen Bedeutsamkeit wiederherzustellen.

All diese Übertragungen lösen natürlich entsprechende Gegenübertragungen aus. Der Therapeut, der entschlossen ist, den Patienten von dem furchtbaren Trauma zu befreien, das er erlebt hat, entwickelt gegebenenfalls Allmachtsfantasien. Oder er fühlt sich überwältigt, ist wütend und fühlt sich hilflos angesichts der vermeintlichen Weigerung des Patienten, sich von dem Trauma zu lösen. Wenn der Patient besonders hartnäckig an den Erinnerungen an das Trauma festhält, kann der Therapeut in Gleichgültigkeit und Hoffnungslosigkeit verfallen.

In den meisten Fällen sollten bei der Psychotherapie dieser Patienten bescheidene Ziele gesetzt werden – es kann schon zu ehrgeizig sein, eine Heilung

oder die vollständige Beseitigung der Symptome anzustreben. Realistischer ist es, eine weitere Verschlimmerung zu verhindern, die adäquaten Funktionen zu stärken und die persönliche Integrität des Patienten wiederherzustellen (Lindy et al. 1984). Anlass zu einem gewissen Optimismus gibt die Erkenntnis, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle einer akuten PTSD nach einer Vergewaltigung nach 3 Monaten eine Remission erfolgt (Davidson und Foa 1993) und die Patienten gegebenenfalls lediglich Unterstützung benötigen.

## Akute Belastungsreaktion

---

Die Kriterien bezüglich der Stressfaktoren bei einer akuten Belastungsreaktion sind dieselben wie bei einer PTSD: Der Betreffende muss etwas erlebt haben, das mit einer Bedrohung oder Tod oder einer ernsthaften Verletzung zu tun hat, und muss darauf mit starken Gefühlen der Hilflosigkeit, des Schreckens oder der Angst reagiert haben. Die durch den Stressfaktor ausgelösten Symptome müssen jedoch innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten sein sowie mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen gedauert haben. Mit anderen Worten, diese Kategorie umfasst Syndrome, die einer PTSD ähnlich sind, gegebenenfalls früher auftreten als eine PTSD, eine kürzere Dauer haben oder Vorstufen einer typischen PTSD sind. Laut einer Studie über Katastrophenhelfer (Fullerton et al. 2004) zufolge entwickelten 42 % der Menschen mit einer akuten Belastungsreaktion eine PTSD.

Zusätzlich zu den Kriterien bezüglich der PTSD-Symptome (wie das erneute Erleben des Ereignisses, die Vermeidung von Reizen, die Erinnerungen an das Trauma auslösen, und übermäßige Erregung) müssen für die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome vorliegen: Amnesie in Bezug auf wichtige Aspekte des Traumas, Depersonalisierung, Derealisation, verminderte Wahrnehmung des Umfeldes oder ein subjektives Gefühl der Distanz, der Betäubtheit oder der emotionalen Reaktivität. Die Behandlung bei dieser Erkrankung ist im Wesentlichen dieselbe wie bei anderen Formen der dissoziativen Störung, die in Kapitel 10 unter „Allgemeine Überlegungen“ besprochen werden.

## Generalisierte Angststörung

---

Die Kriterien des DSM IV TR für die generalisierte Angststörung (GAD) sollen der Abgrenzung dieser Störung von der normalen Besorgnis dienen. Die Angst muss übermäßig, schwer zu kontrollieren und so häufig sein, dass es über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten mehr Tage gibt, an denen sie auftritt, als

solche, an denen sie nicht vorhanden ist. Außerdem muss sie einen klinisch signifikanten Leidensdruck verursachen oder das Funktionieren im beruflichen, im sozialen oder in anderen Bereichen beeinträchtigen. Für die Diagnose darf sich der Schwerpunkt der Angst nicht auf die Merkmale anderer Störungen der Achse I wie Angst vor einer Panikattacke, vor Verunreinigung, vor einer öffentlichen Bloßstellung und so weiter beschränken. Die Angst muss so beherrschend sein, dass die Aufmerksamkeit des Patienten einer Reihe von Aktivitäten oder Ereignissen gilt, vor denen er Angst hat. Die Lebensqualität von GAD-Patienten wird durch ihre ständige Sorge um ihre Zukunft, ihre aktuellen Lebensumstände, ihre finanzielle Situation, wegen der Möglichkeit, ihren Angehörigen könnte etwas zustoßen, und in Bezug auf diverse andere Aspekte des Lebens wesentlich beeinträchtigt. Sie empfinden gegebenenfalls eine physische Anspannung und leichte Symptome einer sympathischen Entladung, die jedoch nicht annähernd dem Niveau bei der Panikstörung entsprechen.

Die GAD ist auch weiterhin umstritten. Sie ist die Angststörung mit der höchsten Komorbiditätsrate. Fast 90 % der GAD-Patienten, die an einer in mehreren Zentren durchgeführten Studie (Goisman et al. 1995) teilnahmen, hatten mindestens eine andere Angststörung. Auf jeden Fall haben es Kliniker gewöhnlich mit chronisch besorgten Patienten zu tun, und da diese wegen ihrer alles beherrschenden Angst nur schwer arbeiten können, kann eine Behandlung für sie außerordentlich wichtig sein.

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit behavioraler Techniken, der Pharmakotherapie und sogar der kurzen dynamischen Psychotherapie bei Angstpatienten. Ob die Patienten jedes Mal Medikamente nehmen sollten, wenn sie Angst haben, sollte der Psychiater sorgfältig abwägen. Physiologische Komponenten der Angst können durch Medikamente beseitigt werden, ohne dass die kognitiven Aspekte angesprochen werden, die somit bestehen bleiben. Hier ein Auszug aus einem Fall zur Illustration.

Frau O war eine 23 jährige Studentin, die die Sprechstunde wegen wiederkehrender Episoden starker Angst aufsuchte. Etwa dreimal pro Monat überkam sie die Angst vor dem Tod, während sie im Bett lag. Sie grübelte dann wie folgt: „Ich bin jetzt 23; in nur 7 Jahren bin ich 30. Und dann werde ich bald 40, und meine Kinder werden erwachsen sein. Dann werde ich Großmutter und gehe in Rente, und dann sterbe ich.“ Dann machte sie sich Sorgen darüber, dass ihre Eltern, die beide lebten und wohlaufliefen, bald sterben könnten. Diese Gedanken eskalierten immer weiter, bis ihr Herz raste, sodass sie nicht einschlafen konnte.

Nach der diagnostischen Beurteilung besprach der Therapeut mehrere mögliche Maßnahmen mit ihr: die Verschreibung eines angsthemmenden Medikaments, die psychotherapeutische Untersuchung der Ursachen ihrer Angst und eine Kombination der beiden. Sie erklärte spitz, sie wolle keine Medikamente nehmen. „Wie kann eine Pille meine Angst vertreiben?“, fragte sie. Sie erklärte, sie wolle die Ursachen ihrer Angst verstehen, um sie bewältigen zu können.



Sie begann eine Psychotherapie, die zu einer zunehmenden ideellen Bewältigung des beunruhigenden Affekts führte. Der Therapeut gab Frau O zu verstehen, dass er nachempfinden könne, dass sie den Tod als beängstigend empfindet, merkte aber auch an, dass Sorgen im Zusammenhang mit dem Leben zur Angst vor dem Tod beitragen können. Er fragte sie, was in ihrem Leben eventuell zu ihrer Angst beitragen könnte. Sie erwiderte sofort, das habe nichts damit zu tun, dass ihr Mann in Übersee stationiert ist. Ihre Augen füllten sich mit Tränen, und der Therapeut reichte ihr eine Box mit Taschentüchern.

Frau O ignorierte die Taschentücher und sprach darüber, dass junge Menschen an AIDS und Krebs starben. Der Therapeut fragte sie, weshalb sie kein Taschentuch genommen habe, als er ihr die Box gereicht hatte. Sie sagte, sie habe gedacht, es wäre ein Zeichen von Schwäche gewesen. Der Therapeut fragte sie, ob es ihr schon immer schwergefallen sei, zuzugeben, dass sie die Hilfe anderer brauchte. Sie erwiderte, ihr Leben lang hätten andere ihr über ihre Probleme berichtet, und sie habe niemals zugeben können, dass sie Probleme hatte und die Hilfe anderer Menschen brauchte. Der Therapeut meinte, vielleicht müsse sie den Schein der Unabhängigkeit wahren, um ihre Bedürftigkeit zu leugnen. Sie gab bereitwillig zu, dass sie das Gefühl der Schwäche fürchtete, das mit der Verletzlichkeit und der Bedürftigkeit einhergeht. Der Therapeut erklärte ihr, der Tod sei die Situation der ultimativen Verletzlichkeit und Bedürftigkeit. Darauf erwiderte sie, das Schlimmste am Tod sei ihrer Meinung nach, wenn man dabei alleine wäre.

Als Frau O weiter nach den Ursachen ihrer Angst forschte, stellte sich heraus, dass sie schon immer beträchtliche Schwierigkeiten gehabt hatte, ihre Wut auszudrücken. Sie befürchtete, ihre Wut würde explosionsartig hervorbrechen und somit andere Menschen vertreiben. Die nächtliche Angst überkam sie oft, nachdem sie sich Filme mit Gewaltszenen angesehen hatte. Sie sagte, es störe sie, dass andere ihre Wut so gewaltsam und unumwunden zum Ausdruck brachten, während sie sich solche Mühe gab, ihre Wut zu kontrollieren. Im weiteren Verlauf der Psychotherapie stellte sich heraus, dass sie große Wut gegenüber ihrem Vater empfand, die sie niemals hatte ausdrücken können. Unbewusst hatte sie Angst, ihre Wut könne so explosionsartig hervorbrechen, dass sie ihn zerstören würde.

Nach 2 Monaten Psychotherapie verschwanden die Episoden starker Angst. Frau O hatte immer noch eine gewisse Angst vor dem Tod, aber sie hatte eine größere Kontrolle über ihre Ängste erlangt, nachdem sie verstanden hatte, dass diesen Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen ihrer Wut und ihrer Angst vor dem Verlassen und Alleinsein zugrunde lagen. Mit anderen Worten, eine erweiterte ideelle Bewältigung des Affekts hatte dazu geführt, dass sie ihre Symptome kontrollieren konnte.

Der Fall von Frau O bestätigt den bewährten Grundsatz, dass die Behandlung in der klinischen Psychiatrie an den Patienten angepasst werden muss. Im Gegensatz zu dem, was einige Drittfinanzierer vertreten, ist die angemessenste Behandlung für einen Patienten nicht unbedingt die kosteneffektivste. Manche Kliniker würden vielleicht sagen, ein angsthemmendes Medikament hätte das Symptom der Patienten schneller

und billiger beseitigt, Frau O. aber wollte etwas anderes als die Linderung ihres Symptoms. Wie Barber und Luborsky (1991) betont haben, erfordern unterschiedliche Angststörungsdiagnosen unter unterschiedlichen Umständen und bei verschiedenen Patienten jeweils eine andere Behandlung. Eine psychodynamische Psychotherapie kann für einen Patienten geeignet sein, der eine psychologische Einstellung hat, motiviert ist, die Hintergründe seiner Symptome zu verstehen, und bereit ist, die Zeit, das Geld und die eigenen Bemühungen für den Therapieprozess aufzuwenden. Frau O. hatte nicht um ein Medikament gebeten und hätte es wahrscheinlich auch nicht genommen, wenn man es ihr verschrieben hätte.

Die Gabe von Medikamenten kann manchmal eine entscheidende kurzfristige Ergänzung psychotherapeutischer Maßnahmen bei einer GAD sein. Man darf sie den Patienten jedoch nicht als endgültiges Mittel gegen Angst verkaufen. Die Patienten müssen im Laufe der Psychotherapie lernen, Angst als bedeutsames Signal zu akzeptieren. Menschen mit einer akzeptablen Ich-Stärke gelangen zu der Erkenntnis, dass Angst ein Fenster ins Unbewusste ist.

Die Behandlung der Angst muss mit einer umsichtigen und gründlichen psychodynamischen Beurteilung beginnen, bei der die Angst als durch viele Faktoren bestimmte „Spitze des Eisbergs“ verstanden wird. Der Kliniker muss die Art der zugrunde liegenden Befürchtungen des Patienten feststellen (siehe Tabelle 9 1). Außerdem muss er ermitteln, welche Rolle die Angst in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten spielt. Inwieweit kann das Ich Angst tolerieren und die Ermittlung ihrer Ursachen ertragen? Lösen vielleicht bestimmte Konstellationen innerer Objektbeziehungen die Angst aus? Ist die Angst mit Befürchtungen bezüglich der Auflösung des Selbst verbunden? Welche psychodynamische Maßnahme geeignet ist, hängt zum Teil von der klinischen Situation und den Erwartungen des Patienten ab. Manche Patienten sprechen schnell und gut auf kurze pädagogische und aufklärende Ausführungen an und brauchen danach keine weitere Behandlung mehr. Bei anderen, die stark fokussierte Symptome und beachtliche Ich-Stärken haben, kann eine kurze dynamische Therapie zu einer Besserung führen. Neurotische Patienten mit weniger klar umrissenen Beschwerden und dem Bestreben, eine grundlegende Änderung ihrer Persönlichkeit zu erreichen, benötigen gegebenenfalls eine Psychoanalyse. Und Patienten mit einer schweren Charakterpathologie, die über Angst klagen, können erst nach einer langfristigen expressiv-supportiven Psychotherapie mit der Besserung ihrer Symptome rechnen.

Wenn er bei GAD-Patienten eine Psychotherapie vornimmt, muss der Therapeut Verständnis dafür aufbringen, dass sich der Patient auf somatische Symptome und andere scheinbar oberflächliche Probleme konzentriert. Laut einer Arbeitshypothese bezüglich der Abwehrfunktion lenkt die Schwerpunktlegung auf diese Probleme den Patienten von den beunruhigenden Sorgen ab, die ihnen zugrunde liegen. Dieses typische

Abwehrmuster des Vermeidens kann sowohl mit einer unsicheren, konfliktreichen Bindung in der Kindheit als auch mit frühen Traumata zusammenhängen (Crits Christoph et al. 1995). Nachdem er sich die Sorgen des Patienten mit Empathie angehört hat, kann der Therapeut beginnen, nach Familienbeziehungen, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten und der beruflichen Situation des Patienten zu fragen. Er kann Verbindungen zwischen den verschiedenen Bereichen herstellen, die dem Patienten Sorge bereiten, wodurch sich nach und nach die Hauptkonflikte in Beziehungen abzeichnen. Wie bei jeder dynamischen Therapie können einige der wichtigsten Belege solcher Muster in der Übertragungsbeziehung zutage treten. Wenn die Ursachen der Angst mit wiederkehrenden Konflikten in Verbindung gebracht werden, erkennt der Patient, dass er seine Angst bewältigen kann, indem er seine unbewusste Erwartung, in Beziehungen oder im Beruf zu versagen, versteht. Ein positives Resultat kann auch darin bestehen, dass er lernt, die Angst als Signal für einen wiederkehrenden Konflikt zu verstehen, was zu Introspektion und zu einem tieferen Verständnis führt.

## Literaturhinweise

---

- Abend, S. M.: Psychoanalytic psychotherapy, in: Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relief in Anxiety Disorders. Edited by Lindemann, D. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989, S. 395–403.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> Edition. Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Appelbaum, S. A.: The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing the Effects of Psychotherapy. New York, Plenum, 1977.
- Baer, L., Jenike, M. A.: Introduction, in: Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management. Edited by Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E. Littleton, MA, PSG Publishing, 1986, S. 1–9.
- Barber, J. P., Luborsky, L.: A psychodynamic view of simple phobia and prescriptive matching: a commentary. Psychotherapy 28: 469–472, 1991.

- Barlow, D. H., Beck, J. G.: The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions, in: *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Edited by Williams, J. B. W., Spitzer, R. L. New York, Guilford, 1984, S. 29–69.
- Black, A.: The natural history of obsessional neurosis, in: *Obsessional States*. Edited by Beech, H. R. London, Methuen, 1974, S. 19–54.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., et al.: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48: 216–222, 1991.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., et al.: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55: 626–632, 1998.
- Brom, D., Kleber, R. J., Defares, P. B.: Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 57: 607–612, 1989.
- Busch, F. N., Cooper, A. M., Klerman, G. L., et al.: Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry* 11: 316–332, 1991.
- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., et al.: An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 183: 299–303, 1995.
- Buttolph, M. L., Holland, A. D.: Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth, in: *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E. Chicago, IL, Year Book Medical, 1990, S. 89–95.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., et al.: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 152: 441–443, 1995.
- Clark, D. A.: *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York, Guilford, 2004.
- Clomipramine Collaborative Study Group: Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 48: 730–738, 1991.
- Cooper, A. M.: Will neurobiology influence psychoanalysis? *Am J Psychiatry* 142: 1395–1402, 1985.
- Cornfield, R. B., Malen, R. L.: A multidimensional view of the obsessive character. *Compr Psychiatry* 19: 73–78, 1978.
- Crits Christoph, P., Crits Christoph, K., Wolf Palacio, D., et al.: Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder, in: *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Edited by Barber, J. P., Crits Christoph, P. New York, Basic Books, 1995, S. 43–83.
- Davidson, J. R. T.: Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA* 286: 584–587, 2001.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (Hrsg.): Epilogue, in: *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, S. 229–235.

- Davidson, J. R. T., Rothbaum, B. O., van der Kolk, B. A., et al.: Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 485–492, 2001.
- De Masi, F.: The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *Int J Psychoanal* 85: 311–336, 2004.
- Elkins, R., Rapoport, J. L., Lipsky, A.: Obsessive-compulsive disorder of childhood and adolescence: a neurobiological viewpoint. *J Am Acad Child Psychiatry* 19: 511–524, 1980.
- Faravelli, D., Pallanti, S.: Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 146: 622–626, 1989.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A.: Expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 60: 1–76, 1999.
- Freud, S.: Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 20. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1959, S. 75–175.
- Freud, S.: On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description „anxiety neurosis“ (1895), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 3. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1962, S. 85–117.
- Friedman, M. J.: Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 4: 67–91, 1991.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Wang, L.: Acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry* 161: 1370–1376, 2004.
- Gabbard, G. O.: Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin* 56 (suppl. A): A3–A13, 1992.
- Gabbard, G. O., Nemiah, J. C.: Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin* 49: 161–172, 1985.
- Gaston, L.: Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder, in: *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Edited by Barber, J. P., Crits-Christoph, P. New York, Basic Books, 1995, S. 161–192.
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., et al.: Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Compr Psychiatry* 36: 303–311, 1995.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W.: Obsessive-compulsive disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. 2<sup>nd</sup> Edition. Vol. 2. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 1477–1498.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Mechanic, M. B.: Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *Am J Psychiatry* 154: 1081–1088, 1997.
- Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., et al.: Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 297: 400–403, 2002.

- Hendin, H., Hass, A. P.: Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 148: 586–591, 1991.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., et al.: Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 910–917, 1997.
- Hollander, E., Schiffman, E., Cohen, B., et al.: Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47: 27–32, 1990.
- Horowitz, M. J.: *Stress Response Syndromes*. New York, Jason Aronson, 1976.
- Jenike, M. A.: Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 350: 259–264, 2004.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E. (Hrsg.): *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Littleton, MA, PSG Publishing, 1986.
- Jenike, M. A., Breiter, H. C., Baer, L., et al.: Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 53: 625–632, 1996.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N.: Biological bases of childhood shyness. *Science* 240: 167–171, 1988.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B.: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U. S. communities. *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094–1099, 1988.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., et al.: Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 49: 109–116, 1992a.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., et al.: The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry* 49: 273–281, 1992b.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., et al.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048–1060, 1995.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S.: Appendix III: a description of the posttraumatic stress disorder field trial, in: *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. Edited by Davidson, J. R. T., Foa, E. B. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, S. 243–250.
- Krystal, H. (Hrsg.): *Massive Psychic Trauma*. New York, International Universities Press, 1968.
- Krystal, H.: Psychoanalytic views on human emotional damages, in: *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Edited by van der Kolk, B. A. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, S. 1–28.
- Krystal, H.: *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988.
- LeDoux, J.: *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. London, Weidenfeld & Nicolson, 1996.

- Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., et al.: Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 274: 1527–1531, 1996.
- Leib, P. T.: Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study. *Psychoanalytic Inquiry* 21: 222–241, 2001.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., et al.: Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 57: 859–866, 2000.
- Lieberman, J.: Evidence for a biological hypothesis of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology* 11: 14–21, 1984.
- Lindy, J. D.: Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship, in: *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience of Mind, Body, and Society*. Edited by van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. New York, Guilford, 1996, S. 525–536.
- Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M. C., et al.: Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Super Club fire. *Am J Psychother* 37: 593–610, 1983.
- Lindy, J. D., Grace, M. C., Green, B. L.: Building a conceptual bridge between civilian trauma and war trauma: preliminary psychological findings from a clinical sample of Vietnam veterans, in: *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Edited by van der Kolk, B. A. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, S. 43–57.
- Malt, U. F., Olafsen, O. M.: Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults. *Psychiatr Med* 10: 117–134, 1992.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., et al.: Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1106–1113, 1994.
- March, J. S.: What constitutes a stressor? The „criterion A“ issue, in: *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. Edited by Davidson, J. R. T., Foa, E. B. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, S. 37–54.
- McNally, R. J., Shin, L. M.: Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 152: 936–938, 1995.
- Meares, R.: A specific developmental deficit in obsessive-compulsive disorder: the example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry* 21: 289–319, 2001.
- Milrod, B.: Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 46: 673–790, 1998.
- Milrod, B., Shear, M. K.: Psychodynamic treatment of panic: three case histories. *Hosp Community Psychiatry* 42: 311–312, 1991.
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A. M., et al.: *Manual of Panic-Focused*



- Psychodynamic Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., et al.: A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Research* 10: 239–245, 2001.
- Milrod, B., Leon, A. C., Shear, M. K.: Can interpersonal loss precipitate panic disorder? (Brief) *Am J Psychiatry* 161: 758–759, 2004.
- Nemiah, J. C.: A psychoanalytic view of phobias. *Am J Psychoanal* 41: 115–120, 1981.
- Nemiah, J. C.: The psychodynamic view of anxiety, in: *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*. Edited by Pasnau, R. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, S. 115–137.
- Nemiah, J. C.: Psychoneurotic disorders, in: *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi, A. M. Jr. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, S. 234–258.
- Neziroglu, F., Anemone, R., Yaryura Tobias, J. A.: Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 149: 947–950, 1992.
- Peebles, M. J.: Posttraumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment. *Bull Menninger Clin* 53: 274–286, 1989.
- Perry, S., Difede, J., Musngi, G., et al.: Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 149: 931–935, 1992.
- Perse, T.: Obsessive-compulsive disorder: a treatment review. *J Clin Psychiatry* 49: 48–55, 1988.
- Pollard, C. A., Henderson, J. G.: Four types of social phobia in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 176: 440–445, 1988.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., et al.: Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 55: 415–423, 1998.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., et al.: One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 45: 977–986, 1988.
- Reich, J. H.: DSM III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *Am J Psychiatry* 145: 1149–1152, 1988.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., et al.: Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *Am J Psychiatry* 149: 475–481, 1992.
- RoyByrne, P. P., Geraci, M., Uhde, T. W.: Life events of the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143: 1424–1427, 1986.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., et al.: Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 49: 282–288, 1992.
- Schnyder, U., Morgeli, H., Klaghofer, R., et al.: Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry* 158: 594–599, 2001.

- Shear, M. K.: Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *Am J Psychiatry* 153 (suppl.): 125–136, 1996.
- Siegal, R. S., Rosen, I. C.: Character style and anxiety tolerance: a study of intrapsychic change, in: *Research in Psychotherapy*. Vol. 2. Edited by Strupp, H., Luborsky, L. Baltimore, MD, French-Bray Printing Co., 1962, S. 206–217.
- Sifneos, P. E.: *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972.
- Sifneos, P. E.: The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22: 257–262, 1973.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T., Muff, A. M.: Efficacy of treatment of posttraumatic stress disorder: an empirical review. *JAMA* 268: 633–638, 1992.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., et al.: Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 153: 275–277, 1996.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., et al.: Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 22: 261–269, 2000.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., et al.: Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. *Am J Psychiatry* 158: 1220–1226, 2001.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Nathan, R. S.: Biological factors in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Bull* 97: 430–450, 1985.
- Tyrer, P., Seivewright, H., Johnson, T.: The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *J Personal Disord* 17: 129–138, 2003.
- Ursano, R. J.: Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion (commentary). *J Nerv Ment Dis* 175: 273–275, 1987.
- Van Emmerick, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. F., et al.: Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 360: 766–771, 2002.
- Venturello, S., Barzega, G., Maina, G., et al.: Premorbid conditions and precipitating events in early onset panic disorder. *Compr Psychiatry* 43: 28–36, 2002.
- West, L. J., Coburn, K.: Posttraumatic anxiety, in: *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*. Edited by Pasnau, R. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, S. 79–133.
- White, K., Cole, J. O.: Is there a drug treatment for obsessive-compulsive disorder? (Forum) *Harv Ment Health Lett* 5: 8, 1988.
- Wiborg, I. M., Dahl, A. A.: Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 53: 689–694, 1996.

- Wong, P. S.: Anxiety, signal anxiety, and unconscious anticipation: neuroscientific evidence for an unconscious signal function in humans. *J Am Psychoanal Assoc* 47: 817–841, 1999.
- Zetin, M., Kramer, M. A.: Obsessive-compulsive disorder. *Hosp Community Psychiatry* 43: 689–699, 1992.
- Zetzel, E. R.: *The Capacity for Emotional Growth*. New York, International Universities Press, 1970.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G.: Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Arch Gen Psychiatry* 35: 307–316, 1978.



---

## KAPITEL 10

---

# DISSOZIATIVE STÖRUNGEN

Als die dynamische Psychiatrie entstand, waren zwei Männer, Janet und Freud, von der Vielzahl der hysterischen Phänomene überrascht, die sie beobachteten. Um veränderte Bewusstseinszustände wie Amnesie und Fugue zu erklären, postulierte Janet, Erinnerungen an Traumata bestünden als relativ unassimilierte fixe Ideen, die als Herde für die Entstehung solcher Zustände dienen. Er vertrat die Ansicht, Nervenenergien, die die mentalen Funktionen zusammenhalten, könnten sich so weit verringern, dass sich bestimmte Funktionen der zentralen Kontrolle entziehen, und bezeichnete diesen Prozess als *Dissoziation*.

Freud dagegen vertrat die These der Verdrängung, einer aktiven Verbannung bestimmter mentaler Inhalte aus dem Bewusstsein in den Bereich des dynamischen Unbewussten. Obwohl diese inakzeptablen Gefühle außerhalb des Bewusstseins bleiben, sind sie im Unbewussten weiterhin aktiv und können in Form von Symptomen erneut zutage treten. In diesem Punkt schieden sich die Wege von Freud und Janet, da Freud die Ansicht vertrat, hysterische Phänomene resultierten aus aktiven mentalen Prozessen, Janet dagegen der Meinung war, es handle sich um passive mentale Prozesse (Nemiah 1989).

Seit einigen Jahren wird der Dissoziation im Zusammenhang mit dem Interesse an der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und den Reaktionen auf Traumata im Allgemeinen verstärkte Aufmerksamkeit zuteil. Psychoanalytisches Denken konzentrierte sich traditionell auf unbewusste Bedürfnisse, Wünsche und Triebe sowie die Abwehrmechanismen gegen sie. Die intrapsychische Fantasie spielte eine größere Rolle als externe Traumata. Dissoziative Störungen und die PTSD haben dies ausgeglichen, sodass psychodynamische Kliniker der pathogenen Wirkung realer Ereignisse heute eine ebenso große Bedeutung zuschreiben.

Pathologische Formen der Dissoziation werden anhand von Störungen oder Veränderungen der normalerweise integrativen Funktionen des Gedächtnisses, der Identität oder des Bewusstseins identifiziert (Putnam 1991). Das DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) enthält folgende diagnostische Einheiten innerhalb der dissoziativen Störungen: dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung), Depersonalisierungsstörung, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, dissoziative Amnesie und dissoziative Fugue (wobei die letzten beiden vormalig als „psychogene Amnesie“ und „psychogene Fugue“ bezeichnet wurden).

## Allgemeine Überlegungen

---

Vor der ausführlichen Besprechung der einzelnen dissoziativen Störungen muss ich einige allgemeine Überlegungen zum Phänomen der Dissoziation darlegen, die einen Kontext für das Verständnis der einzelnen dissoziativen Störungen schaffen. Der Zusammenhang zwischen der Hypnotisierbarkeit und der Dissoziation ist seit vielen Jahren bekannt, und es ist hinreichend dokumentiert, dass hysterische Patienten mit dissoziativen Symptomen zugleich sehr gut zu hypnotisieren sind (Bliss 1980; Spiegel 1984; Spiegel und Fink 1979; Steingard und Frankel 1985). Gegenwärtig gibt es jedoch widersprüchliche Ansichten über die konzeptuelle Beziehung zwischen Hypnose und Dissoziation (Bremner und Marmar 1998). Frankel (1990) vertrat die Meinung, Dissoziation und Hypnotisierbarkeit seien eng verwandte, aber verschiedene Phänomene, die bei Gruppen, bei denen beide stark ausgeprägt sind, schwer zu unterscheiden seien. Viele Symptome, die für dissoziative Störungen typisch sind, können bei bestimmten, leicht hypnotisierbaren Probanden durch Hypnose hervorgerufen werden (Putnam 1991). Manche Fachleute betrachten das Konzept der hypnotischen Trance als Metapher für dissoziative Zustände, Spiegel (1990) aber hat die Hypnose als „in einer strukturierten Situation hervorgerufene kontrollierte Dissoziation“ definiert (S. 247). Der Hypnose und den Zuständen schwerer Dissoziation ist das vollständige Vertieftsein in bestimmte Aspekte der Erfahrung gemein, das mit dem völligen Vergessen anderer Aspekte einhergeht.

Im Wesentlichen ist Dissoziation das Misslingen der Integration der Aspekte der Wahrnehmung, der Erinnerung, der Identität und des Bewusstseins. Kleinere Dissoziationen wie die „Autobahntrance“, vorübergehende Gefühle von Fremdheit oder „Weggetretensein“ kommen in der Gesamtbevölkerung häufig vor. Eine Vielzahl empirischer Belege lässt darauf schließen, dass Dissoziation insbesondere als Abwehrmechanismus gegen Traumata vorkommt. Besonders häufig sind dissoziative Symptome infolge von Feuerstürmen (Koopman et al. 1994), Erdbeben (Cardena und Spiegel 1993),

Kriegshandlungen (Marmar et al. 1994), Folter (Van Ommeren et al. 2001) und bei Menschen, die Zeugen einer Hinrichtung waren (Freinkel et al. 1994). Die Dissoziation ermöglicht es den Betroffenen, die Illusion der psychologischen Kontrolle aufrechtzuerhalten, wenn sie sich hilflos fühlen und die Kontrolle über ihren Körper verlieren. Dissoziative Abwehrmechanismen dienen zum einen dazu, den Opfern zu helfen, sich einem traumatischen Ereignis zu entziehen, während es abläuft, und zum anderen dazu, das notwendige Durcharbeiten, bei dem das Ereignis in ihr Leben eingeordnet wird, zu verzögern.

Traumata als solche können als plötzliche Unterbrechung der Erfahrung betrachtet werden (Spiegel 1997). Die Dissoziation während eines Traumas führt auch zu einer Unterbrechung der Speicherung von Erinnerungen. Etwa 25 % bis 50 % der Traumaopfer erleben eine Art der Distanzierung von dem Trauma, während andere eine teilweise oder vollständige Amnesie in Bezug auf das Ereignis haben (Spiegel 1991). Diese mentalen Mechanismen ermöglichen es den Opfern, die Erfahrung getrennt zu verwahren, sodass sie für das Bewusstsein nicht mehr zugänglich ist – als hätten sie das Trauma gar nicht erlebt. Es ist nicht bekannt, weshalb manche Menschen dissoziieren und andere nicht. Eine Untersuchung von Soldaten, die an einem Überlebenstraining teilnahmen, deutet darauf hin, dass diejenigen, die über eine frühere Bedrohung ihres Lebens berichtet hatten, infolge des durch das Training verursachten Stresses mit größerer Wahrscheinlichkeit dissoziierten (Morgan et al. 2001). Die Ergebnisse einer anderen Studie (Griffin et al. 1997) lassen darauf schließen, dass physiologische Unterschiede bei der Neigung zur Dissoziation eine Rolle spielen könnten.

Bei Vietnamveteranen durchgeführte Untersuchungen mit der Magnetresonanztomografie (MRI) haben gezeigt, dass der rechte Hippocampus bei denen mit einer PTSD kleiner ist als bei denen ohne diese Störung (Bremner et al. 1995). Auch bei depressiven Frauen, die als Kinder über längere Zeit schwere körperliche Misshandlungen und/oder schweren sexuellen Missbrauch erlitten haben, ist der Hippocampus kleiner als bei Kontrollpersonen (Vythilingam et al. 2002). Der Hippocampus spielt die entscheidende Rolle bei der Speicherung und beim Abrufen von Erinnerungen, worauf manche Forscher die Hypothese gründen, Gedächtnisprobleme im Zusammenhang mit Dissoziation seien auf Schädigungen dieser Region zurückzuführen (Spiegel 1997). Yehuda (1997) meinte, eine erhöhte Reaktivität der Achse vom Hypothalamus über die Hypophyse bis zur Nebennierenrinde führe zu einer erhöhten Aktivität der Glukokortikoidrezeptoren, die eine Atrophie des Hippocampus verursache. Wenn das hohe Maß an Stress, das mit einem traumatischen Ereignis verbunden ist, den Hippocampus effektiv ausschaltet, wird die autobiografische Erinnerung an dieses Ereignis beeinträchtigt (Allen et al. 1999). Eine häufige Abwehrreaktion gegen Traumata ist die dissoziative Distanzierung, die eine Art der Abwehr intensiver Affekte darstellt. Allen et al.



(1999) haben dargelegt, dass eine solche Distanzierung das Bewusstsein des Betroffenen stark einschränkt, sodass die verminderte Erkennung des Kontextes den Prozess der sorgfältigen Encodierung der Erinnerung behindert. Ohne die für die Speicherung erforderliche Reflexion wird die Erinnerung nicht in die Autobiografie integriert. Diese Verfasser meinten auch, bei der dissoziativen Distanzierung könne eine kortikale Unterbrechung vorliegen (Krystal et al. 1995), die höhere kognitive Funktionen wie die Sprache beeinträchtigt. Rauch und Shin (1997) haben mithilfe der Positronenemissionstomografie (PET) festgestellt, dass eine PTSD mit einer Hypoaktivität des Broca-Sprachzentrums einhergeht. Die Kombination einer Schädigung des Hippocampus und der Hypoaktivität im Broca-Sprachzentrum deutet auf eine eingeschränkte Fähigkeit zur lexikalischen Bewältigung von Erinnerungen hin. Somit können dissoziative Phänomene anfangs als Abwehrmechanismen von Nutzen sein, letztendlich jedoch die Fähigkeit des Gehirns zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen einschränken (Spiegel 1997).

Es scheint, als seien jeweils unterschiedliche Muster neuronaler Aktivierung mit den verschiedenen Arten des Gedächtnisses verbunden. Mehrere Verfasser (Brewin 2001; Driessen et al. 2004) haben sich für eine duale Repräsentanz traumatischer Erinnerungen ausgesprochen. Verbal zugängliche Erinnerungen sind unabhängiger von Stichworten und Situationen, während traumatische Erinnerungen unkontrollierbar, unbewusst und von Stichworten abhängig zu sein scheinen. Die letztere Art der Erinnerungen, die mit der Amygdala, dem Thalamus und den primären sensorischen Rindenarealen zusammenhängen, können durch die höheren Hirnregionen wie das Cingulum, die präfrontalen Areale, den Hippocampus und die Sprachbereiche kaum gehemmt werden.

Ob genetische Faktoren einen Einfluss auf die Anfälligkeit für die Dissoziation haben, ist nicht geklärt. Im Rahmen einer Studie mit 177 eineiigen und 152 zweieiigen Zwillingspaaren aus der Gesamtbevölkerung, die freiwillig daran teilnahmen (Jang et al. 1998), bearbeiteten die Probanden zwei Elemente zum Dissoziationsvermögen der Dissociative Experiences Scale (DES), einem aus 28 Items bestehenden Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit anerkannter Reliabilität und Validität (Putnam 1991). Die Ergebnisse zeigten, dass genetische Faktoren für 48 % und 55 % der Varianz bei den Skalen für pathologische beziehungsweise nicht pathologische dissoziative Erfahrungen verantwortlich waren. Bei einer anderen Studie (Waller und Ross 1997) hingegen konnte keine Erblichkeit nachgewiesen werden.

Der Zusammenhang zwischen Dissoziation und Traumata in der Kindheit wurde in einer Reihe von Studien nachgewiesen. Bei einer Untersuchung (Brodsky et al. 1995) berichteten 60 % der 50 % der Probanden, deren DES-Werte auf eine pathologische Dissoziation hindeuteten, über körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit. In einer anderen Studie (Mulder et al. 1998) mit 1 028 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten

Probanden wurde festgestellt, dass 6,3 % drei oder mehr häufig auftretende dissoziative Symptome hatten und diese Probanden als Kinder fünfmal so oft Opfer von körperlicher Misshandlung und doppelt so oft Opfer von sexuellem Missbrauch gewesen waren.

## Dissoziative Störungen

---

### Psychodynamische Auffassung

Verdrängung und Dissoziation sind gleichermaßen Abwehrmechanismen, und bei beiden werden mentale Inhalte aus dem Bewusstsein verbannt. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Art und Weise der Handhabung der mentalen Inhalte. Im Falle der Verdrängung kommt es durch die Verdrängungsbarriere zu einer horizontalen Spaltung, und die Inhalte werden ins dynamische Unbewusste übertragen. Bei der Dissoziation dagegen kommt es zu einer vertikalen Spaltung, sodass die mentalen Inhalte in einer Reihe paralleler Bewusstseine vorhanden sind (Kluft 1991b). Außerdem kommt die Verdrängung gewöhnlich als Reaktion auf verbotene Wünsche wie ödipales Verlangen nach dem Elternteil des anderen Geschlechts und nicht auf äußere Ereignisse zum Einsatz. Das heißt, eine Dissoziation kann durch ein Trauma ausgelöst werden, die Verdrängung hingegen durch stark konfliktbeladene Wünsche (Spiegel 1990). Allerdings kann die Dissoziation, wenn sie einmal aktiviert ist, durch Wünsche und Verlangen reaktiviert werden.

Bei einer Dissoziation müssen in den meisten Fällen unvereinbare Selbstschemen oder Repräsentanzen des Selbst in getrennten Abteilungen des Gedächtnisses gespeichert werden, weil sie im Widerspruch zueinander stehen (Horowitz 1986). Erinnerungen des traumatisierten Selbst müssen dissoziiert werden, weil sie nicht mit dem alltäglichen Selbst in Einklang stehen, das scheinbar die vollständige Kontrolle hat. Der Betreiber eines kleinen Ladens zum Beispiel hatte das Trauma einer analen Vergewaltigung bei einem Raubüberfall auf seinen Laden dissoziiert, weil sein Selbstbild als überwältigter und gedemütigter Mensch, der er in dieser Situation war, genau das Gegenteil von seinem normalen Selbstbild als Manager war, der alle Situationen meistern kann.

Die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue, die dissoziative Identitätsstörung und die akute Belastungsreaktion (die den Angststörungen zugerechnet wird [siehe Kapitel 9]) haben gemeinsame psychodynamische Grundlagen. Bei der dissoziativen Amnesie kommt es zu einer oder mehreren Episoden, in denen sich der Betreffende nicht an ein wichtiges persönliches Trauma erinnern kann. Bei der dissoziativen Fugue kommt es zum plötzlichen, unerwarteten Weggehen von zu Hause, zur Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern, und zur Verwirrung über die eigene Identität. Bei

der dissoziativen Persönlichkeitsstörung (DID), früher als multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet, bestehen zwei oder mehr verschiedene Identitäten oder Persönlichkeitszustände, die jeweils ein relativ beständiges Muster der Wahrnehmung der Umgebung und des Selbst sowie der Bezogenheit zu diesen und die Ansichten über sie. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände müssen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten des Betroffenen übernehmen. Die DID ist auch durch eine Erinnerungslücke in Bezug auf wichtige persönliche Informationen gekennzeichnet, die zu groß ist, um sie mit gewöhnlicher Vergesslichkeit zu erklären.

All diese Störungen werden häufig falsch diagnostiziert. Bei einem typischen Fall von DID vergehen durchschnittlich 7 Jahre in Behandlung, bevor die Diagnose DID gestellt wird (Loewenstein und Ross 1992; Putnam et al. 1986). Die Diagnose zu stellen, ist besonders schwierig, weil 80 % der DID-Patienten nur bestimmte „Fenster der Diagnostizierbarkeit“ haben, in denen ihre Krankheit für den Kliniker klar zu erkennen ist (Kluft 1991b). Die Genauigkeit der Diagnose ist durch die DES, die sich sehr gut für die Identifizierung hochgradig gefährdeter Patienten eignet, verbessert worden. Eine definitive Diagnose erfordert jedoch ein strukturiertes Interview wie beispielsweise das Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (Steinberg et al. 1991).

Die dissoziative Amnesie ist zwar die häufigste dissoziative Störung (Coons 1998), die Stellung der Diagnose wird jedoch oft durch den Umstand erschwert, dass bei fast allen Patienten mit dieser Erkrankung auch andere psychiatrische Diagnosen zutreffen. Außerdem berichten viele Patienten, wenn man sie nicht gezielt danach fragt, nicht über Perioden der Amnesie, was mit der Natur amnesischer Episoden zu erklären ist. Es kann gut sein, dass sie die verlorenen Zeiträume nicht für nennenswert halten oder nicht für wert erachten, dem Kliniker über sie zu berichten, weil jeder Mensch Gedächtnislücken hat.

Allen et al. (1999) haben betont, wie wichtig die Unterscheidung zwischen reversiblen Gedächtnisverlust, wie er mit der DID und der dissoziativen Amnesie einhergeht, und irreversiblen Erinnerungslücken (bei denen autobiografische Erinnerungen nicht encodiert wurden und deshalb nicht abgerufen werden können), wie sie bei der dissoziativen Distanzierung vorkommen, ist. Es besteht die Gefahr, fälschlicherweise eine DID zu diagnostizieren, wenn alle Gedächtnislücken der dissoziativen Amnesie zugeschrieben werden, die wiederherstellbare Erinnerungen bedeutet.

Wenn Fälle von DID in den Medien als Sensation dargestellt werden, wird der Umstand außer Acht gelassen, dass Patienten mit dieser Störung sehr geheimnistuerisch sind und ihre Symptome nach Möglichkeit verbergen. Die getrennten dissoziierten Selbstzustände oder „Alter Egos“ werden vom missbrauchten Kind zunächst als Adaptation eingesetzt, das auf diese Weise versucht, sich von der traumatischen Erfahrung zu distanzieren. Schon bald

erlangen die Alter Egos sekundäre Formen der Autonomie, und der Patient glaubt gegebenenfalls quasi-wahnhaft an ihre Getrenntheit. Die Persönlichkeit des Patienten besteht in Wirklichkeit natürlich aus der Gesamtheit aller Persönlichkeiten, und Putnam (1989) hat klargestellt, dass die Alter Egos völlig unterschiedliche Bewusstseinszustände sind, die anhand eines vorherrschenden Affekts, eines Selbstempfindens und eines Körperbildes, eines eingeschränkten Verhaltensrepertoires und eines Satzes zustandsabhängiger Erinnerungen organisiert sind. Die alte Bezeichnung multiple Persönlichkeitsstörung war irreführend, weil das Hauptproblem bei dieser Störung nicht darin besteht, dass die Betroffenen mehr als eine Persönlichkeit haben, sondern darin, dass sie weniger als eine Persönlichkeit haben (Spiegel und Li 1997).

Die DID wird zu den psychiatrischen Störungen gerechnet, die zumindest teilweise durch Traumata verursacht werden. Obwohl einige Fachleute die Ansicht vertreten, auch genetische Faktoren könnten eine Rolle spielen und der Einfluss von Traumata in der Kindheit sei überbewertet worden, gibt es immer mehr Belege dafür, dass sexueller Missbrauch in der frühen Kindheit der Hauptgrund für eine Reihe psychiatrischer Störungen ist. Frauen, die in einer Zwillingsstudie in Australien (Nelson et al. 2002) über sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichteten, hatten ein deutlich erhöhtes Risiko für eine klassische Depression, Selbstmordgefährdung, Verhaltensstörungen, Alkoholabhängigkeit, Nikotinabhängigkeit, soziale Angst, Vergewaltigung im Alter von mehr als 18 Jahren und Scheidung. Wie andere Studien mit großen Stichproben (Browne und Finkelhor 1986) hat auch diese gezeigt, dass manche Formen des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit wohl eine stärkere pathogene Wirkung haben als andere. Das größte Risiko einer späteren Psychopathologie wird mit den Formen verbunden, bei denen es zum Geschlechtsverkehr kommt. Diese Studie hat gezeigt, dass das Risiko für langfristige negative Folgen, die denen bei sexuell missbrauchten Frauen ähnlich sind, bei Männern größer ist.

Selbst bei Menschen, die das Trauma erst als Heranwachsende erlitten hatten, wurde eine ganze Reihe negativer psychosozialer Folgen nachgewiesen (Silverman et al. 2001). Sowohl körperliche Misshandlung als auch sexueller Missbrauch bei Rendezvous zieht ein höheres Risiko für Drogenmissbrauch, ungesunde Maßnahmen zur Gewichtskontrolle wie die Einnahme von Abführmitteln oder Erbrechen, riskantes Sexualverhalten, Selbstmordgefährdung und Schwangerschaft bei Mädchen im Schulalter nach sich. MacMillan et al. (2001) haben festgestellt, dass in einer Stichprobe von 7 016 Personen aus der Provinz Ontario, die einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung über Missbrauch in der Kindheit ausgefüllt hatten, die Häufigkeit bestimmter psychiatrischer Erkrankungen bei denen größer war, die als Kinder körperlich misshandelt worden waren. Dazu gehörte ein vermehrtes Auftreten von Angststörungen, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie dissozialem Verhalten im Laufe des Lebens. Außerdem war bei Frauen, nicht jedoch bei Männern mit einer solchen Vorgeschichte die Prävalenz der

klassischen Depression sowie des Missbrauchs und der Abhängigkeit von illegalen Drogen höher als bei Frauen ohne eine solche Vorgeschichte.

Die meisten Fachleute vertreten jedoch die Ansicht, dass Traumata allein nicht ausreichen, um eine DID auszulösen. Kluft (1984) erarbeitete eine Vier-Faktor-Theorie ihrer Ätiologie: 1. Die Fähigkeit zur defensiven Dissoziation angesichts des Traumas muss vorhanden sein; 2. überwältigende traumatische Lebenserfahrungen wie körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch übersteigen die adaptiven Fähigkeiten des Kindes und können durch seine üblichen Abwehrhandlungen nicht bewältigt werden; 3. die jeweiligen Formen, die die dissoziativen Abwehrmechanismen während der Herausbildung des Alter Egos annehmen, werden durch prägende Einflüsse und die verfügbaren Substrate bestimmt; 4. ein tröstender oder stärkender Kontakt mit Betreuern oder wichtigen anderen Menschen ist nicht möglich, sodass das Kind eine grundlegende Unzulänglichkeit der Impulsbarrieren erlebt.

Aus dem Vier-Faktor-Modell zur Ätiologie geht eindeutig hervor, dass ein Trauma für die Entstehung einer DID erforderlich, aber nicht ausreichend ist. Auch wenn ich riskiere, etwas Offensichtliches zu formulieren: Nicht bei jedem, der als Kind missbraucht wurde, entsteht eine DID. Die psychodynamische Psychiatrie kann wesentlich zum Verständnis der Faktoren beitragen, die zum voll ausgeprägten Syndrom führen. Die Konzepte des intrapsychischen Konflikts und des Defizits sind, ebenso wie für andere Erkrankungen, auch für die DID von Bedeutung (Marmer 1991). Traumatische Erfahrungen können von einer Reihe von Konflikten wie Schuldgefühlen darüber, gemeinsame Sache mit Missbrauchenden gemacht zu haben, oder Schuldgefühlen wegen durch ein inzestuöses Objekt ausgelöster sexueller Erregung verursacht werden.

Weiterhin kann es bei Menschen, die sehr fantasiebezogen und beeinflussbar sind, auch ohne ein Trauma zur Dissoziation kommen (Brenneis 1996; Target 1998). Somit ist eine Dissoziation an sich kein Beweis für ein in der Kindheit erlittenes Trauma. Eine Möglichkeit besteht darin, dass die Dissoziation eine Vermittlerrolle zwischen einem in der frühen Kindheit erlittenen Trauma und der Entstehung einer schweren psychiatrischen Erkrankung einnimmt. In einer Studie mit 114 Kindern und Heranwachsenden, die Mündel des Staates waren (Kisiel und Lyons 2001), hat sich gezeigt, dass die Dissoziation in einem viel engeren Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch als mit der körperlichen Misshandlung von Kindern steht. Außerdem stellten die Forscher fest, dass die Dissoziation mit mehr Symptomen, häufigerem riskantem Verhalten und weniger guten Funktionen einherging. Mit anderen Worten, es kann sein, dass die Dissoziation von großer Bedeutung ist, dass sie schwere psychiatrische Symptome vorhersagt oder sie vermittelt.

Nash et al. (1993) haben betont, dass anhand von rückblickenden Studien mit Frauen, die über Missbrauch in der Kindheit berichten, kein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen dem Trauma und den psychologischen Symptomen im

Erwachsenenalter hergestellt werden kann. Nach der Analyse von Studien, in denen versucht wurde, die schädlichen Auswirkungen des Missbrauchs zu bestimmen, kamen sie zu dem Schluss, dass die Psychopathologie, die als Kinder sexuell missbrauchte Menschen zeigen, zu einem großen Teil auf ein generell pathogenes familiäres Umfeld zurückzuführen ist. Sie haben jedoch betont, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit auf jeden Fall dazu führt, dass das Kind seinen Körper und sein Selbstempfinden als geschädigt und inadäquat betrachtet. Obwohl Nash und seine Kollegen nicht behauptet hatten, eine sexuelle Viktimisierung ohne Störungen in der Familie sei irrelevant, merkten sie doch an, dass sie „der relativen Bedeutung der Theorien zur Entstehung von Traumata in der Psychopathologie, die isolierten und objektiv definierten Ereignissen eine akute und insbesondere langfristige traumatische Wirkung zuschreiben, ohne die sozialen und kognitiven Mediatoren im Leben derer, die sie erlitten haben, sehr skeptisch gegenüberstehen“ (S. 570).

