

Psychotherapie



Michael Ermann

# Psychotherapie und Psychosomatik

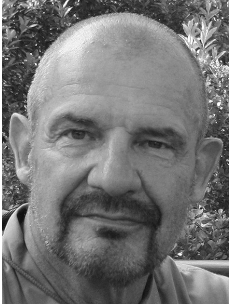
Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer  
Grundlage

7., erweiterte und  
überarbeitete Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Der Autor



Prof. Dr. med. Michael Ermann ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker in Berlin. Dort ist er vor allem als Supervisor und Berater tätig. Er ist habilitiert für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse an der Universität Heidelberg und emeritierter Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er 25 Jahre der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik vorstand.

Michael Ermann

# **Psychotherapie und Psychosomatik**

Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage

7., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt

7. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036800-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036801-9

epub: ISBN 978-3-17-036802-6

mobi: ISBN 978-3-17-036803-3

# Vorwort

## Zur 7. Auflage

Dieses Lehrbuch hat nach mehr als zwanzig Jahren seine eigene Geschichte. Ursprünglich von meinen Studenten<sup>1</sup> angeregt, hatte ich es 1994 für den Gebrauch im Medizinstudium geschrieben. Damals war das Fach »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« neu in den Lehrplan eingeführt worden und es gab nur ganz wenige Lehrbücher für das neue Fach, in dem die psychodynamischen Konzepte dominierten. Es erwies sich aber rasch, dass das komplexe psychoanalytisch orientierte Denken zu weit vom Interesse des künftigen Allgemeinarztes wegführt, auf den das Medizinstudium ausgerichtet ist. Wir haben für den Leserkreis der jungen Mediziner deshalb bald parallel zu diesem Buch eine Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie herausgegeben, die sich großer Beliebtheit erfreut.<sup>2</sup>

So fand dieses Buch seine Leser hauptsächlich unter Ärzten und Psychologen in psychotherapeutischer Weiterbildung. Zum Leserkreis gehören aber auch praktizierende Psychotherapeuten und Psychiater, die für den psychodynamischen, psychoanalytisch orientierten Ansatz aufgeschlossen sind. Für diesen Leserkreis wurde die Bearbeitung der verschiedenen Neuauflagen konzipiert.

Als Idee dieses Lehrbuchs zieht sich die Systematisierung des psychodynamischen Zugangs zur Psychopathologie durch alle Auflagen. Sie beruht auf den drei Säulen reaktive, neurotische und posttraumatische Störungen, wobei die neurotische Pathologie anhand der Kategorien der Strukturdiagnostik weiter aufgeschlüsselt wird. Daraus ergibt sich ein differenzieller psychodynamischer Behandlungsansatz mit den Polen einer einsichtsorientierten und einer erfahrungsorientierten Behandlungsstrategie. Diese Systemisierung stellt eine Brücke her zu Ergebnissen der Säuglings- und Bindungsforschung sowie der Gedächtnis- und Hirnforschung der letzten Jahrzehnte.

*Für die 7. Auflage* wurde das gesamte Buch gründlich überarbeitet und aktualisiert. Aufgrund der internationalen Entwicklung und meiner persönlichen Orientierung wurde dabei der intersubjektive Ansatz weiter ausgearbeitet. Damit erhält auch der wachstumsfördernde implizite Behandlungsansatz immer stärkeres Gewicht.<sup>3</sup> Phänomene wie die Entwicklung des Selbst oder die Gestaltung der therapeutischen Beziehung erscheinen uns heute als intersubjektive Prozesse in einer neuen Perspektive.

Dieses Buch ist von der Überzeugung getragen, dass das psychoanalytische Denken einen unvergleichlichen Zugang zum Menschen in Gesundheit und Krankheit, zu seinem hintergründigen Erleben, seinen Beziehungen, seiner Sozialisierung und seinen kulturellen Schöpfungen eröffnet. Mit der aktualisierten Neuauflage verbinde ich den

---

1 Wenn im Folgenden bei der Nennung von Personen im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit des Textes lediglich die Form des generischen Maskulinums verwandt wird, sind stets alle Geschlechter gemeint.

2 Ermann u. a. (2006)

---

3 Ermann (2014)

Wunsch, dass es dazu beiträgt, dieses Denken auf einer soliden modernen Grundlage für die Annäherung an unsere Patienten zu erhalten. Es soll ein Beitrag für die Sicherung unseres Faches in der Zukunft sein. Dabei denke ich vor allem an die Herausforderungen, die das Fach in der anstehenden Umstrukturierung der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten zu bewältigen hat.

Die Unterstützung der Helfer und Berater bei den früheren Auflagen ist nach wie vor unvergessen. Mein Dank gilt auch wieder dem Kohlhammer-Verlag, der die Entwicklung dieses Lehrbuchs weiter mit Engagement und Interesse begleitet. Ganz besonders danke ich meinem Partner Werner J. Stauten. Er hat die Arbeit an der Neuauflage mit Sorgfalt, viel Geduld und Sachverstand mit getragen.

Berlin, im Frühjahr 2020  
*Michael Ermann*

#### Aus dem Vorwort zur ersten Auflage (1994)

Die Psychotherapie, und mit ihr die Psychosomatische Medizin, stand in Deutschland Anfang der 1990er Jahre mit der Einführung eines ärztlichen Fachgebietes »Psychotherapeutische Medizin« in einer neuen Phase der Institutionalisierung. Es besteht seither die Möglichkeit, dass Ärzte, die hauptsächlich Psychotherapie betreiben wollen, nach ihrer Ausbildung als Fachärzte tätig werden können. Sie wurden damit anderen Fachärzten gleichgestellt.

Diese Neuregelung war vor allem im Kreise der Psychoanalytiker, die einen großen Teil der Psychotherapeuten ausmachen, umstritten, weil weitgehende Veränderungen der Ausbildungsstrukturen und der Ausbildungsinhalte an die neue Regelung geknüpft wurden. Ähnliches wird für die nächsten Jahre von einem sog. Psychotherapeutengesetz erwartet, das auch die psychotherapeutische Tätigkeit von

Diplompsychologen in Deutschland regeln soll.

So problematisch diese Veränderungen einerseits sind, der Psychotherapie und Psychosomatik haben sie im Medizinalsystem ein größeres Gewicht gegeben. Auch das Studienfach »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«, das vor 25 Jahren in die Ausbildung der Medizinstudenten eingeführt wurde, hat damit größeren Einfluss erhalten.

Ob es angesichts einer besseren, auch wirtschaftlich vorteilhafteren Institutionalisierung allerdings gelingt, den hohen wissenschaftlichen Standard der bisherigen Psychotherapie und Psychosomatik aufrechtzuerhalten, hängt vorrangig von der Qualität, daneben natürlich auch von der Struktur der Ausbildung ab. Damit hat die Ausbildung von Medizinern und Psychologen während und nach dem Universitätsstudium eine Neubewertung erfahren.

Für mich als Hochschullehrer und als Teilnehmer an der Psychotherapieausbildung war das eine Herausforderung und war Anlass dafür, unser heutiges klinisches Wissen und den Stand unserer psychotherapeutischen Erfahrungen in einem Leitfaden für das Studium und die spätere Weiterbildung zusammenzutragen.

#### *Zum Konzept dieses Buches*

Der Darstellung liegt ein psychoanalytisch orientierter Ansatz zugrunde, der die Beziehungserfahrungen des Menschen in das Zentrum der Betrachtung rückt und mit trieb-, ich- und selbstpsychologischen Aspekten verknüpft. Er kann als weithin repräsentativ für das heutige psychoanalytische Denken gelten. Innerhalb dieses Ansatzes wird ein entwicklungs-dynamisches Strukturmodell zugrunde gelegt. Daneben werden reaktive Störungen und chronische posttraumatische Störungen als besondere Störungsformen betrachtet.

Neben diesem psychoanalytischen Ansatz werden bei der Darstellung allgemeine psychotherapeutische und psychosomatische Basisinformationen vermittelt. Zusätzlich wer-

den grundsätzliche verhaltenstherapeutische Aspekte erörtert.<sup>4</sup>

*Zur Lektüre dieses Buches*

Dieses Buch gliedert sich in die Teile Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder und Behandlung. Als Basis für das Verständnis ist das Kapitel 3 über die Neurosenentstehung gedacht. Weil immer wieder auf die Grundformen der psychogenen Pathologie Bezug genommen wird, empfiehlt es sich, vor dem Studium spezieller Fragen auf jeden Fall auch das Kapitel 4 durchzuarbeiten. Im Übrigen sind die einzelnen Kapitel so gestaltet, dass sie unabhängig voneinander gelesen werden können.

Die Literaturverweise in den Fußnoten enthalten einerseits Grundsatzarbeiten zu zentralen Konzepten; hier kann die Auswahl angesichts der Fülle der Literatur nur willkürlich sein. Wo verfügbar, wurden deutschsprachige und leicht erreichbare Arbeiten angegeben. Andererseits werden einige zentrale Begriffe durch Hinweise auf die Erstbeschreiber oder wichtige Neuformulierungen belegt. Bei Begriffen und Konzepten, die heute zum »allgemeinen Wissensstand« unseres Fachs gehören, wurde auf solche Hinweise verzichtet, um das Literaturverzeichnis überschaubar zu halten.

---

4 Die Idee, in diesem Buch auch grundlegende Informationen über die Verhaltenstherapie als zweite führende Methode in der Versorgung zu vermitteln, hat sich nicht bewährt. Ich habe mich anlässlich der 6. Auflage daher entschlossen, auf das Kapitel über die Verhaltenstherapie zu verzichten, und mich bei einzelnen Themen auf kurze Hinweise zur verhaltenstherapeutischen Sichtweise beschränkt. Im Übrigen sei auf die inzwischen vorliegende große Zahl hervorragender Einführungen in die Verhaltenstherapie verwiesen.





# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Einleitung: Das Arbeitsfeld der Psychotherapie und Psychosomatik</b> .....	15
1    Annäherungen an das Psychische.....	15
2    Psychotherapie und Psychosomatik.....	18
<b>Krankheit und Krankheitsentstehung</b>	
<b>1    Psychosoziale Aspekte des Krankseins</b> .....	27
1.1    Krankheitsrisiko .....	27
1.2    Krankheitsbewältigung – Das Coping-Konzept .....	32
1.3    Die therapeutische Beziehung.....	37
<b>2    Erleben und Entwicklung aus psychoanalytischer Sicht</b> .....	42
2.1    Psychodynamik und die Verarbeitung von Erfahrungen.....	42
2.2    Entwicklungspsychologische Grundlagen .....	53
2.3    Marksteine der Entwicklung.....	72
<b>3    Die Entstehung von psychogenen Störungen</b> .....	84
3.1    Ätiopathogenetische Grundlagen.....	84
3.2    Grundformen der psychogenen Pathologie (»Allgemeine Neurosenlehre«) .....	89
<b>Diagnostik</b>	
<b>4    Psychoanalytische Entwicklungs- und Strukturdiagnostik</b> .....	105
4.1    Entwicklung und Struktur.....	106
4.2    Das niedrigere Strukturniveau (Borderline-Persönlichkeitsorganisation)....	110
4.3    Das mittlere Strukturniveau (Präödiipale Persönlichkeitsorganisation)...	121
4.4    Das höhere Strukturniveau (Neurotische Persönlichkeitsorganisation)...	131
4.5    Anmerkungen zur reifen Persönlichkeitsorganisation.....	135
<b>5    Klinische Diagnostik</b> .....	137
5.1    Psychodynamische Diagnostik im Vorfeld der Fachpsychotherapie.....	139
5.2    Psychotherapeutische Fachdiagnostik .....	142
5.3    Psychotherapeutische Diagnosen .....	150