Die Bindungstheorie kann viel zum tieferen Verständnis der selektiven Wirkung von sexuellem Missbrauch in der Kindheit beitragen. Laut einer Studie mit 92 erwachsenen weiblichen Inzestopfern (Alexander et al. 1998) waren die Art der Bindung und die Schwere des Missbrauchs wesentliche Faktoren für die Vorhersage posttraumatischer Symptome und Belastungen sowie das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen. Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere des Missbrauchs und der Bindung im Erwachsenenalter. In dieser Stichprobe war eine sichere Bindung bei Frauen, die von einer Vaterfigur missbraucht worden waren, häufiger als bei Frauen, die von jemand anderem missbraucht worden waren. Mit der Schwere des Missbrauchs konnten nur die Intrusivität der Gedanken über den Missbrauch und die Vermeidung der Erinnerungen an den Missbrauch, beides klassische Symptome der PTSD, erklärt werden. Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass die spezifische Missbrauchserfahrung und der Beziehungskontext eindeutige langfristige Auswirkungen auf die Funktionen von Inzestopfern haben. Zu den verheerendsten und dauerhaftesten Auswirkungen des Inzests scheinen diejenigen bezüglich der Familie und der Bedeutung, die der Betreffende intimen Beziehungen zuschreibt, zu gehören.

Die Bindung des Kindes wird fast ausschließlich durch seine Beziehung zu seinen Eltern geprägt und ist relativ unabhängig von genetischen Einflüssen (Fonagy 2001; Fonagy et al. 1991a, 1991b). Die mentalen Modelle der Bindung werdender Eltern ermöglichen eine Vorhersage der Bindung zwischen dem Säugling und der Mutter sowie zwischen dem Säugling und dem Vater. Jeder Elternteil verfügt über ein inneres Arbeitsmodell für Beziehungen, das seine Neigung zum Aufbau sicherer – beziehungsweise unsicherer – Bindungen zu seinen Kindern zu bestimmen scheint. Außerdem scheint die Fähigkeit der Mutter, über den mentalen Zustand eines anderen Menschen zu reflektieren, zur Vorhersage der Art der Beziehung zwischen ihr und dem Säugling geeignet zu sein. Eltern, die in der Lage sind, mit Konstrukten wie inneren

Repräsentanzen zu arbeiten, haben mit einer drei- bis viermal größeren Wahrscheinlichkeit Kinder mit einer sicheren Bindung als Eltern mit einer eingeschränkten Fähigkeit zur Reflexion.

Diese Forschungen zum Thema Trauma und Bindung können zum Verständnis einiger der Schwierigkeiten beitragen, die schwer traumatisierte Patienten infolge ihrer verminderten Fähigkeit zur Reflexion über sich selbst und über Beziehungserfahrungen haben. Diese Patienten haben mit der unerträglichen Erwartung zu kämpfen, sich den mentalen Zustand ihrer Peiniger vorzustellen, indem sie Gefühle und Gedanken zur Abwehr abbrechen (Fonagy 1998). Forschungen zur Bindung bestätigen auch Klufts vierten Faktor, indem sie die ermutigende Möglichkeit aufzeigen, dass bei missbrauchten Kindern, die die Fähigkeit zur Mentalisierung entwickeln können oder den repräsentativen Charakter des eigenen Denkens und des Denkens anderer zu verstehen lernen, was häufig mit der Hilfe eines fürsorglichen Erwachsenen geschieht, keine schwere Psychopathologie auftritt.

Selbstzerstörerisches Verhalten bei DID-Patienten schreitet nach einer psychodynamischen Erklärung. Die Reviktimisierung ist ein Verhaltensmuster, das bei DID-Patienten und bei anderen Opfern von Inzest und Missbrauch in der Kindheit gleichermaßen vorkommt (Browne und Finkelhor 1986; van der Kolk 1989). Vergewaltigung, Prostitution und sexuelle Ausbeutung durch Therapeuten sind bei Inzestopfern häufiger als bei anderen Patienten. Dieses Muster der Wiederholung der Viktimisierung weist gewisse Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. Missbrauchte Männer und Jungen neigen dazu, sich mit ihren Aggressoren zu identifizieren und als Erwachsene andere Menschen zu viktimisieren, während missbrauchte Frauen Bindungen zu missbrauchenden Männern eingehen und zulassen, dass sie und ihre Kinder weiter viktimisiert werden (Carmen et al. 1984).

Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen sie von ihren Eltern missbraucht werden, haben häufig keinen tröstenden Menschen, an den sie sich wenden können, um das Trauma zu lindern. Wenn kein solcher Mensch da ist, wenden sich die Opfer an ihre Peiniger (van der Kolk 1989), und dieses Muster der Objektbeziehungen setzt sich im Erwachsenenalter fort, das heißt, sie suchen sich Partner, die das „Spiel“ fortsetzen, das sie als Kind gelernt haben. Missbrauchte Kinder gelangen zu der Überzeugung, ein missbrauchender Elternteil sei besser als gar kein Elternteil. Die Vorhersagbarkeit solcher Beziehungen hilft ihnen, die Gefahr des Verlassenwerdens abzuwenden: Der Teufel, den man kennt, ist oft besser als der, den man nicht kennt. Die Wiederholung traumatischer Beziehungen ist auch ein Beispiel für den Versuch, passiv erfahrene Traumata aktiv zu bewältigen. Die Opfer versuchen, eine größere Kontrolle über das zu erlangen, über das sie als Kinder keinerlei Kontrolle hatten.

Die Dimensionen des sexuellen Missbrauchs hinsichtlich der Generationen sind wohl bekannt (Carmen et al. 1984; Gelinas 1986; van der Kolk 1989). Eltern, die ihre Kinder missbrauchen, sind meist selbst Missbrauchsoffer.



Häufig sind diese Eltern empört darüber, dass ihnen ihre Unschuld in einem so frühen Alter genommen wurde. Gegebenenfalls beneiden sie ihre eigenen Kinder um ihre Unschuld und verderben durch den Missbrauch ihrer eigenen Kinder aus Neid das, was auch ihnen genommen wurde (Grotstein 1992).

Wenn sich DID-Patienten an den sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit erinnern, machen sie häufig sich selbst für das Geschehene verantwortlich. Sie bezeichnen sich häufig als „Schlampe“ oder „Hure“, die verdient hat, was sie bekommen hat. Als Kinder dachten viele von ihnen, sie würden auf diese Weise bestraft, weil sie sich schlecht benommen hatten. Obwohl diese Scham und diese Schuldgefühle bis zu einem gewissen Grad durch eine introjektive Identifizierung mit den „bösen“ Eltern zu erklären sind, kann die Selbstbeschuldigung auch als verzweifelter Versuch betrachtet werden, eine furchtbare Situation zu verstehen. Wenn sie sich eine gewisse Fähigkeit zur Mentalisierung erhalten können, können sie die Situation verstehen, indem sie sich einreden, ihre Eltern seien im Grunde gute Menschen, denen das Wohl ihrer Kinder am Herzen liegt. Dass ihre Eltern sie so behandeln, muss ein Zeichen dafür sein, dass sie böse sind und es verdienen. Wenn Kliniker versuchen, diese Patienten davon zu überzeugen, dass das, was geschehen ist, nicht ihre Schuld war, fühlen sich die Patienten häufig missverstanden. Möglicherweise hat diese Haltung einen adaptiven Aspekt, da als Ort der Kontrolle statt eines äußeren ein innerer wahrgenommen wird, sodass ein vermindertes Gefühl der Hilflosigkeit vorliegt (van der Kolk 1989).

In der Literatur zur DID wird häufig hervorgehoben, inwiefern sich die Dissoziation von der Abspaltung unterscheidet. Young (1988) hat festgestellt, dass Alter Egos zumeist nicht aufgrund widersprüchlicher Ich-Zustände entstehen, sondern zahlreiche identische Merkmale aufweisen. Marmer (1991) zufolge umfasst die Spaltung des Selbst bei einer DID mehr als die Objekte, während es bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung genau umgekehrt ist. Kluft (1991d) hat darauf hingewiesen, dass sich die Dissoziation in drei Punkten von der Abspaltung unterscheidet: Erstens hat sie mit einem psychobiologischen Umschaltungsprozess zu tun; zweitens weisen die verschiedenen Zustände, die so zustande kommen, unterschiedliche psychophysiologische Merkmale auf; und drittens werden zwischen den Alter Egos häufig Amnesiebarrieren errichtet. Laut Davies und Frawley (1992) besteht der Unterschied zwischen der Dissoziation und der Abspaltung darin, dass bei der Ersteren eine Kluft zwischen den Ich-Zuständen vorliegt, während die Letztere eine Teilung zwischen einem guten und einem bösen Objekt ist – was auch Kluft (1991a) angeführt hat.

Die sorgfältige Untersuchung der Mechanismen der Dissoziation und der Abspaltung deutet darauf hin, dass es sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede zwischen ihnen gibt (P. Lerner: *Some Thoughts on Dissociation*. Nicht veröffentlichtes Manuskript, 1992). Beide sind durch eine aktive Trennung mentaler Inhalte gekennzeichnet. Beide werden defensiv eingesetzt, um unangenehme Erfahrungen und Affekte abzuwehren. Beide stören die

Entstehung eines abgerundeten und kontinuierlichen Selbstempfindens. Andererseits unterscheiden sich Dissoziation und Abspaltung hinsichtlich der Ich-Funktionen, die gestört werden. Kernberg (1975) hat aufgezeigt, dass die Impulskontrolle und die Angst- und Frustrationstoleranz im Falle der Abspaltung besonders eingeschränkt sind. Im Gegensatz dazu sind bei der Dissoziation die Erinnerung und das Bewusstsein betroffen. Und schließlich ist die Dissoziation breiter angelegt als die Abspaltung: Sie umfasst vielfältige Trennungen, nicht nur Aufteilungen in polarisierte Extreme affektiver Valenz.

Die Literatur zur Dissoziation bei der DID befasst sich fast ausschließlich mit den Teilungen innerhalb des Selbst und nimmt die entsprechende Teilung der mit den Selbstrepräsentanzen verbundenen Objekte kaum zur Kenntnis. Als Erster hat Fairbairn (1940/1952, 1944/1952) betont, dass ein Kind nicht ein Objekt, sondern eine Objektbeziehung verinnerlicht. Davies und Frawley (1992) brachten diese Dimension zur Sprache, indem sie feststellten, dass die Dissoziation nicht nur ein Abwehrmechanismus ist, sondern auch ein Prozess, der die gesamte innere Objektwelt des missbrauchten Kindes in abgespaltener Form schützt und aufrechterhält. Grotstein (1992) führte Fairbairns Überlegungen an und kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen:

Alle mentalen Klüfte basieren letztendlich auf der Teilung von Wahrnehmungen und Erfahrungen in Bezug auf Objekte – und den mit ihnen verbundenen jeweiligen Selbst. Somit ist die für die multiple Persönlichkeitsstörung typische Dissoziation von diesem Standpunkt aus betrachtet eine Teilung des Ich in vertikale Abteilungen auf der Grundlage der entsprechenden vertikalen Abteilungen in den inkompatiblen Erfahrungen des Betroffenen mit den Objekten (S. 68).

Eine praktische Implikation dieses Konzepts ist, dass jedes Alter Ego ein Selbst in seiner Beziehung zu einem inneren Objekt der Fantasie darstellt. Brenner (2001) meinte, diese Konstellationen des Selbst, des inneren Selbst und der Objektbeziehungen könnten auch den verschiedenen Stufen der Charakterpathologie entsprechen. Er postulierte ein Kontinuum solcher charakterologischer Stufen, auf dem die dissoziative Persönlichkeit der niedrigeren Stufe dem Patienten mit einer klassischen „multiplen Persönlichkeit“ entspricht. Bei einer dissoziativen Persönlichkeit der mittleren Stufe sind die intrapsychischen Funktionen stärker integriert. Er stellte weiterhin fest, dass es eine Persönlichkeit mit einer stärkeren Dissoziation gibt, bei der die veränderten Zustände des Bewusstseins nur eine minimale Störung der Identität verursachen.

## Überlegungen zur Behandlung

Eine Psychotherapie bei Patienten mit einer DID oder einer anderen dissoziativen Störung ist gewöhnlich langwierig und mühselig. Es gibt keine

bestimmte kurze Psychotherapie für diese Erkrankungen. Um zum Erfolg zu führen, muss die Psychotherapie der DID mit der Festlegung eines festen und sicheren Behandlungsrahmens beginnen. Wegen der Verletzungen, die diese Patienten als Kinder erlitten haben, müssen Einzelheiten wie die Länge der Sitzungen, die Zahlung der Honorare, die Sitzungstermine und der Gebrauch von Worten statt Berührungen von Anfang an festgelegt werden. Ein starkes therapeutisches Bündnis ist entscheidend für den Therapiefortschritt und kann leichter aufgebaut werden, wenn der Therapeut die subjektive Erfahrung des Patienten in der Anfangsphase der Therapie nachempfindet.

Für Patienten mit einem Kindheitstrauma, insbesondere für Inzestopfer, stellt sich häufig die Frage, wer was für wen tut. So beginnt zum Beispiel eine Tochter, die eine inzestuöse Beziehung mit ihrem Vater hatte, sich als jemand zu sehen, der die Bedürfnisse ihres Vaters befriedigt. Ihr Vater rationalisiert die Situation möglicherweise so, dass er seiner Tochter etwas beibringt. Die Tochter kann außerdem das Gefühl haben, dass sie jemand Besonderes für ihren Vater ist, weil er sie als Objekt seiner Begierde ausgewählt hat. Zugleich können diese Gefühle furchtbare Konflikte in ihr auslösen. Sie erwartet, dass Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder da sind, erlebt jedoch das Gegenteil. Sie denkt, sie müsse sich auf die Bedürfnisse ihrer Eltern einstellen. Die Psychotherapie beginnt sie mit einer ähnlichen Verwirrung: Wer tut was für wen in der Therapiesituation?

Eine solche Patientin begegnet der Vorstellung, der Therapeut sei dazu da, ihr zu helfen oder für sie zu sorgen, verständlicherweise skeptisch. Sie kann Zweifel darüber haben, was tatsächlich passieren wird, wenn sie sich durchsetzt. Möglicherweise versucht sie einfach, herauszufinden, was der Therapeut will, und versucht, statt ihrer eigenen die Bedürfnisse des Therapeuten zu befriedigen.

Der Therapeut muss vor allem dafür sorgen, dass der Patient aktiv wird. Mit anderen Worten, er muss dem Patienten helfen, zu erkennen, dass er Muster aus der Vergangenheit wiederholt. In einer kürzlich veröffentlichten Neubewertung des Falles der Frau Emmy von N., des ersten von Freud veröffentlichten Falls von Hysterie, stellte Bromberg (1996) Folgendes fest: „Wir behandeln Patienten wie Emmy nicht, um sie von etwas zu heilen, das ihnen in der Vergangenheit angetan wurde; vielmehr versuchen wir, sie von dem zu heilen, was sie sich selbst und anderen noch immer antun, um das zu bewältigen, was ihnen in der Vergangenheit angetan wurde“ (S. 70).

Interpretative Maßnahmen sind bei DID-Patienten sparsam anzuwenden, insbesondere in der frühen Phase der Therapie. Traumatisierte Patienten empfinden Interpretationen häufig als Infragestellung ihres Realitätssinns (Gabbard 1997). Obwohl es bei der Interpretation einer konfliktbasierten Pathologie um die verdeckte Bedeutung geht, die der Therapeut dem Patienten aufzuzeigen versucht, empfinden traumatisierte Patienten diesen Ansatz häufig als Retraumatisierung und als Widerlegung. Killingmo (1989) empfiehlt

bestätigende Maßnahmen, um die Zweifel solcher Patienten auszuräumen. Die Bestätigung dessen, dass der Patient das Recht hat, zu fühlen, was er fühlt, kann zum Aufbau eines stabilen Bündnisses beitragen und so eine Atmosphäre schaffen, in der der Patient für Interpretationen offen ist und diese schätzt.

Kliniker, die über die Behandlung der DID schreiben, sind sich weitgehend einig darüber, dass die Berücksichtigung der Grundsätze der psychodynamischen Psychotherapie entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung ist (Allen 2001; Ganaway 1989; Kluft 1991b; Loewenstein und Ross 1992; Marmer 1991). Eine einfache Katharsis oder Abreaktion führt weder zu einer Integration noch zu einer Besserung. Die mehrfache Wiederholung des Traumas in der Psychotherapie kann sogar die Beschäftigung des Patienten mit diesem und die Fixierung auf dieses verstärken (van der Kolk 1989). Ohne ein ausreichendes Verständnis der psychodynamischen Grundsätze kann die Therapie in einem „Status abreacticus“ stecken bleiben (Gabbard 1992).

Für eine zufriedenstellende Besserung ist die Beachtung von psychodynamischen Konzepten wie Übertragung, Widerstand, Gegenübertragung und Durcharbeiten erforderlich. Bei der Behandlung von DID-Patienten wird häufig festgestellt, dass sie dem missbrauchenden inneren Objekt gegenüber außerordentlich loyal und nicht bereit sind, durch den Prozess der Integration und der Trauer auf die Bindung zu verzichten. Es erfordert ein intensives Durcharbeiten, um die feste Bindung an dieses starke Introjekt zu lockern. Der Kliniker muss sich stets vor Augen halten, dass die missbrauchende Person in vielen Fällen von Kindheitstraumata zugleich ein Elternteil oder Betreuer ist, bei dem das Kind auch Schutz und Sicherheit sucht (Allen 2001)!

Wenn sich bei einem Patienten mit einer DID in der klinischen Situation mehrere Alter Egos zeigen, muss der Kliniker sie nüchtern als Aspekte einer Person behandeln. Außerdem muss er darauf achten, wann der Patient von einem Alter Ego zu einem anderen wechselt, und versuchen, zusammen mit dem Patienten herauszufinden, was diesen Wechsel verursacht hat. Die Dissoziation in der Therapie ist im Allgemeinen eine defensive Flucht vor etwas, das Schmerz oder Angst auslöst. Diese Fluchtreaktion kann dem Patienten mit der Zeit bewusst gemacht werden.

Die psychodynamische Therapie von Patienten mit schweren dissoziativen Störungen wird oft durch ihre fehlende Mentalisierungsfähigkeit erschwert. Ihr Denken kann in einem psychischen Äquivalenzmodus feststecken, und sie sind gegebenenfalls nicht in der Lage, die „Als-ob“-Qualität der Übertragung zu erkennen. Mit anderen Worten, DID-Patienten können möglicherweise nicht zwischen der Wahrnehmung des Therapeuten als Repräsentanz und dem, wie er wirklich ist, unterscheiden. Statt dessen glauben sie, ihre Wahrnehmungen seien absolute Tatsachen und keine Vorstellungen, mit denen man „spielen“ und die man verstehen kann. Außerdem kann auch ihre Selbsterfahrung „feststecken“, indem sie ihre Rolle als passive Opfer als „in Stein gemeißelt“ betrachten (Gabbard 1997).

*Dimensionen der Gegenübertragung*

Nur wenige Störungen erzeugen so intensive Gegenübertragungsreaktionen wie die DID. Ganzarain und Buchele (1988) haben festgestellt, dass Inzestopfer zu Hause entweder als Lieblinge oder als Objekte von Gewalt und Sadismus behandelt werden. Ebenso intensive Reaktionen, die in dieselben Richtungen gehen, treten bei der Behandlung erwachsener DID-Patienten auf. Ein Großteil der emotionalen Reaktion auf sie hängt mit einer Dialektik von Glauben und Skepsis zusammen. Einerseits sind viele Psychologen und Psychiater noch immer nicht überzeugt davon, dass die DID eine echte psychiatrische Störung ist. Manche Kliniker sind der Ansicht, sie sei durch leichtgläubige Therapeuten bewirkt, die die Hypnose falsch anwenden.

Andererseits sind manche Therapeuten völlig unkritisch und glauben alles, was ihre DID-Patienten ihnen erzählen, so absonderlich es auch sein mag. Sie sind von der Erkrankung fasziniert und vergessen alle professionellen Grenzen. Sie versuchen, die Patienten gesund zu lieben und bessere Elternteile zu sein, als es die eigentlichen Eltern waren. Gegebenenfalls behandeln sie die Patienten mit einer „Kaminkehrermentalität“, die darin besteht, dass sie das Abreagieren traumatischer Erinnerungen bis zum Letzten forcieren und erwarten, dass alles gut wird, sobald die Patienten „gereinigt“ sind. Dieses Muster illustriert der folgende Auszug:

Frau P war eine 26-jährige Frau, die in eine Abteilung für dissoziative Störungen in einer Fachklinik überwiesen wurde, nachdem sie 1 Jahr lang bei einem männlichen Therapeuten in Psychotherapie gewesen war, der berichtete, es sei hinsichtlich der Selbstmordgefährdung und der Selbstverstümmelung der Patientin trotz der Behandlung keine Besserung eingetreten. Er hatte sie während dieses Jahres jeweils 5 bis 6 Stunden pro Woche behandelt. Als die Patientin verlangt hatte, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, hatte er mit ihr Stunden in einem abgeschiedenen Raum verbracht, damit sie die Erinnerungen ihres Traumas abreagierte. Er hatte zugelassen, dass sie unbezahlte Rechnungen in Höhe von mehreren Tausend Dollar ansammelte, indem er sie monatelang nicht zur Zahlung aufgefordert hatte. Er gab außerdem an, er schreibe zusammen mit Frau P ein Buch über die Behandlung.

Nach ihrer Aufnahme in die Abteilung für dissoziative Störungen, in die sie überwiesen worden war, erzählte Frau P furchtbare Geschichten darüber, wie sie im Rahmen eines satanistischen Kultes missbraucht worden war. Sie berichtete über grausame Einzelheiten von Menschenopfern und zeigte äußerst überzeugende affektive Reaktionen. Sie „erinnerte sich“, ein „Brutkasten“ des Kultes gewesen zu sein, der Säuglinge produzierte, die geopfert werden konnten. Sie berichtete, die Mitglieder des Kultes hätten die Babys, nachdem sie sie geboren habe, durch einen Fleischwolf gedreht und dann mit der Erde im Garten vermischt, um die Beweise für die Morde zu vernichten. Frau P wurde einer routinemäßigen gynäkologischen Untersuchung unterzogen, bei der sich herausstellte, dass sie nie ein Kind geboren hatte.

Der Arzt, der für Frau Ps Behandlung zuständig war, rief ihren früheren Therapeuten an, um eine Erklärung für diese Erkenntnisse zu bekommen. Doch der Therapeut tat den gynäkologischen Befund ab und erklärte, es sei enorm wichtig, dass die Behandelnden Frau P glaubten. Wenn sie ihren Berichten nicht glaubten, würden sie nur ihr früheres Trauma wiederholen, als die Erwachsenen ihr ihre Geschichten über Missbrauch nicht geglaubt hatten.

Die Frage, ob Erinnerungen an Traumata präzise sind, kann sich zu einer Kontroverse im Sinne eines Entweder-oder auswachsen, bei der das weite Mittelfeld außer Acht gelassen wird, in dem gut ausgebildete psychodynamische Kliniker sich bewegen und praktizieren. Die meisten Patienten, die missbraucht wurden, haben klare Erinnerungen, die sie ein Leben lang begleiten, und in solchen Fällen kann der Therapeut ihre Erfahrungen nachempfinden und die spezifische Bedeutung des Traumas für den Betroffenen ergründen.

Wenn Erinnerungen im Rahmen einer Therapie besprochen werden, können Therapeut und Patient einfach nicht wissen, wie präzise sie sind. Umfassende Forschungen lassen darauf schließen, dass die Erinnerung keine unveränderliche Aufzeichnung des Erlebten ist, die im Gehirn festgeschrieben ist wie ein auf Film festgehaltenes Ereignis. Allem Anschein nach erfolgt sogar jedes Mal, wenn die Erinnerung an eine Erfahrung wachgerufen wird, eine neuerliche Synthese von Proteinen (LeDoux 2002). Das Abrufen einer Erinnerung ähnelt eher einer Theaterproduktion, bei der jede Aufführung ein bisschen anders ist als die vorherige. Es gibt keine reine Rekapitulation oder Neubelebung der Vergangenheit, sondern nur Rekonstruktionen anhand individueller Bedeutungen, die der Patient dem Ereignis zuschreibt (Edelman 1992; Modell 1996; Novick und Novick 1994).

Erinnerungen können wahr und dennoch ungenau sein (Barclay 1986). Wie Spiegel und Schefflin (1994) dargelegt haben, kann eine Erinnerung falsche Einzelheiten enthalten und trotzdem von einer wahren Begebenheit herrühren. Wahrnehmung und Erinnerung sind immer aktive Prozesse der Entwicklung. Eine Erinnerung, die nicht durch den Beobachtenden beeinflusst wird, ist nicht vorstellbar. Somit begegnen wir in der klinischen Praxis einem breiten Spektrum der Genauigkeit von Erinnerungen, das von völlig falschen Erinnerungen, die durch Therapeuten ausgelöst werden, die entweder schlecht ausgebildet oder skrupellos sind, bis zu einigermaßen präzisen Erinnerungen, deren Einzelheiten mehr oder weniger korrekt sind, reicht (siehe Tabelle 10–1). Zwischen diesen Extremen liegt ein Kontinuum von Erinnerungen unterschiedlicher Genauigkeit (Allen 1995).

In seinem Aufsatz „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ von 1914 erklärte Freud, dass das, woran sich der Patient nicht erinnern kann, in der analytischen Situation wiederholt wird (Freud 1914/1958). Er bezog sich auf Muster unbewusster verinnerlichter Objektbeziehungen, die vor den Augen des

**TABELLE 10–1:** Das Spektrum der Genauigkeit der Erinnerung an Traumata**Tatsächlich erlebtes Trauma**

Kontinuierliche / deutliche Erinnerung mit Beweisen

Verzögerte / bruchstückhafte Erinnerung mit Beweisen

Kontinuierliche / deutliche Erinnerung ohne Beweise

Verzögerte / bruchstückhafte Erinnerung ohne Beweise

Übertriebene / verzerrte Erinnerung

**Kein Trauma**

Falsche Erinnerung – vom Patienten konstruiert

Falsche Erinnerung – vom Therapeuten suggeriert

*Quelle:* Nach Allen 1995

Analytikers enthüllt werden, weil der Patient sich nicht an sie erinnert und nicht über sie sprechen kann.

Die Unterscheidung zwischen dem System des impliziten und des expliziten sowie des prozeduralen und des deklarativen Gedächtnisses sind für Freuds Beobachtungen von Bedeutung (Clyman 1991; Squire 1992). Wie in Kapitel 1 dargelegt, betrifft das explizite deklarative Gedächtnis autobiografische Ereignisse. Wenn vor dem Alter von 3 oder 4 Jahren ein Trauma erlebt wird, erinnert sich der Betreffende daran gegebenenfalls nicht anhand des expliziten Gedächtnisses, es kann jedoch im prozeduralen Gedächtnis gespeichert sein (siehe Abbildung 1–1 in Kapitel 1). Traumata, die im Alter von mehr als 4 Jahren erlebt werden, werden normalerweise bis zu einem gewissen Grad im expliziten Gedächtnis gespeichert, wobei Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass manche Erwachsenen sich lange nicht an sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder andere Traumata erinnern können (Allen 2001; Brown et al. 1998; Williams 1994).

Die Nachstellung von Traumata scheint vom impliziten prozeduralen Gedächtnis auszugehen (Siegal 1995). Zu dieser Kategorie gehören demnach viele der Umsetzungen von Übertragungen und Gegenübertragungen, die Freud meinte, als er behauptete, Erinnerungen würden eher wiederholt als in Worte gefasst. Mit anderen Worten, unbewusste innere Objektbeziehungen werden im impliziten Gedächtnis gespeichert und treten in der Therapie in der Form zutage, die der Beziehung des Patienten zum Therapeuten entspricht (Gabbard 1997; Target 1998). Somit sind die Informationen, die in dem psychologischen Drama zwischen dem Therapeuten und dem Patienten enthüllt werden, durch andere Mittel kaum zugänglich. Durch die Projektion und Introjektion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten erhält der Therapeut einen einzigartigen Einblick in die Vergangenheit und die innere Welt des Patienten. Obwohl der Therapeut nicht mit Sicherheit wissen kann, ob die



impliziten Erinnerungen, die in der Beziehung zwischen ihm und dem Patienten enthüllt werden, das, was in der Kindheit des Patienten geschehen ist, präzise wiedergeben, zeigen sie doch zumindest, was das Kind zum damaligen Zeitpunkt erlebt hat, einschließlich seiner Vorstellungen bezüglich der Interaktionen.

Aufgrund dieser neuen Auffassung über das Gedächtnis sind wir heute der Ansicht, dass die archäologische Suche nach überzeugenden Relikten von Traumata in der Vergangenheit eine falsche Therapiestrategie ist. Dieser Ansatz ist häufig eine Form der geheimen Absprache mit dem Patienten in der Gegenübertragung, um zu vermeiden, dass der Patient seine Aggression oder Wut gegenüber dem Therapeuten direkt zum Ausdruck bringt und der Therapeut sich mit dem missbrauchenden Objekt identifiziert, ein Phänomen, das ich als „Desidentifizierung mit dem Aggressor“ bezeichne (Gabbard 1997, S. 7). Ein solcher Ansatz kann den Patienten auch dazu drängen, Missbrauchserinnerungen vorzubringen, die im Grunde seine unbewusste Erfahrung widerspiegeln, dass der Therapeut sich einmischt (Brenneis 1997). Ein anderes Problem im Zusammenhang damit, dass der Patient gedrängt wird, Erinnerungen wachzurufen, ist, dass die Erinnerung im Falle dissoziativer Distanzierung möglicherweise erst gar nicht gespeichert wurde, sodass das, was abgerufen wird, eine konstruierte Erinnerung ist, die der Patient nennt, um es dem Therapeuten recht zu machen, indem er Inhalte präsentiert, die für die Behandlung von Bedeutung sind.

Außerdem scheint eine Besserung des autobiografischen oder expliziten deklarativen Gedächtnisses für einen Therapiefortschritt nicht erforderlich zu sein. Der Therapeut beobachtet und interpretiert die unbewussten Handlungsdialoge, die durch ebenso unbewusste Muster innerer Objektbeziehungen ausgelöst werden. Erinnerungen, die mit diesen Mustern in Einklang stehen, werden möglicherweise sekundär aktiviert, ihre Rückkehr sollte jedoch am besten als Begleiterscheinung bewertet werden, und zu beurteilen, ob sie zutreffend sind, ist schlicht unmöglich (Fonagy und Target 1997; Gabbard 1997). Entscheidend scheint die Änderung der Muster des Zusammenlebens mit sich selbst und mit anderen zu sein, die aus den Einsichten des Patienten bezüglich dieser bis dahin unbewussten Muster resultiert. Zudem treten manche Veränderungen mit der Verinnerlichung der Interaktion mit dem Therapeuten unbewusst ein.

Der Therapeut muss klarstellen, dass das Ziel der Psychotherapie nicht in der Genesung von traumatischen Erinnerungen besteht. Durch die für sie typische Gedächtnisstörung eignen sich Patienten mit einer dissoziativen Störung nicht besonders für eine Therapie, die auf eine Wiedererlangung der Erinnerung ausgerichtet ist. Ein realistischeres Ziel ist es, ihnen zu helfen, ihre normalen mentalen Funktionen wiederzuerlangen, insbesondere die Fähigkeit der Reflexion und der Mentalisierung, sodass sie zu einer kohärenteren Repräsentanz ihrer selbst und anderer gelangen können. Im Kontext einer

starken Bindung an den Therapeuten kann der traumatisierte Patient von der Fähigkeit des Therapeuten profitieren, über das zu reflektieren, was zwischen ihnen geschieht. Schließlich verinnerlicht der Patient möglicherweise den Reflexionsprozess des Therapeuten und schafft es, dissoziierte Aspekte seiner selbst ins Bewusstsein zurückzuholen, sodass er eine größere Kontinuität erlebt. Eine Integration der Alter Egos ist nur bei wenigen Patienten mit einer DID möglich.

Der Therapeut sollte die Rolle des „Vermittlers der historischen Wahrheit“ vermeiden. Das, woran sich ein Mensch erinnert, ist immer eine komplexe Mischung aus Fantasie und Wirklichkeit (Arlow 1969; Gediman 1991; Grotstein 1992). Der Therapeut muss sich die Inhalte mit Interesse und einer nicht wertenden Haltung anhören, ohne sich zu einer Aussage darüber drängen zu lassen, ob das Gehörte zu hundert Prozent zutrifft oder völlig falsch ist. Kluft (1988) hat betont, dass Kliniker sich davor hüten müssen, „Faszination, Überraschung, Aufregung, Bestürzung, Überzeugtsein, Zweifel oder eine andere Meinung zum Ausdruck zu bringen, die dazu führen könnte, dass die Alter Egos sich genötigt fühlen, ihre Authentizität unter Beweis zu stellen“ (S. 53).

Ein sinnvoller Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie von DID-Patienten ist es, sie als Episoden eines sich entwickelnden Dramas zu betrachten, in dem es vier Hauptpersonen gibt: ein Opfer, einen Missbraucher, einen idealisierten allmächtigen Retter und eine unbeteiligte Mutter (Davies und Frawley 1992; Gabbard 1992). Diese Figuren oszillieren infolge des Auslebens der Übertragungen und Gegenübertragungen, die während der Psychotherapie zustande kommen, in verschiedenen komplementären Paarungen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Die ersten drei Figuren – das Opfer, der Missbraucher und der idealisierte allmächtige Retter – interagieren nach einem vorhersagbaren Muster, das eine Konvergenz der Gegenübertragung im engen und der Gegenübertragung im weiten Sinne mittels der projektiven Identifizierung darstellt. Wenn sich die frühere Opferrolle des Patienten abzeichnet, geht das dem Therapeuten sehr nahe und drängt ihn dazu, den Schaden irgendwie zu beheben, indem er zu dem guten Elternteil wird, den der Patient nie hatte.

Das Retter-Opfer-Paradigma, mit dem die Therapie häufig beginnt, birgt jedoch unzählige Probleme. Der Patient sieht die Motive des Therapeuten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht so wie der Therapeut selbst. Menschen, die als Kinder missbraucht wurden, nehmen häufig an, alle würden sie missbrauchen, da sie keinen Grund haben, etwas anderes zu erwarten. Wegen dieser Sicht der Dinge reagieren solche Patienten von Natur aus misstrauisch auf Versicherungen ihres Therapeuten, er würde sie nicht missbrauchen. Durch die Versicherungen fühlt sich der Therapeut möglicherweise besser, auf den Patienten trifft das jedoch nur selten zu. Angehörige der medizinischen Berufe sind Patienten, die unter dem Vorwand, man liebe sie, ausgenutzt wurden, von vorneherein suspekt.

Die meisten DID-Patienten durften nicht mit Grenzen zwischen den Generationen aufwachsen, deren Einhaltung von fähigen und fürsorglichen Eltern gewährleistet wurde. Sie erleben die professionellen Grenzen der Therapiesituation häufig als eine grausame Art des Entzugs. Sie fordern gegebenenfalls Beweise der Fürsorge in Form von verlängerten Sitzungen, körperlichem Kontakt, Selbstoffenbarungen des Therapeuten und einer Erreichbarkeit rund um die Uhr. Wenn der Therapeut sich auf zusätzlichen Anstrengungen einlässt, um solchen Erwartungen zu entsprechen, sind seine Bemühungen zum Scheitern verurteilt. Der Versuch, ein Ersatzelternteil zu sein, entspricht nicht dem, was der Patient braucht, nämlich der Trauer, und weckt dahin gehende falsche Hoffnungen, eine elterliche Beziehung des Patienten sei möglich, wenn er nur den richtigen Menschen dafür findet.

Wenn der Therapeut versucht, den immer weiter gehenden Forderungen des Patienten nach Beweisen dafür, dass er dem Therapeuten wichtig ist, nachzukommen, bekommt der Patient das Gefühl, er hätte gewisse Ansprüche. Bei der Behandlung von DID-Patienten zeigt sich in den meisten Fällen früher oder später, dass sie davon überzeugt sind, dass sie einen Anspruch darauf haben, für den in der Vergangenheit erlebten Missbrauch in der Gegenwart entschädigt zu werden (Davies und Frawley 1992). Mit zunehmenden Forderungen fühlt sich der Therapeut schon bald gepeinigt. Durch die Prozesse der introjektiven und der projektiven Identifizierung hat sich die Rollenverteilung dahin gehend geändert, dass der Therapeut zum Opfer und der Patient zum Missbraucher geworden ist. Missbräuchliche oder böswillige Introjekte des Patienten haben die Oberhand gewonnen, und das Opfer-Selbst des Patienten wird auf den Therapeuten projiziert. Zudem schafft der Therapeut durch seine Schuldgefühle wegen seines wachsenden Grolls und Hasses gegenüber dem Patienten möglicherweise ideale Bedingungen für diese Identifizierung mit der Selbstrepräsentanz des Patienten / Opfers. Der Patient kann diese Entwicklung wahrnehmen und den Therapeuten beschuldigen, der Patient kümmere ihn nicht wirklich. Um seinen Groll darüber, dass man von ihm verlangt, zu viel zu tun und zu weit zu gehen, zu leugnen, gibt sich der Therapeut noch mehr Mühe, die Lauterkeit seiner Beweggründe zu beweisen. In solchen Momenten fühlt er sich möglicherweise „ertappt“ und reagiert darauf, indem er seine Verärgerung verbirgt. Wenn es so weit gekommen ist, besteht die therapiegerechteste Art und Weise der Bewältigung seiner Gegenübertragungsgefühle wohl darin, dass er sich seine eigenen Grenzen eingesteht (Gabbard 1986; Gabbard und Wilkinson 1994).

Zum dritten Akt des Dramas kommt es, wenn die immer weiter gehenden Forderungen des Patienten mit immer größeren Anstrengungen des Therapeuten einhergehen, diesen zu entsprechen. Auf dem Gipfel seiner Verzweiflung darüber, dass all seine therapeutischen Bemühungen vergeblich waren, begeht er womöglich eine schwerwiegende Grenzüberschreitung, die im Grunde eine Wiederholung des Missbrauchs ist, den der Patient als Kind erlebt

hat. Dann wird der Therapeut zum Missbraucher und der Patient erneut zum Opfer. Die tragischste – und leider allzu häufige – Manifestation dieser dritten Stufe ist der offene sexuelle Kontakt zwischen Therapeut und Patient. Andere häufige Formen sind sadistische verbale Misshandlungen des Patienten, Versuche, den Patienten zu umsorgen, indem er auf den Schoß des Therapeuten gesetzt wird, und der Ersatz der Eltern, indem der Therapeut den Patienten zu Ausflügen mit seiner eigenen Familie mitnimmt, und so weiter. In solchen Situationen streitet der Therapeut seine Wut über seine Niederlage oftmals völlig ab. Was als Rettungsversuch begonnen hat, endet mit einer Wiederholung von Ausbeutung und Missbrauch.

Viele Patienten mit einer DID kennzeichnet eine Form der erlernten Hilflosigkeit, die sie glauben lässt, keine Anstrengung ihrerseits könne ihr Schicksal ändern. Sie meinen, sie könnten sich nirgendwohin wenden, wenn sie in die Enge getrieben werden. Sie haben das Gefühl, nicht handeln oder etwas bewirken zu können. In diesem Sinne sind sie das, was Kluft (1990) als „leichte Beute“ hinsichtlich jeglicher Art des Missbrauchs und der Grenzverletzung durch den Therapeuten bezeichnet, der sie zur Befriedigung seiner eigenen Bedürfnisse benutzt.

Die drei Rollen des Opfers, des Missbrauchers und des idealisierten allmächtigen Retters sind die dramatischsten und offensichtlichsten Manifestationen der introjektiven und projektiven Prozesse, die sich bei der Psychotherapie von DID-Patienten abspielen. Die vierte Rolle, die der unbeteiligten Mutter, kommt auf subtilere Weise zum Ausdruck (Gabbard 1992). Die Patienten erkennen diese Figur häufig im Schweigen des Therapeuten, das sie als Gleichgültigkeit und Zurückweisung interpretieren. Als Reaktion auf diese wahrgenommene Gleichgültigkeit kann der Patient eine Art des Nichtseins empfinden – das Bigras und Biggs (1990) als „negativen Inzest“ bezeichnen –, eine Taubheit oder Leere in Verbindung mit der nicht anwesenden Mutter, die nichts unternommen hat, um die inzestuöse Beziehung zwischen ihrem Mann und ihrer Tochter zu unterbinden.

Die Taubheit oder Leere, die der Patient erlebt, kann beim Psychotherapeuten entsprechende Gefühle der Hilflosigkeit und der Verzweiflung auslösen. Es kann in der Psychotherapie lange Phasen geben, in denen sich der Patient gegenüber dem Therapeuten reserviert und distanziert verhält und in der Gegenübertragung ein Gefühl von Taubheit oder Nichtsein auslöst (Levine 1990; Lisman–Pieczanski 1990).

Der folgende Auszug einer Psychotherapiesitzung mit einer DID-Patientin zeigt diese Gegenübertragungsidentifizierung mit der unbeteiligten Mutter:

FRAU Q: Wenn ich nur dieses verdammte Krankenhaus verlassen könnte, dann wäre alles in Ordnung. Mein einziges Problem ist, dass ich es hasse, so eingesperrt zu sein, und dass ich dadurch den Drang habe, mich zu verstümmeln.

THERAPEUT: Ich frage mich allerdings, ob Eingesperrtsein Ihr einziges Problem ist. Sie haben sich so oft verstümmelt, bevor Sie ins Krankenhaus aufgenommen wurden.

FRAU Q: Aber ich muss meine Kinder und meinen Mann sehen. Verstehen Sie das denn nicht? Sie dürfen mich hier nicht besuchen.

THERAPEUT: Das letzte Mal, als sie Sie hier besucht haben, haben Sie einen ernsthaften Selbstmordversuch unternommen.

FRAU Q (*ausdruckslos*): Ich wollte mir die Pulsadern aufschneiden und alles beenden.

THERAPEUT: Na ja, dann kann ich schon verstehen, dass man nicht zulassen will, dass Sie die strukturierte und schützende Umgebung des Krankenhauses verlassen.

FRAU Q: Ich muss es eine Weile draußen versuchen. Ich glaube, wenn ich einfach nur außerhalb des Krankenhauses mit meiner Familie zusammen sein könnte, dann würde es mir gut gehen.

THERAPEUT: Was würden Sie tun, wenn die Angst Sie überkäme und Sie den Drang verspürten, sich zu verstümmeln?

FRAU Q (*mit vollem Ernst*): Ich könnte ein, zwei Bier trinken, um mich zu beruhigen.

THERAPEUT: Es ist sehr wichtig, dass Sie erkennen, dass Ihre Probleme keine äußeren sind. Sie nehmen Sie mit, wohin Sie auch gehen, und Sie haben sie, ganz gleich, ob Sie in einem Krankenhaus eingesperrt oder zu Hause bei Ihrer Familie sind. Solange Sie keine Anstrengungen unternehmen, Ihre schmerzlichen früheren Erfahrungen zu integrieren und sich ihnen zu stellen, werden Sie sich weiter verstümmeln und Selbstmord begehen wollen.

FRAU Q: Ich will mich dem Schmerz, den die Integration der Persönlichkeiten bedeuten würde, nicht stellen. Das wäre unerträglich.

THERAPEUT: Aber Sie erleben schon jetzt starken Schmerz. Viel schlimmer kann es doch nicht mehr werden, oder?

FRAU Q (*ausdruckslos*): Ich weiß es nicht, aber ich will es nicht ausprobieren.

Als der Therapeut mit seinen Argumenten auch weiterhin nichts erreichte, bemerkte er, dass er immer schläfriger wurde. Gleichzeitig hatte er das Gefühl, er würde sich immer weiter von der Patientin zurückziehen. Er fing an, auf die Uhr zu sehen, und wünschte, die Zeit wäre um. Er erappte sich dabei, wie er daran dachte, was er später noch machen würde. Er hatte sogar das Gefühl, es interessiere ihn nicht wirklich, ob es der Patientin besser ging oder nicht. Die Patientin schien ebenfalls immer weiter von ihm wegzutreiben. Als er sich dieses enormen Mangels an Empathie bewusst wurde, dämmerte ihm, dass er zu der nicht anwesenden, unbeteiligten Mutter aus der Kindheit der Patientin wurde. Seine Bemühungen, ihr zu helfen, waren vergeblich gewesen, und er empfand eine tiefe Verzweiflung und hatte keine Hoffnung, dass sich jemals etwas ändern würde. Er fragte sich, ob die Mutter der Patientin auch so empfunden hatte, als ihr klar geworden war, dass sie für immer aus dem Bund zwischen ihrer Tochter und ihrem Mann ausgeschlossen war, und sie sich machtlos und außerstande gefühlt hatte, das zu ändern.

Gegenübertragungsreaktionen wie die von Frau Q.s Therapeut beschriebene können auch eine empathische Identifizierung mit dem Gefühl des Nichtseins im Kern des Selbst des Patienten als Reaktion auf seine distanzierte Identifizierung mit seiner Mutter widerspiegeln (Gabbard 1992). In der Psychotherapie von DID-Patienten kommt irgendwann der Punkt, an dem die Forderungen des Patienten so überwältigend sind, dass der Therapeut sich wünscht, der Patient würde verschwinden oder sich anderswo in Behandlung begeben. Die Identifizierung mit der unbeteiligten Mutter ist in solchen Reaktionen leicht zu erkennen, und der Therapeut muss sich vor Augen halten, dass solche geheimen Absprachen unbeabsichtigterweise zu Selbstmordversuchen des Patienten führen können.

Die primitiven Zustände der psychologischen Taubheit, die in diesem Übertragungs- und Gegenübertragungsparadigma zum Ausdruck kommen, können mit einer groben Vernachlässigung durch die Mutter zusammenhängen, die die Entwicklung des Selbstempfindens des Kindes schwer beeinträchtigt hat. Ohne die von der Mutter gebotene tröstende sensorische Erfahrung entwickelt das Kind möglicherweise kein sicheres Gefühl für eine sensorische Begrenztheit. Die bei Menschen mit einer DID so häufige Selbstverstümmelung kann als eine Art der Wiederherstellung der Begrenztheit an der Hautgrenze betrachtet werden, die dazu dient, mit der Angst vor dem Verlust der Unversehrtheit der Ich-Grenze fertig zu werden. Ogden (1989) hat diese Art der Erzeugung von Erfahrung als *autistisch-berührende Position* bezeichnet. In diesem primitiven Zustand hört die Zuordnung von Bedeutungen zu Erfahrungen auf. Der Therapeut erlebt den DID-Patienten möglicherweise als so gefangen in diesem primitiven Zustand, dass er völlig unerreichbar ist. Den Therapeuten kann dann ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit bezüglich der Handhabung der Angst des Patienten wegen der fehlenden körperlichen Integrität, die gegenüber der Entbehrung der engen sensorischen Erfahrungen mit der Mutter sekundär ist, überkommen.

### *Stationäre Behandlung*

Je nach dem Niveau ihrer Ich-Organisation ist bei vielen DID-Patienten irgendwann im Laufe der Psychotherapie eine stationäre Behandlung erforderlich (Kluft 1991c).

DID-Patienten, die auf eine allgemeine psychiatrische Station aufgenommen werden, finden sich oft in der Rolle des klassischen „besonderen“ Patienten (Burnham 1966; Gabbard 1986). Sowohl die Mitglieder des Personals als auch die anderen Patienten betrachten sie als Menschen, die eine besondere Beziehung zu ihrem Psychotherapeuten haben, und sie werden infolgedessen häufig zu Sündenböcken. Skeptische Mitglieder des Personals geraten in Auseinandersetzungen darüber, mit welchem Namen sie diese Patienten

anreden sollen, ob die Missbrauchsgeschichte wahr ist, ob die Patienten für ihre Handlungen verantwortlich sind und über unzählige andere Fragen. Die Lage kann noch verschlimmert werden, wenn andere Patienten in Milieugruppen ungläubig und verächtlich reagieren, wenn ein DID-Patient Handlungen abstreitet, deren Zeugen sie waren.

Kluft (1991c) bietet mehrere nützliche Leitlinien. Mit dem Patienten muss zu Beginn des Aufenthaltes vertraglich vereinbart werden, dass er im Milieu mit seinem offiziellen Namen angesprochen wird. Dem Patienten muss mitgeteilt werden, dass er von den Mitgliedern des Personals nicht erwarten kann, dass sie unterschiedlich auf die verschiedenen Alter Egos reagieren, wenn diese auf der Station zutage treten, sondern nur der Einzeltherapeut sich mit ihnen befasst. Ein Patient, der keine Vereinbarung im Namen aller Alter Egos abschließen kann, muss auf dem Niveau des gefährlichsten oder selbstzerstörerischsten strukturiert werden. Durch eine solche Vereinbarung wird die unvermeidliche Verwirrung des Personals bezüglich Privilegien und Verantwortlichkeiten angesichts der Variabilität der Funktionen der verschiedenen Alter Egos vermieden. Kluft (1991c) empfiehlt außerdem, das Pflegepersonal solle dem Patienten die Regeln und Vorschriften immer wieder erklären, da manche Alter Egos diese nicht kennen.

## Depersonalisierungsstörung

---

Die Depersonalisierungsstörung unterscheidet sich deutlich von den übrigen dissoziativen Störungen. Sie ist im Allgemeinen durch das dauerhafte oder wiederkehrende Gefühl gekennzeichnet, vom eigenen Körper oder von den eigenen mentalen Prozessen losgelöst zu sein oder sie von außen zu beobachten. Die Wahrnehmung der Realität ist intakt, das beschriebene Gefühl verursacht jedoch beträchtlichen Stress und eine gewisse Einschränkung der Funktionen im beruflichen und sozialen Umfeld.

Gewöhnlich geht mit der Depersonalisierung auch die Derealisierung einher, die die Entfremdung vom eigenen Umfeld bezeichnet. Die Depersonalisierung kann eine Vielzahl von Formen annehmen, unter anderem das Gefühl, der eigene Körper sei taub oder tot, das Gefühl, bestimmte Körperteile (beispielsweise die Füße oder die Hände) seien nicht mit dem Rest des Körpers verbunden, das Gefühl, von seinem eigenen Selbstbild losgelöst zu sein, sodass man sich fremd vorkommt, und das Gefühl, sich selbst aus einer gewissen Entfernung zu beobachten (Gabbard und Twemlow 1984). Das subjektive Gefühl, man sei einfach von seinem eigenen Körper losgelöst, ist bei der Depersonalisierung eher selten: Es kommt nur bei 19 % der Psychiatriepatienten mit dieser Störung vor (Noyes et al. 1977). Déjà-vu-Erlebnisse werden zwar gewöhnlich mit der Depersonalisierung in Verbindung gebracht, sie sind jedoch



das Gegenteil der Depersonalisierung und sollten als gesonderte Einheiten behandelt werden (Nemiah 1989). Mit anderen Worten, beim Déjà-vu wird Neues als bekannt erlebt, während bei der Depersonalisierung Bekanntes als neu oder nicht real erlebt wird.

In den Kriterien des DSM-IV-TR werden Dauerhaftigkeit und Schwere betont, da bis zu 50 % der Gesamtbevölkerung gelegentlich eine vereinzelte Depersonalisierung erleben (Nemiah 1989). Weitere demografische Merkmale der Depersonalisierung sind, dass sie bei Frauen doppelt so häufig ist wie bei Männern und überwiegend bei Menschen unter 40 vorkommt (Nemiah 1989). Eine vorübergehende Depersonalisierung kann auch als Reaktion auf lebensbedrohliche Ereignisse wie Unfälle oder schwere Krankheiten auftreten (Gabbard und Twemlow 1984; Noyes et al. 1977; Steinberg 1991). Es kann dem Überleben dienen, das beobachtende und das teilnehmende Selbst in Krisensituationen voneinander zu trennen, sodass der Betreffende die nötige Distanz hat, um darüber nachzudenken, wie er aus der gefährlichen Situation herauskommt.

In ihrer reinen Form ist die Depersonalisierung relativ selten, sie ist zumeist ein Symptom bei anderen Erkrankungen wie Schizophrenie, DID, Depression oder Angststörungen (Nemiah 1989). Das Erleben der Depersonalisierung, ob als Begleiterscheinung einer Erkrankung oder nicht, ist gewöhnlich unangenehm und löst Affekte wie Angst, Panik und Leere aus. Sie wird als pathologisch, fremd und traumatisch erlebt und veranlasst die Betroffenen häufig, einen Arzt aufzusuchen (Gabbard und Twemlow 1984). Die Depersonalisierung verläuft in etwa der Hälfte der Fälle chronisch, das Ausmaß der Dysfunktion beim Einzelnen kann jedoch sehr unterschiedlich sein (Steinberg 1991).

Eine Komorbidität bei Patienten mit einer Depersonalisierungsstörung scheint hoch zu sein. In einer Studie mit 30 Patienten lag die Prävalenz der klassischen Depression und der sozialen Phobie im Laufe des Lebens jeweils bei 53 % (Simeon et al. 1997). Außerdem wurde für eine Panikstörung eine Prävalenz von 37 % im Laufe des Lebens festgestellt. Störungen der Achse II waren bei diesen Patienten ebenfalls häufig: 30 % hatten eine vermeidende, 27 % eine Borderline- und 23 % eine obsessiv-zwanghafte Persönlichkeitsstörung. 60 % der gesamten Stichprobe hatten mindestens eine Persönlichkeitsstörung.

## Psychodynamische Auffassung

Obwohl die Ätiologie der Depersonalisierung in den meisten Fällen nicht bekannt ist, haben sich psychodynamische Erklärungen anhand von Behandlungssituationen als klinisch nützlich erwiesen. Rosenfeld (1947/1966) betrachtete die Depersonalisierung als Abwehrmechanismus gegen primitive destruktive Impulse und Verfolgungsängste, die aus der paranoid-schizoiden

Position stammen. Blank (1954) verstand die Depersonalisierung als Abwehrmechanismus gegen die primitive Angst, die von oraler Wut und oraler Entbehrung herrührt. Stamm (1962) stimmte mit Rosenfeld und Blank hinsichtlich der stark regressiven Aspekte der Depersonalisierung als Abwehrmechanismus überein. Jacobson (1959) beobachtete, dass inakzeptable Identifizierungen abgewehrt werden, indem der unerwünschte Teil des Ich verstoßen und gelegnet wird. Sarlin (1962) teilte Jacobsons Meinung und wies darauf hin, dass die Depersonalisierung möglicherweise einen Konflikt zwischen den Eltern des Patienten widerspiegelt, der in Form von zwei widersprüchlichen Aspekten des Kindes verinnerlicht wurde. Arlow (1966) betrachtete die Depersonalisierung als Abwehrmechanismus, durch den abgewehrte Impulse in einer Gefahrensituation dem teilnehmenden Selbst zugeschrieben werden, das dann von dem beobachtenden Selbst als entfremdet wahrgenommen wird. Auf diese Weise wird der gefährliche Konflikt als einer erlebt, der in einem Fremden und nicht im Selbst stattfindet.

Dieser Wunsch, sich von einer gefährlichen Situation zu distanzieren, die im Widerspruch zu der vorherrschenden Ich-Identifizierung steht, kann in Fällen, in denen die Depersonalisierung im Kontext eines Missbrauchs in der Kindheit auftritt, von großer Bedeutung sein.

Frau R war 19 Jahre alt und wegen chronischer Selbstmordgefährdung und unkontrollierbarer Selbstverstümmelung in psychiatrischer Behandlung. Sie hatte eine inzestuöse sexuelle Beziehung zu ihrem Stiefvater gehabt, seit sie 8 Jahre alt war, und diese Beziehung erst kurz zuvor beendet. Sie klagte häufig über Depersonalisierung und konnte ihren Ursprung auf die Zeit datieren, als sie 8 Jahre alt war und die sexuelle Beziehung begann. Wenn ihr Stiefvater mit den sexuellen Handlungen begann, wurde ihre durch den sexuellen Kontakt ausgelöste Angst so groß, dass sie sich in einer distanzierten Position auf der anderen Seite des Zimmers wiederfand, von wo aus sie die sexuellen Handlungen wie eine Zuschauerin beobachtete. Ihr Körper erschien ihr dabei unwirklich, wie eine „Gummipuppe“.

Die Depersonalisierung hatte unter diesen inzestuösen Umständen begonnen, trat jedoch schon bald in allen Situationen ein, die großen Stress und große Angst auslösten, wie beispielsweise eine Auseinandersetzung bei Tisch. Als sie 19 war, hatte sie sich zu einem chronischen Zustand entwickelt, in dem sie sich meistens unwirklich und tot fühlte. Sie schnitt sich in die Unterarme, um diesen unangenehmen Zustand der Depersonalisierung zu lindern. Die durch die Schnitte verursachten Schmerzen waren besser als die Entfremdung, die sie erlebte.

Die Abwehrfunktion von Frau Rs Depersonalisierung konnte in Form einer inneren Versicherung formuliert werden: „Das bin nicht ich, die die sexuelle Belästigung erlebt. Das ist nicht mein Körper, denn ich bin hier auf der anderen Seite des Zimmers und beobachte, wie sie einer Fremden geschieht.“ Die sexuelle Beziehung zu ihrem Stiefvater konnte dann einem bösen und erniedrigten Selbst zugeschrieben werden, das abgespalten und nicht Teil ihrer selbst war. Es gelang ihr, sich gegen ihre eigene triebhafte Lust zu wehren, die mit der Befriedigung des ödipalen Wunsches und dem Triumph über ihre Mutter einherging.

In der Literatur wird die Ansicht vertreten, bei Patienten mit einer Depersonalisierungsstörung sei ein Trauma in der Kindheit etwas häufiger als bei Kontrollpersonen mit nichtpsychiatrischen Erkrankungen (Simeon et al. 1997), sie sind jedoch, anders als Frau R., gewöhnlich weniger stark traumatisiert als Patienten mit anderen dissoziativen Störungen. Dennoch berichten Patienten, die als Kinder sexuell missbraucht wurden, häufig über eine Depersonalisierung, wenn sie sich an die Einzelheiten ihrer Viktimisierung erinnern. Bei einem Vergleich zwischen 49 Probanden mit einer Depersonalisierungsstörung und 26 gesunden Probanden stellten Simeon et al. (2001) fest, dass Missbrauch in der Kindheit bei der Pathogenese der Depersonalisierungsstörung möglicherweise eine Rolle spielt. Sie stellten außerdem fest, dass sich eine Depersonalisierung als Symptom und auch als Störung anhand eines zwischenmenschlichen Traumas in der Kindheit mit großer Sicherheit vorhersagen ließ. Als wichtigster Faktor für die Vorhersage erwies sich der emotionale Missbrauch.

## Überlegungen zur Behandlung

Der Ausgangspunkt von Erwägungen bezüglich einer Behandlung muss die Anerkennung dessen sein, dass bei einer vorübergehenden oder normalen Depersonalisierung kaum mehr als Bestärkung nötig ist. In manchen Fällen einer chronischen Depersonalisierung sehen Patienten, die sich auf die Störung eingestellt haben, keine wirkliche Notwendigkeit einer Behandlung (Steinberg 1991; Torch 1981). Wenn die Depersonalisierung eine Begleiterscheinung einer zugrunde liegenden primären Erkrankung ist, kann die klinische Besserung der primären Störung durch eine geeignete Behandlung auch die Depersonalisierung beseitigen.

Als primäre psychiatrische Erkrankung ist die Depersonalisierungsstörung leider oftmals behandlungsresistent. In einer Studie mit 117 Probanden, die die Kriterien der Depersonalisierungsstörung erfüllten, stellten Simeon et al. (2003) fest, dass die Störung gegen verschiedene medikamentöse und

psychotherapeutische Behandlungen gleichermaßen resistent war. Die meisten Patienten, die eine Psychotherapie machen, berichten zwar über Besserungen in anderen Lebensbereichen, jedoch nicht über einen signifikanten Rückgang der Depersonalisierungssymptome. Dennoch kann eine dynamische Therapie ihnen manchmal helfen, die unmittelbaren Auslöser und ihre Bedeutung zu identifizieren. Häufig führen negative Affekte, als bedrohlich empfundene soziale Interaktionen und Stress zu einer Verschlimmerung der Symptome (Simeon et al. 2003). Diese Faktoren können untersucht werden, ebenso die Anpassung des Patienten an die Störung. Wenn widersprüchliche Identifizierungen eine Rolle spielen, kann eine produktive Besprechung dessen stattfinden, wie diese Identifizierungen Stressfaktoren in der Ursprungsfamilie widerspiegeln.

## Literaturhinweise

---

- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., et al.: Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse Negl* 22: 45–61, 1998.
- Allen, J. G.: The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. *Harv Rev Psychiatry* 3: 84–95, 1995.
- Allen, J. G.: *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. New York, Wiley, 2001.
- Allen, J. G., Console, D. A., Lewis, L.: Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr Psychiatry* 40: 160–171, 1999.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Arlow, J. A.: Depersonalization and derealization, in: *Psychoanalysis—A General Psychology: Essays in Honor of Heinz Hartmann*. Edited by Loewenstein, R. M., Newman, L. M., Schur, M., et al. New York, International Universities Press, 1966, S. 456–478.
- Arlow, J. A.: Fantasy, memory, and reality testing. *Psychoanal Q* 38: 28–51, 1969.
- Barclay, C. R.: Schematization of autobiographical memory, in: *Autobiographical Memory*. Edited by Rubin, D. C. New York, Cambridge University Press, 1986, S. 82–99.
- Bigras, J., Biggs, K. H.: Psychoanalysis as incestuous repetition: some technical considerations, in: *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Edited by Levine, H. B. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, S. 173–196.
- Blank, H. R.: Depression, hypomania, and depersonalization. *Psychoanal Q* 23: 20–37, 1954.

- Bliss, E. L.: Multiple personalities: report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1388–1397, 1980.
- Bremner, J. D., Marmar, C. R. (Hrsg.): *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., et al.: MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 152: 973–981, 1995.
- Brenneis, C. B.: Multiple personality: fantasy proneness, demand characteristics, and indirect communication. *Psychoanalytic Psychology* 13: 367–387, 1996.
- Brenneis, C. B.: *Recovered Memories of Trauma: Transferring the Present to the Past*. Madison, CT, International Universities Press, 1997.
- Brenner, I.: *Dissociation of Trauma: Theory, Phenomenology, and Technique*. Madison, CT, International Universities Press, 2001.
- Brewin, C.: Memory processes in posttraumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry* 13: 159–163, 2001.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., Dulit, R. A.: Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 152: 1788–1792, 1995.
- Bromberg, P. M.: Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited. *Psychoanalytic Dialogues* 6: 55–71, 1996.
- Brown, D., Schefflin, A. W., Hammond, D. C.: *Memory, Trauma Treatment, and the Law*. New York, WW Norton, 1998.
- Browne, A., Finkelhor, D.: Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 99: 66–77, 1986.
- Burnham, D. L.: The special-problem patient: victim or agent of splitting? *Psychiatry* 29: 105–122, 1966.
- Cardeña, E., Spiegel, D.: Dissociative reactions to the Bay Area earthquake. *Am J Psychiatry* 150: 474–478, 1993.
- Carmen, E. H., Reiker, P. P., Mills, T.: Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 141: 378–379, 1984.
- Clyman, R. B.: The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *J Am Psychoanal Assoc* 39 (suppl): 349–382, 1991.
- Coons, P. M.: The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am* 21: 637–648, 1998.
- Davies, J. M., Frawley, M. G.: Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues* 2: 5–36, 1992.
- Driessen, M., Bedlo, T., Mertens, N., et al.: Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns in traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 55: 603–611, 2004.

- Edelman, G.: *Bright Air, Brilliant Fire: On the Matter of the Mind*. New York, Basic Books, 1992.
- Fairbairn, W. R. D.: Schizoid factors in the personality (1940), in: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, S. 3–27.
- Fairbairn, W. R. D.: Endopsychic structure considered in terms of object-relationships (1944), in: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, S. 82–136.
- Fonagy, P.: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin* 62: 147–169, 1998.
- Fonagy, P.: *Attachment Theory*. New York, Other Press, 2001.
- Fonagy, P., Target, M.: Perspectives on the recovered memories debate, in: *Recovered Memories of Abuse: True or False?* Edited by Sandler, J., Fonagy, P. London, Karnac Books, 1997, S. 183–216.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al.: The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J* 12: 201–218, 1991a.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M.: Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant–mother attachment at one year of age. *Child Dev* 62: 891–905, 1991b.
- Frankel, F. H.: Hypnotizability and dissociation. *Am J Psychiatry* 147: 823–829, 1990.
- Freinkel, A., Koopman, C., Spiegel, D.: Dissociative symptoms in media eyewitnesses of execution. *Am J Psychiatry* 151: 1335–1339, 1994.
- Freud, S.: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 145–156.
- Gabbard, G. O.: The treatment of the „special patient“ in a psychoanalytic hospital. *International Review of Psychoanalysis* 13: 333–347, 1986.
- Gabbard, G. O.: Commentary on „Dissociative processes and transference-countertransference paradigms“ by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues* 2: 37–47, 1992.
- Gabbard, G. O.: Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5: 1–25, 1997.
- Gabbard, G. O., Twemlow, S. W.: *With the Eyes of the Mind: An Empirical Analysis of Out-of-Body States*. New York, Praeger, 1984.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M.: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Ganaway, G. K.: Historical versus narrative truth: clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of DID and its variants. *Dissociation* 2: 205–220, 1989.

- Ganaway, G. K.: Hypnosis, dissociation and multiple personality disorder: a psychodynamic clinician's perspective. Paper presented at the annual meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis. Washington, DC, Oktober 1992.
- Ganzarain, R. C., Buchele, B. J.: *Fugitives of Incest: A Perspective From Psychoanalysis and Groups*. Madison, CT, International Universities Press, 1988.
- Gediman, H. K.: Seduction trauma: complemental intrapsychic and interpersonal perspectives on fantasy and reality. *Psychoanalytic Psychology* 8: 381–401, 1991.
- Gelinas, D. J.: Unexpected resources in treating incest families, in: *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Edited by Karpel, M. A. New York, Guilford, 1986, S. 327–358.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Mechanic, M. B.: Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *Am J Psychiatry* 154: 1081–1088, 1997.
- Grotstein, J. S.: Commentary on „Dissociative processes and transference-countertransference paradigms“ by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues* 2: 61–76, 1992.
- Horowitz, M. J.: *Stress Response Syndromes*. 2<sup>nd</sup> Edition. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Jacobson, E.: Depersonalization. *J Am Psychoanal Assoc* 7: 581–610, 1959.
- Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H., et al.: Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis* 186: 345–351, 1998.
- Kernberg, O. F.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- Killingmo, B.: Conflict and deficit: implications for technique. *Int J Psychoanal* 70: 65–79, 1989.
- Kisiel, C. L., Lyons, J. S.: Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 158: 1034–1039, 2001.
- Kluft, R. P.: Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases. *Psychiatr Clin North Am* 7: 9–29, 1984.
- Kluft, R. P.: The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. *Dissociation* 1: 47–58, 1988.
- Kluft, R. P. (Hrsg.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990.
- Kluft, R. P.: Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 14: 605–629, 1991a.
- Kluft, R. P.: Multiple personality, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 10. Edited by Tasman, A., Goldfinger, S. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991b, S. 161–188.



- Kluft, R. P.: Hospital treatment of multiple personality disorder: an overview. *Psychiatr Clin North Am* 14: 695–719, 1991c.
- Kluft, R. P.: Thoughts on the psychodynamic psychotherapy of the dissociative disorders. *The Psychodynamic Letter* 1: 1–5, 1991d.
- Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D. A.: Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland / Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry* 151: 888–894, 1994.
- Krystal, J. H., Bennett, A., Bremner, J., et al.: Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder, in: *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD*. Edited by Friedman, M., Charney, D., Deutch, A. New York, Lippincott-Raven, 1995, S. 239–269.
- LeDoux, J.: *The Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. New York, Viking Penguin, 2002.
- Levine, H. B.: Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children, in: *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Edited by Levine, H. B. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, S. 197–218.
- Lisman-Pieczanski, N.: Countertransference in the analysis of an adult who was sexually abused as a child, in: *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Edited by Levine, H. B. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, S. 137–147.
- Loewenstein, R. J., Ross, D. R.: Multiple personality and psychoanalysis: an introduction. *Psychoanalytic Inquiry* 12: 3–48, 1992.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L.: Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 158: 1878–1883, 2001.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., et al.: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 151: 902–907, 1994.
- Marmer, S. S.: Multiple personality disorder: a psychoanalytic perspective. *Psychiatr Clin North Am* 14: 677–693, 1991.
- Modell, A. H.: Trauma, memory, and the therapeutic setting, in: *Understanding Therapeutic Action: Psychodynamic Concepts of Cure (Psychoanalytic Inquiry Series, Vol. 15)*. Edited by Lifson, L. E. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, S. 41–50.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., et al.: Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *Am J Psychiatry* 158: 1239–1247, 2001.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., et al.: Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 155: 806–811, 1998.
- Nash, M. R., Hulsey, T. C., Sexton, M. C., et al.: Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *J Consult Clin Psychol* 61: 276–283, 1993.

- Nash, M. R., Neimeyer, R. A., Hulse, T. L., et al.: Psychopathology associated with sexual abuse: the importance of complementary designs and common ground. *J Consult Clin Psychol* 66: 568–571, 1998.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, T. A. F., et al.: Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 59: 139–145, 2002.
- Nemiah, J. C.: Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type), in: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5<sup>th</sup> Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989, S. 1028–1044.
- Novick, K. K., Novick, J.: Postoedipal transformations: latency, adolescence, and pathogenesis. *J Am Psychoanal Assoc* 42: 143–169, 1994.
- Noyes, R. Jr., Hoenk, P. R., Kuperman, S., et al.: Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 164: 401–407, 1977.
- Ogden, T. H.: *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989.
- Putnam, F. W.: *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York, Guilford, 1989.
- Putnam, F. W.: Dissociative phenomena, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 10. Edited by Tasman, A., Goldfinger, S. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, S. 145–160.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., et al.: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 47: 285–293, 1986.
- Rauch, S. L., Shin, L. M.: Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci* 821: 83–98, 1997.
- Rosenfeld, H.: Analysis of a schizophrenic state with depersonalization (1947), in: *Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach*. New York, International Universities Press, 1966, S. 13–33.
- Sarlin, C. N.: Depersonalization and derealization. *J Am Psychoanal Assoc* 10: 784–804, 1962.
- Siegal, D. J.: Memory, trauma, and psychotherapy: a cognitive science view. *J Psychother Pract Res* 4: 93–122, 1995.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A., et al.: Dating and violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality. *JAMA* 286: 572–579, 2001.
- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., et al.: Feeling unreal: 30 cases of DSM–III–R depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 154: 1107–1113, 1997.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., et al.: The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 158: 1027–1033, 2001.
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., et al.: Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry* 64: 990–997, 2003.

- Spiegel, D.: Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 7: 101–110, 1984.
- Spiegel, D.: Trauma, dissociation, and hypnosis, in: *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. Edited by Kluft, R. P. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, S. 247–261.
- Spiegel, D.: Dissociation and trauma, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 10. Edited by Tasman, A., Goldfinger, S. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, S. 261–275.
- Spiegel, D.: Trauma, dissociation, and memory. *Ann N Y Acad Sci* 821: 225–237, 1997.
- Spiegel, D., Fink, R.: Hysterical psychosis and hypnotizability. *Am J Psychiatry* 136: 777–781, 1979.
- Spiegel, D., Li, D.: Dissociated cognition and disintegrated experience, in: *Cognitive Science and Unconscious*. Edited by Stein, D. J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, S. 177–187.
- Spiegel, D., Schefflin, A. W.: Dissociated or fabricated? Psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases. *Int J Clin Exp Hypn* 42: 411–432, 1994.
- Squire, L. R.: Declarative and nondeclarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory. *J Cogn Neurosci* 4: 232–243, 1992.
- Stamm, J.: Altered ego states allied to depersonalization. *J Am Psychoanal Assoc* 10: 762–783, 1962.
- Steinberg, M.: The spectrum of depersonalization: assessment and treatment, in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol. 10. Edited by Tasman, A., Goldfinger, S. M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, S. 223–247.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., Cicchetti, D.: Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am J Psychiatry* 148: 1050–1054, 1991.
- Steingard, S., Frankel, F. H.: Dissociation and psychotic symptoms. *Am J Psychiatry* 142: 953–955, 1985.
- Target, M.: Book review essay: the recovered memories controversy. *Int J Psychoanal* 79: 1015–1028, 1998.
- Torch, E. M.: Depersonalization syndrome: an overview. *Psychiatr Q* 53: 249–258, 1981.
- Van der Kolk, B. A.: The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 12: 389–411, 1989.
- Van Ommeren, M., de Jong, J. T. V. M., Sharma, B., et al.: Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Arch Gen Psychiatry* 58: 475–482, 2001.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., et al.: Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry* 159: 2072–2080, 2002.

- Waller, N. G., Ross, C. A.: The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 106: 499–510, 1997.
- Williams, L. M.: Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 62: 1167–1176, 1994.
- Yehuda, R.: Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci* 821: 57–75, 1997.
- Young, W. C.: Psychodynamics and dissociation: all that switches is not split. *Dissociation* 1: 33–38, 1988.



---

## KAPITEL 11

---

# PARAPHILIEN UND SEXUELLE DYSFUNKTIONEN

### Paraphilien

---

Nur wenige psychiatrische Störungen haben so viele moralische Konnotationen wie Paraphilien. Um sagen zu können, dass jemand im sexuellen Bereich von der Norm abweicht, müsste es eine klare Norm für das sexuelle Verhalten geben. Wer sollte solche Normen aufstellen? Soll die Psychiatrie der Hüter der Moral des sexuellen Verhaltens sein? Können wir Begriffe wie *sexuelle Devianz*, *Perversion* oder gar *Paraphilie* verwenden, ohne pejorativ zu klingen?

Die Entwicklung der Definition der perversen Handlungen zeigt, in welchem Maße die psychiatrische Nosologie ein Spiegel der Gesellschaft ist, in der sie aufgestellt wird. Im Kontext einer Kultur, in der die normale Sexualität relativ eng gefasst war, definierte Freud (1905/1953) die sexuelle Betätigung anhand folgender Kriterien als pervers: 1) wenn sie sich auf nichtgenitale Körperregionen konzentrierte; 2) wenn sie nicht neben dem üblichen Genitalverkehr mit einem Partner des anderen Geschlechts bestand, sondern diesen ersetzte; 3) wenn sie praktisch die ausschließliche Sexualpraktik des Betreffenden war. Freud hat festgestellt, dass Spuren der Perversion in nahezu jedem Menschen vorhanden sind, dessen Unbewusstes einer psychoanalytischen Exploration unterzogen wurde.

Seit Freuds Aufsatz hat sich die Auffassung über die Sexualität dramatisch gewandelt. Als die Sexualität ein anerkanntes wissenschaftliches Forschungsgebiet wurde, stellte sich heraus, dass das sexuelle Verhalten

„normaler“ Paare sehr vielfältig ist. So wurden beispielsweise oral-genitale Kontakte weithin als gesundes Sexualverhalten anerkannt. Homosexualität und Analverkehr wurden ebenfalls von der Liste der perversen Handlungen gestrichen.

Psychoanalytische Fachautoren haben Freuds Beobachtung, laut welcher wir alle einen latenten perversen Teil in uns tragen, wiederholt bestätigt (Chasseguet-Smirgel 1983; McDougall 1980, 1986; Stoller 1975, 1985). Dadurch ging der Fortschritt in der Psychoanalyse mit einer toleranteren Auffassung hinsichtlich der perversen Sexualität einher. McDougall (1986) hat darauf hingewiesen, dass perverse Fantasien bei allen sexuellen Verhaltensweisen Erwachsener regelmäßig vorkommen, jedoch zumeist keine Probleme bereiten, da sie nicht als zwanghaft erlebt werden. Sie schlug vor, den Begriff Neosexualität zu verwenden, um die Neuheit der jeweiligen Betätigung und das intensive Streben des Betreffenden, sie auszuführen, zum Ausdruck zu bringen. Sie betonte, Kliniker müssten Patienten, die diese sexuellen Bedürfnisse als für ihr emotionales Überleben unentbehrlich erleben, mit Empathie begegnen. Ihrer Ansicht nach könnte man die Verwendung des Begriffs Perversion auf Fälle beschränken, in denen jemand seine persönlichen Wünsche einem anderen aufzwingt, der nicht bereit ist, auf diese einzugehen, oder einen unmündigen Menschen, zum Beispiel ein Kind oder einen geistig behinderten Erwachsenen, verführt (McDougall 1995).

Stoller (1975, 1985) plädierte für eine enge Definition der perversen Betätigung. Er bezeichnete Perversion als „erotische Form des Hasses“ (1975, S. 4) und behauptete, Grausamkeit und der Wunsch, den Sexualpartner und sich selbst zu demütigen und zu erniedrigen, seien die entscheidenden Faktoren perversen Verhaltens. Später arbeitete Stoller (1985) sein Konzept weiter aus und ergänzte die Definition um eine weitere Dimension. Da er erkannt hatte, dass normale sexuelle Erregung auch einen Hauch von Feindseligkeit und dem Wunsch nach Demütigung enthält, kam er zu dem Schluss, Intimität sei ein entscheidender Differenzierungsfaktor. Ein Mensch ist nur dann pervers, wenn er den erotischen Akt vornimmt, um eine langfristige intime emotionale Beziehung zu einem anderen Menschen zu vermeiden. Dementsprechend ist das Sexualverhalten nicht pervers, wenn es dazu dient, eine stabile intime Beziehung aufzubauen.

In der Absicht, wertfreie Kategorien aufzustellen, wird im DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) vorgeschlagen, mit dem Begriff nur Situationen zu bezeichnen, in denen nichtmenschliche Objekte verwendet werden, in denen jemand sich oder seinen Partner tatsächlich demütigt oder sich oder seinem Partner tatsächlich Schmerz zufügt, oder an denen Kinder oder Erwachsene, die nicht eingewilligt haben, beteiligt sind. Um das Kontinuum zwischen Fantasie und Handeln zu erfassen, wurde im DSM-IV-TR eine Skala der Schwere erarbeitet. Bei „milden“ Formen sind die paraphilen sexuellen Triebe eine deutliche Belastung für die Patienten, sie leben sie jedoch nicht aus. In Fällen „mittlerer“ Schwere setzen die Patienten ihre Triebe in Handlungen



um, jedoch nur gelegentlich. In „schweren“ Fällen leben die Patienten ihre paraphilen Triebe wiederholt aus. Und um wissenschaftlicher und weniger pejorativ zu sein, wird im DSM-IV-TR statt Perversion oder Devianz der Begriff *Paraphilie* verwendet.

Obwohl die Absicht im DSM-IV-TR anerkennenswert ist, meinte Stoller (1985), die Änderung der offiziellen Bezeichnung von Perversion in Paraphilie (die im DSM-III-R [American Psychiatric Association 1987] vorgenommen wurde) sei ein fehlgeleiteter Versuch, Perversionen „salonfähig“ zu machen. Die Bezeichnung Perversion ist seiner Ansicht nach gerade deshalb angebracht, weil sie schlimme und sündhafte Konnotationen hat: „Perversion ist absolut pejorativ. Sie riecht nach Sünde, Anschuldigung, Rachsucht und Selbstgerechtigkeit. Sie hat etwas Absolutes. In ihr wettern Gott und seine Vertreter auf Erden“ (S. 4).

Stoller hat für die Beibehaltung des Begriffs Perversion plädiert, weil das Gefühl, zu sündigen, eine Voraussetzung dafür ist, dass die perverse Handlung erotische Erregung auslöst. Da beide Sichtweisen ihre Vorzüge haben, werden die beiden Begriffe in diesem Kapitel als Synonyme verwendet.

## Psychodynamische Auffassung

Die Ätiologie von Paraphilien bleibt zum großen Teil im Dunkeln. Bei der Wahl der Paraphilie und hinsichtlich der zugrunde liegenden Bedeutung sexueller Handlungen spielen psychologische Faktoren eindeutig eine entscheidende Rolle. Die Psychoanalyse hat viel Licht in die dunklen Winkel der perversen Psyche gebracht. Mit der gebührenden Bescheidenheit ist hier jedoch auch anzumerken, dass psychodynamische Modelle die Bedeutung einer Perversion erhellen können, ohne zugleich eine definitive Ätiologie zu ermitteln (Person 1986).

Die klassische Auffassung über Perversionen ist tief in der Triebtheorie verwurzelt. Freud (1905/1953) war der Ansicht, diese Störungen zeigten, wie Trieb und Objekt voneinander getrennt werden: „Der Geschlechtstrieb ist wahrscheinlich zunächst unabhängig von seinem Objekt“ (S. 148). Weiterhin definierte er Perversionen teilweise durch eine Gegenüberstellung mit Neurosen. Bei letzteren Störungen stellen die neurotischen Symptome eine Umwandlung unterdrückter perverser Fantasien dar. Bei Perversionen hingegen werden die Fantasien bewusst und unmittelbar als ichsyntone und angenehme Handlungen ausgedrückt. Somit beschrieb Freud Neurosen als Negative von Perversionen: Neurotische Symptome seien desexualisierte perverse Fantasien. Nach der klassischen Auffassung können Perversionen Fixierungen oder Regressionen zu infantilen Formen der Sexualität sein, die bis ins Erwachsenenalter bestehen (Fenichel 1945; Sachs 1986). Überreste der kindlichen Erfahrung werden im Bewusstsein bewahrt und sind im Prozess der

Verschiebung Träger aller infantilen Sexualität. Eine perverse Handlung wird zu einem fixierten und ritualisierten Vorgang, der die einzige Möglichkeit darstellt, einen genitalen Orgasmus zu erreichen. Nach der klassischen Formulierung (Fenichel 1945) ist der entscheidende Faktor, der einen Orgasmus durch herkömmlichen Genitalverkehr verhindert, die Kastrationsangst. Perversionen dienen somit dem Verleugnen der Kastration. (Da die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Paraphilien Männer sind, wird hier eine auf das männliche Geschlecht bezogene Terminologie verwendet.)

Freud (1905/1953) war sich der Komplexität von Perversionen, die vielschichtig sind, bewusst. So nahm er zum Beispiel die unzähligen unbewussten Auslöser des Voyeurismus und des Exhibitionismus zur Kenntnis, die die beiden Seiten derselben Medaille sind. Bei seiner klinischen Arbeit beobachtete er, dass zu jeder „aktiven“ Perversion ein „passives“ Gegenstück gehörte. Demzufolge hätte ein Sadist auch eine masochistische Seite und ein Voyeur exhibitionistische Wünsche.

Bei jüngeren psychoanalytischen Forschungen kam man zu dem Schluss, dass die Triebtheorie allein bei vielen perversen Fantasien und Verhaltensweisen, die in der klinischen Praxis vorkommen, keine ausreichende Erklärung bietet, und die Beziehungsaspekte von Perversionen für ein umfassendes Verständnis entscheidend sind (McDougall 1980, 1986; Mitchell 1988). Laut Stoller (1975, 1985) liegt das Wesentliche der Perversion in einer Umwandlung „eines Kindheitstraumas in einen Triumph des Erwachsenen“ (Stoller 1975, S. 4). Die Patienten werden von ihren Fantasien darüber angetrieben, sich für von ihren Eltern verursachte demütigende Kindheitstraumata zu rächen. Die Rache erfolgt, indem sie ihren Partner während der perversen Handlung oder in der Fantasie entmenslichen und demütigen. Bergner (2002) hat beobachtet, dass die von Menschen mit sexuellen Zwängen bevorzugten Szenarien zumeist in erniedrigenden Kindheitserfahrungen wurzeln. Die sexuell erregenden Fantasien solcher Menschen sollen die Genesung von der in jungen Jahren erlittenen Erniedrigung durch persönliche Wiedergutmachung herbeiführen. Bedauerlicherweise werden die bevorzugten Szenarien zu unmöglichen Standards, neben denen tatsächliche Beziehungen verblassen. Somit wird der Wunsch, über die Erniedrigung hinwegzukommen, niemals erfüllt.

Perverse sexuelle Handlungen können auch eine Flucht vor einer Objektbezogenheit sein (Mitchell 1988). Viele Menschen mit Paraphilien haben sich nur unvollständig von den intrapsychischen Repräsentanzen ihrer Mutter gelöst und individuiert. Deshalb haben sie das Gefühl, ihre Identität als eigenständiger Mensch sei ständig durch Verschmelzung oder Vereinnahmung durch innere oder äußere Objekte bedroht. Der Ausdruck der Sexualität ist gegebenenfalls der einzige Bereich, in dem sie ihre Unabhängigkeit behaupten können. Während Stoller (1975, 1985) Perversionen als Ausdruck des Wunsches, andere zu demütigen, betrachtete, verstand Mitchell (1988) sie als Auflehnung gegen den beherrschenden Einfluss der inneren Mutterfigur. Ein Element der

Erleichterung, die paraphile Patienten verspüren, nachdem sie ihre sexuellen Wünsche ausgelebt haben, ist das Gefühl des Triumphes über die sie kontrollierende Mutter in ihnen.

McDougall (1986) führte andere Bedeutungen der neosexuellen Verhaltensweisen hinsichtlich der Objektbeziehungen an. Sie vertrat die Ansicht, sexuelles Verhalten resultiere aus einer komplizierten Matrix unserer Identifizierungen und Gegenidentifizierungen in Bezug auf unsere Eltern. Jedes Kind ist an einem unbewussten psychologischen Schauspiel beteiligt, das auf den unbewussten erotischen Wünschen und Konflikten der Eltern basiert. Somit wird die Verbindlichkeit jeglicher Neosexualität anhand der Drehbücher der Eltern programmiert, die das Kind verinnerlicht. Nach McDougalls Ansicht kann deviantes Sexualverhalten zum Teil dazu dienen, die introjizierten Objekte vor der Aggression des Patienten zu schützen, indem das von den Eltern „geschriebene“ unbewusste Schauspiel in die Tat umgesetzt wird.

Kohut (1971, 1977) betrachtete die Funktion der Perversionen aus selbstpsychologischer Sicht. Seiner Ansicht nach sind perverse Handlungen verzweifelte Versuche, die Integrität und die Kohäsion des Selbst ohne empathische Selbstobjektreaktionen anderer wiederherzustellen. Die sexuelle Handlung oder Fantasie kann dem Patienten helfen, sich lebendig und intakt zu fühlen, wenn ihm Verlassenwerden oder Trennung drohen. Somit kann perverses Verhalten während der Psychotherapie oder der Analyse eine Reaktion auf fehlende Empathie seitens des Therapeuten sein, die zu einer vorübergehenden Störung der zwischen dem Patienten und dem Therapeuten aufgebauten Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen führt (Miller 1985). Kohut (1977) zufolge sind die Manifestationen von Perversionen im Verhalten sekundäre Phänomene: „Nach der Auflösung der primären psychologischen Einheit (der selbstsicher geforderten empathischen Verschmelzung mit dem Selbstobjekt) tritt der Trieb als Produkt der Desintegration auf; der Trieb wird dann eingesetzt, um zu versuchen, die verlorene Verschmelzung (und somit die Wiederherstellung des Selbst) mit pathologischen Mitteln, das heißt, wie in den Fantasien und Handlungen des Perversen umgesetzt, zu erreichen“ (S. 128).

Obwohl sie keine Selbstpsychologin ist, stellte McDougall (1986) im Hintergrund zahlreicher perverser Handlungen auch eine starke Angst vor dem Verlust der Identität oder des Selbstempfindens fest. Bestimmte sexuelle Praktiken oder sexuelle Objekte werden zu einer Art Heilmittel, das der Patient gegen das Gefühl der inneren Taubheit und der Angst vor der Desintegration des Selbst anwendet. Bei diesen Patienten beobachtete McDougall einen fehlerhaften Verinnerlichungsprozess, der sie als Kinder daran gehindert hat, bei dem Versuch, sich von Mutterfiguren zu lösen, Übergangsobjekte einzusetzen.

Goldberg (1995) erweiterte die selbstpsychologische Auffassung der Perversionen. Er war überzeugt davon, dass die Sexualisierung ein Versuch ist, einen strukturellen Defekt des Selbst zu beheben, der mit der Unfähigkeit, schmerzliche emotionale Zustände zu handhaben und zu erleben,

zusammenhängt. Außerdem brachte er die Perversion mit einer vertikalen Spaltung innerhalb der Persönlichkeit zwischen dem „wirklichen Ich“ und einem verleugneten Teil, der als Initiator und Ausführer perverser Handlungen betrachtet wird, in Verbindung. Zugleich betonte er jedoch auch, dass Verallgemeinerungen über psychodynamische Fragen bei Perversionen nicht gerechtfertigt sind, da jedes einzelne sexualisierte Szenario eine vielfältige Dynamik haben kann.

Verfasser wie Mitchell, McDougall, Kohut und Goldberg haben den Weg für eine weiter gefasste Betrachtungsweise der Perversionen geebnet, die sich nicht nur auf die Sexualität beschränkt, sondern auch den Bereich der Selbst- und Objektrepräsentanzen berücksichtigt. Ogden (1996) meinte, Menschen schüfen eine perverse Form der Bezogenheit, um der Erfahrung der psychologischen Taubheit zu entgehen. Sie führten ein Schauspiel auf, um den falschen Eindruck zu erwecken, sie seien durch ihre Fähigkeit zur Erregung lebendig und nicht abgestumpft und leer. Parsons (2000) zufolge rührt perverses Verhalten von der Unfähigkeit her, das „Anderssein“ eines separaten Menschen zu ertragen. Der Patient führt ein perverses Schauspiel auf, um einen anderen Menschen nicht als komplex, real und anders als er selbst erleben zu müssen. Bei der Perversion liegt eine Art der Bezogenheit vor, die eine echte Verbindung mit dem anderen Menschen umgeht und Macht einsetzt, um den anderen zu verführen, zu dominieren oder auszunutzen, ohne dass der Betreffende sich selbst und den anderen in einer intimen Beziehung wirklich zur Kenntnis nimmt. Viele dieser Patienten erleben Intimität in ihrer Kindheit als gefährlich oder tödlich und meiden sie ein Leben lang. Diejenigen, die sich infantil verhalten oder ein Erwachsenen-Baby-Syndrom (Pate und Gabbard 2003) entwickeln, kleiden sich gegebenenfalls wie Babys, tragen Windeln und verhalten sich wie Kinder, die hoffen, andere in eine Quasimutterrolle zu zwingen, bei der die Subjektivität des anderen völlig außer Acht gelassen wird.

Das traditionelle klinische Wissen besagt, Perversionen seien bei Frauen selten. Diese Auffassung hat sich in den letzten Jahren aufgrund empirischer Forschungen und klinischer Beobachtungen geändert, die gezeigt haben, dass perverse Fantasien bei Frauen häufig sind. In einer umfassenden Studie über weibliche Perversionen hat Louise Kaplan (1991) darauf hingewiesen, dass die Kliniker Perversionen bei Frauen nicht erkannt haben, weil sie eine subtilere Dynamik haben als die offensichtlichere Sexualität der Perversionen bei Männern. Sexuelle Handlungen, die auf Paraphilien bei Frauen zurückzuführen sind, betreffen unbewusste Fragen der Trennung, des Verlassenwerdens und des Verlusts. Manche Frauen, die als Kinder sexuell missbraucht wurden, verhalten sich in übertriebenem Maße nach dem Klischee der weiblichen sexuellen Attraktivität, um sich an den Männern zu rächen und sich ihrer Weiblichkeit zu versichern.

Vor der Besprechung der Dynamik der einzelnen Paraphilien ist anzumerken, dass die Gründe, weshalb der Einzelne eine perverse Fantasie oder Handlung

einer anderen vorzieht, weiterhin ungeklärt sind. Außerdem treten bei ein und derselben Person häufig mehrere Paraphilien gleichzeitig auf. Die herkömmliche Auffassung über Perversionen besagte, ein perverser Mensch sei auf ein sexuelles Szenario fixiert, in einer Studie mit 561 Männern, die sich wegen Paraphilie einer Beurteilung und einer Behandlung unterzogen, stellte sich jedoch heraus, dass sich weniger als 30 % der Probanden (ohne Transsexuelle) auf eine einzige Perversion beschränkten (Abel et al. 1988). Manche Betroffenen wechseln nacheinander mehrmals von einer Paraphilie zu einer anderen. In einem Ergebnisbericht, der einen Zeitraum von 40 Jahren abdeckte, beschrieben Lehne und Money (2000) einen 65-jährigen Mann, der in seiner Jugend ein paraphiler Transvestit war, mit der Zeit zum Pädophilen wurde und schließlich dem prolongierten Infantilismus verfiel.

Bei paraphilen Menschen kann eine ganze Reihe von psychiatrischen Diagnosen und Stufen der Persönlichkeitsorganisation vorliegen. So wurden Perversionen beispielsweise bei psychotischen Patienten, bei solchen mit Persönlichkeitsstörungen und bei relativ gesunden oder neurotischen Patienten beobachtet. Eine polymorphe perverse Sexualität findet sich häufig bei Patienten mit einer Borderline-Organisation der Persönlichkeit (Kernberg 1975). Paraphilien mit offener Grausamkeit gegenüber anderen sind bei Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung häufig. Somit erfordert das psychodynamische Verständnis des einzelnen Patienten mit perversen sexuellen Handlungen die gründliche Ermittlung dessen, wie die Perversion mit seiner zugrunde liegenden Charakterstruktur interagiert. Patienten mit einer neurotischen Organisation zum Beispiel führen eine paraphile Handlung möglicherweise aus, um ihre genitale Potenz zu erhöhen, während dieselbe Handlung bei Patienten, die nahe an der Grenze zum Psychotischen stehen, dazu dienen kann, das Gefühl der Selbstauflösung abzuwehren (Person 1986).

### *Exhibitionismus und Voyeurismus*

Indem er seine Genitalien vor fremden Frauen oder Mädchen zur Schau stellt, versichert sich der Exhibitionist dessen, dass er nicht kastriert ist (Fenichel 1945; Freud 1905/1953). Die Schockreaktion, die seine Handlungen auslöst, hilft ihm, mit der Kastrationsangst fertig zu werden, und gibt ihm das Gefühl, Macht über das andere Geschlecht zu haben. Stoller (1985) hat dargelegt, dass exhibitionistische Handlungen typischerweise nach Situationen erfolgen, in denen der Täter sich gedemütigt gefühlt hat, häufig durch eine Frau. Der Exhibitionist rächt sich für diese Demütigung, indem er fremde Frauen erschreckt. Außerdem ermöglicht ihm die Zurschaustellung seiner Genitalien, ein gewisses Selbstwertgefühl und das Gefühl einer positiven männlichen Identität zu wiederzuerlangen. Diese Männer sind hinsichtlich ihrer Männlichkeit oftmals zutiefst unsicher. Stoller (1985) erklärte, die

Kastrationsangst sei nicht das ganze Motiv für die exhibitionistische Handlung. Seiner Ansicht nach lässt sich die Bedrohung „am besten von der Identität her beschreiben; denn bei der Demütigung geht es um ‚Existenzangst‘, die Bedrohung der grundlegenden geschlechtlichen Identität“ (S. 20). Exhibitionisten haben oft das Gefühl, auf niemanden in ihrer Familie Eindruck gemacht zu haben, und deshalb zu ungewöhnlichen Mitteln greifen zu müssen, um beachtet zu werden (Mitchell 1988). Somit kann jede exhibitionistische Handlung ein Versuch sein, eine in der Kindheit erlebte traumatische Situation rückgängig zu machen.

Auch beim Gegenteil des Exhibitionismus, dem Voyeurismus, geht es um die Verletzung der Privatsphäre einer fremden Frau, einen aggressiven, aber heimlichen Triumph über das weibliche Geschlecht. Fenichel (1945) brachte voyeuristische Neigungen mit einer Fixierung auf eine Primärsituation in der Kindheit in Verbindung, in der das Kind entweder Zeuge des Geschlechtsverkehrs der Eltern wird oder ihn mit anhört. Dieses frühe traumatische Erlebnis könne die Kastrationsangst des Kindes erwecken und es dann veranlassen, die Situation als Erwachsener immer wieder zu wiederholen, um so zu versuchen, ein passiv erlittenes Trauma aktiv zu beherrschen. Fenichel entdeckte auch eine aggressive Komponente im Zusehen, die er als Verschiebung des Wunsches, unmittelbar zerstörerisch gegen Frauen vorzugehen, durch die Schuldgefühle vermieden werden, verstand. Selbst bei Patienten, die nicht zu offen voyeuristischen Handlungen neigen, können weitverbreitete Ableitungen wie Neugier und Angst im Zusammenhang mit dem Schauen auftreten. Manche Patienten sind nicht einmal bereit, sich in der Praxis ihres Therapeuten umzusehen, weil sie befürchten, ihre Neugier könnte als zerstörerisch bewertet werden oder sie könnten etwas Verbotenes sehen. Mitchell (1988) hat beobachtet, dass Exhibitionismus und Voyeurismus eine für alle Perversionen typische Eigenschaft haben: „eine Dialektik zwischen Oberfläche und Tiefe, zwischen dem Sichtbaren und dem Geheimen, zwischen dem Erreichbaren und dem Vorenthaltenen“ (S. 111).

### *Sadismus und Masochismus*

Menschen, die sadistische Fantasien oder Handlungen brauchen, um sexuelle Befriedigung zu erlangen, versuchen häufig unbewusst, Situationen aus ihrer Kindheit, in denen sie Opfer körperlicher Misshandlung oder sexuellen Missbrauchs waren, rückgängig zu machen. Indem sie anderen antun, was ihnen als Kindern zugefügt wurde, nehmen sie Rache und erlangen zugleich das Gefühl, das Kindheitstrauma zu bewältigen. Stoller (1991) hat festgestellt, dass ein ziemlich hoher Prozentsatz der Mitglieder sadomasochistischer Klubs, die Körperpiercing praktizierten, als Kinder im Krankenhaus behandelt worden waren und ständig Spritzen gegen ihre Krankheiten bekommen hatten.

Möglicherweise wiederholen auch masochistische Patienten, die Demütigung und sogar Schmerzen brauchen, um sexuelle Lust zu empfinden, Missbrauchserfahrungen aus der Kindheit. Fenichel (1945) war der Meinung, masochistische Patienten brächten ein Opfer – indem sie anstelle der Kastration das „geringere Übel“ akzeptierten. Sie sind gegebenenfalls auch fest davon überzeugt, dass sie für ihre konfliktreichen sadistischen Wünsche eine Bestrafung verdienen. In manchen Fällen wehren diese Patienten die Trennungsangst ab, indem sie sich dem Missbrauch unterwerfen. Sie meinen häufig, eine sadomasochistische Beziehung sei die einzige erreichbare Form der Objektbezogenheit: Eine Missbrauchsbeziehung ist besser als gar keine Beziehung.

Sadismus und Masochismus sind insofern einzigartig, als sie die einzigen klassischen Perversionen sind, die anerkanntermaßen bei beiden Geschlechtern regelmäßig vorkommen (Person 1986). Obwohl Masochismus auf stereotype Weise mit Frauen in Verbindung gebracht wird, treten abgeschwächte Formen sadistischer und masochistischer Fantasien bei fast jedem Menschen regelmäßig auf. Die Praktiken männlicher Homosexueller und die Berichte weiblicher Prostituierten deuten sogar darauf hin, dass masochistische sexuelle Handlungen bei Männern vielleicht häufiger sind. Sacher-Masoch, der österreichische Schriftsteller aus dem 19. Jahrhundert, von dessen Namen der Begriff abgeleitet wurde, war ein Dichter des männlichen Masochismus. In der Tat kann alle sexuelle Erregung mit aggressiven Wünschen in Verbindung gebracht werden (Stoller 1985). Patienten, die sich wegen sexueller Hemmungen einer Psychotherapie oder Psychoanalyse unterziehen, haben oft ausgesprochen sadistische Fantasien, die sie daran hindern, sexuelle Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen.

Was Beziehungen angeht, entwickelt sich der Sadismus häufig aus einer bestimmten inneren Objektbeziehung, in der es große Anstrengungen erfordert, den Widerstand des vorenthaltenden und distanzierten Objekts gegen die entsprechende Selbstrepräsentanz zu überwinden (Mitchell 1988). Ebenso kann masochistische Unterwerfung die Umsetzung einer inneren Objektbeziehung sein, in der das Objekt nur auf das Selbst reagiert, wenn es gedemütigt wird.

Aus der Sicht der Selbstpsychologie ist masochistisches Verhalten ein verzweifelter Versuch, das Gefühl der Lebendigkeit oder Selbstkohäsion wiederherzustellen. Obwohl Masochismus offensichtlich selbstzerstörerisch ist, kann der Patient ihn als das Selbst wiederherstellend empfinden. Stolorow et al. (1988) haben über die Behandlung einer schwer gestörten 19-jährigen Patientin berichtet, die den Therapeuten wiederholt gebeten hatte, sie zu schlagen. Auf die wiederholten Fragen des Therapeuten, weshalb sie wolle, dass er sie schlage, schrieb sie: „Körperlicher Schmerz ist besser als spiritueller Tod“ (S. 506). Ohne von anderen zugefügten körperlichen Schmerz und Missbrauch durch andere hatte diese Patientin das Gefühl, sie existiere nicht und sei mit keinem Menschen verbunden. Die Verfasser haben festgestellt, dass



masochistische Patienten häufig ihr gesamtes Leben auf die Befriedigung der Bedürfnisse ihrer Eltern ausrichten. Die Folge ist, dass ihre eigene innere affektive Erfahrung in die Ferne rückt und nicht zugänglich ist, weil sie dem Dienst an den Eltern geopfert wurde.

Durch die Verbreitung des Internets sind aktive gesellschaftliche Organisationen von Einzelnen und Paaren entstanden, die sich häufig als BDSM bezeichnen. Neben Sadismus und Masochismus steht dieses Kürzel für Verbindungen in Form von Sklaverei / Disziplin und Dominanz / Unterwerfung. Manche bevorzugen es, gefesselt und gebändigt zu werden, andere legen es aktiv auf Bestrafung an. Das Ertragen von Schmerzen dient häufig einer Art der Bezogenheit. In manchen Verbindungen genießen es die sich Unterwerfenden einfach, die Autorität an dominante Partner abzutreten, sodass ihnen in allen Lebensbereichen gesagt wird, was sie zu tun haben. In dieser Hinsicht ist gegebenenfalls nicht der Schmerz das primäre Ziel. Die Organisationen haben Regeln aufgestellt, um zu gewährleisten, dass die Praktiken sicher sind und einvernehmlich erfolgen, so unter anderem, dass der Partner nicht alleine gelassen wird und dass klar ausgesprochen wird, wenn eine Handlung zu weit geht, damit sie eingestellt werden kann. Die meisten Menschen, die diese Art der einvernehmlichen Bindungen eingehen, begeben sich nicht in psychiatrische Behandlung.