**Krankheitsbilder**

<b>6</b>	<b>Reaktive Störungen</b> .....	<b>159</b>
6.1	Belastungsreaktionen.....	161
6.2	Anpassungsstörungen.....	163
6.3	Somatopsychische Störungen.....	167
<b>7</b>	<b>Posttraumatische Störungen</b> .....	<b>170</b>
7.1	Trauma und seelische Störung.....	171
7.2	Häufigkeit und Disposition.....	176
7.3	Traumatisierung und Traumaverarbeitung.....	178
7.4	Posttraumatische Krankheitsbilder.....	185
7.5	Diagnostik und Therapie.....	192
<b>8</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> .....	<b>199</b>
8.1	Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen.....	200
8.2	Hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung und »Hysterie«.....	209
8.3	Präödpale narzisstische Persönlichkeitsstörung und narzisstische Krisen.....	215
8.4	Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Syndrom.....	220
8.5	Schizoide Persönlichkeitsstörung.....	227
8.6	Weitere Persönlichkeitsstörungen.....	231
<b>9</b>	<b>Psychische Störungen (Psychoneurosen)</b> .....	<b>235</b>
9.1	Grundlagen.....	236
9.2	Depressive Störungen (Depressive Neurosen).....	240
9.3	Angststörungen (Angstneurosen).....	250
9.4	Zwangsstörungen (Zwangsneurosen).....	268
9.5	Dissoziative Störungen.....	275
9.6	Entfremdungsstörungen (Depersonalisations-/Derealisationssyndrome)...	281
<b>10</b>	<b>Somatoforme Störungen (Organneurosen)</b> .....	<b>284</b>
10.1	Grundlagen.....	286
10.2	Konversionsstörungen (Konversionsneurosen).....	293
10.3	Somatisierungsstörungen.....	303
10.4	Schmerzstörungen.....	317
10.5	Psychogene Sexualstörungen.....	326
<b>11</b>	<b>Verhaltensstörungen</b> .....	<b>335</b>
11.1	Essstörungen.....	337
11.2	Abhängigkeitsverhalten.....	351
11.3	Selbstverletzendes Verhalten.....	362
11.4	Störungen der Sexualität.....	367
11.5	Suizidalität.....	374
11.6	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS).....	382

<b>12</b>	<b>Psychosomatosen</b> .....	<b>385</b>
	12.1 Grundlagen .....	386
	12.2 Psychosomatosen aus psychoanalytischer Sicht .....	389
	12.3 Allgemeines zur Psychotherapie.....	397
	12.4 Häufige Krankheitsbilder.....	400
<b>13</b>	<b>Nichtorganische Psychosen</b> .....	<b>415</b>
	13.1 Geschichte der psychoanalytischen Psychosentherapie .....	416
	13.2 Das psychodynamische Verständnis von nichtorganischen Psychosen ...	417
	13.3 Psychodynamische Behandlung von Psychosen.....	419
<b>14</b>	<b>Psychosomatik in somatischen Fachgebieten</b> .....	<b>423</b>
	14.1 Allgemeinmedizin, fachübergreifende psychosomatische Aufgaben .....	423
	14.2 Augenheilkunde .....	424
	14.3 Chirurgie .....	425
	14.4 Dermatologie .....	426
	14.5 Gynäkologie und Geburtshilfe .....	429
	14.6 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde .....	431
	14.7 Innere Medizin .....	432
	14.8 Neurologie .....	435
	14.9 Orthopädie .....	437
	14.10 Pädiatrie .....	439
	14.11 Urologie .....	440
	14.12 Zahnmedizin.....	441
 <b>Behandlung</b>		
<b>15</b>	<b>Psychotherapie: Grundlagen und Versorgung</b> .....	<b>445</b>
	15.1 Grundlagen der Psychotherapie.....	446
	15.2 Die Institutionalisierung der Psychotherapie.....	455
	15.3 Ambulante psychotherapeutische Versorgung.....	460
	15.4 Psychotherapie in Institutionen.....	464
<b>16</b>	<b>Einführung in die Psychoanalyse</b> .....	<b>473</b>
	16.1 Entwicklung der Psychoanalyse .....	474
	16.2 Die psychoanalytische Methode.....	481
	16.3 Zielsetzungen und Behandlungsstrategien.....	518
<b>17</b>	<b>Psychodynamische (psychoanalytisch begründete) Verfahren</b> .....	<b>526</b>
	17.1 Indikation zur psychodynamischen Behandlung.....	528
	17.2 Psychoanalytische Verfahren .....	534
	17.3 Psychoanalytisch orientierte Verfahren .....	541
<b>18</b>	<b>Psychodynamische Gruppenpsychotherapie</b> .....	<b>564</b>
	18.1 Grundlagen .....	565
	18.2 Psychotherapie in Gruppen.....	567
	18.3 Methoden und Praxis.....	570

<b>19</b>	<b>Paar- und Familientherapie.....</b>	<b>580</b>
	<i>Unter Mitarbeit von Michael Wirsching und Peter Scheib</i>	
19.1	Das System als Bezugspunkt.....	581
19.2	Methoden und Verfahren.....	584
19.3	Allgemeine Indikation und Anwendungen.....	588
<b>20</b>	<b>Stützende und übende Verfahren.....</b>	<b>591</b>
20.1	Behandlung von somatopsychischen Anpassungsstörungen.....	593
20.2	Krisenintervention.....	601
20.3	Suggestive Techniken und Entspannungsverfahren.....	603
<b>21</b>	<b>Entwicklungen im Umfeld der Psychoanalyse.....</b>	<b>608</b>
21.1	Humanistische Psychotherapie.....	608
21.2	Systemische Therapie.....	615
21.3	Neue Entwicklungen.....	615
<b>22</b>	<b>Medikamente in der Psychotherapie und Psychosomatik.....</b>	<b>618</b>
	<i>Unter Mitarbeit von Lars Hermann</i>	
22.1	Medikamente und die therapeutische Beziehung.....	618
22.2	Kurzer Überblick über gebräuchliche Medikamente.....	619
22.3	Zur Behandlung mit Psychopharmaka.....	625
 <b>Anhang</b>		
	<b>Glossar.....</b>	<b>631</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>636</b>
	<b>Sachverzeichnis.....</b>	<b>653</b>

*Für Susanne und Rainer, Gabriel und Samira*



# Einleitung: Das Arbeitsfeld der Psychotherapie und Psychosomatik

1	Annäherungen an das Psychische .....	15
2	Psychotherapie und Psychosomatik .....	18
2.1	Definitionen .....	18
2.2	Historischer Hintergrund .....	19
2.3	Grundlagen .....	23
2.4	Traditionelle und neuere Aufgaben .....	24

*Psyche* [griech.] bedeutet Seele, *Soma* heißt Körper. Unter **Seele** versteht man die gefühlhaften und geistigen Regungen.

**Psychotherapie** ist Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln.

**Psychosomatik** ist die Lehre von der Wechselwirkung zwischen seelischen, psychosozialen und körperlichen Prozessen in Gesundheit und Krankheit.

## 1 Annäherungen an das Psychische

Die Seele ist ein traditionelles Thema in der abendländischen Kultur. Seit der Antike beschäftigen sich Philosophie, Mythologie, Psychologie, Religion und Medizin mit dem menschlichen Erleben und Verhalten. Dabei wurden Seele und Körper in Anschluss an die griechische Philosophie traditionell als Ganzheit betrachtet. Das galt sowohl für die Philosophie, aus der heraus sich im 19. Jahrhundert die Psychologie entwickelt hat, als auch für die Medizin. Erst René Descartes stellte 1641 in seinen »Meditationen« die *res cogitans*, d. h. Geist, Seele, Bewusstsein, Verstand und Vernunft, den *res extensa*, d. h. dem Körper, gegenüber und prägte damit nachhaltig das abendländische Denken.

### Ansätze der Psychologie

Erste systematische Abhandlungen über die Seele stammen von Platon und Aristoteles. Der Begriff Psychologie als Lehre von der Seele tauchte um 1500 auf. In der Aufklärung im 17. und 18. Jahrhundert entstand ein zunehmendes Interesse an psychologischen Fragen, verbunden mit Namen wie Gottfried Wilhelm Leibnitz und Immanuel Kant. Sie betonten den empirischen Charakter der Psychologie. Dieser Ansatz wurde leitend, als im 19. Jahrhundert die Psychologie als akademisches Forschungsgebiet entstand: Sie verstand sich als empirische Wissenschaft. Inhaltlich beschäftigte sie sich mit Phänomenen wie



dem Denken und der Wahrnehmung und rückte damit in die Nähe zur Neurophysiologie und Medizin. Methodisch stand sie den Naturwissenschaften und ihrem positivistischen Forschungsansatz nahe. Maßgeblich ist dafür die Verknüpfung von Experiment und Mathematik, die von Gustav Theodor Fechner eingeführt wurde. So gelten die Laborexperimente von Wilhelm Wundt in Leipzig als Beginn der akademischen Psychologie.

Als Gegenströmung zur experimentellen Psychologie entstand die geisteswissenschaftliche Richtung, die von Wilhelm Dilthey vertreten wurde. Er entwickelte mit der Hermeneutik einen verstehenden geisteswissenschaftlichen Ansatz. Dieser hat sich allerdings nie gegenüber dem naturwissenschaftlichen Ansatz durchgesetzt und gilt in der akademischen Psychologie als unwissenschaftlich. Diese Bewertung erfuhr auch die Psychoanalyse, die um 1900 von Sigmund Freud entwickelt wurde und sich außerhalb der akademischen Psychologie etablierte.

Auch heute versteht die akademische Psychologie sich als empirische Wissenschaft vom Erleben und Verhalten, die überwiegend an experimentellen naturwissenschaftlich-quantitativen Methoden orientiert ist. Als ein Bereich der angewandten Psychologie hat sich die *klinische Psychologie* etabliert, die psychologische Aspekte von psychischen Störungen und Folgen anderer Erkrankungen untersucht, Grundlagen und Methoden für deren Behandlung erarbeitet und die Ergebnisse von Interventionen wissenschaftlich evaluiert. Die psychologische Psychotherapie ist insoweit ein Teil der klinischen bzw. medizinischen Psychologie. Sie überschneidet sich in der Praxis mit der psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Medizin und Teilen der Psychiatrie.

## Entwicklungen in der Medizin

In der Medizin ging die traditionelle ganzheitliche Sichtweise mit der naturwissenschaftlichen Wende in der zweiten Hälfte

des 19. Jahrhunderts verloren. Damals gewann ein physikalistisches Krankheitsverständnis unter dem Einfluss der Zellulärpathologie von Rudolf Virchow und der energetischen Physiologie von Hermann von Helmholtz die Oberhand und verlagerte den Schwerpunkt der Krankheitslehre auf anatomische Strukturen und physikalisch-energetische sowie biochemische Vorgänge. In der Folge entstand eine positivistische Annäherung an Patienten und ihre Krankheiten, die auf das Messbare zentriert war.

Auch in der *Psychiatrie* entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine stärkere Nähe zu der zunehmend naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Sie stellte eine Abwendung von der metaphysischen Orientierung der naturphilosophisch ausgerichteten romantischen Psychiatrie dar und rückte die biologische Erforschung psychischer Erkrankungen in den Vordergrund. Diese Wende ist mit Wilhelm Griesinger verbunden, der als Vertreter der materialistischen Psychiatrie gilt. Er forderte, Geisteskrankheiten als Gehirnerkrankungen zu erforschen. Vor diesem Hintergrund hatten die aufkommende Psychoanalyse und das psychodynamische Denken, für die romantische Psychiater wie Carl Gustav Carus gleichsam den Boden bereitet hatten, in der Psychiatrie lange keine Chance.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die *anthropologische Medizin*. Sie ist eine Reaktion auf die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin der Moderne. Sie rückt den einzelnen Menschen, sein Schicksal, sein Erleben und seine Geschichte in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Ihr Programm ist eine allgemeine psychosomatische Orientierung mit dem von Viktor von Weizsäcker formulierten Ziel, verstärkt wieder »das Subjekt in die Medizin einzuführen«<sup>5</sup>. Unter dem Einfluss der Psychoanalyse verstand er Krankheiten als pathologische

---

5 V. Weizsäcker (1940)

Selbstverwirklichung, die ihren Sinn in der Biografie des Betroffenen findet.

»Psychosomatisch« in diesem allgemeinen Sinne bezeichnet die grundsätzliche ärztliche bio-psycho-soziale Orientierung. Sie wird auch als ganzheitliche Medizin bezeichnet. Diese Orientierung ist darum bemüht, seelische, soziale und körperliche Aspekte des Krankseins zu integrieren und bei der Behandlung von Kranken gleichrangig zu beachten. Sie kennzeichnet eine aufgeklärte ärztliche Einstellung, die – zumindest als Ideal – den Umgang mit allen Patienten prägen sollte. Damit erhält auch die Psychologie als Psychotherapie einen festen Platz in der »Körpermedizin«.

### Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Die psychosomatische Anthropologie hat sich über lange Zeit mit dem Leib-Seele-Problem befasst und dabei die Wechselwirkung zwischen seelischen und körperlichen Vorgängen in das Zentrum ihrer Überlegungen gerückt. Dieser Ansatz beschrieb psycho-somatische und vegetative Zustände zuerst als *Funktionskreise*. Dabei handelt es sich um psycho-vegetative Erregungs- bzw. Regelkreise im Organismus, die durch Impulse zwischen Nervenzellen aufrechterhalten werden.