### *Fetischismus*

Um zu sexueller Erregung zu gelangen, brauchen Fetischisten ein unbelebtes Objekt, häufig ein Stück Damenunterwäsche oder einen Schuh, oder aber einen nichtgenitalen Körperteil. Freud erklärte Fetischismus ursprünglich damit, dass er von der Kastrationsangst herrühre. Das als Fetisch gewählte Objekt stelle symbolisch den „weiblichen Penis“ dar, eine Verschiebung, die dem Fetischisten helfe, seine Kastrationsangst zu überwinden. Aufgrund der Prämisse, dass die Wahrnehmung der weiblichen Genitalien durch den Mann seine Angst davor, seine eigenen Genitalien zu verlieren und wie eine Frau zu werden, steigert, meinte Freud, diese unbewusste Symbolisierung erkläre die relative Häufigkeit des Fetischismus. Diesen Ansatz verwendete er auch bei der Erarbeitung seines Konzepts über die Spaltung des Ich (Freud 1940/1964) – im Denken des Fetischisten bestehen zwei widersprüchliche Vorstellungen nebeneinander: die Leugnung der Kastration und die Bestätigung der Kastration. Der Fetisch repräsentiert beide.

Auch Greenacre (1970, 1979) betrachtete die Kastrationsangst als zentralen Aspekt für das Verständnis des Fetischismus, sie merkte jedoch an, dass er seinen Ursprung in früheren prägenitalen Störungen hat. Somit können chronische traumatische Interaktionen in den ersten Lebensmonaten zur Entstehung von Fetischismus führen. Wegen schwerwiegender Probleme in der Beziehung

zwischen Mutter und Säugling kann der Säugling nicht von der Mutter oder von Übergangsobjekten getröstet werden. Deshalb braucht er, um körperliche Integrität zu erleben, einen Fetisch, etwas, das „beruhigend hart ist, nicht nachgibt, seine Form nicht verändert und auf zuverlässige Weise strapazierfähig ist“ (Greenacre 1979, S. 102). Diese frühen prägenitalen Störungen werden später, wenn sich das männliche Kind oder der männliche Erwachsene um seine genitale Integrität sorgt, reaktiviert. Im Wesentlichen betrachtete Greenacre den Fetisch als etwas, das die Funktion eines Übergangsobjekts erfüllt.

Kohut (1977) vertrat eine ähnliche Auffassung über den Fetischismus, formulierte sie jedoch in der Terminologie der Selbstpsychologie. Er berichtete von einem männlichen Patienten, dessen Kindheit durch die traumatische Nichtverfügbarkeit seiner Mutter geprägt war. Der Patient machte Unterhosen zum Fetisch, die als Ersatz für das nicht verfügbare Selbstobjekt dienten. Im Gegensatz zu seiner Hilflosigkeit in Bezug auf seine Mutter konnte der Patient über dieses nichtmenschliche Selbstobjekt vollständige Kontrolle ausüben. Das bedeutet, dass das, was als intensives sexuelles Bedürfnis nach einem fetischistischen Objekt erscheint, in Wirklichkeit eine große Angst vor dem Verlust des Selbstempfindens widerspiegeln kann (Mitchell 1988).

In der neueren Literatur zum Fetischismus wurde das Konzept dahin gehend erweitert, dass Fetischismus Teil eines Spektrums von Phänomenen ist, mit denen die Angst kontrolliert wird, indem einem äußeren Objekt Magie und Illusionen zugeschrieben werden (Nersessian 1998). Außerdem wurde der Fetischismus auch über unbelebte Objekte hinaus erweitert, und man ist der Ansicht, dass er sowohl bei Frauen als auch bei Männern vorkommt. Statt zu versuchen, den Fetischismus mit einer zu einem bestimmten Punkt in der Entwicklung entstandenen Angst in Verbindung zu bringen, konzentrieren sich moderne Auffassungen darauf, dass das Ich ein äußeres Objekt braucht, um seine Angst zu bewältigen. Massie und Szajnberg (1997) haben in einer prospektiven Langzeitstudie über einen Fall von Amputiertenfetischismus berichtet, in dem sich ein 30-jähriger Mann daran erinnerte, dass er seit seinem fünften oder sechsten Lebensjahr einen sexuellen Fetisch hatte. Die Informationen zur Vorgeschichte und Filmaufzeichnungen von Eltern und Kind, die für die Studie zur Verfügung standen, ermöglichten zusammen mit den Erinnerungen der Eltern komplexe und aufschlussreiche Einblicke in die Entstehung eines Fetischs. Es kamen eindeutig mehrere Faktoren zum Tragen, so unter anderem ein ungewöhnlich intensives und sexuell erregendes Verhältnis sowohl zur Mutter als auch zum Vater, eine Neigung zu starker psychophysiologischer Erregung, Schwierigkeiten, sich selbst zu trösten, eine überstimulierende und große Aufmerksamkeit beider Eltern hinsichtlich des psychologischen Lebens des Kindes und die frühe Erfahrung des Verlusts des Vaters für 10 Wochen im dritten Lebensjahr des Kindes. Dieses Trauma schien zu einer Anfälligkeit für Trennungsangst beigetragen zu haben. Die spezifische Form des Fetischs, bei der es um Bilder von Amputierten ging, konnte außerdem

mit einer Betreuerin in Verbindung gebracht werden, die einen Gips am Bein hatte, und der Angst des Kindes, der Gips könne „abgehen“. Massie und Szajnberg vermuteten, der Fetischismus könne in diesem Fall mit einer Form des posttraumatischen intrapsychischen Spiels zusammenhängen.

### *Pädophilie*

Die Form der Perversion, die bei den Behandelnden am ehesten Ekel und Verachtung auslöst, ist die Pädophilie. Indem er seine sexuellen Wünsche befriedigt, kann der Pädophile unschuldigen Kindern irreparable Schäden zufügen. Ein festes Konzept oder ein psychodynamischer Ansatz kann es den Klinikern ermöglichen, diesen Patienten bei der Behandlung eine gewisse Empathie und ein gewisses Verständnis entgegenzubringen. Nach der klassischen Auffassung (Fenichel 1945; Freud 1905/1953) stellt Pädophilie eine narzisstische Objektwahl dar – das heißt, der Pädophile sieht in dem Kind ein Spiegelbild seiner selbst als Kind. Außerdem galten Pädophile als hilflose und schwache Menschen, die Kinder als sexuelle Objekte wählen, weil sie weniger Widerstand leisten oder weniger Angst auslösen als erwachsene Partner und den Pädophilen so die Vermeidung der Kastrationsangst ermöglichen.

In der klinischen Praxis werden bei vielen Pädophilen schwere Persönlichkeitsstörungen festgestellt. In einer Studie (Raymond et al. 1999) mit inhaftierten Pädophilen wurde bei 60 % eine Persönlichkeitsstörung festgestellt – bei 20 % eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und bei 22,5 % eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Sexuelle Handlungen mit Kindern vor der Pubertät können das labile Selbstwertgefühl des Pädophilen stärken. Viele Menschen mit dieser Perversion wählen zudem Berufe, in denen sie mit Kindern zu tun haben, weil die idealisierenden Reaktionen der Kinder ihnen helfen, ihre Selbstachtung zu wahren. Im Gegenzug idealisieren Pädophile die Kinder häufig, sodass die sexuellen Handlungen mit ihnen mit einer unbewussten Fantasie der Verschmelzung mit einem idealen Objekt oder der Wiederherstellung eines jugendlichen und idealisierten Selbst verbunden sind. Die Angst vor Alter und Tod kann durch sexuelle Handlungen mit Kindern abgewehrt werden.

Wenn pädophile Handlungen in Verbindung mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit schweren dissozialen Merkmalen oder als Teil einer eindeutig psychopathischen Charakterstruktur (siehe Kapitel 17) erfolgen, können die unbewussten Determinanten des Verhaltens der Dynamik des Sadismus sehr nahekommen. Die sexuelle Bezwingung eines Kindes ist das Instrument der Rache. Oft sind Pädophile als Kinder selbst sexuell missbraucht worden (Fagan et al. 2005), und die Umwandlung eines passiv erlittenen Traumas in eine aktiv vorgenommene Viktimisierung kann von einem Gefühl des Triumphes und der Macht begleitet sein.

Macht und Aggression spielen auch für Pädophile, deren sexuelle

Handlungen sich auf inzestuöse Beziehungen zu ihren eigenen Kindern oder Stiefkindern beschränken, eine wichtige Rolle. Diese Männer haben oftmals das Gefühl, von ihren Frauen nicht geliebt zu werden, und lösen bei ihren Kindern Betreuerreaktionen aus, indem sie sich selbst als Opfer darstellen (Ganzarain und Buchele 1990). Die Kehrseite ihrer Selbstdarstellung als Märtyrer ist jedoch das Gefühl der Kontrolle und Macht über ihre Sexualpartner. Diese inzestuösen Väter hegen eine enorme Feindseligkeit gegenüber Frauen und betrachten den Penis häufig als Waffe, die bei Rachehandlungen gegen Frauen eingesetzt werden kann. Manche haben zugegeben, dass intensive Wut bei ihnen eine Erektion auslöst (Ganzarain und Buchele 1990).

Pädophile werden häufig anhand dessen kategorisiert, ob sie fixiert oder regrediert sind (Groth und Birnbaum 1979; McConaghy 1998). Fixierte Pädophile fühlen sich bereits als Heranwachsende zu Jüngeren hingezogen, während regredierte Pädophile sich gewöhnlich erst als Erwachsene für Jüngere interessieren. Fixierte Pädophile begehen ihre Handlungen im Allgemeinen an Jungen, während regredierte überwiegend Mädchen sexuell missbrauchen. Diejenigen, die sich an Mädchen vergehen, nehmen ihre Handlungen typischerweise zu Hause, als Teil einer inzestuösen Beziehung vor und haben meist eine sehr geringe Zahl von Opfern. Fixierte Pädophile, bei denen die Objekte sexueller Begierde Jungen sind, haben meist viele Opfer und eine Vorliebe für Jungen, die nicht mit ihnen in einem Haushalt wohnen. Da sich regredierte Pädophile auch zu erwachsenen Frauen hingezogen fühlen können, ist ihre Prognose wesentlich besser als die fixierter Pädophiler, die sich hauptsächlich für Jungen interessieren.

In einem umfassenden Behandlungsplan für einen pädophilen Patienten muss auch die Komorbidität berücksichtigt werden. Es ist erwiesen, dass bei vielen Kinderschändern eine Psychopathologie vorliegt (Ahlmeier et al. 2003). Neben der umfassenden Charakterpathologie sind Angststörungen und Dysthymie bei Pädophilen häufig.

### *Transvestismus*

Bei Transvestismus kleidet sich der männliche Patient als Frau, um zu sexueller Erregung zu gelangen, die zu heterosexuellem Geschlechtsverkehr oder Masturbation führt. Der Patient verhält sich gegebenenfalls nach dem traditionellen männlichen Muster, solange er als Mann gekleidet ist, effeminiert jedoch, wenn er als Frau gekleidet ist. Die klassische psychoanalytische Auffassung über den Transvestismus basiert auf der Vorstellung von der phallischen Mutter. Indem es sich vorstellt, seine Mutter habe einen Penis, auch wenn dieser nicht eindeutig zu sehen ist, überwindet das männliche Kind seine Kastrationsangst. Das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts kann somit eine Identifizierung mit der phallischen Mutter sein (Fenichel 1945).

In einem primitiveren Stadium identifiziert sich der kleine Junge möglicherweise mit seiner Mutter, um Trennungsangst zu vermeiden. Sein Wissen um die genitalen Unterschiede zwischen ihm und seiner Mutter kann bei ihm Angst davor auslösen, seine Mutter zu verlieren, weil sie separate Individuen sind. Bei der klinischen Arbeit mit Transvestiten zeigt sich, dass sie häufig eine Art Verschmelzung mit einem intrapsychischen mütterlichen Objekt erleben, wenn sie sich als Frauen kleiden. Das ist für sie eine Bestätigung dessen, dass kein Verlust der Trost spendenden inneren mütterlichen Präsenz droht. Diese Männer sind immer heterosexuell (Person 1986), und die meisten von ihnen sind im Übrigen gut angepasst. Eine Studie mit 188 Transvestiten (Brown et al. 1996) hat ergeben, dass sie sich hinsichtlich der sexuellen Funktionen, der Persönlichkeit und des emotionalen Leidens vom Durchschnittsmann unterscheiden. Sie begeben sich selten in psychiatrische Behandlung. Transgenderistische und transsexuelle Männer hingegen haben deutlich mehr psychiatrische Symptome, einen schwächeren Sexualtrieb und eine schlechtere Körperwahrnehmung als Transvestiten. Obwohl Transvestiten gewöhnlich fest davon überzeugt sind, dass sie heterosexuell und Männer sind, suchen manche von ihnen in der Lebensmitte Kliniken auf, weil sie meinen, transsexuell geworden zu sein. Solche Menschen gelten nicht als echte Transvestiten, die eine chirurgische Geschlechtsumwandlung brauchen, weil eine Komorbidität von Transsexualität und Transvestismus als extrem selten gilt (Bower 2001).

## Überlegungen zur Behandlung

Patienten mit Paraphilien sind bekanntermaßen schwer zu behandeln. Sie haben über lange Jahre und mit großer Sorgfalt eine erotische Lösung für ihre Probleme erarbeitet und wollen nur in seltenen Fällen darauf verzichten (McDougall 1986). Warum sollte jemand eine Praktik aufgeben, die ihm große Lust bereitet? Die meisten Perversionen sind ichsynton; es ist die Ausnahme, dass Patienten unter ihren Symptomen leiden und deshalb zu einer Behandlung bereit sind. Menschen mit einem Fetisch betrachten ihren Fetischismus lediglich als Eigenheit, keinesfalls jedoch als psychiatrisches Symptom (Greenacre 1979). Sie begeben sich typischerweise aus anderen Gründen in Behandlung, und der Fetischismus tritt im Laufe der Therapie oder Analyse zutage.

Die überwiegende Mehrzahl paraphiler Patienten begibt sich unter einem gewissen Druck in Behandlung. Eine Ehekrise kann einen Transvestiten dazu bringen, einen Arzt aufzusuchen, weil eine Scheidung droht. Im Fall von Voyeurismus, Exhibitionismus und insbesondere Pädophilie wird eine Behandlung häufig als Bedingung für eine Bewährung oder als Alternative zur Inhaftierung angeordnet. Gegebenenfalls steht ein Gerichtstermin an, und der Betreffende unterzieht sich der Form halber einer Behandlung, um vor Gericht

„gut dazustehen“ und den Richter dazu zu bewegen, die Anklage fallen zu lassen. In den meisten Fällen von Paraphilie ist als Erstes die rechtliche Situation zu klären. Der Kliniker wartet mit seiner Entscheidung über eine Langzeitbehandlung gegebenenfalls den Gerichtsbeschluss ab. Patienten, die sich nach der Klärung aller juristischen Fragen auch weiterhin um eine Behandlung bemühen, haben möglicherweise eine bessere Prognose (Reid 1989).

Ein weiteres Hindernis bezüglich der Behandlung von Patienten mit Perversionen stellen die Gegenübertragungsreaktionen dar, die sie auslösen. Wenn wir tatsächlich alle mit unbewussten perversen Wünschen zu kämpfen haben, wie Freud und seitdem viele andere vermutet haben, kann man davon ausgehen, dass wir möglicherweise so auf den perversen Patienten reagieren, wie wir auf unsere eigenen perversen Impulse reagieren würden. Wir sind von Ekel, Angst und Verachtung erfüllt. Unser erster Impuls ist es, mit Strafe zu reagieren – eine Moralpredigt zu halten, zu tadeln und alles zu tun, um die Perversion „auszumerzen“. Wir schrecken angesichts der Vorstellung, irgendjemandem zu erlauben, solchen Trieben freien Lauf zu lassen, zurück, wo wir selbst sie doch sorgfältig kontrollieren. Wir können jedoch auch voyeuristische Lust empfinden, wenn wir uns die detaillierten Berichte über die sexuellen Handlungen unserer Patienten anhören (Fagan et al. 2005). Eine andere Gegenübertragungsreaktion besteht darin, ebenso wie der Patient die Perversion zu meiden und über andere Aspekte seines Lebens zu sprechen. Kliniker können ihre eigenen Gefühle von Ekel und Verachtung vermeiden, indem sie den gesamten Bereich der sexuellen Pathologie meiden. Bei manchen Patienten – insbesondere Pädophilen – können manche Therapeuten sogar zu der Überzeugung gelangen, wegen ihres starken Gegenübertragungshasses nichts bewirken zu können. In solchen Fällen sollte der Patient an jemand anderen verwiesen werden.

Ein letzter Grund, aus dem es schwierig ist, Menschen mit Perversionen zu behandeln, ist die gleichzeitig bestehende Psychopathologie. In einer Studie mit 113 wegen Sexualstraftaten verurteilten Männern (Dunsieth et al. 2004) wurde festgestellt, dass 85 % von ihnen eine Drogenmissbrauchsstörung hatten und 56 % die Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung erfüllten. Es ist schwer genug, perverse Fantasien und Verhaltensweisen zu ändern, wenn die Erkrankung aber noch durch eine schwere chemische Abhängigkeit oder eine dissoziale Charakterpathologie kompliziert wird, muss man mit der Prognose noch vorsichtiger sein.

Es ist weiterhin äußerst umstritten, ob die Behandlung von Paraphilien, insbesondere solchen, bei denen es um Pädophilie oder andere Straftaten geht, tatsächlich wirksam ist (Hall 1995; Marshall und Pithers 1994; McConaghy 1998; Prentky et al. 1997; Rice et al. 1991). Obwohl manche Studien vielversprechend sind, ist die Validität der Instrumente zur Beurteilung des Resultats bei Folgeuntersuchungen sehr problematisch. Die anhand der Verhaftungsdaten ermittelte Rückfallquote ist nur begrenzt aussagekräftig. Da

zum Beispiel Pädophile nicht rund um die Uhr beobachtet werden können, können die Forscher nicht sicher sein, ob sie ihren Trieb, Kinder zu belästigen, auch weiterhin ausleben.

Der Großteil der Forschungen zur Wirksamkeit der Behandlung von Paraphilien wurde mit Sexualstraftätern durchgeführt (Fagan et al. 2005). Die meisten Sexualstraftaten sind jedoch nicht Ausdruck einer Paraphilie. Außerdem stellen die meisten Paraphilien in erster Linie für die Betroffenen ein Problem dar und führen nicht unmittelbar zu Sexualstraftaten. Somit führt der Umstand, dass empirische Forschungen über Paraphilien an nicht repräsentativen Stichproben durchgeführt werden, dazu, dass es äußerst schwierig ist, festzustellen, welche Behandlungen bei welchen Menschen mit Paraphilien wirksam sind. Wir können derzeit noch nicht sagen, eine bestimmte psychotherapeutische Behandlung sei bei einer bestimmten Paraphilie oder bei allen wirksam (Fagan et al. 2005).

Bei den meisten Behandlungsprogrammen handelt es sich um integrierte Modelle, die auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten sind. Es gibt eine umfangreiche psychoanalytische und psychotherapeutische Literatur über die Behandlung einiger Formen der Paraphilie (Fogel und Myers 1991; Goldberg 1995; Kaplan 1991; McDougall 1980, 1986, 1995; Person 1986; Rosen 1964, 1979; Stoller 1985). Neben psychodynamischen Ansätzen werden auch die kognitiv-behaviorale Therapie, die Rekonditionierung des Verhaltens und die Vorbeugung gegen Rückfälle eingesetzt und haben sich bei manchen Patienten als wirksam erwiesen. Zu den Behandlungszielen gehört es gewöhnlich auch, dem Patienten zu helfen, die Verleugnung zu überwinden und Empathie für seine Opfer zu entwickeln, die deviante sexuelle Erregung zu identifizieren und zu behandeln, soziale Defizite und inadäquate Bewältigungsmuster zu identifizieren, kognitive Verzerrungen infrage zu stellen und einen umfassenden Plan zur Vorbeugung gegen Rückfälle zu erarbeiten, der auch die Meidung von Situationen beinhaltet, in denen der Patient in Versuchung geraten kann.

Bei der modernen Behandlung von Paraphilien, insbesondere wenn eine Sexualstraftat begangen wurde, wird die Psychotherapie mit der Verabreichung von Medikamenten kombiniert, die den Testosteronspiegel senken. Die am häufigsten verwendeten Mittel sind Cyproteronacetat, Depo-Provera, Lupron Depot und Triptorelin (Berlin et al. 1995; Rosler und Witztum 1998). Manche dieser Medikamente haben jedoch schwere Nebenwirkung wie eine verminderte Spermienproduktion, eine hyperinsulinämische Reaktion bei Glukosebelastung, Gewichtszunahme, Knoten in der Brust, thromboembolische Erscheinungen und adrenale Suppression. Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für ein Leberzellenkarzinom (Briken et al. 2001). Deshalb versuchte man es in manchen Fällen mit der Gabe weniger aggressiver Mittel wie selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und LH-Freisetzungshormon-Agonisten.



## *Psychotherapeutische Behandlungen*

In manchen Fällen von Paraphilie kann eine individuelle expressiv-supportive Psychotherapie mit expressivem Schwerpunkt angezeigt sein, der Therapeut darf jedoch keine zu hohen Erwartungen haben. Viele Patienten können beträchtliche Fortschritte hinsichtlich ihrer Objektbezogenheit und ihrer Ich-Funktionen machen, während sich die perversen Tendenzen in viel geringerem Umfang ändern. Im Allgemeinen sind die Resultate bei Patienten mit einer höheren Charakterorganisation besser als bei solchen mit einer Organisation auf dem Borderline-Niveau (Person 1986).

Ebenso erzielen Patienten mit einer psychologischen Einstellung, solche mit einer gewissen Motivation, solche, bei denen die Symptome einen gewissen Leidensdruck auslösen, und solche, die sich für die Ursache ihrer Symptome interessieren, bessere Ergebnisse als solche, bei denen diese Eigenschaften fehlen.

Es gibt typische Probleme bei der Behandlung Paraphiler mit einer dynamischen Psychotherapie. Diese Patienten sind selten bereit, sich auf die Perversion selbst zu konzentrieren, und behaupten häufig, diese sei kein Problem mehr für sie. Auch wenn der Psychotherapeut die mit der Paraphilie einhergehenden Störungen behandeln muss, muss er einer solchen Verleugnung von Anfang an energisch begegnen. Eine Aufgabe der Therapie besteht darin, das perverse Verhalten in den zentralen Teil der Persönlichkeitsfunktionen des Patienten zu integrieren, damit es zusammen mit den übrigen Aspekten seines Lebens besprochen werden kann. Die vertikale Spaltung der Persönlichkeit des Patienten kann zu parallelen, aber unterschiedlichen Übertragungserscheinungen führen. Jede Übertragung löst entsprechende Gegenübertragungen aus, bei der häufig auch eine geheime Absprache mit der Perversion erfolgt. Goldberg (1995) meinte, der Therapeut müsse das Verhalten einerseits als für das emotionale Überleben des Patienten entscheidend erkennen und das perverse Verhalten andererseits als etwas betrachten, das es zu verstehen und zu verringern gilt. Er wies darauf hin, dass der vertikalen Abspaltung in der Übertragung in dieser Hinsicht eine entsprechende Abspaltungsreaktion beim Therapeuten gegenübersteht.

Ein weiteres häufiges Dilemma der Psychotherapie betrifft die Vermeidung einer bestrafenden Einstellung gegenüber den perversen Handlungen des Patienten. In den meisten Ländern besteht eine Meldepflicht, die bedeutet, dass der Therapeut die Schweigepflicht brechen muss, wenn er während der psychiatrischen Behandlung pädophile Handlungen aufdeckt. Perveres Verhalten löst beim Therapeuten mit großer Wahrscheinlichkeit auch unabhängig von juristischen und ethischen Überlegungen äußerste Missbilligung aus. Sensible Patienten bemerken häufig, wie der Therapeut kämpft, um nicht strafend aufzutreten. Raffinierte Patienten nutzen diesen Gegenübertragungskampf möglicherweise aus, indem sie den Therapeuten, da dieser den Schwerpunkt auf die Perversion legt, beschuldigen, er sei streng und grausam. Gegebenenfalls

vermeiden sie die Besprechung des Symptoms auch, indem sie ihre Gefühle der Scham, der Verlegenheit und der Demütigung zugeben.

Wenn der Patient seinen anfänglichen Widerstand gegen den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses zum Zwecke des Verständnisses des perversen Symptoms überwinden kann, können Patient und Therapeut beginnen, nach unbewussten Bedeutungen des Symptoms und seiner Funktion in der Persönlichkeit des Patienten zu suchen. Die meisten Paraphilien wirken im Kontext der Objektbeziehungen außerhalb des Bewusstseins des Patienten. Viele paraphile Patienten empfinden ihre Fantasien und ihr Verhalten als im Wesentlichen nicht psychologisch und sehen keinen Zusammenhang zwischen ihren Symptomen und ihren Gefühlszuständen – oder ihren Symptomen und Lebensereignissen –, der ihr Bedürfnis nach den Symptomen verstärken könnte. Deshalb besteht ein großer Teil der Arbeit des Therapeuten darin, diese Zusammenhänge zu erklären.

Herr S, ein 22-jähriger Student, wurde in die Klinik eingewiesen, nachdem er verhaftet worden war, weil er sich vor Studentinnen auf dem Campus entblößt hatte. Er saß mit entblößten Genitalien in seinem Auto, das auf dem Parkplatz vor dem Wohnheim der Studentinnen stand. Manche der vorbeigehenden Studentinnen sahen in den Wagen und reagierten erschrocken, was ihn sehr erregte. Während seines kurzen Klinikaufenthaltes erklärte sich Herr S zu einer Psychotherapie bereit, an der er jedoch nur widerstrebend teilnahm. Er sagte dem Therapeuten, die Peinlichkeit seiner Verhaftung und Einweisung in die Klinik und die daraus resultierende Depression würden ihn davon abhalten, jemals wieder exhibitionistische Handlungen vorzunehmen. Er nutzte die Therapie lieber, um über andere Angelegenheiten wie seine Schwierigkeiten mit seinem Selbstwertgefühl und damit, sich im Studium anzustrengen, zu sprechen.

Der Therapeut trat seiner Verleugnung entgegen und behauptete, das Problem des Exhibitionismus sei nicht einfach verschwunden, nur weil Herr S in die Klinik eingeliefert worden war. Nach seiner Entlassung aus der Klinik kämpfte Herr S auch weiterhin mit exhibitionistischen Impulsen, denen er gelegentlich nachgab. Jedes Mal, wenn er in der Therapie über solche Impulse berichtete, forderte der Therapeut ihn auf, über mögliche Auslöser dieser Impulse oder Handlungen zu reflektieren. Herr S schien völlig verblüfft, als er in seiner Erinnerung nach früheren Ereignissen oder Gefühlen suchte. Der Wunsch, sich zu entblößen, war ein so fester Bestandteil seiner Identität, dass er gar nicht daran gedacht hatte, er rühre von einem affektiven oder Beziehungskontext her.

Einmal, nachdem Herr S sich entblößt hatte, wies der Therapeut ihn darauf hin, dass die Entblößung unmittelbar nach der Absage einer jungen Frau aus einem seiner Kurse, die er um ein Rendezvous gebeten hatte, erfolgt war. Herr S gab zu, dass er sich zurückgewiesen und gedemütigt gefühlt hatte und erklärte, er könne sich vorstellen, dass seine Entblößungen Ausdruck seiner Wut und Rache bei Desinteresse von Frauen sein könnten. Langsam erkannte er ein Muster zunehmender exhibitionistischer Impulse, die immer dann auftraten, wenn er von einer

Frau zurückgewiesen wurde, für die er schwärmte. Mit der Hilfe des Therapeuten konnte Herr S seine Wut auf Frauen mit dem tiefen Groll in Verbindung bringen, den er gegen seine Mutter hegte, weil sie wieder einer Vollzeitbeschäftigung nachgegangen war, als Herr S 2 Jahre alt war.

Als in der Therapie heikle Aspekte der Beziehungen von Herrn S zu Frauen zur Sprache kamen, brach er die Therapie sofort ab. Einige Jahre später aber schrieb er seinem Therapeuten und teilte ihm mit, er haben einen Weg gefunden, den Drang, sich zu entblößen, zu überwinden. Obwohl sein exhibitionistischer Trieb ihn gelegentlich noch heimsuche, habe er gelernt, ihn zu kontrollieren, indem er „gelernt habe, Frauen zu lieben“. Er habe, durch eine positive Beziehung mit einer jungen Frau, entdeckt, dass manche Frauen sich tatsächlich etwas aus ihm machten. Er dankte dem Therapeuten dafür, dass er ihm geholfen hatte, zu erkennen, dass er die Gefühle, die Frauen für ihn hatten, falsch verstanden hatte. Als er erkannt habe, dass Frauen ihm nicht automatisch böse sind, weil er ein Mann ist, sei er im Umgang mit ihnen weniger ängstlich geworden und habe sich weniger genötigt gefühlt, sich durch exhibitionistische Handlungen an ihnen zu rächen.

Eine Ehetherapie kann entscheidend für den Behandlungserfolg bei Paraphilien sein. Eine Ehekrise kann den Patienten dazu bewegen, sich überhaupt in Behandlung zu begeben. Eine Ehetherapie kann häufig zur Erkennung dessen beitragen, wie perverse Handlungen die sexuellen und emotionalen Probleme in der Dyade der Ehe widerspiegeln. Außerdem kann sie die Ehefrau von ihren unbegründeten Gefühlen von Schuld und Verantwortung für das Verhalten ihres Mannes befreien und ihr die Einsicht vermitteln, dass sie Teil der Lösung und nicht der Ursache dafür ist (Kentsmith und Eaton 1978). Eine Untersuchung der Missklänge in der Ehe kann auch ergeben, dass die Paraphilie ein Behälter oder „Sündenbock“ ist, der von anderen, gravierenderen Problemen der Ehe ablenkt (Reid 1989). Deshalb müssen Kliniker den Ehepartner des Patienten bei behandlungsresistenten Fällen einer Paraphilie auf innovative Weise als zusätzlichen Therapeuten einbinden. So konnte zum Beispiel ein Mann, bei dem eine Reihe von Behandlungen wegen Exhibitionismus nicht angeschlagen hatten, das Symptom nur kontrollieren, wenn seine Frau ihn überall hinfuhr, wo er hinwollte. Bei Transvestismus kann der Schwerpunkt der Behandlung darauf liegen, der Ehefrau des Patienten zu helfen, zu akzeptieren, dass eine Änderung des Kleidungsverhaltens nicht zu erwarten ist, und hinsichtlich des Bedürfnisses ihres Mannes, Frauenkleider zu tragen, toleranter zu sein.

In Fällen von Pädophilie in Form von Inzest ist eine Familientherapie normalerweise ein fester Bestandteil des Behandlungsplans. Mütter spielen bei diesen inzestuösen Verhältnissen gewöhnlich mit, indem sie die Augen vor den zahlreichen Anzeichen einer sexuellen Beziehung zwischen Vater und Tochter (gelegentlich auch Vater und Sohn) verschließen. Solche Mütter sind häufig als zu Eltern gemachte Kinder aufgewachsen, die als Kinder nie die Fürsorge bekommen haben, die sie gebraucht hätten, weil sie damit beschäftigt waren,

sich um ihre Eltern oder Geschwister zu kümmern (Gelinas 1986). Aufgrund ihrer fürsorglichen Neigung heiraten sie zumeist Männer, die sehr viel Fürsorge brauchen und abhängig sind. Wegen des ständigen Gefühls der Vernachlässigung hat eine Mutter in einer solchen Familie starke Zweifel daran, ob sie Kinder haben sollte, und wenn Kinder geboren werden, ist sie gegebenenfalls überwältigt und vernachlässigt deshalb ihren Mann. Mit der zunehmenden Entfremdung zwischen Mutter und Vater holt sich der Vater die Fürsorge bei einem der Kinder – meistens der ältesten Tochter –, was zur Wiederholung des Musters des zum Elternteil gemachten Kindes in der zweiten Generation führt. Diese Tochter fühlt sich mit großer Wahrscheinlichkeit verpflichtet, in die Fußstapfen ihrer Mutter zu treten, und wenn zu dieser Verpflichtung auch die sexuelle Befriedigung ihres Vaters gehört, ordnet sie ihre eigenen Bedürfnisse den seinen unter. Sie ist dazu da, die Bedürfnisse anderer zu befriedigen. Bei der Familientherapie in Fällen von Inzest ist häufig festzustellen, dass das Opfer den Täter verteidigt und ihm gegenüber loyal ist. Um eine wirksame Familientherapie durchführen zu können, muss diese Dynamik unbedingt berücksichtigt werden. Die Loyalität des Opfers gegenüber dem Täter muss zur Kenntnis genommen und respektiert werden. Außerdem ist es sinnvoll, den Schwerpunkt auf das Bedürfnis des Vaters nach Bezogenheit und emotionaler Verbundenheit und nicht auf die Sexualität oder die Perversion zu legen (Gelinas 1986). Inzestopfer berichten häufig, die einzige Wärme, die sie in ihrer ursprünglichen Familie jemals erfahren haben, sei die des Vaters gewesen. Auch die Erschöpfung der emotionalen Ressourcen der Mutter muss mit Empathie zur Sprache gebracht werden, und der Therapeut muss ihr Ich stärken. Ein Therapeut, der die Familie mit der Absicht behandelt, Täter zu identifizieren und zu bestrafen, wird auf heftigen Widerstand stoßen – die Familie wird geschlossen gegen ihn auftreten, um einen Angreifer von außen auszuschließen, der das Gleichgewicht innerhalb der Familie nicht respektiert.

Eine andere Modalität, die bei Patienten mit Perversionen erfolgreich eingesetzt wird, ist die dynamische Gruppenpsychotherapie. Voyeure und Exhibitionisten sprechen zumeist gut auf Gruppentherapien an. Von den 24 Teilnehmern einer Studie (Rosen 1964) wurde bei der Folgeuntersuchung nach 6 bis 36 Monaten bei 21 Patienten eine Heilung oder Besserung festgestellt. Auch gesetzlich vorgeschriebene Gruppentherapien für Sexualstraftäter wie Pädophile haben zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt, und zwar auch in ambulanter Form (Ganzarain und Buchele 1990; Rappeport 1974). In diesen erhalten die Teilnehmer eine Mischung aus Unterstützung und Konfrontation von anderen Tätern, die sich bestens mit dem Problem des Patienten auskennen, ebenso wie homogene Gruppen von Drogenabhängigen und Alkoholikern Gruppendruck ausüben, damit das destruktive Verhalten geändert wird. Ganzarain und Buchele (1990) haben festgestellt, dass der Ausschluss schwer gestörter Pädophiler – derjenigen mit einem hirnanorganischen Psychosyndrom, einer Psychose, einem Drogenproblem,

einer reinen Soziopathie und ausgefallenen Persionen – die Identifizierung einer Untergruppe erleichtern kann, die gut auf eine expressive Gruppenpsychotherapie anspricht. Obwohl Patienten in ihrer Tätergruppe häufig die Verantwortung von sich wiesen und die Schuld verlegten, hatten viele unbewusste Schuldgefühle und waren zutiefst beschämt und gedemütigt, weil man sie ertappt hatte. Diese Gefühle wurden jedoch typischerweise durch beträchtlichen Widerstand gegen eine psychotherapeutische Ergründung abgewehrt. Da die Behandlung gesetzlich vorgeschrieben war, betrachteten viele der Täter die Gruppentherapeuten als Beauftragte des Gerichts und taten so, als würden sie „ihre Zeit absitzen“. Diejenigen mit einer minderschweren Soziopathie und stärkeren unbewussten Schuldgefühlen erkannten durch die Gruppentherapie schließlich, dass ihr Hass gegenüber Frauen daraus resultierte, dass sie geliebt werden wollten. Diese Einsicht führte zu einer besseren Kontrolle ihrer sexuellen Impulse und einer allgemeinen Verbesserung ihrer Fähigkeit zu Objektbeziehungen.

### *Stationäre Behandlung*

Von den paraphilen Patienten werden mit der größten Wahrscheinlichkeit Pädophile und, in geringerem Umfang, Exhibitionisten, die ihr Verhalten bei einer ambulanten Behandlung nicht kontrollieren können, stationär behandelt. Viele der im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Behandlungen genannten Gegenübertragungsprobleme treten auch bei einer stationären Behandlung auf. Der Umstand, dass der Patient seine Perversion verleugnet, kann dazu führen, dass die Mitglieder des Personals gemeinsame Sache mit ihm machen und sich auf andere Probleme konzentrieren. Ein Exhibitionist saß regelmäßig mit einer unter seiner Jogginghose sichtbaren Erektion im Eingangsbereich der Station. Dieses Verhalten wurde jedoch von keinem der Pfleger gemeldet, bis der Arzt sie darauf hinwies, dass eine Manifestation der Gegenübertragung bezüglich solcher Patienten in der Angst vor dem Hinsehen besteht. Derselbe Patient stand häufig nackt in seinem Zimmer, bis eine Krankenschwester ihre Runde machte, tat dann aber überrascht und entrüstet, als sie ihn sah. Als sein Arzt dieses Verhalten in einer Gruppensitzung auf der Station zur Sprache brachte, versuchte der Patient, die Unterstützung der Mitpatienten zu gewinnen, indem er dem Arzt vorwarf, es sei unsensibel und grausam von ihm, ihn vor der Gruppe bloßzustellen.

Gewöhnlich lehnen es Patienten mit Paraphilien ab, ihre Probleme in Gruppensitzungen oder einer Versammlung auf einer Krankenhausstation zu besprechen. Wenn die Mitglieder des Personals jedoch ihrem Wunsch, sexuelle Angelegenheiten in den Sitzungen nicht zur Sprache zu bringen, entsprechen, leisten sie der Möglichkeit Vorschub, dass sich der Patient während seines gesamten stationären Aufenthaltes nicht mit der Perversion auseinandersetzt,

die diesen Aufenthalt erst erforderlich gemacht hat. Viele Pädophile sind sehr gewieft und erreichen durch ihren Charme, dass andere Patienten sie nicht mit ihrer Perversion konfrontieren.

Herr T, ein 41-jähriger Lehrer, hatte über viele Jahre zahlreiche pädophile sexuelle Handlungen begangen. Als die Mitglieder des Krankenhauspersonals darauf bestanden, dass er in der Versammlung der Station darauf zu sprechen kam, dass er ein Kinderschänder war, entsprach Herr T dieser Aufforderung, jedoch auf eine Art und Weise, die dazu führte, dass keiner der anderen Patienten etwas dazu sagte. Er erklärte zunächst, er liebe Kinder und Sorge sich um die Zukunft Amerikas. Er sprach ausführlich über seine Liebe zu seinen beiden Töchtern und seine Sorge darüber, wie sich sein Krankenhausaufenthalt auf sie auswirken würde. Er gab zu, sexuelle Kontakte mit Kindern gehabt zu haben, stellte sie jedoch als positiv dar. Er erklärte, er habe niemals ein Kind zu irgendeiner sexuellen Handlung gezwungen, und behauptete, all seinen Opfern hätte der körperliche Kontakt mit ihm gefallen. Er umschrieb ihn mit „Umarmen“ und „Streicheln“ und behauptete, er sei stets im Rahmen einer liebevollen Freundschaft erfolgt. Als er geendet hatte, zeigten sich die übrigen Patienten teilnahmsvoll. Der Psychiater, der die Sitzung leitete, fragte, ob jemand Herrn Ts Verhalten schockierend oder abstoßend fände. Alle verneinten eine solche Reaktion.

Pädophile auf einer Krankenhausstation können erreichen, dass Patientengruppen davon absehen, ihnen aussagekräftige Rückmeldungen zu geben, wie sie dies bei anderen Patienten tun. Außerdem lügen Pädophile mit einer stark dissozialen Persönlichkeit gegebenenfalls einfach, was dazu führen kann, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Auseinandersetzung mit ihrem perversen Verhalten erfolgt. Ein solcher Patient behauptete die ganzen 6 Wochen seines stationären Aufenthaltes, er sei zu Unrecht beschuldigt worden. Am Tag seiner Entlassung gab er gegenüber seinem Arzt kichernd zu, er habe tatsächlich ein Kind missbraucht, habe das jedoch nicht zugeben wollen. Als der Patient seine Tasche packte, um die Station zu verlassen, war der Arzt frustriert und hatte das Gefühl, nichts tun zu können, um den Zustand des Patienten zu verbessern.

Andere Pädophile überzeugen das Krankenhauspersonal möglicherweise davon, dass sie die Anforderungen der Behandlung erfüllen, indem sie so tun, als würden sie mitmachen. Es scheint, als setzten sie die Einsichten über den Ursprung ihrer Impulse und Wünsche, die sie in der Psychotherapie gewonnen haben, um, insgeheim aber wollen sie sich gar nicht ändern. Sie „spielen“ bei der Behandlung „mit“, weil sie viel besser ist, als im Gefängnis zu sitzen, wo Pädophile häufig Opfer von Gruppenvergewaltigung werden. Ein Pädophiler, der sich während seines stationären Aufenthaltes vorbildlich verhalten hatte, erklärte bei seiner Entlassung, er habe seine pädophilen Impulse völlig unter Kontrolle. Er sagte sogar, Kinder erregten ihn nicht mehr. Während der

Überstellung in den offenen Vollzug erklärte er erneut, er habe keine pädophilen Wünsche mehr. Diese Illusion wurde zerstört, als die Polizei einen Haftbefehl wegen zweifacher Belästigung von Kindern gegen ihn erließ. Diese Art der Täuschung des Personals durch die Proformateilnahme an der Behandlung ist bei dieser Patientengruppe nur allzu häufig. Bei manchen Pädophilen stellt sich deshalb in Besserungsanstalten mit speziellen Programmen für Sexualstraftäter, die auch auf Konfrontation ausgerichtete Gruppenmaßnahmen beinhalten, eine weitaus größere Besserung ein.

## Sexuelle Dysfunktionen

---

Über viele Jahre wurden bei der Behandlung sexueller Dysfunktionen überwiegend behaviorale Techniken eingesetzt, die zum großen Teil auf der grundlegenden Arbeit von Masters und Johnson (1970) basierten. Nach der anfänglichen Begeisterung wurden Studien mit eher ernüchternden Ergebnissen veröffentlicht (Kilmann et al. 1986; O'Connor und Stein 1972). Sexualtherapeuten erkannten, dass die Motivation von Paaren, der Zustand ihrer ehelichen Beziehung und die jeweiligen sexuellen Symptome einen großen Einfluss darauf hatten, ob die behavioralen Techniken wirksam waren (Lansky und Davenport 1975). Probleme bezüglich der Appetenzphase zum Beispiel waren häufig resistent gegen eine Sexualtherapie. Helen Singer Kaplan (1974, 1979, 1986) entwickelte ein Modell für die Kombination behavioraler Techniken mit dynamischen Ansätzen.

In jüngerer Zeit hat die Entwicklung von Medikamenten gegen die erektile Dysfunktion wie Viagra (Sildenafilcitrat) die Sexualtherapie dramatisch verändert. In einem neueren Überblick über die wichtigsten einschlägigen Fachzeitschriften (Winton 2001) wurde festgestellt, dass sich der Schwerpunkt des Fachbereichs der sexuellen Dysfunktionen auf die erektile Dysfunktion des Mannes verlagert hat. Viele dieser Probleme lassen sich gut mit Medikamenten behandeln, und neuerdings befasst man sich intensiver mit der Behandlung von Frauen mit verringertem sexuellem Verlangen und einer orgastischen Dysfunktion mit Bupropion als Depotpräparat (Modell et al. 2000; Graves et al. 2001).

Kliniker wissen schon lange, dass es sich häufig nur um die Spitze des Eisbergs handelt, wenn im ersten Interview als Hauptbeschwerde ein sexuelles Problem genannt wird. Die Einführung von Medikamenten gegen die erektile Dysfunktion hat zu einer Reihe von Eheproblemen bei Paaren geführt, die ein mehr oder weniger stabiles Gleichgewicht mit nur gelegentlichen sexuellen Kontakten erreicht hatten. Viele Paare erkannten, dass sie ihre Ehe neu überdenken mussten, um der Klärung von Problemen mit der Intimität näherzukommen, die bis dahin durch die erektile Dysfunktion verdeckt worden



waren. Manche Männer ließen sich auf außereheliche Affären ein, weil sie sich keine Sorgen mehr um ihre Fähigkeit, eine Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, zu machen brauchten. Als sich berühmte Persönlichkeiten im Fernsehen und in Zeitschriften positiv über Mittel gegen erektile Dysfunktion äußerten, wurde sie zu einem Thema, über das man offen sprechen kann. Dadurch sind intensivere Forschungen möglich geworden. Bei Männern vergehen zwischen dem Auftreten von Erektionsproblemen und einer Behandlung noch immer etwa 3 Jahre, weil sie sich für das Symptom schämen und es ihnen peinlich ist (Moore et al. 2003). Unabhängig davon, ob das Problem körperliche Ursachen hat, schädigt es das Selbstwertgefühl von Männern nach wie vor in hohem Maße, wenn sie sexuell nicht leistungsfähig sind. Somit kann eine Einzeltherapie oder eine Ehe- / gemeinsame Therapie trotz der Verfügbarkeit entsprechender Medikamente auch weiterhin erforderlich sein. Außerdem spricht ein beträchtlicher Prozentsatz von Männern und Frauen nicht auf die bei sexueller Dysfunktion gegenwärtig eingesetzten Medikamente an.

### Psychodynamische Auffassung

Die meisten katalogisierten sexuellen Dysfunktionen können als Störungen der Appetenz, der Erregung und des Orgasmus eingeordnet werden. In einer zufällig ausgewählten landesweiten Stichprobe von 1 749 Frauen und 1 410 Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren (Laumann et al. 1999) berichteten 43 % der Frauen und 31 % der Männer über eine sexuelle Dysfunktion. Bei den Frauen lag die Prävalenz des geringen sexuellen Verlangens bei etwa 22 % und die der Erregungsprobleme bei 14 %. Bei den Männern betrug die Prävalenz der frühzeitigen Ejakulation, der erektilen Dysfunktion und des geringen sexuellen Verlangens 21 %, 5 % und 5 %. Für Menschen und Paare, die Schwierigkeiten haben, zum Orgasmus zu gelangen, bei denen jedoch keine ernsthafte Psychopathologie vorliegt, kann eine kurze Sexualtherapie und/oder Pharmakotherapie die kostengünstigste Behandlung sein. Bei Störungen der Appetenz und der Erregung ist eine kurze Sexualtherapie gewöhnlich weniger wirksam, da sie in tiefer liegenden psychopathologischen Faktoren wurzeln (Kaplan 1986; Reid 1989). Ich konzentriere mich hier auf Probleme in diesen Bereichen.

Die psychodynamische Bewertung eines Mannes oder einer Frau ohne sexuelle Appetenz oder eines Mannes, der sexuelles Verlangen hat, jedoch nicht zur Erektion gelangen kann, beginnt mit einer sorgfältigen Ergründung des Kontextes, in dem die Symptome auftreten. Wenn ein Patient eine intime Beziehung hat, muss der Kliniker feststellen, ob sich die Probleme hinsichtlich des Verlangens und der Erregung nur bei diesem Partner oder bei allen potenziellen Sexualpartnern zeigen. Sexuelle Schwierigkeiten, die für das Paar



spezifisch sind, müssen – anders als solche, die in erster Linie auf intrapsychische Probleme zurückzuführen sind, die bei jedem Partner zutage treten würden – im Kontext der zwischenmenschlichen Dynamik in der Dyade betrachtet werden. Der Kliniker muss sich jedoch vor Augen halten, dass Appetenzprobleme, wie alle anderen psychologischen Symptome, durch mehrere Faktoren verursacht werden.

Bei der zufällig ausgewählten landesweiten Stichprobe von 1999 (Laumann et al. 1999) hat sich gezeigt, dass problematische Beziehungen sowohl der Gegenwart als auch der Vergangenheit in engem Zusammenhang mit sexuellen Dysfunktionen stehen. Bei Frauen standen in dieser Studie alle Kategorien der sexuellen Dysfunktion in enger Verbindung mit Traurigkeit und geringer emotionaler und physischer Zufriedenheit. Erregungsstörungen bei Frauen standen in einem signifikanten Zusammenhang mit einer Viktimisierung durch Erwachsener-Kind-Kontakte und erzwungenen sexuellen Kontakt. In einer neueren Studie (Reissing et al. 2003) wurde außerdem ein Zusammenhang zwischen Vaginismus und häufigerem sexuellem Missbrauch sowie einem weniger positiven sexuellen Selbstschema festgestellt. Es hat sich gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer erektilen Dysfunktion bei männlichen Opfern von Erwachsener-Kind-Kontakten dreimal so hoch ist wie bei nicht viktimisierten Männern. Außerdem wurde festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Ejakulation und einer geringen sexuellen Appetenz bei Männern, die als Kinder sexuell missbraucht wurden, doppelt so hoch war wie bei Kontrollpersonen ohne Kindheitstraumata. Die Forscher haben betont, dass langanhaltende und tief greifende Auswirkungen auf die Sexualfunktion bei beiden Geschlechtern wohl auf traumatische sexuelle Erfahrungen zurückzuführen sind.

Levine (1988) hat drei Elemente der sexuellen Appetenz beschrieben, die gleichzeitig vorhanden sein müssen, damit ein angemessenes Verlangen und eine angemessene Erregung zustande kommen: Libido, Wunsch und Motivation. Die Libido hat biologische Grundlagen und kann durch physische Faktoren wie Hormonspiegel, medizinische Erkrankungen und Medikamente beeinflusst werden. Das Element des Wunsches hängt stärker mit bewussten kognitiven oder ideationalen Faktoren zusammen. So kann jemand zum Beispiel wegen religiöser Verbote oder wegen der Angst, sich mit HIV zu infizieren, trotz normaler Libido keinen Sex wollen. Die Motivation schließlich ist eng mit unbewussten Bedürfnissen hinsichtlich der Objektbeziehungen verbunden; sie ist der Faktor, der mit der größten Wahrscheinlichkeit im Mittelpunkt therapeutischer Maßnahmen steht.

Nach Levines Ansicht muss der Kliniker alle drei Elemente beurteilen und versuchen, zu verstehen, warum sie nicht zu einem funktionellen Ganzen integriert sind. Die Motivation kann von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden. Wenn ein Ehepartner eine außereheliche Beziehung hat, hat er gegebenenfalls einfach kein Interesse an seinem Ehepartner; möglicherweise

hegt ein Ehepartner einen so nachhaltigen Groll oder eine solche Wut gegen den anderen, dass sexuelle Kontakte gar nicht infrage kommen. Für die meisten Fälle eines verringerten sexuellen Verlangens sind wohl Probleme in der nicht sexuellen Beziehung des Paares verantwortlich. Auch die Übertragungsverzerrungen eines Sexualpartners können die Motivation grundlegend stören. Bei vielen Paaren, die sich in eine Sexual- oder Ehe-therapie begeben, verhalten sich die Ehepartner gegenüber dem jeweils anderen unbewusst so, als wäre er der Elternteil des anderen Geschlechts. Wenn dies der Fall ist, können sexuelle Kontakte als inzestuös erlebt werden, sodass die Partner die Angst in Verbindung mit diesem Tabu bewältigen, indem sie Sex als solchen meiden. Simpson (1985) berichtete über einen Fall der Sexualtherapie, in dem die Ehefrau die Durchführung der verordneten Übungen verweigerte. Als dieser Widerstand dynamisch untersucht wurde, gab die Ehefrau gegenüber dem Therapeuten zu, ein Teil von ihr wolle, dass die Sexualtherapie bei ihrem Mann nicht zum Erfolg führt. Sie erklärte, sie befürchte, ihr Mann würde zum „Weiberhelden“ werden, wie es ihr Vater gewesen war, wenn er seine normalen sexuellen Funktionen wiedererlangte. Diese Übertragungsverzerrung gegenüber ihrem Mann drohte einen Therapieerfolg zu vereiteln. Auch bei Alleinstehenden, die eine Therapie oder Analyse machen, kann es zu übertragungsähnlichen Bindungen zu potenziellen Sexualpartnern kommen, die dann zu Motivationsstörungen führen.

Herr U war ein 25-jähriger alleinstehender Akademiker, der wegen verschiedener Probleme bezüglich seiner Fähigkeit, zu arbeiten und zu lieben, eine Psychoanalyse begann. Die Libidokomponente von Herrn Us sexuellem Verlangen war vollkommen angemessen – er masturbierte mehrmals am Tag, um seine starke sexuelle Spannung abzubauen. Die Wunschkomponente des Verlangens war ebenfalls in Ordnung. Er strebte eine sexuelle Beziehung zu einer geeigneten Frau an und hatte diesbezügliche Fantasien. Das Element der Motivation hingegen schien zu fehlen, was an dem charakteristischen Verhaltensmuster zu erkennen war, das er jedes Mal an den Tag legte, wenn er eine Frau attraktiv fand. Während er in der Analyse über die Frau sprach, erklärte er unter Tränen, er sei überzeugt davon, dass er das aktuelle Objekt seiner Begierde schließlich verlieren würde. Die Erwartung des Verlusts löste eine so starke Trauer aus und überwältigte ihn dermaßen, dass er jedes Mal beschloss, die Beziehung nicht fortzusetzen und sich statt dessen mit dem einsamen Masturbieren zu begnügen.

Jedes Mal, wenn Herr U eine solche Verlusterwartung hatte, versuchte sein Analytiker Verbindungen zu früheren Lebensereignissen oder Erfahrungen herzustellen, in denen er sich ähnlich gefühlt hatte. Nach langer analytischer Arbeit begann der Patient endlich, seine Gefühle zu verstehen. Als er 5 Jahre alt war, war sein Vater für ein Jahr im Krieg gewesen. Während dieser Zeit war Herr U „der Mann im Haus“ gewesen und hatte in Abwesenheit seines Haupttrivalen bezüglich ihrer Zuneigung einen besonderen Platz im Leben seiner Mutter eingenommen.

Gelegentlich hatte er sogar mit ihr im selben Bett geschlafen. Als Herrn Us Vater wiederkam, litt der Patient enorm unter dem Verlust der besonderen, engen Beziehung zu seiner Mutter.

Seine Erinnerungen an diesen Abschnitt seines Lebens halfen dem Patienten, zu verstehen, warum er sich immer wieder entschloss, sexuelle Beziehungen nicht fortzusetzen. Sobald er sich in eine Frau verguckte, entwickelte er eine mütterliche Übertragungsbindung zu ihr. Er erlebte sie (unbewusst) als seine Mutter und war überzeugt davon, dass auch sie ihn für einen anderen Mann „fallen lassen“ würde, wie ihn seine Mutter zugunsten seines Vaters beiseitegeschoben hatte. Da Herr U Angst davor hatte, diesen Schmerz erneut erleben zu müssen, mied er sexuelle Beziehungen. Diese Einsicht führte außerdem dazu, dass Herr U erkannte, dass er eine beträchtliche Kastrationsangst hatte, dass er befürchtete, sein Penis könnte beim Sex verletzt werden, was er letztendlich mit der Angst vor Vergeltung dafür, dass er den Platz seines Vaters im Bett seiner Mutter eingenommen hatte, in Verbindung brachte.

Unsere Fähigkeit zu sexueller Erregung und sexuellem Verlangen hängt eindeutig eng mit unseren inneren Objektbeziehungen zusammen. Scharff (1988) hat auf der Grundlage von Fairbairns (1952) Entwicklungstheorien (siehe Kapitel 2) ein Objektbeziehungsmodell gehemmten sexuellen Verlangens entwickelt. Fairbairn postulierte zwei Systeme „böser Objekte“, das des libidinösen Ich und des libidinösen Objekts, in dem sich das Ich nach einem peinigenden Objekt sehnt, und das des antilibidinösen Ich und des antilibidinösen Objekts, in dem das Ich Hass und Wut gegenüber einem angreifenden und verlassenden oder vernachlässigenden Objekt empfindet. Das zurückweisende oder antilibidinöse Objekt versucht, das anregende oder libidinöse Objekt auszuschalten. Nach Scharffs Modell stört dieses antilibidinöse System die sexuelle Erregung, die aus dem libidinösen System stammt.

Diese metapsychologischen Abstraktionen sind leichter zu verstehen, wenn man sich die Entwicklung einer typischen Beziehung ansieht. Menschen fühlen sich infolge der Aktivierung des libidinösen oder Bedürfnis auslösenden Objektsystems zueinander hingezogen. Mittels der wechselseitigen projektiven Identifizierung betrachtet jeder den anderen als erregendes Objekt. Um den idealisierten Zustand des „Verliebtseins“ aufrechtzuerhalten, muss jeder das antilibidinöse oder zurückweisende Objekt unterdrücken. Sobald aber der Glanz und die Neuheit der Beziehung verblassen, kommen die unterdrückten Objektbeziehungen zur Geltung, insbesondere, wenn Bedürfnisse zwangsläufig unbefriedigt bleiben. Dann wird das zurückgewiesene Objekt des antilibidinösen Systems auf den Partner projiziert, und die sexuelle Erregung wird durch die Wahrnehmung des Partners als verfolgend oder verlassend beeinträchtigt.

Nach Scharffs Modell muss der Kliniker Appetenzstörungen anhand von drei verschiedenen Bereichen der inneren und äußeren Objektbeziehungen beurteilen: 1) anhand der äußeren Umstände der aktuellen ehelichen Beziehung des Paares; 2) anhand der inneren Objektwelt jedes Einzelnen sowie ihrer

Auswirkungen auf die Fähigkeit zu sexueller Intimität; 3) anhand der aktuellen Familienkonstellation (einschließlich der Kinder, der alten Eltern und anderer Faktoren) und ihrer Auswirkung auf das sexuelle Verlangen. Scharff hat betont, dass das sexuelle Verlangen in großem Maße von der Entwicklungsphase abhängt, in der sich die Ehe als solche befindet.

Bei der Beurteilung von eingeschränktem sexuellem Verlangen muss auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass möglicherweise nicht der „Patient in spe“ derjenige ist, der behandelt werden muss. Helen Singer Kaplan (1988) hat Paare untersucht, bei denen ein Partner so außerordentlich empfindlich gegen eine Zurückweisung war, dass der andere Partner das Interesse an einer sexuellen Beziehung verlor. In vielen dieser Fälle hat die Frau eine Panikstörung und empfindet das Vertieftsein des Mannes in die Lust als Vernachlässigung ihr gegenüber. Keine Beteuerungen seinerseits können sie davon überzeugen, dass er ihr verpflichtet ist. Kaplan meinte, die scheinbar „asymptomatische“ Partnerin müsse erkennen, dass ihr Streben nach Kontrolle dazu führt, dass ihr Partner auf sexuelle Intimität verzichtet.

Patienten mit primitiven Störungen, insbesondere solche mit Schizophrenie oder schweren Borderline-Symptomen, befürchten gegebenenfalls, die genitale Vereinigung würde ihr zerbrechliches Ich überwältigen. Die Motivationsfaktoren, die das sexuelle Verlangen dieser Patienten einschränken, hängen mit den in Kapitel 9 beschriebenen primitiven Angstzuständen wie Desintegrationsangst, Verfolgungsangst und Angst vor der Verschmelzung mit dem Partner zusammen. Der Verzicht auf eine sexuelle Beziehung dient somit scheinbar der Bewahrung der Integrität des Selbst. Bestimmte psychodynamische Probleme hängen häufig mit dem Erleben des Orgasmus zusammen, der für Patienten mit einer Borderline- oder psychotischen Organisation äußerst beunruhigend sein kann (Abraham 2002). Sie müssen bei der umfassenden Bewertung und bei der Aufstellung des Behandlungsplans für Patienten mit einer sexuellen Dysfunktion berücksichtigt werden.

## Überlegungen zur Behandlung

Ein Kliniker, der sexuelle Funktionsstörungen beurteilt, muss entscheiden, ob er eine kurze behaviorale Sexualtherapie, eine Paartherapie, eine Psychoanalyse oder eine expressiv-supportive Psychotherapie, eine Pharmakotherapie oder eine Kombination dieser Maßnahmen verordnet. Häufig bringen kombinierte Behandlungen die besten Resultate. Veränderungen der sexuellen Aktivitäten eines Paares haben oftmals weitreichende Auswirkungen, die psychotherapeutische Maßnahmen erfordern. Da sie auch das Gleichgewicht einer Ehe stören können, wird Medikamenten gegen erektile Dysfunktion wie Sildenafil größere Aufmerksamkeit gewidmet, doch auch Frauen, denen Bupropion verschrieben wurde, kann ein intensives sexuelles Verlangen

überkommen, das gelegentlich fast unkontrollierbar erscheint (Bartlik et al. 1999), und seine Auswirkungen auf ein Paar können ebenfalls psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich machen.

Die Indikationen für die verschiedenen Modalitäten sind bei der ersten Bewertung nicht immer eindeutig. Bei einer kurzen Sexualtherapie bestehen gute Erfolgsaussichten, wenn das Paar sehr motiviert ist, wenn bei keinem der Partner eine ernsthafte Psychopathologie vorliegt, wenn beide Partner mit der Beziehung einigermaßen zufrieden sind und wenn die Dysfunktion auf Leistungsangst beruht und die Orgasmusphase betrifft. Paare mit einer eingeschränkten sexuellen Appetenz, die ganz allgemein von ihrer Beziehung enttäuscht sind, brauchen gegebenenfalls eine längere Ehetherapie, um sich mit grundlegenden Problemen ihrer Beziehung auseinanderzusetzen. Sexualtherapeutische Techniken sind eher dann zu empfehlen, wenn Paare sich nach einer Ehetherapie dafür entscheiden, zusammenzubleiben.

Paare, die für die Techniken einer kurzen Sexualtherapie geeignet zu sein scheinen, jedoch gegen einen Erfolg arbeiten, indem sie die Übungen nicht machen, brauchen möglicherweise eine kombinierte Behandlung, die Helen Singer Kaplan (1979) als psychosexuelle Therapie bezeichnet hat. Bei dieser Behandlung verordnet der Therapeut Verhaltensübungen und spricht dann im Rahmen einer dynamischen Psychotherapie die Widerstände gegen die Ausführung der Übungen an. Kaplan hat festgestellt, dass diese Kombination der Techniken bei manchen Patienten entscheidend für einen Erfolg ist. Der dynamische Teil der Behandlung ermöglicht die Besprechung von Problemen, wie es zum Beispiel starke Schuldgefühle der Patienten in Bezug auf sexuelle Lust sind. Außerdem haben viele Patienten unbewusst ein zwiespältiges Verhältnis zum Erfolg ihrer Bemühungen – einschließlich derer im sexuellen Bereich –, das gegebenenfalls untersucht werden muss. Kaplan (1986) hat weiterhin festgestellt, dass manche Patienten unbewusst die Rolle des „Verlierers“ oder „Versagers“ spielen, die ihnen in ihrer ursprünglichen Familie zugewiesen wurde.

Patienten mit einer schweren Charakterpathologie oder tief sitzenden neurotischen Konflikten sollten eine Psychoanalyse oder eine expressiv-supportive Psychotherapie erhalten (Kaplan 1986; Levine 1988; Reid 1989; Scharff 1988). Manchmal treten diese Probleme erst während einer erweiterten Beurteilung mit Sexualtherapie zutage (Scharff 1988). Manche Patienten glauben nicht, dass sie eine langfristige Einzelpsychotherapie brauchen, bis sie es mit kurzen

Therapien versucht und festgestellt haben, dass diese nicht erfolgreich waren. Eine erweiterte Sexualtherapie ermöglicht es dem Therapeuten auch, mehr über die inneren Objektbeziehungen beider Mitglieder des Paares zu erfahren. Wie in dem Abschnitt über die auf Objektbeziehungen ausgerichtete Familien- und Ehetherapie in Kapitel 5 dargelegt, „nimmt“ der Therapeut die verschiedenen projektiven Identifizierungen beider Ehepartner „auf“. Ein Therapeut, der für ein solches Vorgehen offen ist, kann problematische Muster

der Objektbezogenheit bei dem Paar anhand von Erfahrungen „aus erster Hand“ diagnostizieren. Wenn jedoch ein tief sitzender neurotischer Konflikt in Bezug auf die Sexualität oder eine schwere Charakterpathologie vorliegt, werden diese durch eine Sexualtherapie häufig noch verschlimmert (Lansky und Davenport 1975). Die vorgeschriebenen Streichelübungen zwingen das Paar, sich mit Angelegenheiten auseinanderzusetzen, die sie wegen der Art und Weise der Organisation ihrer Beziehung normalerweise meiden. Besonders in Fällen mit einem früheren sexuellen Trauma kann die Verordnung einer Sexualtherapie als eine Form des Traumas erlebt werden und weitreichende antitherapeutische Auswirkungen haben.

Frau V war eine 46-jährige Hausfrau, die zusammen mit ihrem Ehemann eine Sexualtherapie begann, weil sie überhaupt kein Interesse an einer sexuellen Beziehung hatte. Nach mehreren ergebnislosen Sitzungen verwies der Sexualtherapeut sie an einen Therapeuten für expressiv-supportive Einzelpsychotherapie. Sie war erleichtert, als sie den ersten Termin bei ihrem Einzelpsychotherapeuten hatte, weil sie erkannte, dass sie nicht „zu einer sexuellen Beziehung“ mit ihrem Mann „gezwungen werden würde“.

Über ihre eheliche Beziehung sagte sie, sie habe darin eine Betreuerrolle, für die ihr Mann keine Dankbarkeit zeigte. Er war 4 Jahre zuvor in den Ruhestand gegangen und lag den ganzen Tag herum und sah fern. Sie war nicht zufrieden mit ihrer Beziehung, schien jedoch kaum daran interessiert zu sein, etwas zu ändern. Sie tadelte sich wiederholt, indem sie erklärte, sie verdiene kein besseres Leben, als das, was sie habe. Als der Therapeut sie auf dieses Muster der Selbstverunglimpfung und Resignation hinwies, gab Frau V zu, dass sie jedes Mal „niedergemacht“ worden war, wenn sie sich gut gefühlt hatte. Sie nannte dann eine Vielzahl von Beispielen, unter anderem den Tod eines ihrer Kinder, um zu zeigen, wie sie jedes Mal bestraft worden war, wenn sie in Bezug auf ein Ereignis in ihrem Leben positive Gefühle gehabt hatte.

Frau V sprach in der Psychotherapie über verschiedenste Themen, weigerte sich jedoch standhaft, irgendetwas über ihre Sexualität oder die sexuellen Probleme zu sagen, deretwegen sie sich ursprünglich in Behandlung begeben hatte. Der Therapeut hatte langsam das Gefühl, als würde er sie zwingen, sich mit ihren sexuellen Problemen auseinanderzusetzen. Als er sie behutsam danach fragte, antwortete sie ihm, als sei er ein Vergewaltiger, fühlte sich verletzt und schwieg. Der Therapeut nutzte seine Gegenübertragungsgefühle, um eine innere Objektbeziehung zu identifizieren, die in der Psychotherapie verlegt worden war. Er sagte zu Frau V: „Sie reagieren, als würde ich Sie mit meinen Fragen über Sexualität traumatisieren. Ist das eine Wiederholung eines sexuellen Traumas aus Ihrer Vergangenheit?“ Frau V brach zusammen und gab unter Tränen zu, dass ein Onkel ihr als Kind ein sexuelles Trauma zugefügt hatte. Sie sprach auch über ihre erste Ehe und berichtete, sie habe eine Reihe außerehelicher Beziehungen gehabt, die zu zwei illegalen Abtreibungen geführt hatten. Sie war immer „Papas Mädchen“ gewesen, und sie fragte sich, ob sie bei all den Affären nach ihrem Vater gesucht hatte. Zu dieser Einsicht kam die Erkenntnis, dass sie

mit den Affären aufgehört hatte, als ihr Vater 18 Jahre zuvor gestorben war. Sie hatte ihren Vater in einige ihrer Eheprobleme, die ihre Promiskuität verursacht hatte, einbezogen, und er schien angesichts ihrer Untreue zu ihrem Ehemann sehr verzweifelt gewesen zu sein. Sie zog sogar in Erwägung, dass ihr promiskues Verhalten in ihrer ersten Ehe den Tod ihres Vaters verursacht haben könnte. Anhand der Interpretationen des Therapeuten begann Frau V. zu verstehen, dass ihre Selbstaufopferung und ihre selbstlose Ergebnisorientierung gegenüber ihrem Mann eine Art psychologische Wiedergutmachung für den Schaden war, den sie meinte, ihrem Vater zugefügt zu haben. Sie verstand auch, dass sie sich sexuelle Lust verwehrt, um sich für ihre Promiskuität und die beiden Abtreibungen zu bestrafen.

Der Fall von Frau V. zeigt, dass tief sitzende sexuelle Probleme ichsynchron sein können, da sie der Befriedigung bestimmter psychologischer Bedürfnisse dienen. Viele Patienten mit einer sexuellen Dysfunktion sind überzeugt davon, dass sie keine sexuelle Lust erleben sollten, und erhalten deshalb ihre Symptomatologie aufrecht. Die Behandlung sexueller Dysfunktionen ist ein äußerst wertbefrachteter Bereich der Psychiatrie. Der Kliniker muss seine Gegenübertragungsbedürfnisse zügeln, um bei der Behandlung zu respektieren, dass der Patient das Recht hat, sich für eine bestimmte Art der sexuellen Anpassung zu entscheiden. Helen Singer Kaplan (1986) hat darauf hingewiesen, dass manche Frauen, die keinen Orgasmus erreichen, ihre sexuelle Beziehung trotzdem als befriedigend bezeichnen. Diese Frauen begeben sich gewöhnlich nicht wegen einer sexuellen Dysfunktion in Behandlung. Außerdem führen viele Menschen, die sich in einem religiösen Orden freiwillig der Keuschheit unterwerfen, ein glückliches und produktives Leben. Und schließlich muss sich der Kliniker darüber im Klaren sein, dass ein sexuelles Symptom für manche Patienten nichts weiter als eine Eintrittskarte für eine Psychotherapie ist. Sind sie erst einmal drin, geht es ihnen vorwiegend um andere Bereiche ihres Lebens, und die sexuellen Symptome verlieren ihre Bedeutung.

## Literaturhinweise

---

- Abel, G. G., Becker, J. D., Cunningham-Rathner, J., et al.: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16: 153–168, 1988.
- Abraham, G.: The psychodynamics of orgasm. *Int J Psychoanal* 83: 325–338, 2002.
- Ahlmeier, S., Kleinsasser, D., Stoner, J., et al.: Psychopathology of incarcerated sex offenders. *J Personal Disord* 17: 306–318, 2003.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> Edition. Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.



- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Bartlik, B., Kaplan, P., Kaminetsky, J., et al.: Medications with the potential to enhance sexual responsivity in women. *Psychiatric Annals* 29: 46–52, 1999.
- Bergner, R. M.: Sexual compulsion as an attempted recovery from degradation: theory and therapy. *J Sex Marital Ther* 28: 373–387, 2002.
- Berlin, F. S., Malin, H. M., Thomas, K.: Non-pedophilic and non-transvestic paraphilias. *Treatments of Psychiatric Disorders*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 1941–1958.
- Briken, P., Mika, E., Berner, W.: Treatment of paraphilia with luteinizing-hormone releasing hormone agonists. *J Sex Marital Ther* 27: 45–55, 2001.
- Bower, H.: The gender identity disorder in the DSM–IV classification: a critical evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* 35: 1–8, 2001.
- Brown, G. R., Wise, T. N., Costa, P. T., et al.: Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *J Nerv Ment Dis* 184: 265–273, 1996.
- Chasseguet–Smirgel, J.: Perversion and the universal law. *International Review of Psychoanalysis* 10: 293–301, 1983.
- Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman–Lovins, L. A., et al.: Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 65: 293–300, 2004.
- Fagan, P., Lehne, G., Strand, J., et al.: Paraphilias, in: *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G., Beck, J., Holmes, J. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- Fairbairn, W. R. D.: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952.
- Fenichel, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, WW Norton, 1945.
- Fogel, G. I., Myers, W. A. (Hrsg.): *Perversions and Near-Perversions in Clinical Practice: New Psychoanalytic Perspectives*. New Haven, CT, Yale University Press, 1991.
- Freud, S.: Three essays on the theory of sexuality (1905), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 7. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1953, S. 123–245.
- Freud, S.: Splitting of the ego in the process of defence (1940), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 23. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1964, S. 271–278.
- Ganzarain, R. C., Buchele, B. J.: Incest perpetrators in group therapy: a psychodynamic perspective. *Bull Menninger Clin* 54: 295–310, 1990.

- Gelinas, D. J.: Unexpected resources in treating incest families, in: *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Edited by Karpel, M. A. New York, Guilford, 1986, S. 327–358.
- Goldberg, A.: *The Problem of Perversion: The View of Self Psychology*. New Haven, CT, Yale University Press, 1995.
- Greenacre, P.: The transitional object and the fetish: with special reference to the role of illusion. *Int J Psychoanal* 51: 447–456, 1970.
- Greenacre, P.: Fetishism, in: *Sexual Deviation*. 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Rosen, I. Oxford, England, Oxford University Press, 1979, S. 79–108.
- Groth, A. N., Birnbaum, H. J.: *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*. New York, Plenum, 1979.
- Hall, G. C. N.: Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 63: 802–809, 1995.
- Kaplan, H. S.: *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York, Brunner / Mazel, 1974.
- Kaplan, H. S.: *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York, Simon & Schuster, 1979.
- Kaplan, H. S.: The psychosexual dysfunctions, in: *Psychiatry*. Revised Edition. Vol. 1: *The Personality Disorders and Neuroses*. Edited by Cavenar, J. O. Jr., Cooper, A. M., Frances, A. J., et al. Philadelphia, PA, J. B. Lippincott, 1986, S. 467–479.
- Kaplan, H. S.: Intimacy disorders and sexual panic states. *J Sex Marital Ther* 14: 3–12, 1988.
- Kaplan, L. J.: *Female Perversions: The Temptations of Emma Bovary*. New York, Doubleday, 1991.
- Kentsmith, D. K., Eaton, M. T.: *Treating Sexual Problems in Medical Practice*. New York, Arco, 1978.
- Kernberg, O. F.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- Kilmann, P. R., Boland, J. P., Norton, S. P., et al.: Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. *J Sex Marital Ther* 12: 116–138, 1986.
- Kohut, H.: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971.
- Kohut, H.: *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press, 1977.
- Lansky, M. R., Davenport, A. E.: Difficulties of brief conjoint treatment of sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 132: 177–179, 1975.
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C.: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281: 537–544, 1999.
- Lehne, G., Money, J.: The first case of paraphilia treated with Depo-Provera: 40-year outcome. *J Sex Educ Ther* 25: 213–220, 2000.

- Levine, S. B.: Intrapsychic and individual aspects of sexual desire, in: *Sexual Desire Disorders*. Edited by Leiblum, S. R., Rosen, R. New York, Guilford, 1988, S. 21–44.
- Marshall, W. L., Pithers, W. D.: A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Crim Justice Behav* 21: 10–27, 1994.
- Massie, H., Szajnberg, N.: The ontogeny of a sexual fetish from birth to age 30 and memory processes: a research case report from a prospective longitudinal study. *Int J Psychoanal* 78: 755–771, 1997.
- Masters, W. H., Johnson, V.: *Human Sexual Inadequacy*. Boston, MA, Little, Brown, 1970.
- McConaghy, N.: Paedophilia: a review of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 32: 252–265, 1998.
- McDougall, J.: *Plea for a Measure of Abnormality*. New York, International Universities Press, 1980.
- McDougall, J.: Identifications, neoneeds and neosexualities. *Int J Psychoanal* 67: 19–31, 1986.
- McDougall, J.: *The Many Faces of Eros: A Psychoanalytic Exploration of Human Sexuality*. New York, WW Norton, 1995.
- Miller, J. P.: How Kohut actually worked. *Progress in Self Psychology* 1: 13–30, 1985.
- Mitchell, S. A.: *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988.
- Modell, J. G., May, R. S., Katholi, C. R.: Effect of bupropion SR on orgasmic dysfunction in non-depressed subjects: a pilot study. *J Sex Marital Ther* 26: 231–240, 2000.
- Moore, T. M., Strauss, J. L., Herman, S., et al.: Erectile dysfunction in early, middle, and late adulthood: symptom patterns and psychosocial correlates. *J Sex Marital Ther* 29: 281–399, 2003.
- Nersessian, E.: A cat as fetish: a contribution to the theory of fetishism. *Int J Psychoanal* 79: 713–725, 1998.
- O'Connor, J. F., Stern, L. O.: Results of treatment in functional sexual disorders. *N Y State J Med* 72: 1927–1934, 1972.
- Ogden, T. H.: The perverse subject of analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 34: 1121–1146, 1996.
- Parsons, M.: Sexuality and perversions 100 years on: discovering what Freud discovered. *Int J Psychoanal* 81: 37–51, 2000.
- Pate, J. E., Gabbard, G. O.: Adult baby syndrome. *Am J Psychiatry* 160: 1932–1936, 2003.
- Person, E. S.: Paraphilias and gender identity disorders, in: *Psychiatry. Revised Edition. Vol. 1: The Personality Disorders and Neuroses*. Edited by Cavenar, J. O. Jr., Cooper, A. M, Frances, A. J., et al. Philadelphia, PA, J. B. Lippincott, 1986, S. 447–465.
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Lee, A. F. S.: Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *J Consult Clin Psychol* 65:

- 141–149, 1997.
- Rappeport, J. R.: Enforced treatment: is it treatment? *Bull Am Acad Psychiatry Law* 2: 148–158, 1974.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., et al.: Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156: 786–788, 1999.
- Reid, W. H.: *The Treatment of Psychiatric Disorders: Revised for the DSM-III-R*. New York, Brunner / Mazel, 1989.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., et al.: Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 29: 47–59, 2003.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L., Harris, G. T.: Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *J Consult Clin Psychol* 59: 381–386, 1991.
- Rosen, I. (Hrsg.): *Pathology and Treatment of Sexual Deviation: A Methodological Approach*. London, Oxford University Press, 1964.
- Rosen, I. (Hrsg.): *Sexual Deviation*. 2<sup>nd</sup> Edition. London, Oxford University Press, 1979.
- Rosler, A., Witztum, E.: Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 338: 416–422, 1998.
- Sachs, H.: On the genesis of perversions (translated by Goldberg, R. B.). *Psychoanal Q* 55: 477–488, 1986.
- Scharff, D. E.: An object relations approach to inhibited sexual desire, in: *Sexual Desire Disorders*. Edited by Leiblum, S. R., Rosen, R. New York, Guilford, 1988, S. 45–74.
- Segraves, R. T., Croft, H., Kavoussi, R., et al.: Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in non-depressed women. *J Sex Marital Ther* 27: 303–316, 2001.
- Simpson, W. S.: Psychoanalysis and sex therapy: a case report. *Bull Menninger Clin* 49: 565–582, 1985.
- Stoller, R. J.: *Perversion: The Erotic Form of Hatred*. New York, Pantheon, 1975.
- Stoller, R. J.: *Observing the Erotic Imagination*. New Haven, CT, Yale University Press, 1985.
- Stoller, R. J.: *Pain and Passion: A Psychoanalyst Explores the World of S and M*. New York, Plenum, 1991.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., Brandchaft, B.: Masochism and its treatment. *Bull Menninger Clin* 52: 504–509, 1988.
- Winton, M. A.: Gender, sexual dysfunctions, and the Journal of Sex and Marital Therapy. *J Sex Marital Ther* 27: 333–337, 2001.



---

## KAPITEL 12

---

# DROGENMISSBRAUCH UND ESSSTÖRUNGEN

In diesem Kapitel befasse ich mich mit zwei diagnostischen Kategorien, die mit verschiedenen selbstzerstörerischen Symptomen einhergehen. *Drogenmissbrauch* ist die Aufnahme von chemischen Substanzen, die zu Abhängigkeit, lebensbedrohlichen körperlichen Problemen und einer Reihe von emotionalen Problemen führen können. *Essstörungen* sind übermäßiges Essen, willkürliches Abführen und Hungern. Beide Gruppen von Störungen stellen psychodynamische Kliniker vor komplexe Probleme: Welche Rolle spielen dynamische Ansätze bei Störungen, bei denen der Schwerpunkt der therapeutischen Bemühungen auf der Kontrolle der Symptome liegen muss? In manchen Kreisen hält man das psychodynamische Verständnis als für die Behandlung von Abhängigkeit und Essstörungen für irrelevant, die umfangreiche Literatur über klinische Erfahrungen und Forschungen sagt jedoch etwas anderes.

### Drogenmissbrauchsstörungen

---

Da die Bemühungen psychodynamischer Psychiater bei der Behandlung von Alkoholikern häufig vergeblich sind, vermeiden sie solche Anstrengungen möglicherweise von vornherein. Rückfälle sind häufig, und die Interpretation unbewusster Motivationen scheint oftmals wenig Einfluss auf das Trinkverhalten zu haben. Psychodynamischen Modellen zum Alkoholismus

stehen sowohl die Angehörigen der medizinischen Berufe als auch die Allgemeinheit kritisch gegenüber.

Eine wesentlich größere Unterstützung besteht für zwei andere Modelle, das moralische Modell und das Krankheitsmodell (Cooper 1987). Das moralische Modell geht davon aus, dass Alkoholiker die volle Verantwortung für ihren Alkoholismus tragen. Nach dieser Auffassung sind Alkoholiker hedonistische Menschen, die sich nur für ihr eigenes Vergnügen interessieren und keine Rücksicht auf die Gefühle anderer nehmen. Dieses Modell wurzelt in der fundamentalistischen religiösen Überzeugung, dass Alkoholismus ein Zeichen moralischer Verdorbenheit ist. Das Versagen der Willenskraft wird eng mit der Vorstellung von Sünde in Verbindung gebracht, und Bestrafung durch das Rechtssystem gilt oft als angemessener Umgang mit Alkoholikern. Mit dem Trinken aufzuhören, ist eine Frage der Überwindung der Willensschwäche, um sich „aus eigener Kraft aufzurappeln“.

Der Erfolg der Anonymen Alkoholiker (AA) und anderer 12-Schritte-Programme hat zu einer immer größeren Popularität des Krankheitsmodells des Drogenmissbrauchs geführt. Anders als das moralische Modell befreit dieses Konzept den Menschen, der von einer chemischen Substanz abhängig ist, von der Verantwortung für seine Krankheit. Ebenso wie ein Diabetiker nicht für seine Zuckerkrankheit verantwortlich gemacht wird, wird der Alkoholiker nicht für seine Alkoholabhängigkeit verantwortlich gemacht. Man geht davon aus, dass chemisch abhängige Menschen für die Abhängigkeit von exogenen Substanzen prädisponiert sind und psychologische Faktoren dabei keine Rolle spielen. Dieses Modell kam als Gegenreaktion auf die moralisierende Einstellung gegenüber – und die unmenschliche Behandlung von – Alkoholabhängigen zustande, wurde jedoch in jüngster Zeit durch genetische Studien zu Drogenmissbrauchsstörungen bestätigt. Bei Kindern von Alkoholikern besteht, selbst wenn sie von ihren Eltern getrennt aufwachsen, ein größeres Risiko für eine Alkoholabhängigkeit im Erwachsenenalter (Goodwin 1979; Schuckit 1985). Studien mit männlichen und weiblichen Zwillingspaaren (Kendler et al. 1992; Prescott und Kendler 1999) lassen darauf schließen, dass genetische Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Alkoholismus spielen, und zwar gleichermaßen in Bezug auf Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Die immer sorgfältiger konzipierten Forschungen über die genetischen Risiken und die Risiken im Umfeld deuten darauf hin, dass es neben den Einflüssen des Umfelds auch störungsspezifische genetische Risiken für den Missbrauch von Substanzen gibt (Kendler et al. 2003; Rhee et al. 2003).

Weitere Belege für das Krankheitsmodell lieferte Vaillants (1983) prospektive Studie über das Erwachsenenleben alkoholabhängiger Patienten. Er stellte fest, dass sich die Entstehung des Alkoholismus nicht anhand ungünstiger Erfahrungen in der Kindheit und nicht einmal anhand der psychologischen Profile der Betroffenen als junge Erwachsene vorhersagen ließ. Der einzige



Faktor, anhand dessen sich Alkoholismus im Erwachsenenalter zuverlässig vorhersagen ließ, war dissoziales Verhalten. Vaillant kam zu dem Schluss, dass Depression, Angst und andere psychologische Merkmale, die bei Alkoholikern häufig vorkommen, Folgen und nicht Ursachen der Störung sind.

Bei Drogenabhängigen wird das moralische Modell häufiger angewandt als bei Alkoholikern, vor allem wegen der großen Koinzidenz von Kriminalität und Drogenmissbrauch. Bei der Kontroverse um die angemessene Antwort auf das Drogenproblem geht es zum großen Teil darum, ob Bestrafungsansätze juristischer Art oder medizinisch ausgerichtete therapeutische Ansätze bei Abhängigen wirksamer sind. Das Krankheitsmodell und die entsprechenden

Selbsthilfegruppen haben sich als weniger erfolgreich erwiesen, wie Vaillant (1988) selbst betont hat, wegen offensichtlicher grundlegender Unterschiede zwischen Alkoholikern und denen, die verschiedene Drogen konsumieren, die jeweils unterschiedliche Ansätze erfordern. Angesichts dieser grundlegenden Unterschiede bespreche ich die psychodynamische Auffassung zum Alkoholismus und zum Drogenmissbrauch hier getrennt.

## Psychodynamische Ansätze zum Alkoholismus

Der Ansatz der AA in Bezug auf den Alkoholismus hat sich bei der Behandlung vieler Menschen als äußerst wirksam erwiesen. Obwohl die AA als Organisation das Krankheitsmodell vertreten, sind ihre Methoden auf psychologische Bedürfnisse und die Förderung dauerhafter Änderungen der Persönlichkeitsstruktur ausgerichtet (Mack 1981). Abstinenz wird in einem zwischenmenschlichen Kontext erreicht, in dem Alkoholiker sich in einer fürsorglichen Gemeinschaft von Leidensgenossen befinden. Diese fürsorglichen Figuren können auf dieselbe Art und Weise verinnerlicht werden, auf die ein Psychotherapeut verinnerlicht wird, und sie können dem Alkoholiker bei der Affektbeherrschung, der Impulskontrolle und anderen Ich-Funktionen helfen, ebenfalls so, wie es ein Psychotherapeut tun würde. Somit kann das psychodynamische Modell zum Verständnis einiger Veränderungen beitragen, die der Ansatz der AA bewirkt (Mack 1981).

Für viele Alkoholiker sind die psychologischen Veränderungen, zu denen sie bei den AA ermutigt werden, die Abstinenz, die mit der Verpflichtung zu ihren Idealen einhergeht, und die regelmäßige Teilnahme an den Meetings eine ausreichende Behandlung. Ein psychodynamisch geschulter Kliniker, der den Wert dieses Ansatzes kennt, muss beurteilen können, wann er die Dinge am besten so lässt, wie sie sind. Die klinische Erfahrung hat jedoch wiederholt gezeigt, dass die AA nicht für alle Alkoholiker geeignet sind. Es scheint, als seien sie vor allem für diejenigen von Nutzen, die akzeptieren können, dass sie ihr Trinkverhalten nicht kontrollieren können und sich deshalb einer „höheren Kraft“ unterwerfen müssen, und für diejenigen, die im Wesentlichen keine

anderen psychiatrischen Störungen haben. Frances et al. (2004) haben betont, dass sich manche Patienten mit einer sozialen Phobie, einer allgemeinen Vermeidung, einer Abneigung gegen Spiritualität und einer ausgeprägten negativen Einstellung gegenüber Gruppen im Allgemeinen womöglich eher für eine psychodynamische Einzelpsychotherapie entscheiden.

Die meisten Alkoholismusexperten sind der Ansicht, dass Alkoholismus eine heterogene Störung mit einer multifaktoriellen Ätiologie ist (Donovan 1986). Was dem einen Patienten hilft, hilft nicht unbedingt auch dem anderen, und alle Behandlungen sind umstritten. Eine Auswertung von Behandlungsstudien (McCrary und Langenbucher 1996) lässt darauf schließen, dass die Wirksamkeit der einzelnen Behandlungen je nach Patientengruppe unterschiedlich ist. Es gibt keine Therapie, die auf jeden Fall besser ist als andere. In einem vom National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism finanzierten landesweiten Projekt (Project MATCH Research Group 1997) wurden drei Arten von Therapien verglichen: die kognitiv-behaviorale Therapie, eine Maßnahme aus 12 Schritten zur Vorbereitung der Probanden auf ein Engagement bei den AA und eine Motivationsförderungstherapie zur Erhöhung der Bereitschaft zur Änderung der Trinkgewohnheiten. Insgesamt erbrachten alle drei Behandlungen relativ gute Ergebnisse, und keine war wirksamer als die anderen. Das zeigt, dass keine Behandlung *die* Behandlung ist, und der Kliniker jeden Patienten als Einzelfall betrachten und eine sorgfältige psychiatrische Beurteilung vornehmen muss, bevor er einen individuellen Behandlungsplan zusammenstellt.

Bedauerlicherweise hat das Krankheitsmodell zur „Depsychologisierung“ des Alkoholismus geführt. Vaillants (1983) Schlussfolgerungen widersprechen den Erkenntnissen von Langzeitstudien, die darauf hindeuten, dass Persönlichkeitsfaktoren hinsichtlich der Beurteilung der Anfälligkeit für Alkoholismus möglicherweise eine wichtige Rolle spielen (Sutker und Allain 1988). Außerdem reicht die Validität von Vaillants Schlussfolgerungen nur so weit wie die seiner Messinstrumente. Dodes (1988) hat festgestellt, dass Vaillants Methoden nicht zur Erfassung eines entscheidenden Merkmals von Alkoholikern geeignet sind – nämlich ihres gestörten Selbstwertgefühls, das sich in ihrer Unfähigkeit, für sich selbst zu sorgen, äußert.

Das größte Problem mit dem von Vaillant vorgeschlagenen Behandlungsansatz und anderen, die streng nach dem Krankheitsmodell ausgerichtet sind, liegt wohl darin, dass sie die Heterogenität der Störung außer Acht lassen. Alkoholismus ist keine monolithische Kategorie. Es wäre sogar präziser, von „Alkoholismen“ zu sprechen (Donovan 1986). Zahlreiche Studien bestätigen, dass es nicht die eine „Alkoholikerpersönlichkeit“ gibt, die zu Alkoholismus prädisponiert (Donovan 1986; Mulder 2002; Nathan 1988; Sutker und Allain 1988). Auch wenn dissoziales Verhalten und Hyperaktivität in vielen Studien mit späterem Alkoholismus in Verbindung gebracht werden, wurden keine Persönlichkeitsmerkmale ermittelt, die für eine spätere Alkoholabhängigkeit spezifisch sind (Mulder 2002). Dennoch können Variablen

der Persönlichkeit und psychologische Angelegenheiten bei der Arbeit mit dem jeweiligen Patienten von großer Bedeutung sein. Eine enge Interpretation des Krankheitsmodells kann dazu führen, dass der Kliniker nicht berücksichtigt, auf welche Weise diese Faktoren im Verlauf der Krankheit zu Rückfällen beitragen.

Obwohl es keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmale gibt, anhand welcher Alkoholismus vorhergesagt werden kann, haben psychoanalytische Beobachter wiederholt strukturelle Defizite wie Ich-Schwächen und Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls festgestellt (Donovan 1986). Sowohl Kohut (1971) als auch Balint (1979) hat festgestellt, dass der Alkohol fehlende psychologische Strukturen ersetzt und dadurch die Selbstachtung und die innere Harmonie wiederherstellt. Leider hält diese Wirkung nur so lange an wie der Rausch. Khantzian (1982) hat außerdem beobachtet, dass Alkoholiker Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl, mit der Modulation von Affekten und mit der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, haben. Die Auswertung von 12 Studien über Alkoholismuspatienten, bei denen besonderes Gewicht auf das Diagnostizieren von Persönlichkeitsstörungen gelegt wurde, hat ergeben, dass die Prävalenz komorbider Störungen der Achse II zwischen 14 % und 78 % lag (Gorton und Akhtar 1994). Bei der kürzlich durchgeführten National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions wurden 43 093 Personen ab 18 Jahren direkt befragt (Grant et al. 2004). Mindestens eine Persönlichkeitsstörung hatten 28,6 % der Befragten mit einer aktuellen Störung des Alkoholkonsums und 47,7 % derer mit einer aktuellen Störung des Drogenkonsums. Der Zusammenhang zwischen einer Störung des Alkohol- oder Drogenkonsums und einer Persönlichkeitsstörung war ausgesprochen positiv und signifikant. Am häufigsten waren sowohl bei Alkohol- als auch bei Drogenmissbrauch dissoziale, histrionische und dependente Persönlichkeitsstörungen.

Diese Ergebnisse führe ich nicht an, um den Leser davon zu überzeugen, dass alle Alkoholiker koexistente psychiatrische Störungen oder bereits im Vorfeld bestehende intrapsychische Defizite haben, sondern um die offensichtliche Tatsache zu betonen, dass Alkoholabhängigkeit den Menschen betrifft. Alkoholismus kann das Endergebnis einer komplexen Interaktion zwischen strukturellen Defiziten, einer genetischen Prädisposition, familiären Einflüssen, kulturellen Faktoren und verschiedenen anderen Variablen des Umfelds sein. Bei einer gründlichen psychodynamischen Beurteilung des Patienten werden sein Alkoholismus und alle Faktoren, die zu diesem beigetragen haben, im Kontext des Menschen als Ganzem berücksichtigt. Ob zum Beispiel eine Depression Ursache oder Folge oder eine völlig eigenständige Erkrankung ist, ist eher für den Forscher als für den Kliniker von Interesse. Wenn Alkoholiker nüchtern werden und sich den Schaden ansehen, die sie durch ihren Alkoholismus angerichtet haben, überkommt sie gewöhnlich eine ausgeprägte Depression. Diese rührt daher, dass sie erkennen, dass sie anderen (oftmals denen, die ihnen am wichtigsten sind) wehgetan haben. Sie müssen um Dinge (zum Beispiel

Beziehungen und Besitz) trauern, die sie infolge ihrer Abhängigkeit verloren oder zerstört haben. Antidepressiva können die Depression lindern, während eine Psychotherapie ihnen helfen kann, diese schmerzlichen Angelegenheiten durcharbeiten. Außerdem muss der Behandlungsplan eines Alkoholkranken auch die Beurteilung und die Behandlung der Selbstmordgefährdung beinhalten. 25 % aller Selbstmorde werden von Alkoholikern begangen, und die Wahrscheinlichkeit eines Selbstmords ist bei Alkoholikern 60– bis 120-mal so hoch wie bei nicht psychiatrisch kranken Menschen (Murphy und Wetzel 1990). Wenn Depression und Alkoholismus gleichzeitig vorliegen, verstärken sie sich allem Anschein nach gegenseitig, was zu einer unverhältnismäßig hohen Rate der akuten Selbstmordgefährdung führt (Cornelius et al. 1995; Pages et al. 1997).

Eine weitere Implikation der Erkenntnis, dass Alkoholismus einen Menschen betrifft, ist, dass die Betroffenen jeweils unterschiedliche Behandlungsoptionen bevorzugen. Dodes (1988) hat festgestellt: „Manche Patienten kommen nur mit der Psychotherapie zurecht, andere nur mit den AA, und für wieder andere ist eine Kombination aus beiden am besten geeignet. Die Verordnung einer passenden Behandlung erfordert eine individuelle klinische Beurteilung“ (S. 283–284). Obwohl Vaillant (1981) die Anwendung der Psychotherapie bei der Behandlung von Alkoholismus als Verschwendung bezeichnet hat, gelingt es manchen Patienten, nur mit einer Psychotherapie trocken zu bleiben (Dodes 1984; Khantzian 1985a). Unglücklicherweise wird die dynamische

Psychotherapie von Alkoholikern häufig als Scheinmaßnahme abgetan, bei der der Therapeut die unbewussten Motivationen für das Trinken aufdeckt, jedoch das aktuelle Trinkverhalten des Patienten außer Acht lässt. Die Tatsache, dass die Psychotherapie von manchen Patienten und Therapeuten missbraucht wird, bedeutet jedoch nicht, dass sie als Behandlung abzuschreiben ist (Dodes 1988).

Patienten, die bei den AA sind, machen häufig auch eine Psychotherapie. 90 % der trockenen Alkoholiker, die bei den AA und in einer Psychotherapie waren, bewerteten letztere im Rahmen einer Studie (Brown 1985) als hilfreich. Die Psychotherapie und die AA haben häufig eine synergistische Wirkung. Dodes (1988) hat beobachtet, dass Alkoholiker gegebenenfalls eine idealisierende oder Spiegelungsübertragung im Sinne der Selbstpsychologie gegenüber der Organisation der AA vornehmen. Sie betrachten sie als fürsorgliche und idealisierte Figur in ihrem Leben, die ihnen hilft und sie unterstützt. Diese Übertragung kann von der psychotherapeutischen Übertragung abgespalten werden, und der Psychotherapeut tut gut daran, ihre Interpretation aufzuschieben. Schließlich können die Selbstobjektfunktionen der AA in einem Maße verinnerlicht sein, das dazu führt, dass die Betroffenen besser für sich selbst sorgen können und ihre Selbstachtung wächst. Wenn eine gewisse Verinnerlichung erfolgt ist, kann der Psychotherapeut den supportiven Schwerpunkt der Therapie durch einen expressiveren ersetzen.

Die meisten Therapeuten, die mit Alkoholikern arbeiten, sind der Ansicht, für eine wirksame Therapie sei Abstinenz erforderlich (Frances et al. 2004). Sie sind sich jedoch auch im Klaren darüber, dass Rückfälle zu erwarten sind, und die meisten Therapeuten versuchen, gemeinsam mit dem motivierten Patienten herauszufinden, welche Stressfaktoren zu Rückfällen führen und wie Situationen mit hohem Risiko in Zukunft vermieden werden können. Patienten, die weiterhin massiv trinken und nicht motiviert oder interessiert sind, die Gründe dafür aufzudecken, müssen jedoch gegebenenfalls in eine stationäre Behandlung überweisen werden. Das Ziel der psychodynamischen Therapie besteht darin, das Bedürfnis nach Substanzen wieder in ein Bedürfnis nach Menschen umzuwandeln, zu denen auch der Therapeut gehört (Frances et al. 2004).

Auch die Gruppenpsychotherapie wird sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Behandlung von Alkoholikern häufig angewendet. In einer randomisierten kontrollierten Studie zur psychodynamischen Gruppentherapie und kognitiv-behavioralen Therapie für alkoholabhängige Patienten (Sandahl et al. 1998) stellte sich bei den Patienten in beiden Gruppen nach 15 wöchentlichen Gruppensitzungen von je 90 Minuten eine Besserung ein. Die meisten Patienten aus der psychodynamischen Gruppentherapie konnten ihr verbessertes Trinkverhalten bis zur Folgeuntersuchung nach 15 Monaten aufrechterhalten, die mit einer kognitiv-behavioralen Therapie Behandelten hingegen wurden mit der Zeit rückfällig.

Andere Therapeuten (z. B. Khantzian 1986) haben vor einem konfrontativen Ansatz gewarnt. Da viele Alkoholiker Schwierigkeiten haben, Affekte wie Angst, Depression und Wut zu kontrollieren, kann die Konfrontation in einer Gruppensituation kontraproduktiv oder sogar schädlich sein. Cooper (1987) war wie Khantzian der Ansicht, die Konfrontation dürfe nur mit Bedacht eingesetzt werden. Er vertrat die Meinung, der Therapeut solle Empathie für das Bedürfnis des Alkoholikers, schmerzhaft Affekte abzuwehren, zeigen. Cooper sprach sich für Gruppen stationärer Patienten aus, die sich auf das Hier und Jetzt konzentrieren, aber nur in geringem Maße konfrontativ sind. Er berichtete über eine Abstinenzrate von 55 % bei Patienten, die solchen Gruppen angehörten, gegenüber einer Rate von 16 % bei Patienten eines stationären Gruppenprogramms ohne Gruppenpsychotherapie. Diejenigen, die mindestens 25 Stunden Gruppentherapie absolvierten, hielten auch die Vorschriften in anderen Bereichen des Programms eher ein.

## Psychodynamische Ansätze bei Drogenmissbrauch

Obwohl viele Drogenrehabilitationsprogramme auf dem Krankheitsmodell basieren, werden psychodynamische Ansätze bei der Behandlung von Drogenabhängigen in größerem Maße anerkannt und geschätzt als bei der

Behandlung von Alkoholabhängigen. Vaillant (1988) zum Beispiel hat festgestellt, dass Menschen, die verschiedene Drogen konsumieren, im Vergleich zu Alkoholikern mit größerer Wahrscheinlichkeit eine instabile Kindheit gehabt haben, die Drogen mit größerer Wahrscheinlichkeit als „Selbstmedikation“ gegen psychiatrische Symptome einsetzen und eher von psychotherapeutischen Maßnahmen profitieren, in denen ihre zugrunde liegende Symptomatologie und ihre Charakterpathologie angesprochen werden.

Eine umfangreiche Forschungsliteratur belegt den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Depression und der Entstehung einer Drogenabhängigkeit (Blatt et al. 1984a; Gorton und Akhtar 1994; Grant et al. 2004; Kandel et al. 1978; Paton et al. 1977; Treece 1984; Treece und Khantzian 1986). Ein Teil des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitsstörungen des Clusters B und den Drogenmissbrauchsstörungen kann sogar durch zugrunde liegende Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstverletzung und Impulsivität erklärt werden (Casillas und Clark 2002).

Im Vergleich zu Alkoholikern ist die Wahrscheinlichkeit, dass gleichzeitig wesentliche psychiatrische Störungen vorliegen, bei Drogenabhängigen deutlich größer. In einer großen epidemiologischen Studie, in denen Interviews mit 20 291 Personen durchgeführt wurden (Regier et al. 1990), betrug die Komorbidität bei Drogenabhängigen 53 %, bei Alkoholikern dagegen nur 37 %. In Studien über Drogenabhängige wurden bei 80 % bis 93 % andere psychiatrische Störungen festgestellt (Khantzian und Treece 1985; Rounsaville et al. 1982). Auch bei Kokainkonsumenten ist die Komorbiditätsrate hoch. 73 % derjenigen, die sich in Behandlung begeben, erfüllen die auf das ganze Leben bezogenen Kriterien einer anderen psychiatrischen Störung, wobei Angststörungen, dissoziale Persönlichkeitsstörung und Aufmerksamkeitsstörung vor dem Beginn des Kokainmissbrauchs und affektive Störungen und Alkoholmissbrauch danach auftreten (Rounsaville et al. 1991). Dieser hohe Prozentsatz der Komorbidität führt zu einer Reihe von Schwierigkeiten in jeder Behandlungssituation mit Abhängigen, und die meisten Fachleute stimmen darin überein, dass das Vorliegen anderer psychiatrischer Störungen bei schwerem Drogenmissbrauch eine Indikation für eine Psychotherapie als Teil des Behandlungsprogramms ist (Mercer und Woody 2005).