Heute hat sich ein umfassenderes *bio-psycho-soziales Modell*<sup>6</sup> durchgesetzt. Danach steht der Funktionskreis zwischen Leib und Seele seinerseits in einem Wechselverhältnis zur Umwelt, die den Menschen prägt und die von

ihm geprägt wird. Je nach Interesse, Ansatz und Methodik des Untersuchers rückt einmal mehr die biologische, ein anderes Mal die psychologische, zwischenmenschliche oder soziokulturelle Perspektive bei der Betrachtung des Einzelfalles in den Vordergrund. Entscheidend, weitgehend aber noch im Bereich der Spekulation, sind die Prozesse und Mechanismen, die das Zusammenwirken dieser Prozessfaktoren im Krankheitsgeschehen beherrschen.

Man berücksichtigt also in gleicher Weise die körperlichen, seelischen, psychosozialen und materiellen Aspekte des Lebens, um Kranksein und speziell das psycho-somatische Zusammenspiel zu verstehen. Dabei muss man nicht nur Ursachen, Entstehungsbedingungen und Folgen einer Erkrankung untersuchen, sondern auch die Wechselwirkungen zwischen diesen Dimensionen betrachten.

Das gängige Modell für diese systemische Sichtweise von Krankheiten ist der *Situationskreis*<sup>7</sup> von Thure v. Uexküll (► Abb. 0.1). Er beschreibt die Beziehung zwischen Individuum und Umwelt als einen stufenweisen Problemlösungsprozess, der durch die Wahrnehmung von Lösungsaufgaben, Bewertungen des Problems, phantasierte Handlungsentwürfe zu seiner Bewältigung, Probehandlungen und endgültiges Problemlösungshandeln dargestellt wird. Krankheit ist gleichbedeutend mit Störungen in diesem zirkulären Prozess; Krankheit bewirkt Störungen und wird durch Störungen hervorgerufen.

6 Engel (1962)

7 V. Uexküll u. Wesiack (1996)

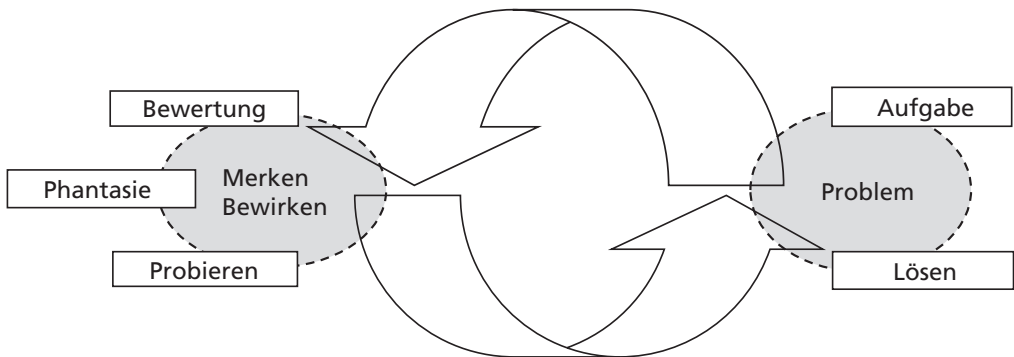


Abb. 0.1: Der Situationskreis nach v. Uexküll

## 2 Psychotherapie und Psychosomatik

Das Arbeitsfeld der **Psychotherapie und Psychosomatik** umfasst die psychotherapeutische Behandlung psychisch bedingter und mitbedingter Störungen. In der Medizin ist es in verschiedenen Disziplinen enthalten, während es in der Psychologie der »Klinischen Psychologie« zugerechnet wird. In Deutschland wurde mit der **Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie** ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet etabliert.

Psychisch bedingte und mitbedingte Störungen werden als **psychogene Störungen** bezeichnet. »Störung« beschreibt dabei krankheitswertige Abweichungen des Befindens, der psychischen Funktionen oder auch körperlicher Zustände. Der Begriff »Störung« umfasst mehr als der Begriff »Krankheit«. Dieser gilt als veraltet, seit die Weltgesundheitsorganisation 1946 in ihrer Verfassung Gesundheit als »Zustand eines vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens«<sup>8</sup> definiert hat, was über die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen hinausgeht.

### 2.1 Definitionen

Am Anfang dieses Kapitels (s. oben) steht die wahrscheinlich einfachste Definition von *Psychotherapie*: Psychotherapie ist Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln. Zur genaueren Definition muss man Intention, Ziel, Mittel und theoretische Grundlagen

näher beschreiben. Danach gehört zur Psychotherapie<sup>9</sup>

- *als Intention*: ein geplanter interaktioneller Prozess,
- *als Ziel*: definierte Veränderungen, z. B. Persönlichkeitsänderung oder Symptomminderung,

8 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) v. 22. Juli 1946

9 Strotzka (1975)

- *als Mittel*: verbale und nonverbale Kommunikation oder andere (z. B. anleitende) Techniken,
- *als Hintergrund*: eine definierte Theorie, z. B. die psychoanalytische Behandlungstheorie, die den Behandlungsplan begründet.

Ebenfalls einleitend wurde *Psychosomatik* als Lehre von der psycho-sozio-somatischen Wechselwirkung in Gesundheit und Krankheit definiert. Wechselwirkung bedeutet dabei, dass sie sich nicht nur mit psychischen Ursachen und Teilursachen von Erkrankungen befasst, sondern auch mit den psychischen Folgen. Das gilt insbesondere für bedrohliche und chronische Erkrankungen und ihre Behandlung (Transplantationen, Dauermedikation, Dialyse, soziale Folgen usw.). Es wird also ausdrücklich nicht von einer geradlinigen Kausalität ausgegangen.

### Psychogene Störungen

Wie bereits erwähnt (siehe Kasten), werden psychisch bedingte und mitbedingte Störungen als *psychogene Störungen* bezeichnet. Sie sind außerordentlich häufig. Es handelt sich um Krankheiten, an deren Entstehung seelische Faktoren maßgeblich beteiligt sind. Diese sind das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen seelischen, körperlichen und soziokulturellen Einflüssen. Sie machen rund ein Drittel der Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und in der Praxis des Internisten aus. Aber auch in der Gynäkologie, Orthopädie, Dermatologie und Pädiatrie, um nur die wichtigsten Gebiete zu nennen, sind sie häufig (► Kap. 13).

Die Symptome und Krankheitsmanifestationen der psychogenen Störungen sind vielfältig. Sie reichen von seelischen Störungen (z. B. Ängste) über Verhaltensstörungen (z. B. Essstörungen), Charakterstörungen (z. B. pathologische Eifersucht) und Organfunktionsstörungen (z. B. funktionelle Herzbeschwerden) bis hin zu organischen Veränderungen, beispielsweise in Form von Entzündungen

(z. B. Rheuma) oder Geschwülbildungen (z. B. Colitis ulcerosa).

Psychogene Störungen umfassen vier Gruppen (► Abb. 0.2): reaktive Störungen, posttraumatische Störungen, Konflikt- und Strukturstörungen sowie Psychosomatosen. Konflikt- und Strukturstörungen haben eine gemeinsame Ätiologie: Sie beruhen auf einer erlebnisbedingten Fehlentwicklung, die in der Kindheit verwurzelt ist. Man spricht von einer neurotischen Disposition und fasst sie als »neurotische Störungen« zusammen. Im Unterschied dazu haben reaktive und posttraumatische Störungen keine spezifische Disposition. Bei der vierten Gruppe, den Psychosomatosen, muss man neben psychischen Krankheitsfaktoren eine konstitutionelle somatische Disposition annehmen.

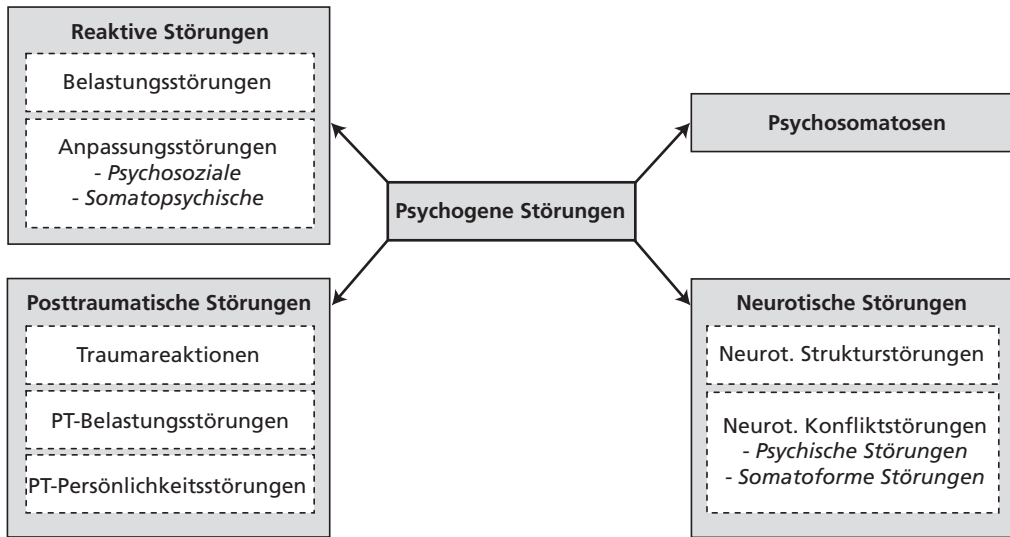
### Behandlung

Bei der Behandlung psychogener Störungen finden in der Psychotherapie und Psychosomatik, wie der Name sagt, vorrangig psychotherapeutische Verfahren Anwendung. Das sind vor allem die psychodynamischen (psychoanalytisch begründeten) Verfahren, die Verhaltenstherapie sowie übende und stützende Verfahren. Weit verbreitet sind auch humanistische Verfahren, insbesondere die Gesprächstherapie und die Gestalttherapie. Während diese in Österreich und der Schweiz voll in die Versorgung integriert sind, sind sie in der kassenpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland nicht als leistungspflichtig anerkannt.

Medikamentöse Behandlungen (► Kap. 22) erfolgen in der Psychotherapie und Psychosomatik begleitend und unterstützend. Sie stehen aber nicht im Zentrum der Behandlungen.

## 2.2 Historischer Hintergrund

Die heutige *Psychotherapie* als wissenschaftlich begründete Behandlungsform hat sich erst schrittweise aus jahrhundertealten Vorläufern



**Abb. 0.2:** Systematik der psychogenen Störungen. Wenn mehrere Arten der Störung zusammenkommen, spricht man von komorbiden Störungen.

entwickelt. So hat es in allen Zeiten und vermutlich auch in allen Kulturen Wege gegeben, um mit Beratung, Anleitung, Magie, Kult oder Ritualen körperliche und geistige Zustände zu verändern und Gesundheit herzustellen und zu bewahren.

Als Beginn der modernen Psychotherapie gilt der Messmerismus, der auf Anton Messmers Lehre vom »tierischen Magnetismus« um 1800 zurückgeht. Sie fand im »Handauflegen« als Heilpraxis Anwendung. Daraus entwickelte sich um 1850 die Hypnose (► Kap. 20.3.1) als erstes wissenschaftlich begründetes Psychotherapieverfahren. Aus ihr ging am Ende des 19. Jahrhunderts die Psychoanalyse als erste umfassende Theorie und Behandlungspraxis für psychogene Störungen hervor. In ihrem Zentrum steht die Theorie und Lehre vom Unbewussten. Sie wurde um 1900 von Sigmund Freud entwickelt und von seinen Schülern, von denen viele sich von ihm lösten, in verschiedene Richtungen weiterentwickelt (► Kap. 15).

Ein Markstein waren dabei die Hypnosebehandlungen von Konversionsstörungen, welche die damalige Zeit als »Hysterie« stark

beschäftigten. Sie führten zu den Experimenten von Sigmund Freud und Joseph Breuer in Wien, welche die Grundlage für die Entwicklung der Psychoanalyse bildeten. Freud überwand mit seinem Konzept eines »seelischen Apparates«, der sich im Verlauf der Kindheit in der Auseinandersetzung zwischen individuellem Trieb und gesellschaftlicher Norm entwickelt, das einseitig mechanistisch-physikalistische medizinische Denken und betrachtete neurotische Symptome seelischer und körperlicher Art als Folge einer biografisch bedingten Entwicklungsstörung. Aus dem Zusammentreffen dieser Entwicklungslinien entstand die Psychosomatische Medizin zwischen der Psychotherapie und den biologischen medizinischen Fächern.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war neben der Hypnose die Psychoanalyse unbestritten das führende Konzept der Psychotherapie. Nach und nach entstanden zahlreiche weitere psychotherapeutische Methoden und Verfahren. Als erste gewann die klientenzentrierte Gesprächstherapie Verbreitung, die in den 1940er Jahren von Carl Rogers in den USA eingeführt wurde (► Kap. 21).