Die anfängliche Interpretation der Psychoanalyse, jeder Missbrauch von Substanzen sei eine Regression in die orale Phase der psychosexuellen Entwicklung, wurde inzwischen durch die Auffassung abgelöst, dass es sich bei Drogenmissbrauch in den meisten Fällen um ein *defensives* und *adaptives* und nicht um ein regressives Verhalten handelt (Khantzian 1985b, 1986, 1997; Wurmser 1974). Der Drogenkonsum kann sogar regressive Zustände rückgängig machen, indem er defekte Ich-Abwehrmechanismen gegen starke Affekte wie Wut, Scham und Depression wiederherstellt. In der frühen Psychoanalyse wurden Drogenabhängige oft als lustbezogene Hedonisten mit einem Hang zur

Selbstzerstörung dargestellt. Moderne psychoanalytische Forscher betrachten Abhängigkeitsverhalten eher als Defizit hinsichtlich der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, denn als selbstzerstörerischen Impuls (Khantzian 1997). Dieses Defizit resultiert aus frühen Entwicklungsstörungen, die zu einer inadäquaten Verinnerlichung von Elternfiguren führen, durch die dem abhängigen Menschen die Fähigkeit fehlt, sich selbst zu schützen. Deshalb ist bei den meisten chronischen Drogenabhängigen eine grundlegende Beeinträchtigung des Urteilsvermögens hinsichtlich der Gefährlichkeit des Drogenmissbrauchs zu beobachten.

Ebenso wichtig für die Pathogenese der Drogenabhängigkeit ist die eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle von Affekten und Impulsen und zur Aufrechterhaltung der Selbstachtung (Treece und Khantzian 1986). Diese Defizite führen zu entsprechenden Schwierigkeiten bei den Objektbeziehungen. Schwere Abhängigkeit, bei der mehrere Drogen konsumiert werden, wurde unmittelbar mit der Unfähigkeit des Betroffenen, zwischenmenschliche Nähe zu ertragen und zu regulieren, in Verbindung gebracht (Nicholson und Treece 1981; Treece 1984). Zu diesen Beziehungsproblemen tragen auch die narzisstische Verletzlichkeit, die mit zwischenmenschlichen Risiken einhergeht, und die Unfähigkeit, die mit Nähe verbundenen Affekte zu modulieren, bei. Dodes (1990) hat festgestellt, dass Abhängige das Gefühl der Machtlosigkeit oder Hilflosigkeit abwehren, indem sie ihre affektiven Zustände kontrollieren und regulieren. Der Konsum von Drogen kann somit als verzweifelter Versuch verstanden werden, Defizite der Ich-Funktionen, ein geringes Selbstwertgefühl und die damit verbundenen zwischenmenschlichen Probleme zu kompensieren.

Viele Drogenabhängige erhalten ihre Schmerzen und ihr Leid wissentlich aufrecht, indem sie auch weiterhin Drogen nehmen. Khantzian (1997) betrachtete diese Aufrechterhaltung des Schmerzes bei Drogenmissbrauch als Manifestation eines Zwanges, ein frühes Trauma zu wiederholen. In manchen Fällen ist die wiederholte Selbstzufügung von Schmerz ein Versuch, die traumatischen Zustände durchzuarbeiten, an die sich der Betroffene nicht erinnert. Diese Zustände bestehen als präsymbolische und unbewusste Konfigurationen. Somit ist als Motiv für den Drogenmissbrauch eher die Kontrolle des Leidens als eine Befreiung davon zu betrachten.

Die Vorstellung, dass Drogenabhängige sich selbst mit Medikamenten behandeln, führt unmittelbar zu einer weiteren Erkenntnis der modernen psychodynamischen Forschung – dass nämlich je nach den Bedürfnissen des einzelnen Abhängigen bestimmte Substanzen gewählt werden, um bestimmte psychologische und pharmakologische Wirkungen zu erzielen. Gewöhnlich bestimmt der schmerzhafteste Affekt die Wahl der Droge. Khantzian (1997) zufolge scheint Kokain die Beschwerden im Zusammenhang mit Depression, Hyperaktivität und Hypomanie zu lindern, während Rauschgifte die Wut lindern.



Aus einer eingehenden Studie über Rauschgiftabhängige zogen Blatt et al. (1984a, 1984b) den Schluss, dass Heroinabhängigkeit durch mehrere Faktoren bestimmt ist, und zwar 1. das Bedürfnis, Angst zu verringern, 2. den Wunsch nach Befriedigung der Sehnsucht nach einer symbolischen Beziehung zu einer Mutterfigur und 3. den Wunsch der Linderung depressiver Affekte. Die Forschungsdaten weisen darauf hin, dass eine kleine Untergruppe von Rauschgiftabhängigen auch eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hat (Rounsaville et al. 1982), Blatt und seine Kollegen haben eine größere Gruppe Opiatabhängiger mit schweren neurotischen Symptomen ermittelt, die womöglich die Mehrheit stellen. Diese Menschen kämpfen mit Gefühlen der Wertlosigkeit, der Schuld, der Selbstkritik und der Scham. Ihre Depression scheint sich zu verstärken, wenn sie versuchen, anderen nahezukommen, sodass sie sich in die durch Heroin oder andere Rauschgifte erlangte einsame „Glückseligkeit“ zurückziehen, die sowohl regressive als auch Abwehrdimensionen aufweist. Die grundlegende Depression Opiatabhängiger wurde auch durch eine Vergleichsstudie (Blatt et al. 1984a, 1984b) untermauert, bei der festgestellt wurde, dass opiatabhängige Menschen wesentlich depressiver sind als solche, die verschiedene Drogen konsumieren. In dieser Studie wurde auch die Selbstkritik als Hauptkomponente ihrer Depression identifiziert.

Die Erkenntnis von Blatt und seinen Kollegen, dass eine hohe Korrelation zwischen Über-Ich-Bestimmtheit, Selbstkritik und Neigung zur Depression und Opiatabhängigkeit besteht, wurde auch durch Wurmsers (1974, 1987a, 1987b) psychoanalytische Arbeit mit Abhängigen bestätigt. Wurmser behauptete, Abhängige, die auf eine psychoanalytische Therapie ansprechen, haben, anders als dissoziale Abhängige, kein unterentwickeltes Über-Ich, sondern ein übermäßig strenges Bewusstsein. Die berauschende Substanz werde zur Flucht vor einem peinigenden Über-Ich eingesetzt. Viele Drogenabhängige bedienen sich des Abwehrmechanismus der Abspaltung, um die Selbstrepräsentanz als Drogenabhängiger zu leugnen, die mit einer Selbstrepräsentanz als Nichtdrogenabhängiger wechselt. Diese Menschen fühlen sich häufig so, als hätte für eine kurze Zeit jemand anderes das Kommando übernommen. Wurmser hat festgestellt, dass Erfolg ein wichtiger Auslöser für eine Phase des Drogenmissbrauchs ist. Die mit einem Erfolg verbundenen positiven Gefühle scheinen zu einem veränderten Bewusstseinszustand zu führen, der durch Schuldgefühle und Scham gekennzeichnet ist. Wiederkehrende Krisen dieser Art zeichnen sich durch ein herrisches Bewusstsein aus, das so unerträglich wird, dass eine vorübergehende Auflehnung als einzige Möglichkeit der Linderung erscheint.

In neueren psychoanalytischen Forschungen hat man versucht, die Auffassung über die Drogenabhängigkeit mit den neuen Erkenntnissen der Neurowissenschaft in Verbindung zu bringen. Laut Johnson (1999, 2001) tragen drei Faktoren zur Suchtneigung bei: 1. Schwierigkeiten, Affekte zu ertragen,

2. Probleme mit der Objektkonstanz, die dazu führen, dass der Abhängige eine Substanz als Ersatz für ein tröstendes inneres Objekt betrachtet, und 3. ein Verlangen mit biologischer Grundlage, das aus Veränderungen der Hirnfunktionen resultiert. Er meinte, die ventrale Tegmentumbahn sei für das Verständnis des letzteren Phänomens von entscheidender Bedeutung, da sie für den Trieb verantwortlich ist, der Tiere und Menschen veranlasst, nach Wasser, Nahrung und Sex zu suchen. Johnson hat beobachtet, dass diese Bahn durch den vorübergehenden und unregelmäßigen Einfluss von süchtig machenden Drogen in Beschlag genommen wird. Somit wird das Verlangen nach Drogen zum Ausdruck eines Triebs. Die dynamische Psychotherapie ist darauf ausgerichtet, dem Patienten zu helfen, diesem Verlangen zu widerstehen und sich zugleich die Folgen seiner Befriedigung vor Augen zu führen. Die ventrale Tegmentumbahn löst auch Träume aus, und Johnson hat festgestellt, dass das Verlangen nach Drogen im Traum fortbesteht, nachdem sich der Patient längst von seiner Abhängigkeit befreit hat. Berridge und Robinson (1995) meinten, dieses System des „Verlangens“ resultiere aus einer Sensibilisierung einer bestimmten Nervenbahn im Gehirn. Sie betonten, dass es unbewusst arbeitet und den Körper veranlasst, das „Verlangen“ zu befriedigen. Dadurch wird das psychoanalytische Grundkonzept der Triebe mit der Erfahrung des Drogenabhängigen verbunden.

In einer Reihe von Berichten über die Veterans Administration – Penn Study (Woody et al. 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1995) wurde unter Anwendung einer strengen Methodologie überzeugend belegt, dass die Ergänzung der Behandlung Rauschgiftabhängiger durch eine Psychotherapie eindeutig von Vorteil ist. Rauschgiftabhängige Patienten eines Methadonprogramms erhielten nach dem Zufallsprinzip eine von drei Behandlungsformen: 1. nur Drogenberatung durch nichtakademische Fachkräfte, 2. expressiv-supportive Psychotherapie und Drogenberatung oder 3. kognitiv-behaviorale Psychotherapie und Drogenberatung. Von den 110 Patienten, die das gesamte Behandlungsprogramm absolvierten, trat bei denen, die auch eine Psychotherapie erhielten, eine deutlich größere Besserung ein als bei denen, die nur an einer Drogenberatung teilnahmen. Die auf dynamischen Grundsätzen basierende expressiv-supportive Psychotherapie bewirkte eine größere Besserung der psychiatrischen Symptome und größere Erfolge beim Finden und Behalten einer Arbeitsstelle als die kognitiv-behaviorale Psychotherapie (Woody et al. 1983). Die größte Besserung stellte sich bei depressiven Patienten ein, gefolgt von Opiatabhängigen ohne andere psychiatrische Störungen. Patienten, die nur eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hatten, profitierten nicht von einer Psychotherapie (Woody et al. 1985). Bei Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung trat nur eine Besserung ein, wenn sie auch an Depression litten.

Als die Forscher die 110 Patienten, die eine Psychotherapie erhalten hatten, nach der Schwere ihrer psychiatrischen Symptome in Gruppen einteilten, stellten sie fest, dass bei denjenigen mit minderschweren Symptomen durch die

Beratung und durch die Psychotherapie jeweils eine gleich große Besserung eingetreten war, während die Resultate von Patienten mit Störungen mittlerer Schwere bei der Kombination der beiden Modalitäten besser waren (wobei es bei manchen auch durch Beratung alleine zu einer Besserung gekommen war). Bei der Gruppe mit sehr schweren psychiatrischen Symptomen hingegen bewirkte Beratung alleine kaum eine Besserung, zusammen mit einer Psychotherapie jedoch eine beträchtliche: Bei der Folgeuntersuchung nach 7 Monaten nahmen die Patienten, die eine Psychotherapie erhalten hatten, sowohl verbotene als auch verschriebene Mittel deutlich seltener als diejenigen, die nicht an einer Psychotherapie teilgenommen hatten. Diese Veränderungen bestanden auch bei der Folgeuntersuchung nach 12 Monaten noch (Woody et al. 1987), obwohl die Probanden nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung waren (die 6 Monate gedauert hatte).

In einer Studie, die eine teilweise Wiederholung war (Woody et al. 1995), machten beide Gruppen innerhalb von einem Monat beträchtliche Fortschritte. Bei der Folgeuntersuchung nach 6 Monaten begannen sich diese bei den Patienten, die an der Drogenberatung teilgenommen hatten, bereits zu verringern, während die Resultate der Patienten aus der expressiv-supportiven Therapie weiterhin bestanden oder noch nachweisbar waren. Alle signifikanten positiven Unterschiede zeigten sich bei der Gruppe aus der expressiv-supportiven Psychotherapie. Dieser umfassende Behandlungsansatz ist außerdem sehr kosteneffizient (Gabbard et al. 1997). McLellan et al. (1993) haben festgestellt, dass die Ergänzung der üblichen Methadonbehandlung durch eine Psychotherapie zu besseren Verdienstmöglichkeiten, geringeren Sozialhilfebezügen und viel selteneren stationären Aufenthalten führt.

Obwohl die Gruppentherapie häufig eingesetzt wird, gibt es erst seit Kurzem Daten, die ihre Bedeutung belegen. Im Rahmen der National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Study (Crits-Christoph et al. 1999) wurden die ambulanten Behandlungen kokainabhängiger Patienten untersucht. Es wurde festgestellt, dass die Kombination von Gruppentherapie und Einzeltherapie oder Beratung hinsichtlich der Reduzierung oder der Einstellung des Kokainkonsums sehr wirksam war. Die Gruppentherapie fand einmal pro Woche statt, die Einzeltherapie wurde zunächst zweimal pro Woche angeboten und dann schrittweise auf einmal pro Woche reduziert. Bei dieser Population ist das HIV-Risiko ein wichtiger Faktor, den jeder Therapeut berücksichtigen muss. Ein anderer positiver Effekt der Psychotherapie in dieser Studie bestand darin, dass das HIV-Risiko bei allen Behandlungs-, ethnischen und Geschlechtergruppen um 49 % zurückging, und zwar in erster Linie infolge von Veränderungen des Sexualverhaltens, die in weniger Fällen ungeschützten Geschlechtsverkehrs und einer geringeren Zahl von Sexualpartnern bestanden (Woody et al. 2003).

Die Therapeuten müssen sich mit der festen Überzeugung der Patienten, Drogenkonsum sei eine adaptive Lösung für die Probleme des Lebens, befassen.

Sie müssen die zugrunde liegenden Probleme mit der Kontrolle von Affekten, der Regulierung des Selbstwertgefühls und der Beziehungen zu anderen identifizieren, um den Abhängigen dabei zu helfen, alternative Antworten auf diese Probleme zu finden. Eine Studie mit 240 Methadonpatienten, die das Bell Object Relations Reality Testing Inventory zur Selbstbeurteilung ausgefüllt hatten, ergab, dass bei diesen Patienten spezifische Schädigungen der Objektbeziehungen vorlagen (Rutherford et al. 1996). Die schlechtesten Ergebnisse erreichten diejenigen mit Störungen der Achse II im Zusammenhang mit der Anhängigkeit.

Eine Schwierigkeit, der Psychotherapeuten bei den meisten abhängigen Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit begegnen, ist die Alexithymie (Krystal 1982–1983). Mit anderen Worten, die meisten dieser Patienten sind nicht in der Lage, ihre inneren Gefühlszustände zu erkennen und zu identifizieren. Es kann eine umfassende Belehrung in den frühen Phasen der Therapie erforderlich sein, in deren Rahmen der Therapeut erklärt, wie das Erleben unangenehmer Gefühle zum Drogenmissbrauch führt. Den Patienten muss geholfen werden, ihre Affekte aufzunehmen und zu ertragen, damit sie Handlungen wie die Einnahme von Drogen durch Worte ersetzen können, mit denen sie ihre inneren Zustände beschreiben. Der Therapeut kann dem Patienten dabei helfen, indem er auf Gefühle hinweist, die während der Therapiesitzung zutage treten.

Eine Einzeltherapie führt als Teil eines umfassenden Programms mit größerer Wahrscheinlichkeit zum Erfolg. Khantzian (1986) hat das Konzept des „Haustherapeuten“ vorgeschlagen, der die Teilnahme des abhängigen Patienten an allen Behandlungsmodalitäten koordiniert. Der Haustherapeut analysiert den Widerstand des Patienten gegen die Teilnahme an anderen Behandlungsformen wie der bei den Narcotics Anonymous (NA) oder der Gruppentherapie und sorgt zugleich für ein Halt gebendes Umfeld für die Verarbeitung der durch den Behandlungsprozess ausgelösten starken Affekte. Er muss auch an den Entscheidungen über den Einsatz anderer Behandlungsmodalitäten beteiligt sein. Nach diesem Modell hat die Behandlung zu Beginn eher einen supportiven als einen expressiven Schwerpunkt, und die Rolle des Therapeuten ist ähnlich wie die eines Krankenhausarztes, der mit einem stationären Patienten arbeitet.

Treace und Khantzian (1986) haben vier Komponenten identifiziert, die für die Überwindung der Drogenabhängigkeit entscheidend sind: 1. ein Ersatz für die Abhängigkeit von Substanzen (z. B. NA, ein alternatives System von Überzeugungen oder eine positive Abhängigkeit von einem Menschen oder einer religiösen Institution); 2. eine adäquate Behandlung anderer psychiatrischer Störungen, einschließlich einer geeigneten psychotropen Medikation und einer Psychotherapie; 3. eine erzwungene Abstinenz (z. B. Drogenantagonisten, Urinkontrollen, Probezeit, Ersatzdrogen wie Methadon, externe Unterstützung) während einer Phase der psychologischen Reifung und

4. die Förderung der Entwicklung und einer strukturellen Veränderung der Persönlichkeit durch eine Psychotherapie.

Zusammengefasst sind die Indikationen für eine expressiv-supportive Therapie: 1. eine schwere Psychopathologie zusätzlich zum Drogenmissbrauch; 2. Teilnahme an einem umfassenden Behandlungsprogramm, zu dem auch die NA oder eine andere supportive Gruppe gehören, erzwungene Abstinenz, möglicherweise die Verabreichung einer Ersatzdroge wie Methadon und eine geeignete psychotrope Medikation; 3. keine Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (sofern nicht auch eine Depression vorliegt) und 4. eine ausreichende Motivation, Sitzungstermine wahrzunehmen und aktiv am Prozess teilzunehmen. Die Indikationen für einen expressiven oder supportiven Schwerpunkt nach der erfolgreichen Anfangsphase der Behandlung sind zum Großteil dieselben wie bei jedem anderen Psychotherapieprozess (siehe Tabelle 4–1 in Kapitel 4).

## Essstörungen

---

Essstörungen scheinen Erkrankungen der heutigen Zeit zu sein. Die elektronischen Medien bombardieren uns täglich mit den Bildern schlanker Frauen, die „alles haben“. An Essstörungen leiden typischerweise gut situierte gebildete weiße Frauen, die ein Produkt der westlichen Kultur sind (Johnson et al. 1989). Essstörungen werden oft in Anorexia nervosa und in Bulimia nervosa unterteilt, das klinische Bild der beiden Symptomgruppen zeigt jedoch häufig Überschneidungen. Außerdem werden Esssuchtstörungen zunehmend als wichtige separate Kategorie anerkannt. Im Allgemeinen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich in Behandlung begeben oder Behandlungsprogramme fortführen, bei anorektischen Patienten geringer. Somit können Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zum Teil anhand des Ausmaßes unterschieden werden, in dem eine Veränderung gewünscht und erreicht wird (Vitousek und Gray 2005). In einer Studie mit 103 erfahrenen Psychiatern und Psychologen, für die sie ein Rangfolgeverfahren verwendeten, bewerteten Westen und Harnden–Fischer (2001) die Persönlichkeitsfunktionen von Patienten, die sich wegen Bulimie oder Anorexie in Behandlung befanden. Sie grenzten drei Kategorien von Patienten ab: eine emotional dysregulierte / unterkontrollierte, eine gehemmte / überkontrollierte und eine auf hohem Niveau funktionierende / perfektionistische Gruppe. Diese Kategorien schienen hinsichtlich der Ätiologie, der Prognose und der Behandlung relevant zu sein, und die Forscher kamen zu dem Schluss, dass Symptome der Achse I nur eine Komponente des Verständnisses und der Behandlung von Patienten mit Essstörungen sind. Die Daten deuteten außerdem darauf hin, dass Essstörungen möglicherweise nur eine Form der Impuls- und Affektregulierung

sind. Mit anderen Worten, bulimische Symptome können bei Patienten der emotional dysregulierten / unterkontrollierten Gruppe ein allgemeines Problem bezüglich der Impulsivität darstellen, während dies beim perfektionistischen und auf hohem Niveau funktionierenden Typ nicht der Fall ist. Unabhängig davon bespreche ich Anorexia nervosa und Bulimia nervosa in diesem Abschnitt entsprechend der herkömmlichen Aufteilung getrennt, da sich ihre Behandlungsgrundsätze und ihre psychodynamische Auffassung getrennt entwickelt haben. Der Leser muss sich jedoch im Klaren darüber sein, dass in der Praxis bei der Behandlung einer konkreten Essstörung gegebenenfalls eine Kombination der Grundsätze der beiden Kategorien anzuwenden ist und außerdem die allgemeinen Persönlichkeitsmerkmale zu berücksichtigen sind.

## Anorexia nervosa

Die Bezeichnung *Anorexia nervosa* kann irreführend sein, da das Wort *Anorexia* andeutet, das zentrale Problem sei mangelnder Appetit. Das Hauptmerkmal der Anorexia nervosa ist jedoch ein fanatisches Streben nach Schlankheit, das mit einer überwältigenden Angst vor dem Dickwerden verbunden ist. Als Kriterium für die Diagnose wird häufig der Grenzwert von 85 % des normalen Mindestgewichts für das jeweilige Alter und die jeweilige Körpergröße verwendet. Ein deutliches Zeichen für Anorexia nervosa bei Frauen ist Amenorrhoe. 5 % bis 10 % der Betroffenen sind Männer, ihre klinischen Symptome und ihre Psychodynamik sind der von Frauen jedoch sehr ähnlich.

### *Psychodynamische Auffassung*

In den letzten Jahrzehnten haben die bahnbrechenden Arbeiten von Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) Klinikern den Weg im Dunkel der Behandlung von Anorexiepatienten gewiesen. Sie hat beobachtet, dass die ständige Beschäftigung mit der Ernährung und dem Körpergewicht eine relativ spät auftretende Erscheinung ist, die eine grundlegendere Störung der Selbstwahrnehmung repräsentiert. Die meisten Patienten mit Anorexia nervosa sind davon überzeugt, dass sie vollkommen machtlos und untauglich sind. Die Krankheit tritt häufig bei „braven Mädchen“ auf, die sich ihr Leben lang bemüht haben, es ihren Eltern recht zu machen, und dann als Heranwachsende plötzlich widerspenstig und negativ werden. Sie erleben ihren Körper häufig als von ihrem Selbst getrennt, als gehöre er ihren Eltern. Diesen Patienten fehlt jegliches Gefühl der Autonomie, was so weit führt, dass sie das Gefühl haben, sie hätten nicht einmal die Kontrolle über ihre Körperfunktionen. Die prämorbide Abwehrhaltung des perfekten kleinen Mädchens dient häufig der Abwehr eines tiefer liegenden Gefühls der Wertlosigkeit.

Laut Bruch hat Anorexia nervosa ihren Ursprung in einem gestörten Verhältnis des Säuglings zu seiner Mutter. Genauer gesagt, die Mutter versorgt das Kind nach ihren eigenen Bedürfnissen und nicht nach den Bedürfnissen des Kindes. Wenn Signale des Kindes nicht mit bestätigenden und anerkennenden Reaktionen beantwortet werden, kann das Kind kein gesundes Selbstempfinden entwickeln. Stattdessen erlebt es sich als eine Erweiterung seiner Mutter und nicht als Wesen mit einer eigenen Autonomie. Bruch deutete das Verhalten des anorektischen Patienten als verzweifelter Versuch, Bewunderung und Anerkennung als einzigartiger und besonderer Mensch mit außergewöhnlichen Eigenschaften zu erlangen.

Familientherapeuten wie Selvini Palazzoli (1978) und Minuchin (Minuchin et al. 1978) haben einige von Bruchs dynamischen Konzepten bestätigt und weiter ausgearbeitet. Minuchin und seine Kollegen haben ein Muster von Verstrickungen in den Familien anorektischer Patienten beschrieben, das durch fehlende Generations- und persönliche Grenzen gekennzeichnet ist. Alle Familienmitglieder haben in einem Ausmaß Teil am Leben aller anderen Familienmitglieder, dass sich keiner von ihnen außerhalb des Familiengefüges als Wesen mit einer eigenen Identität empfindet. Selvini Palazzoli (1978) hat außerdem beobachtet, dass es Patienten mit Anorexia nervosa nicht gelungen ist, sich psychologisch von ihrer Mutter zu lösen, wodurch sie kein stabiles Empfinden für ihren eigenen Körper entwickelt haben. Sie empfinden ihren Körper deshalb häufig so, als wohne ein böses mütterliches Introjekt darin, und das Hungern kann ein Versuch sein, das Wachstum dieses aufdringlichen feindlichen inneren Objekts zu verhindern. Williams (1997) betonte, dass die Eltern anorektischer Patienten ihre Angst häufig auf das Kind projizieren, statt sie zurückzuhalten. Diese Projektionen kann das Kind als schädliche Fremdkörper erleben. Um sich vor nicht verarbeiteten Erfahrungen und Fantasien zu schützen, die ihre Eltern auf es projiziert haben, entwickelt das junge Mädchen gegebenenfalls Abwehrmechanismen unter dem Motto „kein Zutritt“, das sich in der Verweigerung der Nahrungsaufnahme konkretisiert.

Die extreme Abwehrhaltung bei Anorexia nervosa deutet darauf hin, dass diese Strategie durch einen starken zugrunde liegenden Impuls gerechtfertigt wird. Boris (1984b) hat festgestellt, dass starke Gier der Kern der Anorexia nervosa ist. Orale Wünsche sind jedoch so inakzeptabel, dass sie durch Projektion bewältigt werden müssen. Mithilfe der projektiven Identifizierung wird die gierige und fordernde Selbstrepräsentanz auf die Eltern übertragen. Die Reaktion der Eltern darauf, dass der Patient die Nahrungsaufnahme verweigert, besteht darin, dass sie sich ständig damit befassen, ob der Patient isst oder nicht; dann sind sie diejenigen, die Wünsche haben. In einem Konzept, das unter dem Einfluss des kleinianischen Denkens stand, definierte Boris Anorexia nervosa als die Unfähigkeit, Gutes von anderen anzunehmen, die aus einem übermäßigen Besitzstreben resultiert. Jedes Annehmen von Nahrung oder Liebe konfrontiert diese Patienten unmittelbar mit der Tatsache, dass sie nicht besitzen können,



was sie haben möchten. Ihre Lösung besteht darin, von niemandem etwas anzunehmen. Neid und Gier sind im Unbewussten oft eng miteinander verbunden. Der Patient beneidet die Mutter um das Gute, das sie hat – Liebe, Mitgefühl, Fürsorge –, wenn ihm diese zuteilwerden, löst das jedoch nur Neid aus. Auf sie zu verzichten, bestärkt die unbewusste Fantasie, das zu verderben, um das man jemanden beneidet, ganz ähnlich, wie es der Fuchs in Äsops Fabel tat, indem er entschied, die Trauben, die er nicht erreichen konnte, seien sauer. Der Patient übermittelt folgende Botschaft: „Es gibt nichts Gutes, das ich besitzen könnte, also verzichte ich auf all meine Wünsche.“ Ein solcher Verzicht macht den anorektischen Patienten zum Gegenstand der Wünsche anderer und, in seiner Fantasie, zum Gegenstand ihres Neides und ihrer Bewunderung, weil sie von seiner „Selbstkontrolle“ beeindruckt sind. Nahrung symbolisiert die guten Eigenschaften, die er sich für sich selbst wünscht; Sklave des Hungers zu sein, ist besser, als die Mutterfigur besitzen zu wollen.

Auf der Grundlage der Auffassung von Boris gelangte Bromberg (2001) zu dem Schluss, dass Patienten mit Anorexia nervosa Wünsche durch Dissoziation in Verzicht umwandeln. Er ging davon aus, dass diese Patienten ohne eine Form der menschlichen Bezogenheit aufwachsen, die ihnen die Entwicklung der Selbstregulierung von Affektzuständen ermöglicht, und folgerte, dass sie in separate Selbstzustände zerfallen, was der Abtrennung traumatischer Erfahrungen und dem Erreichen eines nicht durch starke Affekte verunreinigten maximalen Funktionsniveaus dient. Wie Boris war auch er der Ansicht, anorektische Patienten seien Sklaven ihrer Unfähigkeit, Wünsche als Affekte aufzunehmen, die reguliert werden können. Sie meinen, sie könnten Wünsche nicht lange genug zurückhalten, um eine vernünftige Wahl zu treffen. Deshalb ist die Frage, wer in der therapeutischen Dyade die Wünsche zurückhält, ein wesentlicher Aspekt der Behandlung.

Die meisten entwicklungsbezogenen Konzepte zum Ursprung von Anorexia nervosa konzentrieren sich auf das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter. Bemporad und Ratey (1985) haben jedoch ein charakteristisches Muster der Beteiligung des Vaters bei anorektischen Töchtern beobachtet. Der typische Vater war oberflächlich betrachtet fürsorglich und unterstützte seine Tochter, emotional vernachlässigte er sie jedoch jedes Mal, wenn sie ihn wirklich brauchte. Außerdem suchen viele Väter anorektischer Patientinnen emotionalen Halt bei ihren Töchtern, statt ihnen diesen zu geben. Beide Elternteile sind oft sehr enttäuscht von ihrer Ehe, was beide veranlasst, emotionale Unterstützung bei ihrer Tochter zu suchen.

Im selbstpsychologischen Sinn wird die Tochter als Selbstobjekt behandelt, das für beide Elternteile Spiegelungs- und Bestätigungsfunktionen übernimmt, dem jedoch ein eigenes Selbstempfinden verweigert wird. Das Kind hat dabei niemanden, der seine Selbstobjektbedürfnisse befriedigt. Das anorektische Kind bezweifelt, dass seine Eltern oder andere wichtige Menschen in seinem Leben ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse auch nur vorübergehend zurückstellen,

um seine Bedürfnisse nach Trost, Bestätigung und Spiegelung zu befriedigen (Bachar et al. 1999). Das Kind steigert gegebenenfalls das Hungern und die Einschränkung, um seine Eltern so zu zwingen, sein Leiden wahrzunehmen und zu erkennen, dass es Hilfe braucht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das offensichtliche Hungern nach der psychodynamischen Auffassung über Anorexia nervosa ein durch mehrere Faktoren ausgelöstes Symptom ist. Es ist 1. ein verzweifelter Versuch, besonders und einzigartig zu sein; 2. ein Angriff gegen ein durch die Erwartungen der Eltern gefördertes falsches Selbstempfinden; 3. eine Bestätigung eines neuen wahren Selbst; 4. ein Angriff gegen ein feindliches mütterliches Introjekt, das als mit dem Körper gleichbedeutend betrachtet wird; 5. ein Abwehrmechanismus gegen Gier und Wünsche; 6. ein Versuch, bei anderen – statt beim Patienten – Gier und Hilflosigkeit auszulösen; 7. ein Versuch, zu verhindern, dass unverarbeitete Projektionen der Eltern in den Patienten eindringen; 8. ein immer lauter werdender Hilfeschrei, mit dem die Eltern aus ihrer Ichbezogenheit aufgerüttelt und darauf aufmerksam gemacht werden sollen, dass ihr Kind leidet, und 9. in manchen Fällen ein dissoziativer Abwehrmechanismus, durch den zum Zwecke der Regulierung starker Affekte separate Selbstzustände geschaffen werden.

Mit diesen psychodynamischen Faktoren gehen außerdem charakteristische kognitive Merkmale wie die falsche Wahrnehmung des eigenen Körpers, ein Alles-oder-Nichts-Denken, magisches Denken und obsessiv-zwanghafte Gedanken und Rituale einher. Wegen der obsessiv-zwanghaften Symptome haben manche Forscher die Möglichkeit erwogen, Anorexia nervosa gehe mit einer obsessiv-zwanghaften Persönlichkeitsstörung einher. Diese Angelegenheit wird durch die Tatsache, dass die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bei Hungernden bekanntlich sehr unsicher ist (Kaplan und Woodside 1987; Powers 1984), erschwert. Viele Symptome scheinen gegenüber dem Hungern zweitrangig zu sein, so auch das obsessiv-zwanghafte Verhalten. Außerdem verstärken sich prämorbid Persönlichkeitsmerkmale bei Nährstoffmangel. Und schließlich bestätigen Langzeitfolgeuntersuchungen über Persönlichkeitsstörungen nicht unbedingt, dass die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa tatsächlich erhöht ist (Grilo et al. 2003).

### *Behandlungsansätze*

Kliniker, die Patienten mit Anorexia nervosa behandeln, sind sich darüber einig, dass die Behandlung nicht nur auf die Gewichtszunahme abzielen darf (Boris 1984a, 1984b; Bruch 1973, 1978, 1982, 1987; Chessick 1985; Dare 1995; Hsu 1986; Hughes 1997; Powers 1984). Der erste Schritt eines „zweigleisigen“ Ansatzes, wie ihn Garner et al. (1986) empfehlen, besteht darin, dass der Patient

wieder normal isst, damit er zunimmt. Wenn dies erreicht ist, kann im zweiten Schritt mit den psychotherapeutischen Maßnahmen begonnen werden. Bei anorektischen Patienten stellt sich eine viel größere Besserung ein, wenn sie eine Kombination aus Familientherapie und dynamischer Einzeltherapie erhalten, als wenn nur pädagogische Maßnahmen angewandt werden, die der Gewichtskontrolle dienen (Dare 1995; Hall und Crisp 1983). Der Grundpfeiler der Behandlung ist eine langfristige expressiv-supportive Einzelpsychotherapie. Wenn die zugrunde liegende Selbststörung des Patienten und die damit zusammenhängenden Verzerrungen innerer Objektbeziehungen nicht angesprochen werden, erleidet der Patient wiederholt Rückfälle und muss wieder und wieder stationär behandelt werden (Bruch 1982). Bei Patienten, die zu Hause wohnen, kann eine Familientherapie eine sinnvolle Ergänzung der Einzeltherapie sein. Bei manchen Patienten scheint auch eine Gruppenpsychotherapie von Nutzen zu sein (Lieb und Thompson 1984; Polivy 1981), die wenigen verfügbaren Daten deuten jedoch darauf hin, dass die meisten von denen, auf die das zutrifft, keine anderen Persönlichkeitsstörungen haben (Maher 1984).

Die meisten psychodynamischen Kliniker ergänzen die Behandlung von Anorexia nervosa durch Techniken anderer Modelle, um falsche Überzeugungen, Ernährungsfragen und Schwierigkeiten in der Familie anzusprechen (Vitousek und Gray 2005). Das Leben des Patienten zu retten, ist wichtiger, als einem bevorzugten theoretischen Ansatz treu zu bleiben. Deshalb werden die Patienten im Laufe der Einzelpsychotherapie häufig stationär behandelt. Es gibt zwar keine allgemeingültigen Indikationen für eine stationäre Behandlung, ein Gewichtsverlust von 30 % des normalen Körpergewichts ist jedoch eine gute Faustregel, um über die Notwendigkeit einer Aufnahme ins Krankenhaus zu entscheiden (Garfinkel und Garner 1982). Etwa 80 % der Anorexiepatienten nehmen bei einer stationären Behandlung zu (Hsu 1986), sofern es dem Krankenhauspersonal gelingt, ein geeignetes Umfeld zu schaffen. Wie in Kapitel 6 dargelegt, müssen sich die Mitglieder des Krankenhauspersonals darüber im Klaren sein, dass der Patient unbewusst versucht, die Kämpfe in der Familie im Krankenhausmilieu zu wiederholen. Sie müssen zeigen, dass sie ihm beim Zunehmen helfen wollen, ohne sich diesbezüglich übermäßig besorgt zu zeigen und Anforderungen zu stellen, wie sie die Eltern des Patienten stellen würden. Sie können dem Patienten helfen, mit der Angst davor, die Kontrolle zu verlieren, fertig zu werden, indem sie einen Ernährungsplan mit häufigen, aber kleinen Mahlzeiten, die zusammen mit einem Mitglied des Pflegepersonals eingenommen werden, erarbeiten, mit dem der Patient auch seine Ängste im Zusammenhang mit dem Essen besprechen kann. Über jede Gewichtszunahme sollte der Patient auf bestätigende Weise unterrichtet werden. Heimliches Erbrechen oder die heimliche Einnahme von Abführmitteln müssen angesprochen und durch strukturelle Maßnahmen wie dem Abschließen der Toilette kontrolliert werden. Die Mitglieder des Behandlungsteams müssen dem Patienten

**TABELLE 12–1:** Leitlinien zur Technik der Psychotherapie anorektischer Patienten

---

Vermeidung übermäßiger Anstrengungen zur Änderung des Essverhaltens  
 Verzicht auf Interpretationen in der Anfangsphase der Therapie  
 Sorgfältige Beobachtung der Gegenübertragung  
 Untersuchung kognitiver Verzerrungen

---

gegebenenfalls versichern, dass sie dafür sorgen werden, dass er nicht zu viel zunimmt, um ihm zu helfen, ihnen zu vertrauen.

Kurze stationäre Aufenthalte führen selten zu einer Heilung, und dasselbe gilt für Behandlungsprogramme, bei denen das Erreichen eines normalen Durchschnittsgewichts gefordert wird, die starke Angst, die eine solche Anforderung auslöst, jedoch nicht beachtet wird (Bruch 1982). Mindestens 50 % der Patienten, die ihre Anorexia nervosa durch eine stationäre Behandlung in den Griff bekommen, erleiden innerhalb eines Jahres einen Rückfall (Hsu 1980). Bei den 20 %, die nicht auf eine kurze stationäre Behandlung ansprechen, ist ein längerer Krankenhausaufenthalt angezeigt.

Eine expressiv-supportive Einzelpsychotherapie bedeutet oft mehrere Jahre sorgfältiger Arbeit, da anorektische Patienten einen enormen Widerstand an den Tag legen. Diesbezüglich sind vier Grundsätze der Behandlungstechnik von Nutzen (Tabelle 12–1).

1. *Vermeidung übermäßiger Anstrengungen zur Änderung des Essverhaltens.* Wie Boris (1984b) gesagt hat: „Was wir ihre Symptome nennen, das nennen sie ihre Rettung“ (S. 315). Der Patient betrachtet seine Anorexia nervosa als Lösung für ein inneres Problem. Psychotherapeuten, die sie sofort als Problem bezeichnen, das es zu ändern gilt, verringern die Aussichten auf eine stabile therapeutische Beziehung. Das mit der Anorexia nervosa verbundene Verhalten führt bei den Eltern des Patienten zu Anforderungen und Erwartungen bezüglich einer Veränderung. Aufgrund der projektiven Identifizierung ist damit zu rechnen, dass der Therapeut einem großen Druck ausgesetzt ist, sich mit den projizierten inneren Objekten des Patienten in Bezug auf seine Eltern zu identifizieren. Statt diesem Druck nachzugeben und zu einer Elternfigur zu werden, muss der Therapeut versuchen, die innere Welt des Patienten zu verstehen. Eine Form der Wiederholung ist die Gleichsetzung von Essen und Sprechen. Ebenso wie der Patient seine Eltern provoziert, indem er nicht isst, versucht er den Therapeuten zu provozieren, indem er nicht spricht (Mintz 1988). Deshalb kann es hilfreich sein, zu Beginn der Therapie zu klären, dass das primäre Ziel der Behandlung darin besteht, die zugrunde liegende emotionale Störung des Patienten und nicht das

Problem der Verweigerung der Nahrungsaufnahme zu verstehen (Bruch 1982; Chessick 1985). Der Therapeut muss die Erfahrung des Patienten, dass die mit der Anorexia nervosa verbundene Selbstdisziplin in gewisser Weise eine Leistung ist, anerkennen (Bromberg 2001), zugleich aber auch darauf hinweisen, dass sich Denken und Kommunikation mit einer besseren Ernährung ebenfalls verbessern.

2. *Verzicht auf Interpretationen in der Anfangsphase der Therapie.* Interpretationen unbewusster Wünsche und Ängste erlebt der anorektische Patient als Wiederholung seiner Lebensgeschichte. Jemand anderes sagt ihm, was er tatsächlich fühlt, während seine bewusste Erfahrung heruntergespielt und für ungültig erklärt wird. Stattdessen ist es die Aufgabe des Therapeuten, die innere Erfahrung des Patienten anzuerkennen und nachzuempfinden (Bruch 1987; Chessick 1985). Er sollte aktives Interesse an dem bekunden, was der Patient denkt und fühlt, und dem Patienten so vermitteln, dass er ein autonomer Mensch ist, der ein Recht auf seine eigene Vorstellung über seine Krankheit hat. Es ist von entscheidender Bedeutung, dem Patienten zu helfen, seine Gefühlszustände zu beschreiben. Die Handlungen und Entscheidungen, die aus diesen Gefühlen resultieren, müssen als gültig anerkannt und respektiert werden. Der Therapeut kann dem Patienten helfen, verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren, sollte aber darauf verzichten, ihm zu sagen, was er tun soll (Chessick 1985). Die Anwendung dieses empathischen, das Ich stärkenden supportiven Ansatzes in der Anfangsphase der Therapie erleichtert die Introjektion des Therapeuten als wohlwollendes Objekt. Bruch (1987) hat empfohlen, das Positive zu betonen und die Therapie als Erfahrung zu verstehen, bei der der Patient seine positiven Eigenschaften entdeckt. Sie räumte ein, dass ihr Ansatz viel mit Kohuts selbstpsychologischem Ansatz (1984) gemein hat. Chessick (1985) teilte die Auffassung, dass Erkenntnisse über unbewusste Konflikte bei diesen Patienten wahrscheinlich keine heilende Wirkung haben. Obwohl er hinsichtlich der Anwendung von Interpretationen etwas optimistischer war, empfahl Boris (1984a), diese zurückzuhalten, bis der Patient sie selbst erkennt. Und selbst dann, so meinte er, sei es besser, „in den Raum“ und nicht unmittelbar zum Patienten zu sprechen, um so eine gewisse Distanz in der Beziehung zu wahren und die Grenzen des Patienten zu respektieren. Solche Interpretationen sollten als Hypothesen vorgetragen werden, als spräche der Therapeut zu einem imaginären Kollegen, und nicht als entschiedene Erklärungen an den Patienten.
3. *Sorgfältige Beobachtung der Gegenübertragung.* Anorektische Patienten denken häufig, ihre Eltern wollten, dass sie zunehmen, damit andere die Eltern nicht als Versager betrachten (Powers 1984). Es ist zu erwarten, dass sich der Therapeut ähnliche Sorgen macht. Insbesondere

Therapeuten, die in einem Behandlungsteam arbeiten, können das Gefühl bekommen, andere beurteilten ihre Arbeit negativ, wenn ihre Patienten nicht zunehmen. Diese Gegenübertragungssorge kann den Therapeuten veranlassen, den Fehler zu begehen, sich mit den Eltern des Therapeuten zu identifizieren. Im Idealfall ist bei der Einzelpsychotherapie ein anderer Behandelnder für die Überwachung der Gewichtszunahme zuständig, sodass der Therapeut sich unbelastet mit den zugrunde liegenden psychologischen Problemen des Patienten beschäftigen kann. Wenn im Interesse der Gewichtskontrolle eine stationäre Behandlung erforderlich ist, kann der aufnehmende Psychiater die Verantwortung für die Nahrungsaufnahme übernehmen, während der Psychotherapeut seine psychotherapeutische Arbeit im Krankenhaus fortsetzt. Bei einer solchen Aufgabenverteilung kann der Psychotherapeut effektiv mit dem Team zusammenarbeiten.

Hughes (1997) hat einige der typischen Gegenübertragungsdilemmas, die bei der Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa auftreten, eindrucksvoll beschrieben. Ebenso wie der Patient erreicht, dass seine Eltern versuchen, ihm zu helfen, jedoch stets versagen, teilt er auch dem Therapeuten diese Rolle zu. Häufig tritt er so auf, als wollte er mit den Therapeuten kooperieren, sabotiert dann aber seine Hilfe. Das therapeutische Bündnis mit Anorexiopatienten ist gewöhnlich viel schwächer, als es scheint, und der Therapeut muss mit dem frustrierenden Gefühl fertig werden, dass der Patient ihn betrügt. Es ist hilfreich, wenn er sich bei der Handhabung der Gegenübertragung vor Augen hält, dass der Patient einen Fortschritt mit der Trennung von seiner Familie und mit dem Erwachsenwerden gleichsetzt – und beides als äußerst bedrohlich empfindet. Wenn der Patient mit dem Tod liebäugelt, löst das beim Therapeuten Angst aus, was dadurch, dass der Patient wiederholt beteuert, keine Selbstmordgedanken zu haben, nur noch frustrierender ist. Ebenso wie die Familie nach einiger Zeit erschöpft und wütend ist und möglicherweise sogar unbewusste Todeswünsche gegenüber dem Patienten hegt, kann auch der Therapeut Verzweiflung und mörderische Wut empfinden und das Gefühl haben, nur er habe erkannt, wie nahe der Patient dem Tode ist.

4. *Untersuchung kognitiver Verzerrungen.* Falsche Wahrnehmungen der Körpermaße und unlogische kognitive Überzeugungen sollten gemeinsam mit den Patienten wertfrei untersucht werden. Vitousek und Gray (2005) haben auf die Ähnlichkeit zwischen Bruchts Ansatz bezüglich der Infragestellung unlogischer Schlussfolgerungen und falscher Annahmen und den neuesten anerkannten Grundsätzen der kognitiven Therapie hingewiesen. Bei diesen Patienten muss der Psychotherapeut eindeutig eine pädagogische Rolle einnehmen, um ihnen dabei zu helfen, zu verstehen, welche Auswirkungen Hungern auf

die Kognition hat. Allerdings muss er sie belehren, ohne Anforderungen zu stellen. Stattdessen kann er sich auch auf die Untersuchung der Folgen der Entscheidungen des Patienten beschränken.

Diese Leitlinien dürfen, so nützlich sie auch sind, nicht als „Rezept“ für die Psychotherapie anorektischer Patienten verstanden werden. Der Therapeut muss angesichts dessen, dass der Patient den Therapieprozess womöglich nur „aussitzt“, bis er wieder in Ruhe gelassen wird, flexibel, hartnäckig und standhaft sein. Verzerrungen der Körperwahrnehmung, die häufig wahnhaft sind, können besonders resistent gegen pädagogische und therapeutische Bemühungen sein. Der Therapeut muss sich vor Gegenübertragungsverzweiflung und –frustration hüten, die dazu führen können, dass er versucht, den Patienten zu zwingen, „die Dinge so zu sehen, wie sie sind“.

Auch wenn Anorexia nervosa kurzfristig ausgesprochen behandlungsresistent sein kann, stellt sich bei vielen Patienten schließlich doch eine Besserung ein. Bei einer langfristigen Folgeuntersuchung (Sullivan et al. 1998) erfüllten durchschnittlich 12 Jahre nach der ersten Überweisung nur 10 % der Patienten auch weiterhin die Kriterien der Anorexia nervosa. Allerdings kämpften viele noch immer mit einigen Merkmalen der Krankheit, unter anderem mit Perfektionismus und einem relativ geringen Körpergewicht. Andererseits hat Hsu (1991) bei der Auswertung der Ergebnisse von 300 Patienten aus vier verschiedenen Serien errechnet, dass etwa 1 von 7, also 14 %, später durch Selbstmord oder infolge der Komplikationen der Krankheit gestorben war. Laut einer vergleichenden Folgeuntersuchung nach 5 Jahren (Eisler et al. 1997) hatte sowohl die Familientherapie als auch die supportive Einzeltherapie eine deutliche Besserung bewirkt. Bei Patienten, bei denen die Anorexia nervosa früh aufgetreten war und nur kurz angedauert hatte, schien die Familientherapie wirksamer gewesen zu sein, bei denjenigen, bei denen sie später ausgebrochen war, dagegen die supportive Einzeltherapie. Bei einer Auswertung aller Behandlungsstudien kamen Vitousek und Gray (2005) zu dem Schluss, dass für keine Form der Psychotherapie eine größere Wirksamkeit bei erwachsenen Anorexiepatienten belegt ist als für die übrigen. Außerdem haben sie festgestellt, dass bei Patienten mit dieser äußerst behandlungsresistenten Störung keine Maßnahme, ob medikamentöse Behandlung oder Psychotherapie, besonders wirksam ist.

## Bulimia nervosa

Patienten mit Bulimia nervosa werden gewöhnlich anhand dessen von solchen mit Anorexia nervosa unterschieden, dass sie ein relativ normales Gewicht haben sowie eine Esssucht und willkürliches Abführen vorliegen. Ausgemergelte Patienten, die zugleich Fressattacken haben und Abführmittel



verwenden, werden häufig als Anorexiiekrankte der bulimischen Untergruppe eingestuft (Hsu 1986). Die immer umfangreicheren Daten lassen darauf schließen, dass ein nicht unbedeutender Zusammenhang zwischen den beiden Störungen besteht (Garner et al. 1986). Mindestens 40 % bis 50 % aller Anorexiiepatienten haben auch Bulimie (Garfinkel et al. 1980; Hall et al. 1984; Hsu et al. 1979). Die Ergebnisse langfristiger Folgeuntersuchungen deuten darauf hin, dass eine Anorexia nervosa über einen langen Zeitraum durch Bulimia nervosa abgelöst werden kann, das Gegenteil aber wesentlich seltener ist (Hsu 1991). Bulimia nervosa ist auch je nach den von Westen und Harnden-Fischer (2001) identifizierten Persönlichkeitsmerkmalen in Bezug auf Impulskontrolle und Affektregulierung unterschiedlich. Eine Komorbidität kann ebenfalls eine große Wirkung haben.

Wie Yager (1984) wortgewandt festgestellt hat:

Bulimie ist keine Krankheit. Sie ist auch keine einfache Gewohnheit. Bulimie ist heterogen und kann, wie die Lungenentzündung, vielfältige Ursachen haben. Für mich hat es sich als nützlich erwiesen, Bulimie als eine Gewohnheit oder ein Verhaltensmuster zu verstehen, das in einer Persönlichkeit verankert ist, die wiederum in einer Biologie verankert ist, und all das ist in einer Kultur verankert, in der Bulimie immer häufiger auftritt. (S. 63)

### *Psychodynamische Auffassung*

Bei der Ermittlung der Psychodynamik der Bulimie muss der Therapeut diese Heterogenität berücksichtigen. Die verschiedenen Komponenten, aus denen sich unsere Auffassung über die Bulimie zusammensetzt, sind wohl mit den sprichwörtlichen Blinden zu vergleichen, die aus ihrem besonderen Blickwinkel über ihre Wahrnehmung von einem Elefanten berichteten. Wie immer muss die dynamische Auffassung auch hier individualisiert werden. Das klinische Bild der Bulimie kann bei Patienten mit völlig verschiedenen Charakterstrukturen von psychotisch über Borderline bis neurotisch auftreten (Wilson 1983). Anorexie und Bulimie sind im Wesentlichen die zwei Seiten ein und derselben Medaille (Mintz 1988). Während sich anorektische Patienten durch eine größere Ich-Stärke und eine stärkere Kontrolle durch das Über-Ich auszeichnen, liegt bei manchen Bulimiepatienten aufgrund eines geschwächten Ich und eines laxen Über-Ich möglicherweise eine allgemeine Unfähigkeit zur Verzögerung der Entladung von Impulsen vor. Fressattacken und Abführen sind nicht unbedingt unabhängige Impulsprobleme; sie kommen eher gleichzeitig mit impulsiven, selbstzerstörerischen sexuellen Beziehungen und dem Konsum verschiedener Drogen vor.