### Neuere Geschichte der Psychotherapie und Psychosomatik

- Nach 1945: Neuorganisation der psychotherapeutischen (zumeist psychoanalytischen) Institutionen und Gesellschaften in der BRD und in Österreich, die während der Zeit des Nationalsozialismus »gleichgeschaltet« waren. In der Schweiz war die Psychotherapie als Teil der Psychiatrie etabliert.
- Um 1950: In Heidelberg und München entstehen erste psychosomatische Einrichtungen an deutschen Universitäten.
- 1952: Entdeckung der Neuroleptika mit der Folge, dass das Interesse für Psychotherapie in der Psychiatrie über längere Zeit verblasst.
- 1957: »Psychotherapie« wird in der BRD als Zusatzbezeichnung in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt.
- Ab dem Ende der 1950er Jahre verbreiten sich vielfältige psychotherapeutische Ansätze. 1958 wird in den USA die Verhaltenstherapie unter dem Begriff *Behaviour Therapy* eingeführt.
- 1964: Durch das »Neurosen-Urteil« des Bundessozialgerichts werden in der BRD seelische Störungen als Krankheit anerkannt.
- 1967: Die psychoanalytischen Psychotherapieverfahren werden in der BRD Kassenleistung.
- 1991: Mit der internationalen Klassifikation krankhafter Störungen nach *ICD-10-F* setzt sich in der Psychiatrie eine deskriptive Systematik durch, die das psychodynamische Denken zurückdrängt.
- 1965–1985: »Psychoboom« vor dem Hintergrund der Emanzipationsbewegungen in den USA und in Europa; Gruppentherapie verbreitet sich
- 1970: Die »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« wird Pflichtfach im Medizinstudium an den bundesdeutschen Universitäten.
- In der DDR ist die Psychotherapie in den Nachkriegsjahren von sowjetischen Einflüssen beherrscht. Hypnose und Entspannung sind maßgebliche Verfahren. Psychotherapie kann ab 1978 von Ärzten als »zweiter Facharzt« erworben werden.
- 1980: Der Titel »Fachpsychologe in der Medizin« wird für psychologische Psychotherapeuten in der DDR vergeben.
- Ab 1985: Die psychotherapeutische Weiterbildung formalisiert sich in der DDR. In den Folgejahren entwickelt sich als psychodynamisches Konzept die »intendierten Psychotherapie«. Sie findet überwiegend als Gruppentherapie Anwendung.
- 1980: Verhaltenstherapie wird Leistung der Ersatzkassen, 1986 auch der übrigen gesetzlichen Krankenkassen.
- 1982: Die »Psychosoziale Medizin« wird medizinisches Lehrfach in der Schweiz.
- 1990: Ein Psychotherapiegesetz macht die Psychotherapie in Österreich zu einem eigenständigen Heilberuf und regelt die psychotherapeutische Ausbildung. Eine Vielzahl therapeutischer Verfahren wird anerkannt.
- 1992: Aufnahme des »Facharztes für Psychotherapeutische Medizin« in die ärztliche Weiterbildungsordnung in Deutschland.<sup>10</sup> Das Fachgebiet erhält 2003 den Namen »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«.

<sup>10</sup> Zugleich wurde der Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie durch die gegenwärtige Weiterbildung und die erweiterte Gebietsbezeichnung »Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie« Rechnung getragen.

- 1999: In Deutschland tritt das Psychotherapeutengesetz in Kraft, mit dem der Beruf des psychologischen Psychotherapeuten geregelt und die Berufsbezeichnung »Psychotherapeut« geschützt wird.
- 2014: In der Schweiz steht die Etablierung der psychologischen Psychotherapie als staatlich durch ein Gesetz geregelter eigenständiger Heilberuf bevor.
- 2019: In Deutschland wird die Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten als »Direktausbildung« im Rahmen eines eigenen Studienganges an Universitäten unter Beteiligung der anerkannten privaten Ausbildungsstätten eingeführt.

Daneben entwickelte sich in den 1950er Jahren die Verhaltenstherapie. Sie ist neben den psychoanalytischen Verfahren am bedeutendsten in der Versorgung. Ihre Wurzeln reichen bis zur Jahrhundertwende zurück, als der russische Arzt und Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow in St. Petersburg seine berühmten Konditionierungsexperimente mit Hunden durchführte. Von Verhaltenstherapie spricht man, seit Burrhus F. Skinner in Harvard und Hans Jürgen Eysenck in London begonnen hatten, mit der systematischen Anwendung experimentell begründeter Verfahren Verhaltensmodifikationen zu erzielen. Schließlich gewann ab etwa 1970 als weitere Behandlungsform die systemische Psychotherapie (► Kap. 19) auch in Europa Einfluss.

Der Begriff *Psychosomatik* entstand im 19. Jahrhundert und wurde wahrscheinlich von Johann Christian August Heinroth eingeführt, der in Leipzig die erste bekundete Professur für »Psychische Therapie« innehatte. Er propagierte, dass sich jedes Krankheitsgeschehen in seinen psychischen, somatischen und biografischen Gesamtzusammenhängen verstehen lassen müsse. Darüber trat die Psychosomatik den mühsamen Weg an, sich in der Medizin einen festen Platz zu verschaffen und auch akademisch Akzeptanz zu erlangen. Das gelang zuerst in der inneren Medizin und Neurologie, die damals eine Einheit bildeten. Als Reaktion auf die einseitig naturwissenschaftliche Orientierung ihres Faches in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vertraten bedeutende Kliniker wie Gustav von Bergmann, Ludolf von Krehl, Richard Siebeck und vor allem Viktor von Weizsäcker das

Programm, »den Patienten als Subjekt in die Medizin zurückzuholen«.

Heute ist die Psychosomatik Teil der Medizin und wird dort als *Psychosomatische Medizin* bezeichnet. Diese hat sich seit den 1920er Jahren im Überschneidungsfeld vor allem zwischen Psychotherapie und Innerer Medizin und dort als »ärztliche Psychotherapie« etabliert. In der Psychologie ist sie als klinische bzw. medizinische Psychologie angesiedelt. Wenn eine verhaltenstherapeutische Orientierung betont werden soll, wird statt von Psychosomatik auch von *Verhaltensmedizin* gesprochen.

Inzwischen sind spezifische Arbeitsfelder der Psychosomatik entstanden, z. B. die Psychoonkologie, die Psychodermatologie oder die Psychoimmunologie, um spezielle Forschungsansätze zu nennen, oder die Palliativmedizin und die Reproduktionsmedizin als Beispiele für integrierte psychosomatische Versorgungsgebiete.

Die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* ist als Spezialdisziplin mit dem umschriebenen Aufgabenfeld der psychotherapeutischen Behandlung psychogener Störungen ein relativ junges medizinisches Fach. Sie ist in Deutschland seit 1970 an den Universitäten im Pflichtunterricht vertreten, während sie in Österreich und der Schweiz als Teil der Psychiatrie gelehrt wird. Dabei hat es sich an der Universität eingebürgert, das Fach kurz als »Psychosomatik« zu bezeichnen, was dazu führt, dass viele Studenten überrascht sind, in diesem Gebiet überwiegend Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen (ohne körperliche Symptomatik) anzutreffen.

1992 wurde das Fach in Deutschland zunächst unter dem Namen »Psychotherapeutische Medizin« in der ärztlichen Weiterbildungsordnung etabliert. Im Jahre 2003 wurde die Bezeichnung in »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« geändert. In der Schweiz deckt es den klinischen Aspekt der ebenfalls relativ neuen »Psychosozialen Medizin« ab. In Österreich gibt es ein Diplom für Psychotherapeutische Medizin, die jedoch kein eigenes Fachgebiet darstellt.

## 2.3 Grundlagen

Die Psychotherapie und Psychosomatik als Anwendung psychologischer Verfahren zur Erforschung, Diagnostik und Behandlung psychogener Erkrankungen bezieht ihre Grundlagen aus der Psychologie einerseits, aus der Psychiatrie und den Neurowissenschaften andererseits.

### Psychologische Konzepte und Theorien

In der Psychotherapie und Psychosomatik bestehen mehrere Strömungen und eine Vielzahl von Konzepten, Theorien und Methoden nebeneinander. Die wichtigsten, die auch die Basis für die psychotherapeutische Versorgung darstellen, sind die psychoanalytischen und die verhaltenstherapeutisch-behavioristischen Verfahren. In Ländern wie Österreich und der Schweiz stehen sie im Wettbewerb mit anderen Verfahren, insbesondere mit der Gestalttherapie, der Gesprächstherapie, systemtheoretischen und körperorientierten Verfahren.

- Die *psychoanalytischen Verfahren* basieren auf der Krankheitslehre der Psychoanalyse. Sie zentrieren beim Zugang zum Kranken bzw. zur Krankheit sowohl auf die bewussten als auch die unbewussten innerseelischen Vorgänge (Psychodynamik) und werden deshalb auch *psychodynamisch* genannt. Sie berücksichtigen auch stö-

rungsrelevante psychosoziale Krankheitsfaktoren.

- Die *verhaltenstherapeutischen Verfahren* beruhen auf der Lernpsychologie und werden auch als *Verhaltensmedizin (Behaviour Therapy)* bezeichnet. Sie betrachten psychogene Krankheiten vor allem als gelerntes Fehlverhalten und beschäftigen sich daneben besonders mit der Krankheitsbewältigung. Heute gibt es ein breites Spektrum von verhaltenstherapeutischen Verfahren.

### Neurobiologische Grundlagen

Durch das Zusammenwirken von neuroanatomischen und psychophysiologischen Forschungen gibt es heute eine rational begründete Vorstellung von der Entstehung und Veränderung psychischer Strukturen.<sup>11</sup> Danach finden Erfahrungen in funktionalen Zuständen des Gehirns ihren Niederschlag. Diese beruhen auf elektrophysiologischen Potenzialen an den Verknüpfungspunkten (Synapsen) zwischen den Nervenzellen mit Hilfe biochemischer Neurotransmitter (Brückenstoffe). Diese neuronalen Verknüpfungen bilden funktionelle Systeme, die als neuronale Netze bezeichnet werden. Man kann sie nach heutigem Erkenntnisstand als somatische Korrelate von definierten Erregungszuständen betrachten. Dysfunktionale neuronale Netzwerke können durch Psychotherapie verändert werden.

Über dieses allgemeine Verständnis hinaus hat die Hirnforschung inzwischen außerordentlich differenzierte Erkenntnisse über die Lokalisation von emotionalen und affektiven, kognitiven und vegetativen Funktionen erbracht. Danach ist insbesondere das limbische System im Zwischenhirn als Schaltareal zwischen psychischen, kognitiven und körperlich-vegetativen Prozessen identifiziert worden. Für

<sup>11</sup> Eine umfassende Übersicht findet sich bei Schiepek (2003/2016), Haken u. Schiepek (2006) sowie Brunner (2017)



das Verständnis der Affektregulation, der Verarbeitung überwältigender affektiver Erregungen, z. B. bei Traumatisierungen, und für die Entstehung psychosomatischer Symptome kommt der Interaktion von hormonellen, zentralnervösen und autonomen Regulationen in diesen Arealen eine Schlüsselposition zu.

Averbale Formen der Kommunikation haben durch neurophysiologische Resonanzphänomene eine Erklärung gefunden. Diese beruhen auf der Aktivität von Spiegelneuronen, die bewirken, dass im Gehirn von Menschen, die mit einander in Beziehung sind, gleiche neuronale Prozesse ablaufen. Diese Prozesse bilden die neuronale Grundlage für Nachahmen, Lernen und Intuition und bilden die Basis für die Entwicklung der Persönlichkeit.

Als Mittler zwischen seelischen und körperlichen Prozessen spielt das Immunsystem eine bedeutende Rolle. Insbesondere Trennungen und Verluste verändern über spezifische Botenstoffe (z. B. Interleukin und Interferon) die Regulationsfähigkeit des Immunsystems und fördern z. B. die Anfälligkeit für Infektions- und möglicherweise auch für Tumorerkrankungen. Außerdem sind spezielle Hormone bekannt, die erlebnisreaktiv Einfluss auf das Affekterleben haben, z. B. Hypophysen-/Nebennierenrinden-Hormone mit speziellem Einfluss auf das depressive und Angsterleben.

## 2.4 Traditionelle und neuere Aufgaben

Den Anfang nahm die Psychotherapie, wie schon erwähnt, mit der Hypnosebehandlung von Konversionsstörungen. Das sind körperlich in Erscheinung tretende Konfliktstörungen, die wir heute zu den somatoformen Störungen zählen. Rasch kam die Behandlung von psychischen Konfliktstörungen hinzu, insbesondere von hysterischen und Zwangsneurosen. Sie bildete das Forschungsfeld, in dem in der ersten Hälfte des 20.

Jahrhunderts die Psychoanalyse entwickelt wurde.

Mit dem Aufkommen des psychotherapeutischen Interesses in der Inneren Medizin gewannen Somatisierungsstörungen (► Kap. 10) und die Gruppe der klassischen Psychosomatosen (► Kap. 12) zunehmend an Bedeutung. Zugleich entstand im Arbeitsfeld psychotherapeutisch engagierter Psychiater ein starkes Interesse an der Psychotherapie von Psychosen. Da sie die anfänglichen Erwartungen nicht erfüllte, verlor sie – vor allem nach der Entdeckung der Neuroleptika – später wieder an Bedeutung.

Um 1950 wandelten sich das Spektrum der Behandlung und der Verfahren in der Psychotherapie. Neben die Psychoanalyse, die bis dahin die beherrschende Behandlungsform bei neurotischen Konfliktstörungen war, trat die Verhaltenstherapie. Innerhalb der Psychoanalyse entwickelte sich die Ichpsychologie. Sie erweiterte das Verständnis für die »schwereren« Pathologien, für die das traditionelle psychoanalytische Konzept der Triebpsychologie nicht mehr angemessen erschien. Zunehmend kamen nun »Grenzfälle« in psychotherapeutische Behandlungen, d. h. Patienten mit Strukturstörungen. Seit etwa 1975 bilden Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, narzisstischen Störungen und Borderline-Störungen eine immer stärkere Patientengruppe. Heute stellen sie rund die Hälfte der Behandlungsfälle dar.

Als jüngeres Arbeitsfeld entstand die Arbeit mit primär körperlich Kranken mit Problemen bei der Krankheitsbewältigung und psychischen Folgen ihrer Erkrankungen und deren medizinischer Behandlung. Dieser Bereich bildet als *somatopsychische Medizin* die zweite Säule der Psychosomatik. Weitere aktuelle Aufgaben sind das Krankheits- und Gesundheitsverhalten, Prävention und Rehabilitation und – seit inzwischen längerer Zeit – die Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Störungen, die lange in der Psychotherapie wenig Beachtung gefunden hatten (► Kap. 7).

# **Krankheit und Krankheitsentstehung**



# 1 Psychosoziale Aspekte des Krankseins

1.1	Krankheitsrisiko .....	27
1.1.1	Psychosoziale Risikofaktoren .....	28
1.1.2	Komorbidität .....	30
1.2	Krankheitsbewältigung – Das Coping-Konzept .....	32
1.2.1	Bewältigungsprozess und Bewältigungsformen .....	32
1.2.2	Krankheitsbezogene Bewältigungsaufgaben .....	35
1.3	Die therapeutische Beziehung .....	37

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, während sie **Krankheit** als Abwesenheit der so verstandenen Gesundheit definiert.

Was als krank und was als gesund betrachtet wird, unterliegt gesellschaftlichen Wertungen und einem historischen Wandel und hängt davon ab, welche Toleranz eine Gesellschaft für Abweichungen von der Norm hat. Je mehr ein Befinden, ein Erleben oder Verhal-

ten als krank definiert wird, desto mehr wird es ausgegrenzt und zur Aufgabe der Medizin. Dabei bilden Krankheit und Gesundheit keine Pole, die sich ausschließen. Es gibt zwischen beiden Zuständen vielmehr Abstufungen und Übergänge. Ob jemand sich krank fühlt, ob und in welchem Ausmaß er darunter leidet und ob er sich in Behandlung begibt, hängt von einer Vielzahl persönlicher Eigenschaften und Einstellungen und von der Haltung und Reaktion der Umgebung ab. Bedeutende individuelle Faktoren sind dabei Empfindsamkeit und Klagsamkeit, Vulnerabilität und Stressresistenz.

## 1.1 Krankheitsrisiko

Gesundheit ist ein dynamisches Gleichgewicht zwischen körperlichen und seelischen Strukturen und Funktionen im Austausch mit der Umwelt. Das Gesundheitsverhalten dient dazu, dieses Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, indem die Betroffenen Störungen ausgleichen oder vorbeugende Maßnahmen

ergreifen, auch wenn noch keine Beeinträchtigungen bestehen.

Demgegenüber führt ein Risikoverhalten kurzfristig oder langfristig zur Beeinträchtigung der Gesundheit, vor allem bei den sog. Zivilisationskrankheiten. Risikoverhalten ist z. B. Bewegungsmangel, Fehlernährung, Alko-

hol- und Nikotinkonsum, Vernachlässigung von Früherkennungsmaßnahmen u. a. Die Ursachen des Risikoverhaltens liegen weniger in fehlender Aufklärung und geringem präventiven Wissen als in bewussten und unbewussten Motiven, wie z. B. in einer Selbstbestrafung oder latenter Suizidalität oder in der Psychodynamik süchtigen Verhaltens.

### 1.1.1 Psychosoziale Risikofaktoren

Die psychosomatische Forschung hat mit dem Konzept der psychosozialen Risikofaktoren ein Modell der Entstehung und Auslösung von Krankheiten entwickelt, das in gleicher Weise für somatische, psychosomatische und psychische Störungen Gültigkeit hat (▼ Übersicht).

#### Psychosoziale Risikofaktoren

- Stress, chronische Überforderung, z. B. durch Arbeitsunzufriedenheit und Überlastung am Arbeitsplatz oder durch anhaltende familiäre Probleme
- Belastende emotionale Erlebnisse, kritische Lebensereignisse (Life events), z. B. Verlust nahestehender Menschen
- Chronische Krankheit und Behinderung, Pflegefälle in der Familie
- Ungünstige sozioökonomische Bedingungen, finanzielle Sorgen
- Starke soziale Mobilität, Migration, Flucht und Vertreibung
- Persönlichkeitsmerkmale, insbesondere eine sog. Risikopersönlichkeit (s. unten)

#### Stress

Als generelles Krankheitsrisiko gilt der Stress.<sup>12</sup> Darunter versteht man psychische, psychosoziale und körperliche Belastungen, die das

seelische und körperliche Gleichgewicht bedrohen. Sie rufen Stressreaktionen hervor, die von der Intensität und Art des Stressors, von Persönlichkeitsfaktoren und vom persönlichen Umfeld abhängen. Ob damit eine Anpassung gelingt oder ob es zur Manifestation psychischer und somatischer Krankheiten kommt, hängt von der Art und Intensität der Belastungen, von Persönlichkeitsfaktoren und von den Umgebungsfaktoren ab, z. B. vom Ausmaß der sozialen Unterstützung.<sup>13</sup>

Die Verknüpfung zwischen äußerer Stressbelastung, innerer Disposition und Krankheitsmanifestationen wird durch konstitutionell angelegte Stressbewältigungsprogramme geregelt. Diese werden durch die Erfahrungen in den frühen Entwicklungsjahren ausgeformt. Dabei scheinen insbesondere traumatische und Trennungserfahrungen Beeinträchtigungen zu bewirken. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen Stressbewältigung und Bindungserfahrungen.

Solche Programme wurden beispielhaft in der *Psychoimmunologie*<sup>14</sup> untersucht. Dabei wurde entdeckt, dass über hormonelle und neuronale Übertragungswege eine enge Verknüpfung zwischen affektiven Zuständen und dem Immunsystem besteht. Sie ist die Basis dafür, dass psychisch belastende Zustände das Immunsystem schwächen können. Dadurch können die Betroffenen für Krankheiten anfällig werden – vom banalen gripalen Infekt bis hin zu schwerwiegenden Erkrankungen. Diese Erkenntnisse erklären das häufige Zusammentreffen von Krankheit und Belastung, z. B. bei Verlusterlebnissen (Tod und Trauer) und nach Trennungen. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Krebserkrankungen diskutiert, sind dort aber umstritten.

---

13 Badura (1981)

14 Übersicht bei Klosterhalfen u. Klosterhalfen (1990)

---

12 Selye (1956)

Die Neurobiologie beschreibt die somatischen Korrelate solcher Reaktionen auf der humoralen und morphologischen Ebene. Dabei hat der Hippocampus als zentrale Schaltstelle des limbischen Systems eine herausragende Bedeutung. Über die Ausschüttung von Stresshormonen (Interleukin, Kortisol)

kommt es zunächst zu funktionellen Veränderungen im Gehirn und bei anhaltendem Stress zu dauerhaften, wahrscheinlich organischen Veränderungen. Sie können auch andere Organe z. B. das Herz-Kreislauf-System betreffen und spielen bei der Entstehung von Psychosomatosen eine Rolle (► Kap. 12.2.2).

### Risikoverhalten und Krankheit am Beispiel der koronaren Herzerkrankung (KHK)

- **Krankheitserscheinungen**

Die Angina pectoris ist das Leitsymptom der koronaren Herzerkrankung. Sie ist in der Regel gekennzeichnet durch reversiblen, belastungsabhängigen, retrosternalen Schmerz. Er wird – im Gegensatz zum Schmerz bei Herzneurosen (► Kap. 10.3.3) – häufig gering bewertet oder dissimuliert. Typische Komplikationen sind myokardiale Insuffizienz, rhythmogener (Sekunden-)Herztod und Herzinfarkt.

- **Epidemiologie**

Die KHK betrifft ca. ein Prozent der Bevölkerung. Über die Hälfte der Männer über 45 Jahre haben eine Koronarsklerose.

- **Psychosomatische Faktoren**

Die Koronardurchblutung wird durch emotionale Belastungen und Risikoverhalten beeinträchtigt. Das Verhalten entspricht dem sog. Typ A. Psychodynamisch lässt es sich als eine Abwehr von Abhängigkeits- und Hingabewünschen und als Schutz vor narzisstischer Kränkung verstehen. Daneben bestehen weitere psychisch (mit)bedingte Risikofaktoren: Rauchen, Hypertonie, Übergewicht, hektische Lebensweise und deren Folgen. Infarktauslösend sind oft psychosoziale Situationen, die als Niederlagen, Verluste (z. B. Todesfälle) und narzisstische Kränkungen erlebt werden.

- **Therapeutische Beziehung**

Sie ist im chronischen Krankheitsstadium durch leichte Kränkbarkeit, Angst vor Abhängigkeit und Dissimulation gekennzeichnet. Beim akuten Infarktpatienten richten die Patienten Wünsche nach Geborgenheit, Stützung und Trost auf den Arzt bzw. klinischen Psychologen. Allerdings sind sie oft hinter einer Abwehr der Verleugnung verborgen und schwer zu erkennen.

- **Psychotherapie**

Therapeutisch stehen bei chronisch Koronarkranken die Aufklärung, Förderung der Compliance, Entspannungsmaßnahmen und verhaltensmedizinische Beeinflussung des Lebensstiles im Vordergrund. Beim akut Kranken müssen die fast immer vorhandene reaktive Depression und Angst durch stützende Gespräche aufgefangen und ggf. konfliktzentriert aufgearbeitet werden. In der Rehabilitation können psychotherapeutisch geführte »Koronar«-Gruppen dazu beitragen, dass hypochondrische Ängste abgebaut werden und die Verleugnung von Ängsten und Depressionen gemildert wird.

## Risikopersonlichkeit

Als Risikopersonlichkeiten werden Muster von Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen beschrieben, die auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge, insbesondere auf früh verinnerlichte Beziehungserfahrungen zurückgehen und zu bestimmten Formen von Erkrankungen disponieren. So ist z. B. als Risikopersonlichkeit für die Entwicklung eines chronischen somatoformen Schmerzsyndroms eine sog. Schmerzpersönlichkeit (»Pain-prone-personality«) bekannt. Auch bei der Erforschung der koronaren Herzerkrankung (▲ Übersicht) wurde eine Risikopersonlichkeit gefunden: der »Persönlichkeitstyp A« bzw. das Typ-A-Verhalten<sup>15</sup>. Dieses ist charakterisiert durch besonders starken Ehrgeiz, Dominanzstreben, Arbeitseifer, beständigen Zeitdruck und die Unfähigkeit, sich zu entspannen.

## Kritische Lebensereignisse (Life events)

Lebensveränderungen werden zum Krankheitsrisiko, wenn sie nicht voraussehbar und nicht kontrollierbar sind. Das geschieht, wenn innere und soziale Ressourcen nicht ausreichen, um die Beunruhigung oder das Gefühl der Bedrohung auszugleichen, das mit gravierenden Veränderungen des Lebens verbunden ist. Man spricht dann von kritischen Lebensereignissen, sog. *Life events*.<sup>16</sup>

Beispielhaft wurde der Einfluss von kritischen Lebensereignissen in der Herzinfarktforschung untersucht<sup>17</sup>. Danach gehen der Manifestation der koronaren Herzerkrankung häufig nicht bewältigte Lebensereignisse voraus. Als stärkstes Risiko gilt dabei der Tod der Partnerin oder des Partners.