Einige empirische Forschungsergebnisse lassen Schlussfolgerungen darüber zu, welche psychodynamischen Faktoren bei Patienten mit Bulimia nervosa wirken. Bei einer multivariaten genetischen Analyse haben Kendler et al. (1995)



festgestellt, dass familiäre und Umweltfaktoren bei der Entstehung der Störung eine entscheidende Rolle spielen. Bei einer Fall-Kontroll-Studie mit Probanden aus einer Gemeinde mit 102 Bulimiekranken und 204 gesunden Kontrollpersonen (Fairburn et al. 1997) wurden Probleme mit den Eltern, sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung und eine negative Selbsteinschätzung mit der Entstehung der Krankheit in Verbindung gebracht. Die Forscher meinten, eine negative Selbsteinschätzung könne zu einer Diät motivieren, indem sie bei Mädchen zu einer verzerrten Bewertung ihres Aussehens führt. Diese empirischen Erkenntnisse werden durch Beobachtungen bei der psychoanalytischen Behandlung gestützt. Reich und Cierpka (1998) haben Störungen im emotionalen Dialog zwischen Bulimiepatienten und ihren Eltern und ein übereinstimmendes Muster von Konflikten zwischen widersprüchlichen Teilen des Selbst festgestellt, das eindeutig durch widersprüchliche Identifizierungen mit den Eltern beeinflusst wurde. Die Verfasser meinten auch, viele Bulimiepatienten erlebten eine fehlende Beachtung von Grenzen und ein taktloses Eindringen in ihre Privatsphäre, was sowohl auf sexuellen als auch auf psychologischen Missbrauch zuträfe. Sie merkten an, dass diese Patienten häufig Abwehrmechanismen einsetzen, bei denen eine Verkehrung von Affekten und die Umkehrung des Passiven in Aktives erfolgen, und widersprüchliche Forderungen des Über-Ich erleben.

Die Verfasser, die sich mit dem Ursprung der Bulimie in der Entwicklung befasst haben, haben sowohl bei den Eltern als auch bei den Betroffenen große Schwierigkeiten bezüglich der Trennung beobachtet. Ein gemeinsames Merkmal der Entwicklung bulimischer Patienten ist das Fehlen eines Übergangsobjekts, beispielsweise eines Schnullers oder einer Decke, das dem Kind hilft, sich psychologisch von seiner Mutter zu lösen (Goodsitt 1983). In diesem Kampf um die Loslösung kann dann der Körper als Übergangsobjekt eingesetzt werden (Sugarman und Kurash 1982), wobei die Nahrungsaufnahme den Wunsch nach einer symbolischen Verschmelzung mit der Mutter und die Ausscheidung von Nahrung den Versuch der Loslösung von ihr repräsentiert. Wie die Mütter anorektischer Patienten betrachten auch die Eltern bulimischer Patienten ihre Kinder häufig als Erweiterungen ihrer selbst (Humphrey und Stern 1988; Strober und Humphrey 1987). Diese Kinder werden als Selbstobjekte zur Bestätigung des Selbst der Eltern benutzt. Jedes Mitglied der Familie braucht alle anderen, um ein Gefühl der Kohäsion aufrechterhalten zu können. Während dieses Muster für die Familien anorektischer Patienten typisch ist, ist in bulimischen Familien eine bestimmte Art der Handhabung inakzeptabler „schlechter“ Eigenschaften vorherrschend. In der bulimischen Familie scheinen alle ein starkes Bedürfnis danach zu haben, sich als „nur gut“ zu sehen. Inakzeptable Eigenschaften der Eltern werden häufig auf das bulimische Kind projiziert, das zum Aufbewahrungsort alles „Schlechten“ wird. Indem es sich unbewusst mit diesen Projektionen identifiziert, wird es zum Träger aller Gier und Impulsivität der Familie. Durch das so entstandene

Gleichgewicht steht statt der Konflikte der Eltern mit sich selbst oder untereinander das „kranke“ Kind im Mittelpunkt.

Die psychodynamischen Beobachtungen bezüglich der Schwierigkeiten, die bulimische Patienten mit der Loslösung haben, wurden auch durch empirische Forschungen belegt (Patton 1992). 40 Patienten mit Essstörungen wurden hinsichtlich ihrer Reaktion auf subliminale und supraliminale Stimuli mit einer Kontrollgruppe aus 40 Frauen mit normalem Essverhalten verglichen. Jeder Gruppe wurde ein Stimulus des Verlassenseins oder der Kontrolle gezeigt, der jeweils von subliminaler oder supraliminaler Dauer war. Nachdem sie dem Stimulus des Verlassenseins ausgesetzt waren, aßen die Mitglieder der Gruppe mit Essstörungen deutlich mehr Kracker als die der Kontrollgruppe. Die Forscher schlossen daraus, dass Fressattacken ein unbewusster Abwehrmechanismus gegen die Angst vor dem Verlassenwerden sind.

Bulimische Patienten konkretisieren also in vielen Fällen die Objektbeziehungsmechanismen der Introjektion und der Projektion. Die Aufnahme und die Ausscheidung von Nahrung kann die Introjektion und die Projektion aggressiver, oder „böser“, Introjekte unmittelbar widerspiegeln. In vielen Fällen wird dieser Abspaltungsprozess vom Patienten weiter konkretisiert. Er betrachtet dann zum Beispiel Eiweiß als „gute“ Nahrung, die er deshalb bei sich behält, Kohlehydrate oder Schnellgerichte dagegen als „schlechtes“ Essen, das er in gewaltigen Mengen verzehrt, nur um es dann zu erbrechen. Oberflächlich betrachtet mag diese Strategie der Bewältigung von Aggressionen überzeugend sein – indem er das Schlechte durch Erbrechen ausscheidet, fühlt sich der Patient gut. Das so erlangte Gefühl, „gut“ zu sein, ist jedoch nicht von Dauer, da es auf der Abspaltung, Verleugnung und Projektion von Aggressionen beruht und nicht auf der Integration des Bösen mit dem Guten.

### *Überlegungen zur Behandlung*

Das wichtigste Prinzip bei der Behandlung der Bulimie ist die Individualisierung des Behandlungsplans. Gleichzeitig vorliegende psychiatrische Störungen wie Depression, Persönlichkeitsstörungen und Drogenmissbrauch sollten im Rahmen eines umfassenden Behandlungsplans berücksichtigt werden. „Behandlungsprogramme nach dem Fließbandprinzip“ (Yager 1984), bei denen alle Bulimiepatienten gleich behandelt werden, helfen nur einem Bruchteil von ihnen, weil sie ihre Heterogenität nicht berücksichtigen. Etwa ein Drittel aller Bulimiepatienten gehört zu einer relativ gesunden Untergruppe und spricht gut auf eine zeitlich begrenzte Behandlung an, die aus einer kurzen kognitiv-behavioralen Therapie und einem Psychoedukationsprogramm besteht (Johnson und Connors 1987; Johnson et al. 1989). Für diese Untergruppe der Patienten können auch unterstützende Gruppen wie Overeaters Anonymous (OA) ohne eine weitere Behandlung ausreichen.

Nachfolgeuntersuchungen deuten darauf hin, dass die zeitliche Stabilität der Bulimiesymptome für viele Patienten ein Problem sein kann (Joiner et al. 1997). Bei der Auswertung von 88 Studien über Nachfolgebeurteilungen bulimischer Probanden haben Keel und Mitchell (1997) festgestellt, dass etwa 50 % der Frauen 5 bis 10 Jahre nach der Vorstellung beim Arzt die Krankheit vollkommen überwunden hatten. 20 % aber erfüllten auch weiterhin alle Kriterien der Bulimia nervosa, und bei etwa 30 % waren erneut bulimische Symptome aufgetreten. Patienten, die nach einer 16-wöchigen kognitiv-behavioralen Therapie vollständig von Fressattacken und vom Abführen befreit waren, wurden 4 Monate nach der Behandlung einer Folgeuntersuchung unterzogen, und die Forscher stellten fest, dass 44 % von ihnen rückfällig geworden waren (Halmi et al. 2002). Eine Auswertung von Studien zur kognitiv-behavioralen Therapie bei Bulimia nervosa zeigt, wie schwer die Behandlung dieser Patienten ist. Die Hälfte oder mehr der Patienten erreichten mit diesem Ansatz keine vollständige Heilung, und bei diesen kam es am Ende der Behandlung durchschnittlich 2,6-mal pro Woche zu Fressattacken und durchschnittlich 3,3-mal pro Woche zu Abführmaßnahmen (Thompson-Brenner et al. 2003).

Auch wenn dynamische Ansätze nicht bei allen Patienten angezeigt oder erforderlich sind, können sie doch für die meisten von ihnen von Nutzen sein. Bis zu zwei Drittel derer, die nicht auf eine Behandlung ansprechen, haben möglicherweise eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (Johnson et al. 1989), bei anderen kann eine andere Persönlichkeitsstörung oder eine Depression vorliegen. Diese Patienten brauchen gegebenenfalls eine langfristige expressiv-supportive Psychotherapie und häufig auch psychopharmakologische Maßnahmen. Viele Patienten reagieren auch einfach verärgert auf eine behaviorale Behandlung ihrer bulimischen Symptome (Yager 1984). Wenn der Schwerpunkt auf das offensichtliche Verhalten des Patienten gelegt, seine innere Welt jedoch außer Acht gelassen wird, kann dies eine Wiederholung seiner Erfahrung sein, dass er bei Eltern aufgewachsen ist, für die der Schein wichtiger ist als die Substanz. Yager (1984) zufolge sind bis zu 50 % aller Bulimiepatienten mit den Techniken, die auf eine Änderung des Verhaltens abzielen, nicht zufrieden. Manche empfinden auch die Aufgabe, täglich über ihre Essgewohnheiten Buch zu führen, als erniedrigend, da sie ihre Essstörungen gegebenenfalls als Symptome grundlegenderer Störungen betrachten. Eine Behandlung, die die Interessen und die Überzeugungen des Patienten nicht berücksichtigt, ist zum Scheitern verurteilt (Yager 1984).

Bulimia nervosa kann lebensbedrohlich sein. Es ist bekannt, dass sich der Elektrolythaushalt der Patienten so weit verändert, dass es zu einem Herzstillstand kommen kann. Deshalb sollte das Blutbild bei der ambulanten Behandlung solcher Patienten regelmäßig kontrolliert werden und die stationäre Behandlung als Notfallstrategie erwogen werden. Da viele Bulimiepatienten auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder schwere affektive Störungen haben, kann bei Selbstmordversuchen oder schwerer Selbstverstümmelung eine

stationäre Aufnahme erforderlich sein. Darüber hinaus, dass die Symptome durch das Abschließen der Toiletten, die Umsetzung eines normalen Ernährungsplans, Psychoedukation durch einen Ernährungsberater und die Aufforderung, ein Tagebuch zu führen, unter Kontrolle gebracht werden müssen, muss die Krankenhausbehandlung nach einem individualisierten umfassenden Behandlungsplan erfolgen. Der stationäre Aufenthalt bietet dem Therapeuten häufig die Gelegenheit, die inneren Objektbeziehungen des Patienten besser zu verstehen, und ermöglicht somit eine detailliertere Diagnose und die Aufstellung eines präziseren Behandlungsplans:

Frau W war eine 19-jährige Studentin mit einer Mischung aus bulimischen und anorektischen Symptomen. Sie wurde ins Krankenhaus aufgenommen, nachdem sie ihren Psychotherapeuten „gefeuert“ und die Kontrolle über ihre Fressattacken und ihre Abführmaßnahmen völlig verloren hatte. Ihre Eltern, die angesichts ihres Verhaltens sehr verärgert waren, hatten sie ins Krankenhaus gebracht, weil sie keine Hoffnung hatten, sie dazu zu bringen, ordentlich zu essen. In der ersten Woche ihres Krankenhausaufenthaltes teilte Frau W ihrer Krankenhausärztin mit, sie beabsichtige, zurückhaltend und distanziert zu bleiben, da sie nicht wieder eine Bindung zu einem Arzt aufbauen wolle, um dann doch nur enttäuscht zu werden. Es wurden sofort regelmäßige Mahlzeiten und Gruppensitzungen angesetzt, doch die Patientin weigerte sich, an diesen teilzunehmen. Sie beharrte darauf, dass sie nur in der Lage sei, Diät zu halten, wenn sie aß, was sie wollte und wann sie wollte. Sie wies ihre Ärztin darauf hin, dass ihr Gewicht konstant sei und somit kein Grund zur Besorgnis bestehe.

Frau Ws fehlende Kooperationsbereitschaft verärgerte das Pflegepersonal zunehmend. Je mehr sich die Patientin sträubte und widersetzte, desto mehr bestanden die Mitglieder des Personals darauf, dass sie sich nach dem Krankenhausprogramm richtete. In einer Personalbesprechung merkte die Krankenhausärztin an, dass es der Patientin gelungen war, die Situation in ihrer Familie zu wiederholen. Indem sie darauf bestand, die Kontrolle über ihre Ernährung zu haben, veranlasste sie andere, zu versuchen, die Kontrolle über ihre Ernährung zu erlangen. Dann konnte sie sich als Opfer der kontrollierenden Kräfte in ihrem Umfeld fühlen, ebenso wie sie sich als Opfer ihrer Eltern gefühlt hatte.

Frau Ws Ärztin traf sich mit ihr und wies sie darauf hin, dass sie versuche, das Krankenhauspersonal zu einer Wiederholung der Situation in ihrer Familie zu zwingen. Sie bat die Patientin, darüber nachzudenken, was ihr diese Wiederholung bringen könnte. Frau W erklärte der Ärztin, sie sei nicht an einem Gespräch interessiert. Drei Tage später teilte sie der Ärztin mit, sie habe in einer abgeschlossenen Schublade in ihrem Krankenzimmer Medikamente und scharfe Gegenstände gesammelt und würde womöglich einen Selbstmordversuch unternehmen. Sie sagte, sie habe beschlossen, dies ihrer Ärztin mitzuteilen, da sie nicht wirklich sterben wolle. Sie erklärte außerdem, es falle ihr furchtbar schwer, mit der Ärztin über ihre Gefühle zu sprechen, da sie in eine unkontrollierbare Abhängigkeit geraten und jedes Empfinden ihrer selbst verlieren würde.

Sie sei sich sicher, dass die Abhängigkeit von ihrer Ärztin dazu führen würde, dass sie entsprechend den Bedürfnissen der Ärztin ausgenutzt und schlecht behandelt werden würde, statt eine ihren Bedürfnissen gerechte Behandlung zu erhalten.

Diese Äußerungen halfen dem Krankenhauspersonal, Frau Ws Widerstand gegen die Behandlungsordnung zu verstehen. Indem sie die Kooperation verweigerte, versuchte sie ein Selbstempfinden zu entwickeln, nach dem sie von den Anforderungen und Erwartungen anderer unabhängig war. Die Kooperation mit dem Krankenhauspersonal und die Zusammenarbeit mit ihrer Krankenhausärztin bargen das Risiko, zu einer Erweiterung anderer zu werden, wie sie es in ihrer Familie gewesen war. Nachdem die zugrunde liegende Angst zutage getreten war, räumten die Mitglieder des Personals Frau W ein größeres Mitspracherecht hinsichtlich ihres Speiseplans ein. Es gelang ihr, die Zusammenarbeit mit einem Mitglied des Pflegepersonals fortzusetzen und dann einen Plan einzuhalten, der für beide akzeptabel war.

Als bei Frau W gerade eine Besserung eingetreten zu sein schien, erhielt ihre Krankenhausärztin jedoch am Vormittag des 1. Weihnachtstages, als sie gerade mit ihrer Familie die Geschenke öffnete, einen Anruf. Eine Schwester berichtete, Frau W habe große Mengen von Abführmitteln eingeschuggelt, diese eingenommen und den ganzen Morgen Durchfall gehabt. Die Schwester befürchtete, Frau W benötige möglicherweise eine Notfallversorgung, und die Ärztin fühlte sich verpflichtet, ins Krankenhaus zu fahren, um nach der Patientin zu sehen. Zwei Tage später, als Frau W medizinisch stabil war, sprach ihre Ärztin sie auf die Übertragungsfeindseligkeit an, die durch die Einnahme der Abführmittel zum Ausdruck gekommen war, und meinte, Frau W habe möglicherweise beabsichtigt, der Ärztin den 1. Weihnachtstag zu verderben. Obwohl die Patientin dies emotionslos verneinte, musste die Ärztin ihre starke Wut, die sie wegen des Zeitpunkts des Auslebens gegenüber der Patientin empfand, unterdrücken. Nach und nach dämmerte der Ärztin, dass das Abführen es der Patientin ermöglicht hatte, ihre eigene Aggression loszuwerden. Somit konnte sie nichts mit der Interpretation der Ärztin, es sei eine feindselige Handlung gewesen, anfangen. Die Ärztin hatte die projizierte Wut der Patientin unbewusst aufgenommen.

Obwohl es sich in diesem Fall um eine eher behandlungsresistente Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeit handelt, die Teil des klinischen Erscheinungsbildes ist, sind solche Übertragungs- und Gegenübertragungskämpfe in der Praxis von Einzeltherapeuten, die Bulimiepatienten behandeln, keine Seltenheit. Die Therapeuten können sich wiederholt genötigt fühlen, die „Schlechtheit“, die der Patient loszuwerden versucht, anzunehmen. Sie haben gegebenenfalls auch das Gefühl, der Patient würde sich „auf sie erbrechen“, wenn er ihre therapeutischen Bemühungen immer wieder zurückweist. Die Wiederholung der Familiensituation während der Krankenhausbehandlung oder in der Einzelpsychotherapie hilft dem Kliniker, zu verstehen, welche Rolle der Patient innerhalb der Familie spielt. Da

Bulimie so oft Teil des Gleichgewichts in der Familie ist, ist zusätzlich zur Einzeltherapie häufig auch eine Familientherapie oder eine Familienmaßnahme erforderlich. Wenn er das System der Familie außer Acht lässt, riskiert der Therapeut, dass Fortschritte des Patienten für andere Familienmitglieder zu einer furchtbaren Bedrohung werden. Zu den Abwehrreaktionen auf diese Bedrohung kann auch die heimtückische Untergrabung der Behandlung des Bulimiepatienten oder die Entstehung ernsthafter Dysfunktionen bei anderen Familienmitgliedern gehören. Der Therapeut muss berücksichtigen, dass die Familie die Krankheit des Bulimiepatienten braucht, und außerdem den Eltern Halt und Bestätigung geben, damit sie die Behandlung nicht sabotieren (Humphrey und Stern 1988).

Wegen ihrer äußerst zwiespältigen Gefühle und der Befürchtung, sie könnten das Gleichgewicht der Familie stören, versuchen viele Bulimiepatienten, eine intensive psychodynamische Therapie zu vermeiden. Sie betrachten sich gegebenenfalls als geistesgestört, und eine Psychotherapie birgt das Risiko, dass dies offengelegt wird (Reich und Cierpka 1998). Die Anregung, ein Ernährungstagebuch zu führen, und der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen bestimmten Essgewohnheiten und dem Gefühlszustand können sehr wirksam zum Aufbau eines therapeutischen Bündnisses mit dem Patienten beitragen. Zu den häufigen Gegenübertragungsproblemen gehört der Wunsch, den Patienten schnell zu heilen, was dazu führt, dass der Therapeut den Patienten „überfüttert“, indem er zu früh zu viele Interpretationen vorbringt. Reich und Cierpka (1998) haben darauf hingewiesen, dass Interpretationen und Konfrontationen möglicherweise auf bulimische Art und Weise gehandhabt, das heißt, gierig aufgenommen, aber nicht richtig verdaut werden. Obwohl bei Bulimiepatienten überwiegend die kognitiv-behaviorale Therapie eingesetzt wird, ist auch die psychodynamische Therapie von Bedeutung. In einer sorgfältig konzipierten Studie, in der die kognitiv-behaviorale und die dynamische Therapie verglichen wurden, sprachen die ersten Ergebnisse für erstere, bei nach längerer Zeit durchgeführten Folgeuntersuchungen erwiesen sich jedoch beide als etwa gleich wirksam (Fairburn et al. 1995).

Eine dynamische Gruppenpsychotherapie kann ebenfalls eine sinnvolle ergänzende Behandlung sein. Die Wirksamkeit der Gruppentherapie bei *Bulimia nervosa* wird durch eine immer umfangreichere empirische Literatur belegt (Harper-Giuffre et al. 1992; Liedtke et al. 1991; Mitchell et al. 1990). Die Auswertung von 18 verschiedenen Berichten über die Anwendung dieser Modalität bei ambulanten Patienten gab Oesterheld et al. (1987) Grund zu vorsichtigem Optimismus. Sie stellten eine Übereinstimmung darin fest, dass eine Gruppenpsychotherapie die bulimischen Symptome um durchschnittlich 70 % verringert hatte. Allerdings erscheint diese Zahl überhöht, da Behandlungsabbrecher bei den Berechnungen der meisten Studien nicht berücksichtigt wurden. Die Abbruchrate war zumeist hoch, obwohl Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer anderen schweren

Charakterpathologie aus den meisten Gruppen ausgeschlossen worden waren. Außerdem fehlten Ergebnisse langfristiger Folgeuntersuchungen. Die Gruppentherapeuten schienen sich, ebenso wie die Einzeltherapeuten, darüber einig zu sein, dass eine beständige Remission sowohl Einsicht als auch die Kontrolle der Symptome erfordert. In einer randomisierten Kontrollstudie über psychoanalytische Gruppentherapie und Psychoedukation bei einer Gruppe von Patienten mit Fressattacken hatten die meisten Patienten in beiden Gruppen keine Essstörungen mehr, und die Häufigkeit ihrer Fressepisoden hatte sich verringert (Ciano et al. 2002). Bei den Patienten, die eine analytische Gruppentherapie erhalten hatten, waren die Resultate zumeist auch bei den Folgeuntersuchungen nach 6 und 12 Monaten noch vorhanden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass ein dynamischer Ansatz bei Bulimia nervosa dann angezeigt ist, wenn der Patient nicht auf zeitlich begrenzte psychoedukationale oder kognitiv-behaviorale Maßnahmen anspricht. Im Allgemeinen sind auch Familienmaßnahmen in Form von Unterstützung, Belehrung und gegebenenfalls Familientherapie erforderlich. Kurze Krankenhausaufenthalte, unterstützende Gruppen wie die OA und Gruppenpsychotherapien können dem Patienten ebenfalls helfen, die Kontrolle über seine Symptome zu erlangen. Manche Einzelpsychotherapeuten betrachten auch die Kontrolle der Symptome als Teil des Behandlungsprozesses. Eine relativ große Untergruppe der Bulimiepatienten, bei denen auch eine schwere Charakterpathologie, Selbstmordneigung und die Neigung zu lebensbedrohlichen Störungen des Elektrolythaushalts vorliegen, brauchen eine Psychotherapie im Rahmen eines langfristigen stationären Aufenthaltes. Diese Patienten entziehen sich selbst den umsichtigsten Bemühungen der Behandelnden, ihr Leben zu strukturieren. Sie scheinen sich auf dem Weg zur Selbsterstörung zu befinden, der ohne eine lange stationäre Behandlung tatsächlich mit dem Tod enden kann.

## Literaturhinweise

---

- Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S., et al.: Empirical comparison of two psychological therapies—self psychology and cognitive orientation—in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 8: 115–128, 1999.
- Balint, M.: *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. New York, Brunner / Mazel, 1979.
- Bemporad, J. R., Rately, J.: Intensive psychotherapy of former anorexic individuals. *Am J Psychother* 39: 454–466, 1985.
- Berridge, K. C., Robinson, T.: The mind of an addictive brain: neural sensitization of wanting versus liking. *Current Directions in Psychological Science* 4: 71–76, 1995.



- Blatt, S. J., McDonald, C., Sugarman, A., et al.: Psychodynamic theories of opiate addiction: new directions for research. *Clin Psychol Rev* 4: 159–189, 1984a.
- Blatt, S. J., Rounsaville, B., Eyre, S. L., et al.: The psychodynamics of opiate addiction. *J Nerv Ment Dis* 172: 342–352, 1984b.
- Boris, H. N.: On the treatment of anorexia nervosa. *Int J Psychoanal* 65: 435–442, 1984a.
- Boris, H. N.: The problem of anorexia nervosa. *Int J Psychoanal* 65: 315–322, 1984b.
- Bromberg, P. M.: Treating patients with symptoms—and symptoms with patience: reflections on shame, dissociation, and eating disorders. *Psychoanalytic Dialogues* 11: 891–912, 2001.
- Brown, S.: *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. New York, Wiley, 1985.
- Bruch, H.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York, Basic Books, 1973.
- Bruch, H.: *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.
- Bruch, H.: Psychotherapy in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1: 3–14, 1982.
- Bruch, H.: The changing picture of an illness: anorexia nervosa, in: *Attachment and the Therapeutic Process*. Edited by Sacksteder, J. L., Schwartz, D. P., Akabane, Y. Madison, CT, International Universities Press, 1987, S. 205–222.
- Casillas, A., Clark, L. A.: Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between Cluster B personality and substance use disorders. *J Personal Disord* 16: 424–436, 2002.
- Chessick, R. D.: Clinical notes toward the understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders. *Annual of Psychoanalysis* 22/23: 301–322, 1985.
- Ciano, R., Rocco, P. L., Angarano, A., et al.: Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: an exploratory study on efficacy and persistence of effects. *Psychotherapy Research* 12: 231–239, 2002.
- Cooper, D. E.: The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers. *Am J Psychother* 41: 55–67, 1987.
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J., et al.: Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 152: 358–364, 1995.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., et al.: Psychosocial treatments for cocaine dependence: results of the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Study. *Arch Gen Psychiatry* 56: 493–501, 1999.
- Dare, C.: Psychoanalytic psychotherapy, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. 2<sup>nd</sup> Edition. Vol. 2. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 2129–2152.

- Dodes, L. M.: Abstinence from alcohol in long-term individual psychotherapy with alcoholics. *Am J Psychother* 38: 248–256, 1984.
- Dodes, L. M.: The psychology of combining dynamic psychotherapy and Alcoholics Anonymous. *Bull Menninger Clin* 52: 283–293, 1988.
- Dodes, L. M.: Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanal Q* 59: 298–419, 1990.
- Donovan, J. M.: An etiologic model of alcoholism. *Am J Psychiatry* 143: 1–11, 1986.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F., et al.: Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1025–1030, 1997.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., et al.: A prospective study of outcome and bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 52: 304–312, 1995.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., et al.: Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 54: 509–517, 1997.
- Frances, R. J., Mack, A. H., Borg, L., et al.: Psychodynamics, in: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Galanter, M., Kleber, H. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004, S. 337–352.
- Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., et al.: The economic impact of psychotherapy: a review. *Am J Psychiatry* 154: 147–155, 1997.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M.: *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, Brunner / Mazel, 1982.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M.: The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1036–1040, 1980.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Irvine, M. J.: Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders. *Psychother Psychosom* 46: 67–75, 1986.
- Goodsitt, A.: Self-regulatory disturbances in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2: 51–60, 1983.
- Goodwin, D. W.: Alcoholism and heredity. *Arch Gen Psychiatry* 36: 57–61, 1979.
- Gorton, G. E., Akhtar, S.: The relationship between addiction and personality disorder: reappraisal and reflections. *Integrative Psychiatry* 10: 185–198, 1994.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, B. A., et al.: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61: 361–368, 2004.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., et al.: Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *Int J Eat Disord* 33: 155–164, 2003.

- Hall, A., Crisp, A. H.: Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: preliminary findings, in: *Anorexia nervosa: Recent Developments in Research*. Edited by Darby, P. L., Garfinkel, P. E., Garner, D. M., et al. New York, Alan R. Liss, 1983, S. 427–439.
- Hall, A., Slim, E., Hawker, F., et al.: Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *Br J Psychiatry* 145: 407–413, 1984.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Mitchell, J., et al.: Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 59: 1105–1109, 2002.
- Harper-Giuffre, H., MacKenzie, K. R., Sivitilli, D.: Interpersonal group psychotherapy, in: *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. Edited by Harper-Giuffre, H., MacKenzie, K. R. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, S. 105–145.
- Hsu, L. K.: Outcome of anorexia nervosa: a review of the literature (1954 to 1978). *Arch Gen Psychiatry* 37: 1041–1046, 1980.
- Hsu, L. K.: The treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 143: 573–581, 1986.
- Hsu, L. K.: Outcome studies in patients with eating disorders, in: *Psychiatric Treatment: Advances in Outcome Research*. Edited by Mirin, S. M., Gossett, J. T., Grob, M. C. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, S. 159–180.
- Hsu, L. K., Crisp, A. H., Harding, B.: Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1: 61–65, 1979.
- Hughes, P.: The use of the countertransference in the therapy of patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 5: 258–269, 1997.
- Humphrey, L. L., Stern, S.: Object relations and family system in bulimia: a theoretical integration. *J Marital Fam Ther* 14: 337–350, 1988.
- Johnson, B.: Three perspectives on addiction. *J Am Psychoanal Assoc* 47: 79–815, 1999.
- Johnson, B.: Drug dreams: a neuropsychanalytic hypothesis. *J Am Psychoanal Assoc* 49: 75–96, 2001.
- Johnson, C., Connors, M. E.: *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: A Biopsychosocial Perspective*. New York, Basic Books, 1987.
- Johnson, C., Tobin, D. L., Enright, A.: Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *J Clin Psychiatry* 50: 9–15, 1989.
- Joiner, T. E., Heatherton, T. F., Keel, P. K.: Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *Am J Psychiatry* 154: 1133–1138, 1997.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C., Margulies, R. Z.: Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis, in: *Longitudinal Research on Drug Use*. Edited by Kandel, D. B. New York, Hemisphere, 1978, S. 73–78.

- Kaplan, A. S., Woodside, D. B.: Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 55: 645–653, 1987.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E.: Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154: 313–321, 1997.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., et al.: A population-based twin study of alcoholism in women. *JAMA* 268: 1877–1882, 1992.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., et al.: The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 52: 374–383, 1995.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., et al.: The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 60: 929–937, 2003.
- Khantzian, E. J.: Psychopathology, psychodynamics, and alcoholism, in: *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. Edited by Pattison, E. M., Kaufman, E. New York, Gardner, 1982, S. 581–597.
- Khantzian, E. J.: Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the clinical context. *J Subst Abuse Treat* 2: 83–88, 1985a.
- Khantzian, E. J.: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 142: 1259–1264, 1985b.
- Khantzian, E. J.: A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 12: 213–222, 1986.
- Khantzian, E. J.: The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 4: 231–244, 1997.
- Khantzian, E. J., Treece, C.: DSM–III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1067–1071, 1985.
- Kohut, H.: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971.
- Kohut, H.: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg, A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- Krystal, H.: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 9: 353–378, 1982–1983.
- Lieb, R. C., Thompson, T. L. II: Group psychotherapy of four anorexia nervosa inpatients. *Int J Group Psychother* 34: 639–642, 1984.
- Liedtke, R., Jäger, B., Lempa, W., et al.: Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study. *Psychother Psychosom* 56: 56–63, 1991.
- Mack, J. E.: Alcoholism, AA, and the governance of the self, in: *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. Edited by Bean, M. H., Zinberg, N. E. New York, Free Press, 1981, S. 128–162.

- Maher, M. S.: Group therapy for anorexia nervosa, in: *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Edited by Powers, P. S., Fernandez, R. C. Basel, Schweiz, S. Karger, 1984, S. 265–276.
- McCrary, B. S., Langenbucher, J. W.: Alcohol treatment and healthcare system reform. *Arch Gen Psychiatry* 53: 737–746, 1996.
- McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., et al.: The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 269: 1953–1959, 1993.
- Mercer, D., Woody, G. E.: Individual psychotherapy and counseling for addiction, in: *The Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G., Beck, J., Holmes, J. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- Mintz, I. L.: Self-destructive behavior in anorexia nervosa and bulimia, in: *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*. Edited by Schwartz, H. J. Madison, CT, International Universities Press, 1988, S. 127–171.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.: *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., et al.: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 47: 149–157, 1990.
- Mulder, R. T.: Alcoholism and personality. *Aust N Z J Psychiatry* 36: 44–52, 2002.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47: 383–392, 1990.
- Nathan, P. E.: The addictive personality is the behavior of the addict. *J Consult Clin Psychol* 56: 183–188, 1988.
- Nicholson, B., Treece, C.: Object relations and differential treatment response to methadone maintenance. *J Nerv Ment Dis* 169: 424–429, 1981.
- Oosterheld, J. R., McKenna, M. S., Gould, N. B.: Group psychotherapy of bulimia: a critical review. *Int J Group Psychother* 37: 163–184, 1987.
- Pages, K. P., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. P., et al.: Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 58: 510–515, 1997.
- Paton, S., Kessler, R., Kandel, D.: Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis. *J Genet Psychol* 131: 267–289, 1977.
- Patton, C. J.: Fear of abandonment and binge eating: a subliminal psychodynamic activation investigation. *J Nerv Ment Dis* 180: 484–490, 1992.
- Polivy, J.: Group psychotherapy as an adjunctive treatment for anorexia nervosa. *J Psychiatr Treat Eval* 3: 279–283, 1981.
- Powers, P. S.: Psychotherapy of anorexia nervosa, in: *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Edited by Powers, P. S., Fernandez, R. C. Basel, Schweiz, S. Karger, 1984, S. 18–47.
- Prescott, C. A., Kendler, K. S.: Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry* 156: 34–40, 1999.

- Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 58: 7–29, 1997.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, B. S., et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 265: 2511–2518, 1990.
- Reich, G., Cierpka, M.: Identity conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry* 18: 383–402, 1998.
- Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., et al.: Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 60: 1256–1264, 2003.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Kleber, H., et al.: Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 39: 161–166, 1982.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., et al.: Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 48: 43–51, 1991.
- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Alterman, A. I., et al.: Assessment of object relations and reality testing in methadone patients. *Am J Psychiatry* 153: 1189–1194, 1996.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., et al.: Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research* 8: 361–378, 1998.
- Schuckit, M. A.: Genetics and the risk for alcoholism. *JAMA* 254: 2614–2617, 1985.
- Selvini Palazzoli, M.: *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Translated by Pomerans, A. New York, Jason Aronson, 1978.
- Strober, M., Humphrey, L. L.: Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *J Consult Clin Psychol* 55: 654–659, 1987.
- Sugarman, A., Kurash, C.: The body as a transitional object in bulimia. *Int J Eat Disord* 1: 57–67, 1982.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., et al.: Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 155: 939–946, 1998.
- Sutker, P. B., Allain, A. N.: Issues in personality conceptualizations of addictive behaviors. *J Consult Clin Psychol* 56: 172–182, 1988.
- Thompson-Brenner, H., Glass, S., Westen, D.: A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 10: 269–287, 2003.
- Treece, C.: Assessment of ego functioning in studies of narcotic addiction, in: *The Broad Scope of Ego Function Assessment*. Edited by Bellak, L., Goldsmith, L. A. New York, Wiley, 1984, S. 268–290.
- Treece, D., Khantzian, E. J.: Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Psychiatr Clin North Am* 9: 399–412, 1986.

- Vaillant, G. E.: Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism, in: *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. Edited by Bean, M. H., Zinberg, N. E. New York, Free Press, 1981, S. 36–54.
- Vaillant, G. E.: *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983.
- Vaillant, G. E.: The alcohol-dependent and drug-dependent person, in: *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi, A. M Jr. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, S. 700–713.
- Vitousek, K. M., Gray, J. A.: Psychotherapy of eating disorders, in: *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G., Beck, J., Holmes, J. A. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- Westen, D., Harnden-Fischer, J.: Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry* 158: 547–562, 2001.
- Williams, G.: Reflections on some dynamics of eating disorders: „no entry“ defenses and foreign bodies. *Int J Psychoanal* 78: 927–941, 1997.
- Wilson, C. P. (Hrsg.): *Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, Jason Aronson, 1983.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., et al.: Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Arch Gen Psychiatry* 40: 639–645, 1983.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration–Penn Study. *Am J Psychiatry* 141: 1172–1177, 1984.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1081–1086, 1985.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Psychotherapy for substance abuse. *Psychiatr Clin North Am* 9: 547–562, 1986.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependents. *Am J Psychiatry* 144: 590–596, 1987.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am J Psychiatry* 152: 1302–1308, 1995.
- Woody, G. E., Gallop, R., Luborsky, L., et al.: HIV risk reduction in the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Treatment Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 33: 82–87, 2003.
- Wurmser, L.: Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Am Psychoanal Assoc* 22: 820–843, 1974.
- Wurmser, L.: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: dynamic sequences, compulsive drug use. *J Subst Abuse Treat* 4: 157–168, 1987a.
- Wurmser, L.: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, II: dynamic and therapeutic



conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users. *J Subst Abuse Treat* 4: 169–179, 1987b.

Yager, J.: The treatment of bulimia: an overview, in: *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Edited by Powers, P. S., Fernandez, R. C. Basel, Schweiz, S. Karger, 1984, S. 63–91.



---

## KAPITEL 13

---

# DEMENZ UND ANDERE KOGNITIVE STÖRUNGEN

Was die Symptomatologie und die Therapie betrifft, ist es im Prinzip falsch, zwischen sogenannten organischen und funktionellen Krankheiten zu unterscheiden. Bei beiden Erkrankungen handelt es sich um die abnormale Funktion desselben psychophysischen Apparats und die Versuche des Organismus, damit zurechtzukommen. Wenn die Störungen – ob sie nun die Folge von Schädigungen des Gehirns oder von psychologischen Konflikten sind – nicht spontan verschwinden oder durch Behandlung nicht beseitigt werden können, muss sich der Organismus neu anpassen. Unsere Aufgabe ist es, den Patienten mit physischen und psychologischen Mitteln bei dieser Anpassung zu helfen. Die Verfahrensweise und das Ziel der Therapie sind im Prinzip bei beiden Erkrankungen dieselben.

*Kurt Goldstein*

Mit dieser klassischen Warnung vor dem Dualismus zwischen Verstand und Gehirn erinnert uns Goldstein an die Interdependenz der Psychologie und der Biologie. Die herkömmliche Unterscheidung zwischen organischen und funktionellen Syndromen impliziert, dass die Psychologie für erstere und die Biologie für letztere nicht von Bedeutung ist. Da der Begriff *organisch* im Allgemeinen bedeutet, dass eine anatomische Schädigung von Nerven- und Gliastrukturen vorliegt, liegen solche Störungen für manche Psychiater außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs, und sie verweisen die betroffenen Patienten an einen Neurologen. Besonders dynamische Psychiater betrachten

Patienten mit strukturellen Hirnschädigungen gegebenenfalls als Menschen, denen die Fähigkeit zur Abstraktion in einem Maße fehlt, dass sie für psychotherapeutische Maßnahmen nicht zugänglich sind. Es ist bedauerlich, wenn sie sie auf diese Weise aufgeben, denn dynamische Kliniker können viel für in ihrer Kognition eingeschränkte Patienten tun.

Die Persönlichkeit ist das Resultat einer Reihe komplexer Funktionen, die sich in den kortikalen (und subkortikalen) Strukturen abspielen. Die psychodynamischen Faktoren von Störungen bei Hirnschädigungen lassen sich am besten darlegen, wenn man die Erkrankungen in solche, die von Geburt an bestehen, und in solche, die durch eine spätere Schädigung des Hirngewebes entstehen, unterteilt (Lewis 1986). Bei Erkrankungen, die von Geburt an bestehen, werden die psychologischen Probleme jeder Entwicklungsphase ein Leben lang von den neuroanatomischen Defiziten des Patienten bestimmt. Bei später auftretenden Erkrankungen war die Entwicklung nicht durch Dysfunktionen der Nerven belastet, und die Hauptschwierigkeit ist die Anpassung an den Verlust eines zuvor erreichten Funktionsniveaus. Ich konzentriere mich in diesem Kapitel auf kognitive Einschränkungen, bei denen dynamische Ansätze besonders von Nutzen sind.

### **Von Geburt an bestehende Erkrankungen: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung**

---

Genetisch-konstitutionelle und perinatale Hirnschädigungen spielen ein Leben lang in jeder Entwicklungsphase eine entscheidende Rolle. Ursprünglich dachte man, Kinder würden aus der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHD) „herauswachsen“, heute weiß man jedoch, dass die Erkrankung auch im Erwachsenenalter weiter bestehen kann (Bellak 1977; Biederman 1998; Biederman et al. 1993; Hartocollis 1968). Kliniker sollten deshalb hellhörig werden, wenn ein Patient laut seiner Krankengeschichte schlecht auf konventionelle psychiatrische oder psychologische Behandlungen anspricht, dauerhaft nicht in der Lage ist, die Leistungen zu erbringen, die Lehrer und Eltern von ihm erwarten, im Leben wiederholt Rückschläge hinnehmen musste, Schwierigkeiten mit der räumlichen Orientierung hat (sich zum Beispiel verläuft oder links und rechts nicht unterscheiden kann), Gefühlsausbrüche hat, unruhig ist, im Berufsleben nur schleppend vorankommt, Gedächtnisprobleme hat und eine deutliche Diskrepanz zwischen seinem Leistungs- und seinem Verbal-IQ besteht.

Patienten, die mit einer ADHD aufwachsen, haben häufig eine ganze Reihe geringfügiger Defizite, die anhand der Ich-Funktionen kategorisiert werden können (Bellak 1977). Die am häufigsten betroffenen Ich-Funktionen sind die primären autonomen Funktionen (wie Wahrnehmung, Gedächtnis und

motorische Fähigkeiten). An zweiter Stelle stehen Einschränkungen der Fähigkeit zur Kontrolle von Impulsen und Affekten, die sich in häufigen Wutausbrüchen, Tätlichkeiten und einer geringen Frustrationstoleranz manifestieren. Auch die Ich-Funktion, die an der Sperrung innerer und äußerer Impulse beteiligt ist, ist schnell überlastet. Selbst wenn die Denkprozesse dieser Menschen formal intakt sind, ist ihre Fähigkeit zu abstraktem Denken typischerweise eingeschränkt. Und schließlich haben diese Patienten, da ihre synthetisierende-integrative Funktion stark gestört ist, Schwierigkeiten, widersprüchliche Vorstellungen oder Gefühle zu einem Ganzen zusammenzufügen.

### Psychodynamische Auffassung

Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) für ADHD betreffen fast ausschließlich Verhaltensmerkmale. Die mentale Erfahrung von Menschen mit dieser Störung kommt selten zur Sprache, unter anderem deshalb, weil es relativ wenige psychoanalytische Beiträge über die ADHD und über Lernbehinderungen gibt. In jüngster Zeit haben Psychoanalytiker und psychoanalytisch orientierte Kliniker jedoch begonnen, diese Störungen aus dem Blickwinkel der Psychodynamik aufzuarbeiten (Gilmore 2000; Rothstein 1998; Rothstein und Glenn 1999).

Um Erwachsene mit angeborenen Hirnschädigungen zu verstehen, müssen Kliniker die Auswirkungen von Nervenschädigungen auf die normalen Entwicklungsaufgaben berücksichtigen. Während es heranwächst, kämpft das Kind täglich mit der zugrunde liegenden Spannung zwischen dem Druck der Triebe und Affekte und der kortikalen Kontrolle. Der Triebdruck kann nicht beherrscht werden, wenn die normale kortikale Kontrolle fehlt (Weil 1978). Ebenso sind die konfliktfreien oder autonomen Bereiche der Ich-Funktionen (wie Intellekt, Denken, Wahrnehmung, Motilität und Sprache) von den körperlichen Gegebenheiten abhängig (Hartmann 1939/1958).

Zahlreiche Verfasser haben sich mit den Auswirkungen strukturell begründeter kognitiver Defizite auf die Entwicklung des Selbst und die Verinnerlichung von Objektbeziehungen befasst (Allen et al. 1988; Buchholz 1987; Gilmore 2000; Kafka 1984; Lewis 1986; Palombo 1979; Pickar 1986; Rothstein 1998; D. N. Stern 1985; Weil 1978). Wie Daniel Stern (2004) dargelegt hat, hängt die Entwicklung des Selbst von einer intersubjektiven Matrix ab, die mit der Beziehung zwischen der Mutter oder dem Betreuer und dem Säugling beginnt. Kinder mit einer strukturell begründeten kognitiven Dysfunktion können die affektiven Signale der Mutter nicht präzise wahrnehmen oder angemessen integrieren. Wenn das Kind nicht so reagiert, wie es die Mutter erwartet, macht sie sich gegebenenfalls Sorgen und bringt dadurch Spannung in die Säugling-Mutter-Interaktionen. Eltern

erleben einen Säugling oder ein Kind, das abnormal reagiert oder einen anderen Fehler hat, möglicherweise als narzisstische Verletzung (Buchholz 1987). Die Eltern schrecken womöglich vor dem Kind zurück und vermitteln ihre Enttäuschung und ihre Sorge dann bei allen weiteren Interaktionen, was zu einer Störung des Selbstwertgefühls des Kindes führt (Abrams und Kaslow 1976), oder sie sind überengagiert und übermäßig fürsorglich. Diese Kinder bleiben auch im Laufe ihres weiteren Wachstums und ihrer weiteren Entwicklung hinter den Erwartungen der Eltern zurück, was wieder Gefühle des Versagens und der Demütigung auslöst. Sie haben eine geringere kortikale Kontrolle über ihre Impulse, was zu mehr Tadel seitens der Eltern, zu mehr Interaktionen, in denen andere ärgerlich und strafend sind, und dazu führt, dass die Eltern dem Kind, wegen ihrer übermäßigen Sorge, vermitteln, dass die Trennung von einer Elternfigur gefährlich ist (Pickar 1986; Weil 1978). Da diese Kinder die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung häufig nicht im erforderlichen Maße erfassen können, bringen sie die abweisenden Reaktionen anderer nicht mit ihrem Verhalten in Verbindung, was zu Gefühlen der Viktimisierung und der Hilflosigkeit führt (Bryan 1977).

Schädigungen der primären autonomen Ich-Funktionen der visuellen und auditiven Wahrnehmung und des Gedächtnisses eines Menschen wirken sich ungünstig auf seine Fähigkeit zur Objektkonstanz aus. Kinder mit Lernbehinderungen und ADHD sind häufig nicht in der Lage, sich selbst zu trösten, weil es ihnen nicht gelungen ist, tröstende Mutterfiguren als Bilder, die hinsichtlich der Affekte von Bedeutung sind, zu verinnerlichen und zu bewahren. Infolgedessen haben sie gegebenenfalls Schwierigkeiten, ein stabiles Selbstempfinden zu entwickeln. Ihre Unfähigkeit, soziale Signale anderer präzise wahrzunehmen, trägt häufig dazu bei, dass sie nicht zu einem den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechenden Umgang mit anderen in der Lage sind (Bryan et al. 1980).

Um ihre tiefen Gefühle der Unzulänglichkeit und der Inkompetenz zu kompensieren, bedienen sich Menschen mit einer ADHD gegebenenfalls einer defensiven Grandiosität. Kafka (1984) hat über einen solchen Patienten berichtet, der sich in Analyse begeben hatte. Er war mit einer Reihe von Lernbehinderungen und anderen kognitiven Defiziten aufgewachsen und hatte sich sein Leben lang als „Blender“ gefühlt. Um mit dem Gefühl, dass etwas Grundlegendes fehlte, fertig zu werden, nahm er eine defensive Haltung der Unabhängigkeit und Grandiosität ein. Er empfand den Umstand, dass er wegen seiner räumlichen Desorientiertheit auf andere angewiesen war, als peinlich und demütigend. Da er diese Behinderung als fehlende Männlichkeit betrachtete, war er tief beschämt darüber.

Manche Menschen können ihre neuropsychologischen Defizite kompensieren, indem sie andere Bereiche ihrer Ich-Funktionen über das übliche Maß hinaus entwickeln. Der Erfinder Thomas Edison zum Beispiel hatte Lernbehinderungen. Wenn solche Kompensationsbemühungen jedoch vergeblich sind, vermeidet es

der junge Mensch gegebenenfalls, sich mit der enormen Frustration auseinanderzusetzen, und flüchtet sich in die Jugendkriminalität (Pickar 1986). Statt sich mit der Schande und der Demütigung zu befassen, die er empfindet, weil er vergeblich versucht, den akademischen und gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen, nimmt er eine verächtliche Haltung gegenüber den Werten von Eltern, Lehrern und der Gesellschaft im Allgemeinen ein.

## Überlegungen zur Behandlung

Ein therapeutischer Nihilismus bei Patienten mit Hirnschädigungen ist nicht zu rechtfertigen. Wie Lewis (1986) festgestellt hat: „Die unbegründete Überzeugung, eine Hirnschädigung bedeute, dass der Betreffende für bedeutsame psychologische Veränderungen durch Psychotherapie nicht zugänglich ist, ist falsch und resultiert aus der falschen Annahme, eine Hirnschädigung sei etwas Monolithisches“ (S. 78). Der Therapeut kann nicht erwarten, dass die Neigung zu konkretem Denken völlig verschwindet, aber viele Patienten machen beträchtliche Fortschritte im Bereich des symbolischen oder abstrakten Denkens (Buchholz 1987). Kafka (1984) hat festgestellt, dass bei solchen Patienten selbst bei ausgesprochen expressiven Behandlungen wie der Psychoanalyse keine größeren Änderungen der Technik erforderlich sind. Er berichtete, sein Patient habe mit narzisstischer Scham auf kleinere Versprecher reagiert, weil er meinte, durch solche Missgeschicke würden seine Defizite hervorgehoben. Außerdem musste Kafka Interpretationen geduldig und taktvoll in verschiedenen Kontexten und mit verschiedenen Beispielen wiederholen.

Um die Behandlung auf Patienten mit schwereren kognitiven Defiziten abstimmen zu können, muss der Therapeut genau wissen, wie diese die Fähigkeit des Patienten, an der Psychotherapie teilzunehmen, beeinflussen. Lewis (1986) berichtete zum Beispiel von einer Patientin, die seit ihrer frühen Kindheit Gedächtnisstörungen hatte, die es ihr erschwerten, sich ein tröstendes mentales Bild ihres Therapeuten ins Gedächtnis zu rufen. Sie war nicht in der Lage, die Kontinuität zwischen ihren zweimal pro Woche stattfindenden Sitzungen aufrechtzuerhalten, weil sie sich nicht an seine Worte und sein Aussehen erinnern konnte. Daraufhin setzte er an jedem Werktag eine halbstündige Sitzung an, und durch diese Änderung konnte die Patientin den Therapieprozess besser verinnerlichen, da sie sich nun daran erinnern konnte, wie der Therapeut aussah und wie seine Stimme klang.

Das Leben dieser Patienten ist häufig durch fehlende Empathie anderer gekennzeichnet. Andere, einschließlich der Eltern, verstehen die Art oder das Ausmaß solcher kognitiven Einschränkungen nicht und erwarten immer wieder mehr, als die Patienten leisten können. Deshalb haben manche Kliniker (Buchholz 1987; Palombo 1979) einen selbstpsychologischen Ansatz empfohlen. Auf die wiederholte Erfahrung der Selbstfragmentierung und der



Entwertung durch fehlende Spiegelungsreaktionen von anderen kann eingegangen werden, wenn diese Gefühle in der Übertragung zutage treten. Der Therapeut kann das Streben des Patienten nach Bewunderung und Lob empathisch aufnehmen und erhellen, wie kognitive Einschränkungen diesem Streben entgegengewirkt haben. Dadurch dient der Therapeut als Selbstobjekt, das dem Patienten hilft, zu trauern und ein zusammenhängenderes Selbst aufzubauen, und kann ihn ermutigen, sich selbst zu verzeihen.

Es ist zwar nützlich, dass der Therapeut die Erfahrung des Patienten, dass er geschädigt ist, nachempfindet, birgt jedoch auch das Risiko, dass er intrapsychische Konflikte außer Acht lässt. Rothstein (1998) hat betont, wie wichtig die Ergründung dessen ist, wie die jeweiligen kognitiven Schwierigkeiten des Patienten mit intrapsychischen Konflikten zusammenhängen. Sie hat darauf hingewiesen, dass eine neuropsychologische Dysfunktion im Grunde nicht von inneren Konflikten und den unbewussten Fantasien über die eigene Person und andere getrennt werden kann. Gilmore (2000), die diese Sorge teilte, empfahl, dass der Therapeut die ADHD als Störung der organisierenden, der synthetischen und der integrativen Funktion des Ich betrachten solle. Aus dieser Sicht kann eine psychoanalytische Therapie für diese Patienten von großem Nutzen sein. Gilmore hat festgestellt, dass Erwachsene mit einer ADHD als Abwehrmechanismus gegen ihre Angst, die Anforderungen einer zwischenmenschlichen Situation nicht zu erkennen, gegebenenfalls stereotype Verhaltensweisen für den Umgang mit anderen entwickeln. Eine psychodynamische Therapie kann ihnen helfen, ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstvertrauen zu stärken und auf nicht vorprogrammierte und spontane Art und Weise im Umgang mit anderen flexibler zu sein. Erwachsene mit einer ADHD sind häufig von einer narzisstischen Anfälligkeit und dem Bedürfnis, die Kontrolle zu behalten, beherrscht, und eine dynamische Therapie und stimulierende Medikamente können ihr Selbstwertgefühl stärken und ihre Fähigkeit verbessern, einen Umgang mit anderen zu pflegen, indem auch Spontanität und Flexibilität Platz haben.

Wegen ihrer Unauffälligkeit und wegen der ausgeprägteren Symptome einer Persönlichkeitsstörung übersehen Diagnostiker die im Gehirn begründete Dimension häufig. Bei Klinikern, die davon ausgehen, dass alle Symptome auf die Charakterpathologie zurückzuführen sind, kann sich eine beträchtliche Gegenübertragungsfrustration einstellen, wenn ihre Patienten mit Unaufmerksamkeit, schlechtem Gedächtnis und der Unfähigkeit, über Bedeutungen nachzudenken, reagieren. Mit der wachsenden Verärgerung des Behandelnden fühlt sich der Patient immer mehr als Versager, weil er nicht adäquat auf die Behandlung reagiert, was eine Wiederholung seiner früheren Erfahrungen mit Eltern, Lehrern und Arbeitgebern darstellt.

In einer Studie über stationäre Patienten mit behandlungsresistenten Erkrankungen wurde ein psychologisches Profil von Menschen mit durch „organische“ Faktoren komplizierten schweren psychiatrischen Störungen

erstellt (Allen et al. 1988; Colson und Allen 1986). Zwei Gemeinsamkeiten dieser Patienten waren Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl und der Affektmodulation. Da diese Patienten nur selten eindeutige neurologische Störungen haben, ist die Bewertung ihrer Symptome schwierig. Das diagnostische Bild aus milden Krankheitszeichen, Borderline-Abweichungen im Elektroenzephalogramm und vereinzelt Defiziten bei neuropsychologischen Tests deuten auf eine Funktionsstörung des zentralen Nervensystems hin. Eine subkortikale Schädigung, die sich in Episoden unkontrollierten Verhaltens und Gefühlsausbrüchen manifestiert, scheint von größerer Bedeutung zu sein als eine kortikale Schädigung. Diese Patienten fühlen sich angesichts der überwältigenden Gefühlsausbrüche machtlos. Indem sie so tun, als wären diese Episoden gewollt, um andere einzuschüchtern – eine mit dem Größenwahn vergleichbare Reaktion –, versuchen sie verzweifelt, zumindest eine teilweise Kontrolle zu erlangen. Ihre Ausbrüche führen zu einer immer größeren Isolation von anderen, großer Verlegenheit und einem verminderten Selbstwertgefühl. Sie leben in Angst vor einem weiteren Kontrollverlust. Um mit dieser Bedrohung fertig zu werden, nehmen sie eine extrem defensive Haltung gegenüber jeglicher Art von Affekten ein und werden dadurch eingeschränkt und oberflächlich, ganz ähnlich wie Menschen mit Alexithymie. Um Gefühle abzuwehren, bedienen sie sich gewöhnlich der Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Verlegung.

Die hohen Erwartungen von Behandelnden und Eltern in Bezug auf akademische und berufliche Leistungen tragen dazu bei, dass ein Teufelskreis entsteht. Da die Patienten nicht in der Lage sind, solch hohen Erwartungen zu entsprechen, sinkt ihr Selbstwertgefühl auf null und ihre Frustration wächst, was ihre Anfälligkeit für Gefühlsausbrüche weiter verstärkt. Solche Episoden des Kontrollverlusts führen zu weiteren negativen Rückmeldungen von Eltern und Behandelnden und verringern ihr Selbstwertgefühl weiter. Oftmals hat schon die Feststellung eines organischen Faktors an sich eine therapeutische Wirkung, und die Betroffenen reagieren zumeist mit Erleichterung darauf. Die Diagnose führt auch dazu, dass Eltern und Kliniker geringere Erwartungen an den Patienten stellen. Dadurch wird der Teufelskreis durchbrochen, und das Selbstwertgefühl des Patienten und das Gefühl, Kontrolle zu haben, werden gestärkt, sobald die Episoden des Kontrollverlusts seltener werden und das Gefühl, ständig zu versagen, schwächer wird.

## Später auftretende Erkrankungen: Gehirnverletzungen und Demenz

---

Eine Verletzung des menschlichen Gehirns in einer späteren Entwicklungsphase wirft andere therapeutische Fragen auf. In solchen Fällen tritt eine Verschlechterung der Funktionen des Patienten im Vergleich zu seinem früheren

Zustand ein, und sowohl er als auch seine Familie muss sich an die neuen Gegebenheiten anpassen. Diese Erkrankungen bilden zwei Hauptgruppen: 1. akute Gehirnverletzungen mit einer plötzlichen Änderung der Funktionen und 2. progressive degenerative Erkrankungen mit einem allmählichen Verfall. In diesem Abschnitt werden beide Formen besprochen. Nicht behandelt werden hier das Delirium, durch Drogen oder Drogenentzug ausgelöste Zustände und andere akute Veränderungen, die sich schnell zurückbilden, nachdem eine der medizinischen Erkrankung oder dem Gift entsprechende Maßnahme eingeleitet wurde, weil psychodynamische Aspekte bei diesen weniger relevant sind.

### Psychodynamische Auffassung

Das Selbst ist, auf seiner niedrigsten Stufe, ein Produkt der Hirnfunktionen. Schädigungen des Hirngewebes können zu bedeutenden Veränderungen der Identität führen, aufgrund welcher Familie und Freunde das Gefühl haben, der Betroffene sei nicht mehr derselbe. Hirntraumata betreffen zumeist den Frontallappen und den Schläfenlappen, was dramatische Auswirkungen auf die Fähigkeit des Patienten hat, die Bedeutung von Reizen zu verstehen und sie mit den entsprechenden Gefühlen in Verbindung zu bringen (Prigatano 1989). Solche Veränderungen betreffen den Kern der Persönlichkeit.

Das Ich-Bewusstsein kann nicht einem bestimmten Bereich des Gehirns zugeordnet werden. Studien über Patienten, deren Gehirnhälften durch einen chirurgischen Eingriff getrennt wurden (Sperry et al. 1979), lassen darauf schließen, dass das Ich-Bewusstsein in beiden Gehirnhälften vorhanden ist. Es scheint ein komplexes Gebilde zu sein, zu dem verschiedene Hirnareale beitragen.

Die Patienten reagieren auf charakteristische Weise auf einen Identitätsverlust. Goldstein (1952), der als einer der Ersten die psychologischen Auswirkungen von Schädigungen des Gehirns untersuchte, berichtete von einem Angstzustand, den er *Katastrophenreaktion* nannte. Wenn Patienten mit Hirntraumata gebeten wurden, einfache Aufgaben auszuführen, die ihnen zuvor keine Schwierigkeiten bereitet hatten, wurden sie ärgerlich, aufgeregt und zeigten große Angst. Goldstein stellte fest, dass sie den Umstand, dass sie die Aufgabe nicht ausführen konnten, als Bedrohung ihrer Existenz empfanden. Als Reaktion auf diese Bedrohung schränken die Patienten ihr Leben gewöhnlich so ein, dass sie keinen unbekannten Situationen oder Aufgaben, die sie nicht erfüllen können, ausgesetzt sind. Auf diese Weise wehren sie die Katastrophenangst ab, indem sie vermeiden, dass ihnen ihre Defizite bewusst werden. Solche Patienten werden gewöhnlich extrem ordentlich, was das Ausmaß obsessiv-zwanghaften Verhaltens erreichen kann. Alles an seinem Platz aufzubewahren, gibt ihnen die Illusion der Kontrolle über ihre Umgebung. Außerdem handelt es sich dabei um die Umwandlung von Passivität in Aktivität sowie eine konkrete Lösung für ein komplexes abstraktes Problem.

Wenn Patienten mit Hirnverletzungen ihr Leben in ausreichendem Maße einschränken können, können sie bemerkenswert angstfrei wirken und so erscheinen, als seien sie sich ihrer Defizite gar nicht bewusst. Auch wenn eindeutige Anzeichen von Gedächtnisschwierigkeiten, kindisches Verhalten und Gereiztheit offensichtlich sind, leugnen sie häufig ihre Einschränkungen. In einer Studie (Oddy et al. 1985) wurde festgestellt, dass 40 % der Patienten, die 7 Jahre nach einem Hirntrauma untersucht wurden, jegliche Behinderung abstritten. Für Kliniker ist es bei solchen Patienten schwer, zwischen neurogener und psychogener Verleugnung zu unterscheiden. Lewis (1991) hat darauf hingewiesen, dass die neurogene Verleugnung, im Gegensatz zu den psychogenen Formen der Verleugnung, innerhalb von Stunden oder Tagen nach der Verletzung remittiert, nicht als isoliertes Symptom, sondern in Form umfassender Defizite auftritt und bei den Betroffenen keine Angst oder Nervosität auslöst.

Der für demenzielle Syndrome typische schrittweise Verlust der Funktionen stellt sich gewöhnlich etwas anders dar. Menschen, die an Demenz leiden, wissen bis zu einem relativ fortgeschrittenen Stadium der Krankheit, wer sie sind. Sie sind möglicherweise in der Lage, ihrer gewohnten Arbeit und ihren üblichen gesellschaftlichen Aktivitäten auf akzeptable Weise nachzugehen. Bei etwa zwei Dritteln aller Fälle von Demenz handelt es sich um die Alzheimer-Krankheit, und der Verfall dauert in diesen Fällen durchschnittlich 10 Jahre (Small et al. 1997). Während dieser Periode des Verfalls, die auch 20 Jahre dauern kann, können zusätzlich zum kognitiven Verfall eine Reihe von Stimmungs- und Persönlichkeitsstörungen auftreten. Mit dem Fortschreiten der Krankheit ist zu erwarten, dass der Patient zunehmend Schwierigkeiten mit dem Rechnen, mit der Ausführung komplexer Aufgaben und dem flüssigen Sprechen hat. In diesem Stadium, in dem die Patienten merken, dass sie Aufgaben, die sie zuvor ausführen konnten, nicht mehr bewältigen können, können Katastrophenreaktionen auftreten, die denen bei Patienten mit einem Hirntrauma ähnlich sind. Ebenso kann es im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit zu Wutausbrüchen und sogar zu Aggressionen kommen.

Aus psychodynamischer Sicht kann der mit einer progredienten Demenz einhergehende Verlust mentaler Fähigkeiten als regressiver Prozess des Ich betrachtet werden, bei dem reifere Abwehrmechanismen durch primitivere abgelöst werden (Weiner 1991). Aspekte der Persönlichkeit, die durch einen biologisch intakten Kortex bis dahin zum Teil unterdrückt wurden, treten mit der Auflösung der defensiven Schichten nach und nach zutage. Abwehrmechanismen der höheren Ebenen wie Altruismus werden beispielsweise durch Ichbezogenheit ersetzt. Verleugnung und Projektion sind die wohl häufigsten primitiven Abwehrmechanismen bei Patienten mit Demenz. Bei Gedächtnisausfällen geben Demenzpatienten anderen die Schuld, statt ihren Irrtum einzugestehen.

Bei vielen alternden Patienten mit einer Demenz des Alzheimer-Typs besteht die Tragik der Krankheit darin, dass das Ich-Bewusstsein erhalten bleibt,

während eine Reihe mentaler Fähigkeiten dahinschwindet. Da das Kurzzeitgedächtnis der Krankheit gewöhnlich vor dem Langzeitgedächtnis zum Opfer fällt, können sich viele Patienten klar daran erinnern, wie sie waren, sodass ihr aktueller dysfunktionaler Zustand sie umso mehr belastet. Die Kontinuität des Selbst basiert zum großen Teil auf dem Erinnerungsvermögen. Wenn Langzeiterinnerungen mit dem Fortschreiten der Krankheit zu verblassen beginnen, verschwindet zusammen mit den Erinnerungen auch die Identität des Patienten. Schließlich erkennt der Patient Menschen, die er liebt, und Familienmitglieder nicht mehr und kann sich nicht mehr an wichtige Lebensereignisse erinnern.

Dem Demenzprozess können auch innere Objekte – insbesondere tröstende Introjekte – zum Opfer fallen. Erinnerungen betreffen andere ebenso wie einen selbst. Der folgende Fall zeigt, wie der Gedächtnisverlust sowohl mit dem Verlust eines tröstenden Introjekts als auch mit der Wiederkehr von Ängsten aus einem frühen Lebensabschnitt einhergehen kann.

Herr X war 75 Jahre alt und erschien in der psychiatrischen Sprechstunde, weil er wegen seiner durch die Alzheimer-Krankheit verursachten Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Kognition das Gefühl hatte, er „verliere den Verstand“. Drei Jahre bevor er einen Psychiater aufsuchte, hatte ihm sein Internist gesagt, er solle seine Teilzeitbeschäftigung aufgeben, da er Probleme mit der Kognition habe. Nach diesem Gespräch hatte Herr X zunehmende Schwierigkeiten hinsichtlich des Gedächtnisses, der Abstraktion, beim Rechnen und mit dem sprachlichen Ausdruck bemerkt, die ihn in seinen täglichen Aktivitäten einschränkten. Außerdem hatte er große Angst, wenn er abends ins Bett ging.

Auf die Frage nach früheren Episoden der Angst erzählte er aus seiner frühen Kindheit. Im Alter von 2  $\frac{3}{4}$  Jahren hatte man ihn nach dem Tod seiner Eltern bei seiner Großmutter untergebracht. Zu der ersten Angstattacke, an die er sich erinnerte, kam es kurz danach. Herr X erinnerte sich, dass er dem Atem seiner Großmutter im Nebenzimmer gelauscht hatte. Er hörte, wie sie zu atmen aufhörte, und empfand Panik; daraufhin rollte er sich wie ein Fötus zusammen, wiegte sich und rief ihren Namen. Er befürchtete, seine Großmutter würde sterben, so wie seine Eltern gestorben waren. Danach empfand Herr X Angst, als er seine Großmutter verlassen und in den Kindergarten gehen musste. Während seiner ganzen Kindheit und Jugend hatte er angesichts jeder Form der Trennung, bei jedem Umzug und bei jedem Rollenwechsel an Panik grenzende Angst erlebt.

Herr X hatte in seinem ganzen Erwachsenenleben Verbindungen zu fürsorglichen Figuren in seiner Umgebung unterhalten, um jegliche Trennungsangst oder Panik abzuwehren. So hatte er beispielsweise eine 20 Jahre jüngere Frau geheiratet, um sicherzustellen, dass sie ihn nicht durch ihren Tod verlassen und alleine und einsam zurücklassen würde. Bis zum Alter von 72, als sein Internist ihm mitteilte, dass er an der Alzheimer-Krankheit litt, war er überwiegend frei von Angstsymptomen. Der Prozess der Demenz störte ein Gleichgewicht, das er schon früh durch beträchtliche Anstrengungen erreicht hatte. Sein Gefühl, er

„verliere den Verstand“, hing damit zusammen, dass er die tröstende innere Anwesenheit seiner Großmutter verlor. Wenn er nachts im Bett lag, erlebte er wegen seines versagenden Gedächtnisses wieder die Furcht vor dem Verlassenwerden. Das führte dazu, dass er immer abhängiger von seiner Frau wurde und sich immer stärker an sie klammerte.

## Überlegungen zur Behandlung

Die Behandlung muss auf der Grundlage einer sorgfältigen Beurteilung mehrerer Faktoren erfolgen (Lewis 1986; Prigatano und Klonoff 1988): 1. der genauen Art und Weise, in der sich das Hirntrauma auf die sensorischen, die motorischen und die kognitiven Bereiche ausgewirkt hat; 2. der psychologischen Reaktion des Patienten auf organische Defizite; 3. der Auswirkungen sowohl des Hirntraumas als auch der Reaktion des Patienten auf seine psychologische und soziale Anpassung; 4. dessen, wie die prämorbid Persönlichkeitsstruktur des Patienten zum klinischen Erscheinungsbild beiträgt; und 5. der Unterscheidung zwischen Symptomen, die unmittelbare Folgen des Hirntraumas sind, und solchen, die mit zuvor abgewehrten Konflikten oder Ich-Defiziten zusammenhängen und nun infolge des Traumas zutage treten. Eine solche Beurteilung erfordert eine detaillierte Anamnese mithilfe eines Familienmitglieds oder eines anderen Menschen, der für den Patienten wichtig ist.

Teil der Beurteilung solcher Patienten sollte auch die Feststellung dessen sein, inwieweit sie sich für eine expressiv-supportive Therapie eignen. Lewis und Rosenberg (1990) haben fünf Indikatoren für die Auswahl derjenigen Patienten mit neurologischen Defiziten ausgemacht, die von einer dynamischen Therapie profitieren können: 1. persönliche Motivation, eine Psychotherapie zu beginnen und auch fortzusetzen; 2. mindestens eine bedeutsame zwischenmenschliche Beziehung in der Vorgeschichte; 3. ein gewisser Erfolg und ein gewisses Können in einem Lebensbereich; 4. das Fehlen schwerwiegender sprachlicher Probleme im expressiven und im rezeptiven Bereich und 5. das Fehlen von Symptomen des Frontallappens wie Anosognosie, schwere Apathie oder ausgeprägte Impulsivität, die eine Psychotherapie unmöglich machen würden. Ein anderer Faktor, der hinsichtlich einer Eignung für eine Psychotherapie entscheidend sein kann, ist die finanzielle Situation nach dem Hirntrauma. Wenn die Unfallversicherung einem Patienten eine beträchtliche Summe für seine Verletzung zahlt, kann die Psychotherapie unwirksam sein. Wenn es für Patienten finanzielle Vorteile bringt, behindert zu bleiben, verschlechtert sich ihr Zustand häufig, und sie sind gegebenenfalls nicht motiviert, durch Psychotherapie eine Besserung zu erlangen (Prigatano und Klonoff 1988).

Mehrere Verfasser haben festgestellt, dass eine Psychotherapie für Patienten mit einem Hirntrauma wertvoll ist (Ball 1988; Lewis 1986; Lewis und Langer 1994; Lewis und Rosenberg 1990; Morris und Bleiberg 1986; Prigatano

und Klonoff 1988; J. M. Stern 1985). Eines der Hauptziele einer Psychotherapie bei solchen Patienten besteht darin, ihnen zu helfen, das Ausmaß ihrer Defizite und die Einschränkungen bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit zu akzeptieren. Um dies zu erreichen, muss der Therapeut sensibel mit der narzisstischen Verletzung umgehen, die der Patient erleidet, wenn er irreparable Schädigungen seiner Fertigkeiten, seiner intellektuellen Fähigkeiten und der Substanz seiner Persönlichkeit akzeptieren muss. Es ist entscheidend, dass der Therapeut respektiert und nachempfindet, dass der Patient diese verleugnet (Lewis 1991). Die direkte Konfrontation mit der Verleugnung bringt wahrscheinlich gar nichts und kann sogar jegliche Hoffnung auf den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses zunichtemachen. Um eine Selbstakzeptanz zu erreichen, muss der Therapeut den Patienten schrittweise auf seine Defizite hinweisen, und zwar so, dass dieser sie über längere Zeit von Woche zu Woche betrauern kann. Selbst Patienten mit einem Hirntrauma können in der Lage sein, Symbole im Interesse einer Besserung metaphorisch einzusetzen. Die Symbolisierung kann beim Trauerprozess hilfreich sein (Lewis und Langer 1994). Eine Psychoedukation zu Beginn der Therapie, bei der der Therapeut dem Patienten seine Defizite und ihre Auswirkungen in kleinen Schritten erklärt, die dieser verarbeiten kann, kann von Nutzen sein (Prigatano und Klonoff 1988). Zeichnungen und Diagramme können Patienten mit solchen Einschränkungen helfen, sich bildlich vorzustellen, was der Therapeut sagt. Während der Patient den Verlust seiner früheren Identität und seines früheren Funktionsniveaus betrauert, zeigt er wahrscheinlich Wut gegenüber sich selbst und anderen, die mit dem Unfall zu tun haben. Der Therapeut kann dem Patienten helfen, sich und anderen zu vergeben, damit er sein Leben weiterleben kann.

Ein dynamischer Therapeut, der einen Patienten mit einem Hirntrauma behandelt, muss den zeitlichen Verlauf der Besserung kennen und wissen, wie er sich auf den Therapieprozess auswirkt. Man kann drei allgemeine Phasen unterscheiden (J. M. Stern 1985). In der ersten Phase ist der Patient nicht in der Lage, das Geschehene zu verarbeiten. Die üblichen Ich-Abwehrmechanismen sind überfordert, und der Therapeut muss die Rolle eines beständigen unterstützenden Hilfs-Ich übernehmen, das die Funktionen übernimmt, die dem Patienten fehlen, und ihm erklären, was er durchmacht. In der zweiten Phase versteht der Patient langsam, was mit ihm geschehen ist, und hat häufig das Gefühl, er sei das Opfer einer bedrohlichen und bösartigen Welt geworden. Alles „Böse“ wird abgespalten und auf andere, so auch auf den Therapeuten, projiziert. In dieser Phase muss der Therapeut die destruktiven Impulse und die bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen, die der Patient auf ihn projiziert, aufnehmen und dabei für den Patienten weiterhin als beobachtendes Ich agieren. Eines der Hauptziele hinsichtlich der Erholung eines Patienten mit einem Hirntrauma besteht darin, dass er Vertrauen gegenüber anderen entwickelt, und ein vertrauensvolles Bündnis mit dem Therapeuten kann der



erste Schritt in diese Richtung sein. Der Therapeut kann das Vertrauen fördern, indem er dem Patienten die Bedeutung dessen erklärt, was er erlebt, und den Unterschied zwischen dem, was im Inneren des Patienten vorgeht, und der äußeren Wirklichkeit herausstellt. Mit der Verbesserung der kognitiven Funktionen tritt der Patient in die dritte Phase ein, in der intrapsychische Konflikte in den Vordergrund treten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in dieser Phase darin, dem Patienten zu helfen, eine neue Identität zu finden, indem er frühere Erfahrungen und Selbstrepräsentanzen mit seiner aktuellen Selbsterfahrung verbindet. Der Therapeut kann die Idealisierung der Vergangenheit durch den Patienten infrage stellen, um ihm die Integration von Vergangenheit und Gegenwart zu erleichtern. Zentrale Themen dieser Phase sind Trauer und Verlust.

Bei der Psychotherapie und der Rehabilitation von Patienten mit einem Hirntrauma treten fast ausnahmslos Probleme mit dem Selbstwertgefühl und der Affektmodulation auf. Diese bestehen jedoch auch bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Der Psychotherapeut darf sich nicht dazu verleiten lassen, alle psychologischen Symptome unmittelbar auf das Hirntrauma zurückzuführen. Narzisstische, dissoziale und Borderline-Patienten begeben sich häufig in Situationen, in denen ein Verletzungsrisiko besteht, und diese Charaktereigenschaften müssen gegebenenfalls in der Psychotherapie angesprochen werden. Außerdem werden Charakterzüge durch ein Hirntrauma häufig verstärkt, sodass die Patienten „noch stärker so werden, wie sie schon waren“. Um den durch die Zerstörung von Hirngewebe verursachten Verlust der Kontrolle zu bewältigen, wird ein obsessiv-zwanghafter Patient möglicherweise noch stärker obsessiv-zwanghaft. Bei hysterischen oder histrionischen Patienten können sich nach einem Hirntrauma eine diffuse Kognition und eine affektive Labilität einstellen. Der Psychotherapeut darf nicht auf eine Behandlung der Persönlichkeitsstörungen verzichten, nur weil der Patient ein Hirntrauma erlitten hat.

Viele Kliniker sind hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit Hirnverletzungen vorsichtig optimistisch. Bei fortschreitender Demenz hingegen sind sie ausgesprochen pessimistisch. Wenn behandelbare Ursachen der Demenz (z. B. Depression, Hypothyreose, Vitaminmangel, Porphyrie, Neoplasma und Enzephalitiden) ausgeschlossen wurden, stellen manche Therapeuten widerstrebend die Diagnose Alzheimer-Krankheit und verzichten auf therapeutische Maßnahmen. Dieser bedauerliche Rückzug resultiert aus der Auffassung, die Alzheimer-Krankheit sei unheilbar. Aus psychodynamischer Sicht gibt es jedoch keine unheilbare Demenz. Man kann sehr viel tun, um diesen Patienten und ihren Familien zu helfen, im Alltag mit der Alzheimer-Krankheit zurechtzukommen.

Ein Einzel- oder Familientherapeut muss sich des Risikos der Depression in der frühen Phase der Alzheimer-Krankheit bewusst sein. Zabenko et al. (2003) haben bei Patienten, die keine prämorbid depressiven Episoden hatten, eine

große Häufigkeit der klassischen Depression bei oder nach dem Ausbruch der Krankheit festgestellt. Die Ergebnisse ihrer Forschungen an verschiedenen Orten zeigten eine Prävalenz zwischen 22,5 % und 54,4 %. Sie kamen zu dem Schluss, dass diese klassische Depression wohl eine der häufigsten affektiven Störungen bei älteren Erwachsenen ist. Ein psychodynamischer Therapeut kann dem Patienten auch helfen, mit der Angst vor dem drohenden Verlust des Selbst fertig zu werden, die an Existenzangst grenzen kann (Garner 2003). Da das Gedächtnis entscheidend für das Gefühl der Kontinuität des Selbst ist, kann es hilfreich sein, wenn der Psychotherapeut den Patienten auffordert, einzelne Episoden aus seinem Leben wieder und wieder zu erzählen. Mit dem Fortschreiten der Krankheit kann der Therapeut dann die Funktion eines Hilfs-Ich übernehmen, indem er dem Patienten hilft, wichtige Erinnerungen aufzurufen und sich an seine Lebensgeschichte zu erinnern (Hausman 1992). Dies hilft dem Patienten auch, sich weniger isoliert zu fühlen. Ältere Patienten haben oft Angst, dass ihr Leben unbeachtet bleibt. Wenn der Therapeut sich ihre Lebensgeschichte anhört und so die Funktion eines Zeugen erfüllt, kann dies für den Patienten von außerordentlich großem therapeutischem Wert sein (Gabbard 2004; Poland 2000). Manche Patienten finden dadurch wieder einen Sinn im Leben und haben das Gefühl, nicht umsonst gelebt zu haben. Butler (1963) bezeichnete dieses therapeutische Modell als „Lebensüberblick“, und in manchen Fällen können dadurch Erinnerungen sowohl an Freude und Sinn als auch an Traurigkeit und Verlust wachgerufen werden. Solche Erinnerungen können ihnen helfen, das Gefühl des Verlusts, mit dem sie konfrontiert werden, durcharbeiten. Patienten in einem frühen Stadium der Demenz befürchten nicht nur den Verlust des Selbstempfindens, sondern auch den Verlust der Verbindung zu anderen. Diese Befürchtung kann den Verlust der physischen Gegenwart anderer betreffen, aber auch den Verlust der Fähigkeit, die mentalen Repräsentanzen anderer zu bewahren.

Herr Y war ein 81-jähriger verheirateter Mann im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit. Er hatte erste Schwierigkeiten, sich an seine 49-jährige Tochter und ihre Kinder zu erinnern. Obwohl sie ihn jede Woche besuchte und unterstützend und liebevoll mit ihm umging, hatte er zwischen den Besuchen Schwierigkeiten, sich daran zu erinnern, wie sie aussah. Eines Morgens kam er zur Sitzung in die Praxis seines Therapeuten und sagte, er habe unmittelbar vor der Therapie einen Traum gehabt, der ihm nicht mehr aus dem Kopf gehe. Als der Therapeut ihn bat, ihm die Einzelheiten des Traums zu erzählen, sagte Herr Y, er habe seine Tochter und ihre beiden Kinder auf der Straße getroffen, ihre Gesichter jedoch nicht richtig sehen können. Er sagte, so sehr er sich auch bemüht habe, er habe ihre Gesichtszüge nicht ausmachen können, sie schienen dahinzuschwinden, sodass er sie nicht habe erkennen können. Als er erwacht sei, habe er sich ein Foto von seiner Tochter und seinen Enkeln angesehen, das auf seinem Nachttisch stand. Der Therapeut fragte Herrn Y, ob er befürchte, ihr Bild nicht im Kopf behalten zu

können. Herr Y erwiderte unter Tränen: „Ich befürchte, dass ich mich nicht erinnern werde, wie sie aussehen, wenn sie mich besuchen kommen, und dass ich nicht wissen werde, wer sie sind.“

Herrn Ys Angst zeigt, dass der Verlust der inneren Repräsentanzen anderer ebenso bedrohlich sein kann wie der Verlust unterstützender Betreuer im unmittelbaren Umfeld. Bei Patienten im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit sind besondere Änderungen der Therapie oft hilfreich. Kürzere, aber häufigere Sitzungen können von Nutzen sein (Garner 2003), ebenso die Verwendung von Fotos als Gedächtnisstützen bei Lebensüberblickstechniken. Der Weg zur Praxis und wieder zurück kann für den Patienten so schwierig werden, dass der Therapeut ihn im Seniorenheim oder zu Hause aufsuchen muss.

Bei der Behandlung dieser Patienten können Konsultation und Supervision erforderlich sein. Viele Therapeuten fühlen sich durch die Verschlechterung des Zustands und den bevorstehenden Tod ihrer Patienten überfordert. Sie fühlen sich hilflos und machtlos (Garner 2003), und gelegentlich fällt es ihnen schwer, die affektive Labilität der Patienten zu ertragen. Manche Patienten sind scheinbar untröstlich und weinen während der gesamten Sitzung. Am beunruhigendsten ist, dass der Therapeut Aggressionen entwickeln kann, weil er sich darüber ärgert, dass er keine Fortschritte macht und wegen der Vergesslichkeit der Patienten alles unzählige Male wiederholen muss. Wegen seines Ärgers macht er sich gegebenenfalls große Vorwürfe und hat Schuldgefühle, weil es ihm nicht gelingt, ein unterstützender und fürsorglicher Therapeut zu sein.

Manche Patienten setzen im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit die Verleugnung ein, um zu verhindern, dass ihnen das volle Ausmaß der Krankheit bewusst wird. Kliniker, die solche Patienten behandeln, müssen ihr Bedürfnis nach Verleugnung respektieren, ihnen aber gleichzeitig auch helfen, ihre beruflichen und familiären Angelegenheiten abzuschließen, bevor es zu spät ist (Martin 1989). Deshalb hat jeder Therapeut die Aufgabe, sich um praktische und rechtliche Angelegenheiten in der Realität zu kümmern, während er versucht, das Leiden des Patienten zu lindern.

Alzheimer-Patienten und ihre Familien sind häufig der Meinung, eine Psychotherapie sei nicht von Nutzen. Gegebenenfalls muss der Kliniker die Psychotherapie anregen, statt auf eine Anfrage seitens des Patienten zu warten. Die Geschichten, die diese Patienten erzählen, können reich an metaphorischen Anspielungen sein, die in der Therapie verwendet werden können (Cheston 1998). Ein entscheidender Aspekt psychodynamischer Ansätze bei Demenzpatienten ist, zu erkennen, dass sie nach schweren kognitiven Einbußen noch lange emotional zugänglich sind. Nach dem Erdbeben in Kobe im Jahr 1995 wurden 51 Menschen, die wahrscheinlich an der Alzheimer-Krankheit litten, untersucht (Ikeda et al. 1998). Ihre Erinnerungen an das Erdbeben, die 6 und 10 Wochen nach dem Ereignis festgehalten wurden,

wurden mit denen an eine Kernspintomografie verglichen, die unmittelbar nach dem Erdbeben durchgeführt worden war. Während sich nur 31 % der Probanden an die Tomografie erinnerten, hatten ganze 86 % Erinnerungen an das Erdbeben, unter ihnen auch Patienten mit schwerer Demenz. Diese Ergebnisse zeigen unter anderem, dass Demenzpatienten über Ereignisse, die für sie von emotionaler Bedeutung sind, zugänglich sind. In einem Vorwort zu dieser wichtigen Studie betonten Williams und Garner (1998), dass „diese Menschen Inseln der Erinnerung haben, die, wenn man sie entdeckt und nutzt, aktivierend wirken und weitere Erinnerungen freisetzen können“ (S. 379). Die Verfasser plädierten auch für den Einsatz einer sinnvollen Stimulierung im Alltag von Demenzpatienten, um den Verlust der Erinnerungen zu verlangsamen und eine affektive Beziehung zu den Behandelnden aufrechtzuerhalten.

Ein anderer wichtiger Grundsatz der psychodynamisch orientierten Behandlung ist, alles Erdenkliche zu tun, um das Selbstwertgefühl des Patienten, dessen Kognition nachlässt, zu erhalten und adaptive Abwehrmechanismen zu stärken.

Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht einige nützliche Behandlungsprinzipien:

Herr Z war ein 59-jähriger protestantischer Pfarrer, dessen mentale Funktionen sich seit 4 Jahren verschlechterten. Mitgliedern seiner Gemeinde war aufgefallen, dass er apathisch war und seine administrativen Aufgaben nachlässig erledigte. Die Gemeindebriefe waren schlecht gegliedert, und er schien seine Pflichten gegenüber verschiedenen Gemeindemitgliedern weniger gewissenhaft zu erfüllen. Herrn Zs Frau fiel auf, dass er einfachen Bitten oft nicht nachkam. Sie wurde dann böse, weil er „selektiv höre“, wenn er ihr sagte, er habe vergessen, was sie gesagt habe.

Frau Z. veranlasste eine psychiatrische Beurteilung und beklagte, er sei „einfach nicht mehr derselbe“. Herr Z gab zu, das Gefühl zu haben, dass etwas mit ihm geschehe, konnte jedoch keine näheren Angaben machen, außer dass er sich nicht mehr so gut erinnere wie zuvor. Frau Z. beklagte, ihre eheliche Beziehung verschlechtere sich, da sich ihr Mann nicht mehr so um sie kümmere wie bis dahin. Herr Z berichtete, die Rückmeldungen von Mitgliedern seiner Gemeinde haben ihn verletzt, und er beginne, sich als Versager zu fühlen.

Die Untersuchung seines mentalen Status ergab, dass er Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis und dem Rechnen sowie geringfügige Schwierigkeiten mit der zeitlichen Orientierung hatte. Herr Z zeigte außerdem Anzeichen mentaler Unbeweglichkeit, da er nur in der Lage war, von einem Thema zum nächsten oder von einer Aufgabe zur nächsten zu wechseln, wenn man ihm reichlich Zeit dafür ließ. Durch umfassende diagnostische Maßnahmen wurde eine durch Trauma, eine Infektion, Neoplasma und einen Normaldruckhydrozephalus oder autoimmune, metabolische, hämatologische, vaskuläre und toxische Faktoren verursachte Demenz ausgeschlossen. Ebenfalls negativ waren

die Ergebnisse der Computertomografie, des Schädelröntgens und des Elektroenzephalogramms. Neuropsychologische Tests waren aufschlussreicher und ergaben folgende Resultate: 1. leichte bis mittlere Defizite der Handfertigkeit, 2. leichte bis mittlere Defizite der Wahrnehmung, 3. leichte bis mittlere Defizite des Kurzzeitgedächtnisses, 4. eine für progressive neurologische Erkrankungen typische diffuse organische Dysfunktion und 5. eine Verringerung der Aufmerksamkeitsspanne.

Nachdem eine Demenz mit ungeklärter Ursache diagnostiziert worden war (Alzheimer-Krankheit bei einem 59-Jährigen ist ungewöhnlich, aber nicht ausgeschlossen), wurde diese dem Patienten und seiner Frau erklärt. Als Frau Z. akzeptiert hatte, dass ihr Mann eine strukturelle Hirnschädigung hat, konnte sie ihre Erwartungen hinsichtlich seiner Reaktionen auf sie zurückschrauben. Statt zu erwarten, dass er jedes Mal auf ihre verbalen Äußerungen reagierte, wie er es zuvor getan hatte, versuchte sie, andere Arten der Kontaktaufnahme mit ihm zu finden. Auf den Rat des Psychiaters verlangsamte sie ihr Sprechtempo und wiederholte Äußerungen, die ihr Mann nicht zu registrieren schien. Sie versuchte auch, Äußerungen, die Herr Z nicht zu verstehen schien, umzuformulieren. Vor allem aber wurde sie nicht so schnell böse auf ihn, was dazu führte, dass ihre Interaktionen positiver verliefen und Herrn Zs Selbstwertgefühl dementsprechend gestärkt wurde.

Herr Z war stets ein ordentlicher und anspruchsvoller Mensch mit deutlichen obsessiv-zwanghaften Charakterzügen gewesen. Um mit dem Gefühl der Verschlechterung seiner intellektuellen und administrativen Fähigkeiten fertig zu werden, hatte er angefangen, täglich 2 bis 3 Stunden in der Bibel zu lesen, um einerseits ein göttliches Eingreifen zu befördern und andererseits die Informationen zu beherrschen, die er seiner Gemeinde vermitteln wollte. Der Psychiater, der die Beurteilung durchführte, half Herrn Z, seine obsessiv-zwanghaften Charakterzüge besser zu nutzen. Daraufhin setzte sich Herr Z jeden Morgen mit seiner Frau hin und schrieb sich auf, was er an dem Tag vom Aufstehen bis zum Schlafengehen zu tun hatte. Außerdem trug er immer ein Notizbuch bei sich, damit er sich aufschreiben konnte, was andere Menschen ihm sagten, und er sich erinnern konnte, was er zu tun hatte.

Herrn Zs Selbstwertgefühl war von seiner Rolle als Pfarrer abhängig gewesen, und seine Unfähigkeit, diesen Beruf weiter auszuüben, hatte eine tiefe narzisstische Verletzung für ihn bedeutet. Anfangs protestierte er, als der Psychiater ihm riet, seine Aufgaben zu reduzieren. Mit Herrn Zs Zustimmung wurde jedoch sein Stellvertreter als Verbündeter hinzugezogen, um Wege zu finden, wie Herr Z der Kirche auch weiterhin dienen konnte, ohne in Situationen zu geraten, in denen er vor Aufgaben stand, die er nicht erfüllen konnte. So fing der Stellvertreter beispielsweise an, den wöchentlichen Gemeindebrief zusammenzustellen und abzutippen, während Herr Z den Drucker bediente, um die für den Sonntagsgottesdienst benötigte Anzahl von Exemplaren auszudrucken. Dadurch fühlte sich Herr Z auch weiterhin produktiv, was ihm half, ein gewisses Selbstwertgefühl zu bewahren. Indem er Aufgaben mied, die seine Fähigkeiten überschritten, vermied er auch wiederholte narzisstische Verletzungen.

Der Fall von Herrn Z veranschaulicht mehrere nützliche Grundsätze der dynamisch orientierten Handhabung der Demenz: 1. Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl müssen berücksichtigt werden; 2. charakteristische Abwehrmechanismen müssen beurteilt werden, und dem Patienten muss geholfen werden, sie konstruktiv einzusetzen; 3. es müssen Wege gefunden werden, defizitäre Ich-Funktionen und kognitive Einschränkungen zu ersetzen, wie zum Beispiel durch Führen eines Kalenders bei Orientierungsproblemen, das Anfertigen von Notizen bei Gedächtnisproblemen und das Aufstellen von Zeitplänen bei Schwierigkeiten mit sekundären autonomen Funktionen; und 4. Familienmitgliedern muss geholfen werden, neue Arten der Bezogenheit zu entwickeln, die das Selbstwertgefühl des Patienten durch die Vermeidung negativer Interaktionen stärken.

Am Ende stehen die Familienmitglieder des Patienten im Mittelpunkt der Maßnahmen, wenn sie angesichts des unaufhaltsamen Verfalls des Patienten mit Wut, Schuldgefühlen, Trauer und Erschöpfung zu kämpfen haben. Für manche Fachleute ist sogar die Familientherapie die erste Wahl bei Alzheimer-Demenz (Lansky 1984). Familienmitglieder geben häufig sich selbst und anderen die Schuld. Auch die Änderung der Rollenverteilung in der Familie kann Maßnahmen erfordern. Kliniker können Familien mit praktischen Ratschlägen in Angelegenheiten wie der Verwendung von gedämpftem Licht, dem Einsatz von Musik, um das Umfeld abwechslungsreicher zu gestalten, der Erteilung von Anweisungen in einer Form, die der Patient versteht, und anderen psychoedukationalen Bemühungen helfen. Einfache Maßnahmen wie das Abdecken der Türklinke können verhindern, dass der Patient das Gefühl hat, die Tür öffnen und seine Wohnung verlassen zu müssen. Die Familienmitglieder können auch auf Ressourcen hingewiesen werden, wie sie die American Academy of Neurology entwickelt hat (Doody et al. 2001), und an örtliche Alzheimer-Selbsthilfegruppen verwiesen werden. In einer randomisierten Kontrollstudie mit 406 Ehepartnern, die einen Patienten mit der Alzheimer-Krankheit zu Hause betreuten (Mittelman et al. 2004), hatten Betreuer, die sechs Sitzungen Einzel- und Familienberatung absolviert hatten und sich Selbsthilfegruppen angeschlossen hatten, nach der Maßnahme deutlich weniger depressive Symptome als die Kontrollpersonen. Diese Wirkung war auch nach 3,1 Jahren sowie nach der Unterbringung des Patienten in einem Pflegeheim oder seinem Tod noch vorhanden.

Kliniker können Betreuern auch helfen, indem sie ihnen sagen, was sie nicht tun sollen. Wenn beispielsweise ein Alzheimer-Patient einen Betreuer beschuldigt, etwas gestohlen zu haben, das er nicht finden kann, bringt es wenig, diese Überzeugung des Patienten infrage zu stellen (Weiner und Teri 2003). Stattdessen sollte der Betreuer dem Patienten einfach helfen, nach der vermissten Sache zu suchen. Wenn ein Reiz in seinem Umfeld den Patienten ärgerlich oder nervös macht, sollte der Betreuer diesen lieber entfernen, als mit dem Patienten zu argumentieren. Generell ist der Verzicht auf Konfrontation

die beste Strategie. Außerdem sollte Betreuern geholfen werden, nach einem festen Tagesablauf vorzugehen, der konsequent eingehalten wird, auch wenn dies erhebliche Anstrengungen erfordert. Wenn der Patient zum Beispiel weiß, dass er zu einer bestimmten Zeit aufsteht, seine Mahlzeiten zu festen Zeiten einnimmt und nach den Mahlzeiten spazieren geht, bewegt er sich in einem berechenbaren Umfeld. Das kann seine durch Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit ausgelöste Angst erheblich verringern.

Die letzte Aufgabe besteht natürlich darin, den Tod zu akzeptieren. Kliniker, die dies zusammen mit den betroffenen Familien durchmachen, empfinden den Behandlungsprozess häufig als große Herausforderung, können jedoch stolz darauf sein, allen Beteiligten sehr geholfen zu haben.

## Literaturhinweise

---

- Abrams, J. C., Kaslow, F. W.: Learning disability and family dynamics: a mutual interaction. *J Clin Child Psychol* 5: 35–40, 1976.
- Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L.: Organic brain dysfunction and behavioral dyscontrol in difficult-to-treat psychiatric hospital patients. *Integr Psychiatry* 6: 120–130, 1988.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Ball, J. D.: Psychotherapy with head-injured patients. *Med Psychother* 1: 15–22, 1988.
- Bellak, L.: Psychiatric states in adults with minimal brain dysfunction. *Psychiatr Ann* 7: 575–589, 1977.
- Biederman, J.: Attention-deficit / hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl. 7): 4–16, 1998.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spence, T., et al.: Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1792–1798, 1993.
- Bryan, J. H., Sherman, R. E., Fisher, A.: Learning disabled boys' nonverbal behaviors within a dyadic interview. *Learning Disability Quarterly* 3: 65–72, 1980.
- Bryan, T.: Learning disabled children's comprehension of nonverbal communication. *J Learn Disabil* 10: 501–506, 1977.
- Buchholz, E. S.: The legacy from childhood: considerations for treatment of the adult with learning disabilities. *Psychoanalytic Inquiry* 7: 431–452, 1987.
- Butler, R. N.: The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Journal of Psychiatry* 26: 65–76, 1963.



- Cheston, R.: Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature. *Br J Med Psychol* 71: 211–231, 1998.
- Colson, D. B., Allen, J. G.: Organic brain dysfunction in difficult-to-treat psychiatric hospital patients. *Bull Menninger Clin* 50: 88–98, 1986.
- Doody, R. S., Stevens, J. C., Beck, D., et al.: Practice perimeter: management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 56: 1154–1166, 2001.
- Gabbard, G. O.: *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Garner, J.: Psychotherapies and older adults. *Aust N Z J Psychiatry* 37: 537–548, 2003.
- Gilmore, K.: A psychoanalytic perspective on attention deficit / hyperactivity disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 48: 1259–1293, 2000.
- Goldstein, K.: The effect of brain damage on the personality. *Psychiatry* 15: 245–260, 1952.
- Hartmann, H.: *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Translated by Rapaport, D. New York, International Universities Press, 1958.
- Hartocollis, P.: The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bull Menninger Clin* 32: 102–114, 1968.
- Hausman, C.: Dynamic Psychotherapy with elderly demented patients, in: *Care-Giving in Dementia*. Edited by Jones, G. M. M., Miesen, B. M. L. London, Tavistock / Routledge, 1992, S. 181–198.
- Ikeda, M., Mori, E., Hirono, N., et al.: Amnesic people with Alzheimer's disease who remembered the Kobe earthquake. *Br J Psychiatry* 172: 425–428, 1998.
- Kafka, E.: Cognitive difficulties in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 53: 533–550, 1984.
- Lansky, M. R.: Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrome. *Psychiatr Ann* 14: 121–129, 1984.
- Lewis, L.: Individual psychotherapy with patients having combined psychological and neurological disorders. *Bull Menninger Clin* 50: 75–87, 1986.
- Lewis, L.: The role of psychological factors in disordered awareness, in: *Awareness of Deficit After Brain Injury: Clinical and Theoretical Issues*. Edited by Prigatano, G. P., Schachter, D. L. New York, Oxford University Press, 1991, S. 223–239.
- Lewis, L., Langer, K. G.: Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled. *Am J Psychother* 48: 231–239, 1994.
- Lewis, L., Rosenberg, S. J.: Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 17: 69–77, 1990.
- Martin, R. L.: Update on dementia of the Alzheimer type. *Hosp Community Psychiatry* 40: 593–604, 1989.

- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Coon, D. W., et al.: Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 161: 850–856, 2004.
- Morris, J., Bleiberg, J.: Neuropsychological rehabilitation and traditional psychotherapy. *International Journal of Clinical Neuropsychology* 8: 133–135, 1986.
- Oddy, M., Coughlan, T., Tyreman, A.: Social adjustment after closed head injury: a further follow-up seven years after injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48: 564–568, 1985.
- Palombo, J.: Perceptual deficits and self-esteem in adolescence. *Clin Soc Work J* 7: 34–61, 1979.
- Pickar, D. B.: Psychosocial aspects of learning disabilities: a review of research. *Bull Menninger Clin* 50: 22–32, 1986.
- Poland, W. S.: The analyst's witnessing and otherness. *J Am Psychoanal Assoc* 48: 17–35, 2000.
- Prigatano, G. P.: Work, love, and play after brain injury. *Bull Menninger Clin* 53: 414–431, 1989.
- Prigatano, G. P., Klonoff, P. S.: Psychotherapy and neuropsychological assessment after brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 3: 45–56, 1988.
- Rothstein, A. A.: Neuropsychological dysfunction and psychological conflict. *Psychoanal Q* 67: 218–239, 1998.
- Rothstein, A., Glenn, J. (Hrsg.): *Learning Disabilities and Psychic Conflict: A Psychoanalytic Casebook*. Madison, CT, International Universities Press, 1999.
- Small, G. W., Rabins, P. V., Barry, B. B., et al.: Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer Association, and the American Geriatric Society. *JAMA* 278: 1363–1371, 1997.
- Sperry, R. W., Zaidel, E., Zaidel, D.: Self-recognition and social awareness in the disconnected minor hemispheres. *Neuropsychologia* 17: 153–166, 1979.
- Stern, D. N.: *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books, 1985.
- Stern, D. N.: *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York, W. W. Norton, 2004.
- Stern, J. M.: The psychotherapeutic process with brain-injured patients: a dynamic approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 22: 83–87, 1985.
- Weil, A. P.: Maturational variations and genetic-dynamic issues. *J Am Psychoanal Assoc* 26: 461–491, 1978.
- Weiner, M. F.: Dementia as a psychodynamic process, in: *The Dementias: Diagnosis and Management*. Edited by Weiner, M. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, S. 29–46.

- Weiner, M. F., Teri, L.: Psychological and Behavioral Management, in: The Dementias: Diagnosis and Management. 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Weiner, M. F., Lipton, A. M. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, S. 181–218.
- Williams, D. D. R., Garner, J.: People with dementia can remember: implications for care. *Br J Psychiatry* 172: 379–380, 1998.
- Zabenko, G. S., Zabenko, W. N., McPherson, S.: A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 160: 857–866, 2003.