Bei entsprechender neurotischer Disposition werden kritische Lebensereignisse zur Auslösesituation für die Krankheitsentstehung.

Maßgeblich ist dabei ihre subjektive Bedeutung. Als Auslösesituationen wirken sie, wenn sie einen Konflikt aktualisieren, den die Betroffenen in ihrer Entwicklung nicht gelöst und stattdessen verdrängt haben. Misslingt die Konfliktlösung auch bei der aktuellen Wiederholung, dann werden neurotische Konfliktstörungen gebahnt.

## 1.1.2 Komorbidität

Krankheiten und Störungen können einzeln bestehen. Es können aber auch mehrere nebeneinander vorliegen. So können körperliche und seelische Erkrankungen gleichzeitig bestehen, ebenso wie mehrere seelische Störungen zusammen auftreten können. Dieses Zusammentreffen von zwei oder mehreren Erkrankungen bezeichnet man als *Komorbidität*.

In der Psychotherapie bestand lange die Neigung, psychische Symptome einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer einzigen, möglichst ätiologisch begründeten Hauptdiagnose zusammenzufassen. Es bestand Zurückhaltung, Symptome auf mehrere diagnostische Entitäten und Achsen zu verteilen. Dahinter stand die Vorstellung, dass es zu einer gegebenen Zeit nur *eine* psychodynamische Dekompensation geben könne, aus der sich auch nur eine psychogene Erkrankung speisen könne.

Mit den Klassifikationssystemen ICD und DMS hat sich das Komorbiditätsprinzip der Diagnostik durchgesetzt. Es zentriert auf die Ebene der Phänomenologie. Das Zusammentreffen von zwei oder mehreren Erkrankungen wird danach – unabhängig von der Ätiologie – in Mehrfachdiagnosen dokumentiert.

Im Bereich der Psychotherapie ist Komorbidität häufig. Man findet sie vor allem bei Persönlichkeitsstörungen (► Kap. 8) und posttraumatischen Störungen (► Kap. 7.4). In einer Studie von 1994 fand man bei 52 Prozent der Teilnehmer keine, bei 21 Prozent eine, bei 13 Prozent zwei, und bei 14 Prozent drei oder

---

15 Roseman u. Friedman (1977)

16 Siegrist (1980)

17 Siegrist u. a. (1982)

mehr psychische Störungen. Persönlichkeits- und posttraumatische Störungen können zusammen mit Symptomneurosen auftreten. Es können aber auch mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig diagnostiziert werden.

Neben Angststörungen bestehen häufig Somatisierungsstörungen oder bei depressiven Syndromen Sexualstörungen. Auch bei Verhaltensstörungen werden oft Mehrfachdiagnosen vergeben, z. B. Essstörung und narzisstische Persönlichkeitsstörung. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass es sich zumeist nicht um das gleichzeitige Auftreten von zwei ätiologisch unterschiedlichen Störungen handelt, sondern dass die Psychodynamik, die zugrunde liegt, sich auf verschiedene Weise auf der Symptomebene niederschlägt. Hier macht das Konzept der Komorbidität bei genauerer psychodynamischer Betrachtung keinen Sinn.

Aber auch die Komorbidität von psychischen und körperlichen Störungen und Erkrankungen ist relativ häufig.<sup>18</sup> Zwischen 10 und 20 Prozent der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen dürften zugleich psychische bzw. psychosomatische Störungen aufweisen. Wenn eine primär körperliche Erkrankung zur Auslösesituation einer psychogenen Störung wird, z. B. ein Herzinfarkt zum Initiator einer Angststörung, dann kann man von einer *sekundären psychogenen Störung* sprechen. Diese Komorbidität ist bedeutungsvoll, weil die Patienten vor einer doppelten Bewältigungsaufgabe stehen, welche doppelte psychische Anpassungsarbeit erfordert, und zumeist ein zweigleisiges Vorgehen in der Behandlung erforderlich ist.

Die Beurteilung der Komorbidität ist kompliziert, weil die Ätiologie oft schwer einzuschätzen ist. Dabei kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht:

- *Mehrere psychogene Störungen* können nebeneinander bestehen, z. B. eine Zwangsstörung und eine bulimische Essstörung.

Dabei nähren sich beide in der Regel nachvollziehbar aus derselben Psychodynamik. Aus deskriptiver Sicht bestehen zwei Störungen; aus psychodynamischer kann man annehmen, dass die Spannungsabfuhr durch Erschöpfung der Abwehr oder zusätzliche belastende Faktoren ausgeschöpft ist und deshalb eine »Zweitkrankheit« erforderlich ist. Man wird dieses Syndrom als ein Phänomen behandeln.

- *Reine Koinzidenz* besteht, wenn keine plausible Verknüpfung zwischen den Erkrankungen zu erkennen ist, z. B. eine Angststörung und ein Diabetes.
- Eine *sekundäre psychogene Störung* kann man annehmen, wenn eine Verknüpfung in dem Sinne besteht, dass die körperliche Erkrankung als psychodynamisch spezifische Auslösesituation fungiert und eine psychische Dekompensation bewirkt. Im Allgemeinen führt die körperliche Grunderkrankung dann zur Regression und aktiviert Affekte, die dann mit der Symptomatik abgewehrt werden. So kann ein Herzinfarkt verdrängte Todesängste aktivieren und eine depressive Störung triggern.
- Auch bei den *somatopsychischen Störungen* kann man von einer Komorbidität sprechen. Hier erscheint die psychogene Störung als seelische Reaktion auf eine primär körperliche Erkrankung. Im Unterschied zu den sekundären psychogenen Störungen gibt es hier aber keine vorbestehende neurotische Disposition. Beispiele sind depressive Reaktionen nach einer Krebsdiagnose oder Brustamputation.
- Auch *symptomatische psychische Störungen* sind in Betracht zu ziehen. Psychische Störungen können nämlich auch durch pathophysiologische Prozesse hervorgerufen werden. So gibt es symptomatische Depressionen und Angstzustände als Folge von Entgleisungen der hormonellen Steuerung (Hypo- und Hyperthyreose) oder durch Toxine (z. B. in der Rekonvaleszenz nach einer Infektion) (► Kap. 14.13).

18 Kleese u. a. (2008)



- Schließlich ist als verwandtes Phänomen auch die Ätiologie der *Psychosomatosen* (► Kap. 12) zu bedenken: So kann eine Depression im Zusammenwirken mit kör-

perlichen Krankheitsfaktoren und einem belastenden Life event eine körperliche Krankheit im Sinne einer Psychosomatose hervorrufen, z. B. ein Magengeschwür.

## 1.2 Krankheitsbewältigung – Das Coping-Konzept

Man versteht unter **Coping** (*to cope* [engl.] umgehen mit, bewältigen) das bewusste bzw. bewusstseinsnahe Bemühen, psychische Belastungen, die im Zusammenhang mit Krankheiten auftreten, emotional, kognitiv und durch Handeln zu bewältigen.

Krankheitsbewältigung und Krankheitsverlauf stehen in einer Wechselwirkung zueinander: Die Art und Effizienz der Krankheitsbewältigung wirkt sich auf den Verlauf der Krankheit aus; umgekehrt führen bestimmte Einbrüche im Verlauf einer Krankheit zu neuen Bewältigungsaufgaben. Wichtige krankheitsbedingte Belastungen, d. h. wichtige Bewältigungsaufgaben, sind:

- Veränderungen der Unversehrtheit des Körpers und des Wohlbefindens
- Änderungen im Selbstbild und Körperschema, Verlust von Autonomie und Kontrolle über den Körper und die Situation
- Störungen des emotionalen Gleichgewichts, Gedanken an Sterben und Tod
- Verunsicherung hinsichtlich der Veränderung von Verantwortung und sozialen Aufgaben
- Notwendige soziale Anpassungsleistungen, Sorgen um Angehörige und um den Arbeitsplatz

### Subjektive Krankheitstheorie

Einen bedeutenden Einfluss auf die Krankheitsbewältigung haben die Vorstellungen,

welche die Betroffenen sich von den Ursachen und der Funktion ihrer Krankheit machen, und welche Bedeutung sie ihr zuschreiben (attributionieren). Wir sprechen von der subjektiven Krankheitstheorie. Sie steht oft im Widerspruch zum medizinischen Krankheitsverständnis und zum rationalen Wissen der Betroffenen. Teilweise ist sie bewusst, großenteils aber unbewusst. Indem sie das Krankheitsverhalten beeinflusst, ist sie eine Einflussgröße auf den Krankheitsverlauf und das Ergebnis des Bewältigungsprozesses.<sup>19</sup>

In der subjektiven Krankheitstheorie schlagen sich persönliche Erfahrungen und Kenntnisse sowie familiäre und soziokulturelle Haltungen und Bewertungen nieder. Dabei können einer Krankheit verschiedene Bedeutungen zugeschrieben werden: Selbstbestrafung, Auflehnung, Entlastung, Verlust oder Bedrohung u. v. a. Diese Zuschreibungen werden aus der Persönlichkeit des Betroffenen verständlich und können oft aus seiner Lebensentwicklung heraus nachvollzogen werden.

### 1.2.1 Bewältigungsprozess und Bewältigungsformen

Eine Krankheit bedeutet nicht nur eine Störung des körperlich-seelischen Gleichgewichts, sondern oft auch einen Verlust von Möglichkeiten und Fähigkeiten. Sie wirkt innerseelisch wie ein Verlusterlebnis und löst eine Art

---

<sup>19</sup> Verres u. a. (1985)

Verlust- bzw. Trauerarbeit aus, einen Prozess, der phasenhaft verläuft. Er wird als *Bewältigungsprozess*<sup>20</sup> bezeichnet. Wenn die Bewältigung misslingt, treten Symptome auf, die als somatopsychische Anpassungsstörung (► Kap. 6.3) bezeichnet werden. Phänomenologisch betrachtet, handelt es sich dabei zumeist um depressiv-ängstliche Syndrome bzw. Somatisierungsstörungen.

Bewältigungsprozesse haben eine kognitive, eine affektive und eine handlungsbezogene Dimension. Man unterscheidet dabei verschiedene Bewältigungsformen (▼ Übersicht). Sie lassen sich zu drei typischen Bewältigungsstilen zusammenfassen<sup>21</sup>: Verleugnung, aktive Auseinandersetzung und depressiver Rückzug.

### Wichtige Bewältigungsformen (Copingstrategien)

- Verleugnung der Krankheit
- Sich ablenken
- Zupacken
- Schuldzuweisung an andere
- Rückzug und Resignation
- Dissimulieren von Krankheitserscheinungen
- Problemanalyse
- Haltung bewahren
- Gefühlsisolation: Nichtwahrnehmen von Gefühlen

An der Bewältigung einer Krankheit sind auch psychodynamische Faktoren beteiligt. So ist die Art und Weise, wie man mit einer Krankheit umgeht, z. B. davon abhängig,

- welche *subjektive Bedeutung* man ihr zuschreibt (subjektive Krankheitstheorie): ob man in ihr eine gerechte Bestrafung sieht

oder eine »unverdiente Bestrafung«, eine Gefährdung der Sicherheit und Anerkennung usw.,

- welche *früheren Erfahrungen mit Krisen und Krankheit* man gemacht hat: So kann eine Erkrankung wie eine Retraumatisierung nach früheren unverarbeiteten Verlusterlebnissen wirken,
- welche Erfahrungen mit *hilfreichen Beziehungen* man in seinem Leben gemacht hat.

Dieser psychodynamische Einfluss auf das Bewältigungsverhalten ist im Allgemeinen unbewusst und dient in seinen verschiedenen Formen der Abwehr von unbewussten Ängsten, die im Zusammenhang mit Krankheiten entstehen. Sie stellen, neben den äußeren Belastungen, eine zusätzliche Bewältigungsaufgabe dar.

### Bewältigung und Abwehr<sup>22</sup>

Bewältigung und Abwehr beschreiben ähnliche und teilweise sogar identische Vorgänge aus der Sicht verschiedener theoretischer Konzepte: Das Abwehrkonzept stammt aus der Psychoanalyse, das Bewältigungskonzept aus der Verhaltensmedizin. Dadurch ergeben sich begriffliche Unklarheiten, die auch durch eine Gegenüberstellung wie die folgende nicht endgültig aufzuheben sind. Es bleibt eine Unschärfe der Abgrenzung, die beim Mechanismus der Verleugnung besonders deutlich ist.

- *Bewältigungs- oder Copingverhalten* zielt auf bewusste Erlebnisse ab, z. B. auf Behinderungen oder bewusste Todesangst. Es trägt dazu bei, diese Erlebnisweisen zu lindern, ohne dass sie im engeren Sinne unbewusst werden. Sie sind, selbst wenn die Betroffenen nicht ständig daran denken, an sich bewusstseinsfähig bzw. erinnerbar. Die Bewältigungs- oder Copingmechanismen

20 Lazarus (1966)

21 Z. B. die Berner Bewältigungsformen (BeFo) von Heim (1988)

22 Vgl. Haan (1977), Kächele u. Steffens (1988)

sind also mehr oder weniger bewusst eingesetzte Denk-, Empfindungs- und Verhaltensstrategien.

- *Abwehr* (► Kap. 2.1.2) richtet sich dagegen auf unbewusste Erlebnisinhalte, z. B. auf unbewusste Affekte, Phantasien oder Konflikte. Sie sorgt dafür, dass diese auch unter besonderen Belastungen und Provokationen unbewusst bleiben. Die Abwehrprozesse selbst – Verdrängung, Projektion, Spaltung usw. – werden aus psychodynamischer Sicht der psychischen Instanz des Ich zugeschrieben. Sie sind als solche unbewusst. Allerdings können Prozesse wie Verdrängung und Verleugnung auch als bewusste Strategien eingesetzt werden. Dann wären sie, streng systematisch betrachtet, als Bewältigungsmechanismen zu bezeichnen.

## Verleugnung

Die Verleugnung spielt sowohl beim bewussten Bewältigungsverhalten als auch bei der Abwehr von krankheitsbedingten unbewussten Ängsten und Konflikten eine wichtige Rolle. Man versteht darunter, dass Gefährdungen oder Beeinträchtigungen einfach nicht anerkannt werden, obwohl die Betroffenen darüber Bescheid wissen. Sie geben sich in ihren Einstellungen, Gefühlen und in ihrem Verhalten so, als wüssten sie gar nichts davon.

Die Verleugnung beeinflusst in vielfältiger Weise die therapeutische Beziehung und den Umgang mit Aufklärung, Behandlungsmaßnahmen und Vorschriften. Sie kann unterschiedlich umfassend sein. Man unterscheidet deshalb zwischen *totaler* und *partieller* Verleugnung.

Bei Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten ist ein *Middle Knowledge* zu beobachten: Die Betroffenen befinden sich in einem Zustand zwischen Wissen und Nichtwissen um ihre Krankheit; dieser ermöglicht es ihnen, wechselnde und unter-

schiedlich starke Angstzustände zu regulieren. Ein besonderes Problem ist die Wiederverleugnung (Re-denial), wenn Patienten, die bereits mehrfach und offen über ihre Erkrankung informiert worden sind, sich so verhalten, als hätten sie kein Wissen von der Bedrohlichkeit ihrer Situation. Diese Form der Verleugnung ist unabhängig vom Ausmaß der Aufklärung des Patienten.

## Bewältigungsergebnis

Die Annahme, dass die Qualität des Bewältigungsergebnisses im Sinne des »good Coping« davon abhängt, welche Art von Erkrankung bewältigt werden muss, lässt sich im Allgemeinen nicht bestätigen. Stattdessen ist es das Ausmaß der Beeinträchtigung im Krankheitsverlauf, das für das Bewältigungsergebnis ausschlaggebend ist. Außerdem hängt das Bewältigungsergebnis von der Persönlichkeit der Betroffenen ab.

Bis zu einem gewissen Grad ist ein aktives Bewältigungsverhalten, bei dem der Betroffene sich mit seiner Krankheitssituation bewusst auseinandersetzt, einem passiven Bewältigungsstil überlegen. Ein gewisses Maß an Passivität und Krankheitsverleugnung begünstigt aber das subjektive Befinden. Eine ständige bewusste Auseinandersetzung mit einer Krankheit führt hingegen, besonders bei chronischen Verläufen, zu einer zunehmenden Einengung des Gefühlslebens und zur emotionalen Erschöpfung.

Für behandelnde Ärzte und klinische Psychologen besteht bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten eine besondere Aufgabe darin, einzuschätzen, ob es für die Betroffenen besser ist, sich vertiefend mit ihrem Schicksal auseinanderzusetzen und z. B. über den Sinn ihrer Krankheit nachzudenken, oder ob es nicht hilfreicher für sie ist, sich abzulenken und ablenken zu lassen und an positive Aspekte ihres verbleibenden Lebens und ihrer Vergangenheit zu denken.

## 1.2.2 Krankheitsbezogene Bewältigungsaufgaben

Mit den Errungenschaften der modernen Medizin ergeben sich auch neue Herausforderungen, die das Bewältigungsvermögen der Patienten auf die Probe stellen. Lange Krankheitsprozesse, anhaltende Behinderungen, einschränkende Dauerbehandlungen oder eingreifende Operationen können die Kräfte

auf längere Sicht erschöpfen und somatopsychische Störungen (► Kap. 6.3) hervorrufen. Um Patienten bei der Verarbeitung und Bewältigung ihrer Krankheiten zu unterstützen, sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene somatopsychische Arbeitsfelder entwickelt worden (▼ Übersicht). Hier können nur einige der Aufgaben angedeutet werden, die sich daraus für die Psychotherapie und Psychosomatik ergeben (► Kap. 20.1).

### Somatopsychische Arbeitsfelder

#### Spezifische interdisziplinäre Bereiche

- Psychoendokrinologie
- Psychoonkologie
- Psychonephrologie
- Palliativmedizin
- Intensivmedizin

#### Psychosoziale Beratung

- Schwangerschaftsberatung, Fertilitätsberatung
- Bluterberatung, Hämophilieberatung
- Immunberatung, HIV-Aids-Beratung
- Koronarberatung, Infarktberatung
- Krebsberatung, Tumorberatung
- Stoffwechselberatung, Diabetikerberatung

### Intensivmedizin

Patienten, die im Rahmen der Intensivmedizin behandelt werden, stehen vor einer Vielzahl von Belastungen. Der Grund zur Intensivbehandlung ist im Allgemeinen eine bedrohliche Erkrankung, die Angst und Schrecken verursacht. Manchmal sind die psychischen Funktionen, die eine Orientierung und Bewältigung erleichtern könnten, durch Narkosefolgen, Traumafolgen oder komatöse Zustände geschwächt. Oft war die Behandlung ganz unerwartet und plötzlich notwendig geworden. Die ungewohnte Umgebung mit unbekanntem Apparaten, fremden Menschen und verwirrenden Vorgängen führt zur Verunsicherung. Diesen Belastungen kann man nur schwer entgegenwirken. Wichtige Hilfen sind Kontaktangebot, Zuwendung und Information. Hilfreich sind insbesondere auch möglichst enge Kontakte zu Angehörigen und Freunden, die der Einsamkeit und Not der Patienten, allein schon durch Anwesenheit und Vertrautheit, begegnen können.

### Dialysebehandlung

Bei Patienten, die wegen schwerwiegender Nierenerkrankungen auf eine Dialyse angewiesen sind, führt die langfristige Abhängigkeit von der »Maschine« zu umfangreichen psychischen Problemen. Der Verlust oder zumindest die Einschränkung der Nierenfunktionen ruft Sorge, Depression und Trauer hervor. Das Angewiesensein provoziert aggressive Einstellungen gegen die »Maschine« und das Betreuungspersonal. Die Folgen der Beeinträchtigungen im persönlichen und beruflichen Bereich, wie Resignation, körperliche und sexuelle Einschränkungen, Berentung, wirtschaftliche Sorgen, Rückzug aus dem sozialen Aufgabenfeld u. v. a. sind lang dauernde Belastungen. Es entstehen dadurch nicht selten somatopsychische Anpassungsstörungen mit Depressivität, Angst und vegetativen Beschwerden. Als Folge anhaltender Belastungen können sich Gleichgültigkeit und Complianceprobleme bezüglich der Dialysebehandlung entwickeln. Die psychothera-

peutischen Aufgaben sind langfristig und mühevoll. Wichtig ist die Stabilität und Kontinuität der Betreuung, Problemlösungen, Stützung und Aktivierung des Patienten sind die wichtigsten inhaltlichen Aspekte.

### Operationen

Der Eingriff in die körperliche Intaktheit und Integrität stellt eine tiefe Verunsicherung und eine nachhaltige Störung des Sicherheitsgefühls dar. Operationen provozieren daher in der präoperativen Phase tiefe Ängste. Sie werden teilweise verleugnet und durch Übergängigkeit verdeckt, teilweise aber auch als Angst und Verzweiflung offen gezeigt oder sogar als Aggressivität gegen Ärzte, Pflegepersonal oder Angehörige gerichtet. Eine angemessene verständnisvolle Zuwendung und eine sachgerechte Information über das geplante Vorgehen und die erwarteten Folgen, Beruhigung und Anregungen zur Entspannung können dieser präoperativen Reaktion vorbeugen oder sie mäßigen. Neurotische Entwicklungen und Konflikte können sie aber auch verstärken. In solchen Fällen können gezielte psychotherapeutische Explorationen und Interventionen hilfreich sein, in denen subjektiv belastende Bedeutungen eines Eingriffs (Vorerfahrungen, Vorbilder, Schuldkonflikte und Selbstbestrafungstendenzen usw.) aufgedeckt und besprochen werden.

Postoperativ entsteht für die Patienten die Aufgabe, sich an die Situation als Operierte anzupassen. Die Operationsfolgen, z. B. Verlust von Organen oder Funktionen und die damit verbundenen Einschränkungen, müssen wahrgenommen, realistisch eingeschätzt

und betrauert werden. Dieser Prozess braucht Zeit. Viele Menschen brauchen eine längere Phase der Verleugnung, um sich der neuen Situation überhaupt zuwenden und sie ertragen zu können.

### Unterstützung bei der Bewältigung

Das Bewältigungsverhalten stellt im Allgemeinen den subjektiv bestmöglichen Umgang eines Kranken mit seiner Krankheit dar. Es ist eine kreative Leistung, die akzeptiert und respektiert werden sollte, auch wenn sie nicht unbedingt den persönlichen Vorstellungen des Behandlers entspricht. Unter bestimmten Voraussetzungen sind aber psychotherapeutische Interventionen erforderlich, um Bewältigungsversuche zu verbessern: Wenn das Bewältigungsverhalten selbstschädigend erscheint und z. B. notwendige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vermieden werden oder wenn es mit starken somatopsychischen Anpassungsstörungen verbunden ist.

Oft steht ein Arzt oder Psychologe, der psychisch belastete körperlich Kranke begleitet, vor der Frage, welche Patienten »Problempatienten« und welche »einfache« Patienten sind: Ein ruhiger, willfähiger Patient mag zwar »bequem« im Umgang sein, kann aber aufgrund seiner depressiven Verarbeitung zu einer resignativen Hinnahme seiner Krankheit gelangen, die ihm eine aktive Bewältigung erschwert. Dagegen kann ein Patient, der gegen seine Krankheit ankämpft, als sehr »schwierig« erscheinen, wenn er den Arzt oder Psychologen als einen Repräsentanten seiner Ängste und Verluste erlebt und einen Teil seiner Auseinandersetzung mit der Krankheit auch gegen diese richtet.

## 1.3 Die therapeutische Beziehung

Während die psychologische Betreuung von Klinikpatienten früher eine integrierte Aufgabe der Arztrolle war, ist sie in den letzten 30 Jahren mehr und mehr in die Hände klinischer Psychologen übergegangen. Das **Konzept der therapeutischen Beziehung** beschreibt, wie Patienten und ihr Arzt oder betreuender klinischer Psychologe miteinander in Beziehung stehen und welche Prozesse dabei eine Rolle spielen.

Die Beziehung zwischen einem Kranken und seinem Behandler wird von beiden Beteiligten gemeinsam gestaltet. Dabei kommen bewusste und unbewusste, individuelle und soziale Vorerfahrungen, Stile und Rollenvorgaben zum Tragen. Medizinsoziologisch betrachtet besteht die Beziehung aus einem Zusammenspiel zwischen der Krankenrolle und der Rolle des Arztes<sup>23</sup> bzw. Psychologen. Diese Rollen sind zueinander komplementär.

Die therapeutische Beziehung wird von Persönlichkeitsfaktoren geprägt, die in der Begegnung zusammentreffen (Empathie, Klagsamkeit usw.). Dabei kommt auch der soziale Hintergrund der Einzelnen zum Tragen. Es macht einen Unterschied aus, ob ein Arzt oder Psychologe eine Bäuerin oder einen Industriemanager untersucht. Ebenso spielt der Kontext der Begegnung eine Rolle. Ein Untersuchungsgespräch auf der Intensivstation wird sich anders gestalten als in der Landarztpraxis oder einer psychoanalytischen Fachpraxis. Der Wandel sozialer Normen der letzten Jahrzehnte betrifft auch die therapeutische Beziehung. Früher war diese von einem starken hierarchischen Gefälle bestimmt, in dem der Arzt als »Halbgott in Weiß« eine

unanfechtbar überlegene Position inne hatte; heute stehen der »aufgeklärte Patient« und sein Behandler viel stärker in einem partnerschaftlichen Verhältnis zueinander.

Deskriptiv lässt sich die therapeutische Beziehung auf zwei verschiedenen Ebenen beschreiben:

- *Die Sachebene* bezieht sich auf den Inhalt (das Was) von Informationen. Auf dieser Ebene beurteilt der Behandler als Experte den Kranken und die Krankheit aufgrund der Symptome und der körperlichen und seelischen Befunde. Daraus ergeben sich therapeutische Maßnahmen, die mit dem Patienten besprochen werden.
- *Die Beziehungsebene* bezieht sich auf den Modus (das Wie) des Informationsaustausches. Sie ist stark von Gefühlen und Empfindungen geprägt. Auf dieser Ebene sind nicht nur bewusste Eigenschaften, Einstellungen, Erlebnis- und Verhaltensweisen beteiligt, sondern auch unbewusste und irrationale Gefühle, Phantasien und Beziehungsmuster, die mit den realen Personen unmittelbar wenig zu tun haben, sondern unter dem Druck der Krankheitssituation auf die therapeutische Beziehung übertragen werden.

### Die Patientenrolle

»Patienten-« bzw. »Krankenrolle« ist ein medizinsoziologischer Begriff. Er beschreibt die psychosozialen Vorgaben, die sich für Betroffene aus einem Krankheitsgeschehen ergeben. Danach ist ein Kranker vorübergehend von seinen normalen sozialen Verpflichtungen befreit. Er wird weitgehend von der Verantwortung für sein Kranksein entbunden und hat dafür die Verpflichtung, alles zu tun, um gesund zu werden, d. h. speziell, mit dem Behandler zu kooperieren.

23 Parsons (1951)

Seine Bereitschaft, sich an die Anweisungen des Arztes oder Psychologen zu halten und mit ihm zu kooperieren, wird als *Compliance* bezeichnet. Sie ist ein Ausdruck des Umgangs mit der Krankheit, also des Krankheits- und Bewältigungsverhaltens. Sie ist aber auch ein Ausdruck der Beziehung zum Behandler. Non-Compliance ist meistens ein Zeichen für eine Störung der therapeutischen Beziehung.

Der Kranke genießt einen besonderen Genesungsschutz, z. B. durch die Krankschreibung und die Übernahme der Krankheitskosten durch das Sozialsystem. Die Vorteile, die mit dem Kranksein verbunden sind, z. B. Schonung, Versorgung und Trost, werden als *Krankheitsgewinn* bezeichnet. Er ist notwendig, um im Schutze der sozialen Entlastungen und Gratifikationen die Genesung zu fördern. Er kann aber auch dazu führen, dass der Kranke unbewusst an seiner Erkrankung festhält, um die Sicherheit, welche die Krankenrolle gewährt, nicht zu verlieren.

Die Anpassung an eine chronische Krankheit wird von der Medizinsoziologie als *Patientenkarriere*<sup>24</sup> beschrieben. Damit ist das Krankheitsgeschehen als psychosozialer Prozess gemeint. Er führt zu einer Veränderung des Selbstbildes und des Lebens des Kranken, der in einen ständig enger werdenden Bezug zum medizinischen Versorgungssystem tritt. Mit einer medizinischen Diagnose wird dem Patienten eine bestimmte Rolle, also ein durch Normen geregeltes Verhalten vorgegeben, in das er im Verlaufe seiner Patientenkarriere hineinwächst. Das gilt für somatische, psychische und psychosomatische Krankheiten in gleicher Weise.

### Die Behandlerrolle

Die ärztliche bzw. klinisch-psychologische Tätigkeit ist mit einem definierten Rollenverhalten verbunden. Vom Behandler wird z. B.

erwartet, dass er sein Bestes für die Heilung oder Linderung der Störung tut, den Patienten ungeachtet seiner Person behandelt, eine affektive Neutralität wahrt und den Patienten nicht zur emotionalen Befriedigung persönlicher Bedürfnisse gebraucht und seine eigenen Interessen hinter denen des Patienten zurückstellt.

Dieses professionelle Rollenverhalten beschreibt ein Idealbild des Arztes und gilt auch für den klinisch tätigen Psychologen. Innerhalb dieser normativen Beziehung gibt es immer auch eine persönliche Beziehung zwischen Behandler und Patient, in der bewusste und unbewusste individuelle Beziehungsmuster wirksam werden. Sie kann unter psychodynamischen Aspekten betrachtet werden: Die Art und Weise, wie der Patient und sein Behandler miteinander umgehen, zeigt, wie sie Beziehungen gestalten, erleben und welche früheren Erfahrungen sie bewusst und unbewusst in die Beziehung hineintragen. Deshalb wird die Beobachtung der therapeutischen Beziehung in der psychosomatischen Diagnostik auch als ein Zugangsweg genutzt, um die verinnerlichteten Beziehungserfahrungen zu erkennen (► Kap. 5.2).

### Regression der therapeutischen Beziehung: Übertragung, Gegenübertragung und Kollusion<sup>25</sup>

Die therapeutische Beziehung hat neben der sozialen eine innerseelische, psychodynamische Dimension. Sie beruht darauf, dass das Selbsterleben der Betroffenen in der Situation als Patienten bzw. Kranke mit äußeren und inneren Konflikten verbunden ist, mit Ängsten, Phantasien, Reaktivierungen traumatischer Erlebnisse und mit dem Zustand physischer und psychischer Schutzlosigkeit. Dadurch werden Abhängigkeitsbedürfnisse lebendig, die dem Abhängigkeitserleben der frühen Entwicklungsjahre der Kindheit äh-

---

24 Gerhardt (1986)

---

25 ► Kap. 16.2

neln. Diese »Rückkehr« in entwicklungsmäßig überholte Erlebnis- und Verhaltensweisen wird als *Regression* bezeichnet.

Im Zustand der Regression erlebt der Kranke sich wie ein Kind. Entsprechend schreibt er den Ärzten, Helfern und dem Pflegepersonal elterliche Funktionen zu, er projiziert bzw. überträgt auf sie die Elternrolle. Sie ist durch Schutz, Fürsorge, Macht, Vorsicht, Misstrauen u. v. a. geprägt. Diese *Übertragung* hängt davon ab, welche Erfahrungen ein Kranker mit wichtigen Beziehungspersonen in der Kindheit gemacht hat, als er von ihnen real abhängig war.

Übertragungen lassen sich meist daran erkennen, dass Reaktionen einer Situation nicht angemessen sind und von einem starken emotionalen Druck begleitet werden. Sie sind durch rationale Erklärungen, »Richtigstellungen« und kognitive Einsicht wenig zu beeinflussen und durch reale Erfahrungen nur schwer zu korrigieren. Es handelt sich vielmehr um ein Erleben, das durch innere, unbewusste Erfahrungen beeinflusst und motiviert ist. Viele Hoffnungen, Erwartungen, Enttäuschungen, Ängste und Befürchtungen von Kranken enthalten einen solchen irrationalen Übertragungsanteil. Sie können Ursache von Kommunikationsstörungen werden, vor allem dann, wenn sie nicht als Übertragungen erkannt werden.

Unter dem Einfluss von Übertragungseinstellungen verhalten sich Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal und natürlich auch Psychotherapeuten, die mit den Patienten zu tun haben, oft genau so, wie es der Übertragung entspricht. Sie verhalten sich »allmächtig«, wenn die Patienten sie idealisieren, oder reagieren verärgert, wenn diese unbewusst eine aggressive Behandlung erwarten (und diese auch provozieren). Die Übertragung wird dann durch eine passende *Gegenübertragung* beantwortet. In der Haltung des Behandlers vermischen sich solche Gegenübertragungsgefühle mit eigenen Übertragungsdispositionen, die ein Patient im Gegenüber auslöst. Diese Mischung macht es oft schwer, genügende Di-

stanz zu seinen Reaktionen zu bewahren und sorgsam und reflektiert damit umzugehen. Bei der Klärung helfen Fragen wie: Was macht der Patient mit mir? Wie fühle ich mich ihm gegenüber?

Oft kommt es zu einem einer *Kollusion*<sup>26</sup> (colludere [lat.] bedeutet zusammenspielen). Darunter versteht man ein unbemerktes Zusammenspiel zwischen Behandler und Patient (▼ Übersicht). Ihr liegen gemeinsame, verdrängte Ängste, Wünsche und Phantasien zugrunde, die durch die Kollusion auch gemeinsam unbewusst gehalten, d. h. abgewehrt werden. Die Vorgaben der Kranken- und Helferrolle leisten der Kollusion im medizinischen Versorgungssystem Vorschub. Sie versetzen den Patienten in die eher passiv-hilfsbedürftige und den Behandler in die aktivsteuernde Position.

#### Häufige Kollusionsmuster der therapeutischen Beziehung

- **Orale Kollusion**  
Der bedürftige Patient lässt sich von einem überfürsorglichen Behandler bemuttern.
- **Anal-sadistische Kollusion**  
Der gefügige Patient unterwirft sich dem autoritär-dominierenden Behandler.
- **Phallische Kollusion**  
Der schüchterne Patient bewundert den charmant-verführerischen Behandler.
- **Narzisstische Kollusion**  
Der bewundernde Patient idealisiert den Behandler, der die Grenzen seiner Möglichkeiten verleugnet.

So entsteht z. B. bei einer gemeinsamen Abwehr der Angst vor Trennung das sog. Helfersyndrom<sup>27</sup>: Die Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit wird unbe-

<sup>26</sup> Willi (1975); ► Kap. 18.2.1

<sup>27</sup> Schmidbauer (1977)



wusst zwischen Patient und seinem »Helfer« in einen regressiven Teil (Abhängigkeit) und einen progressiven Teil (Überlegenheit) aufgespalten und zwischen beiden »verteilt«; der Kranke nimmt dann eine ausschließlich regressiv-abhängige Position ein, der Helfer (Behandler) die progressiv-überlegene. Damit entsteht die Gefahr, dass die Beteiligten sich gegenseitig in ihrer Position fixieren und aneinander festhalten.

Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist von mehreren Merkmalen gekennzeichnet:

- Sie hat stützende und suggestive Wirkungen. Man spricht von der »Droge Arzt«<sup>28</sup> und meint damit, dass die Beziehung zum Behandler als einer mächtigen, hilfreichen Übertragungsfigur das am häufigsten verwendete Heilmittel ist.
- Unentbehrliche Beziehungselemente von Seiten des Behandlers sind die Sympathie für seinen Patienten und die Fähigkeit zur Empathie, d. h. zur Einfühlung in seine innere Welt.
- Hinzu kommt die Fähigkeit zur Distanz und zur affektiven Neutralität als Möglichkeit der Regulierung von Nähe und Distanz.

### Beziehungen im Krankenhaus

Eine besondere Herausforderung für die Patientenrolle stellt das Krankenhaus dar, in dem die therapeutische Beziehung in ein komplexes Beziehungsfeld eingebunden ist. Dadurch wird eine Aufteilung der verschiedenen Beziehungsaspekte ermöglicht. Typischerweise werden dort die emotional belastenden Anteile bevorzugt auf das Pflegepersonal übertragen, insbesondere auf die Krankenschwestern, während der distanziertere professionell-neutrale Umgang mit Patienten von den Ärzten übernommen wird. Die Integration dieser Beziehungspole ist umso schwieriger, je mehr das Leid eines Patienten Ärzte und

Pflegekräfte emotional anrührt. Dann lässt sich eine zunehmende Polarisierung zwischen den Berufsrollen beobachten: eine verstärkte professionelle Neutralität auf Seiten der Ärzte einerseits und ein zunehmendes emotionales Engagement auf Seiten des Pflegepersonals andererseits. Daraus können Konflikte in Behandlungsteams entstehen.

### Problempatienten

Patienten, mit denen die Kooperation schwierig ist oder misslingt, werden gern als Problempatienten betrachtet. Sie rufen beim Behandler oft Gefühle der Gereiztheit, der Ohnmacht und Gekränktheit hervor. Zu oft geht man dabei aber davon aus, das Problematische liege allein beim Patienten.

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Beziehung ist der Versuch, Gegenübertragungsgefühle des Behandlers zu reflektieren und ggf. zu kontrollieren. Dabei kann das Wissen über die o. a. Kollusionsmuster hilfreich sein. Oft muss man sich von der Idealvorstellung lösen, dem schwierigen Patienten immer helfen zu können. Das fällt besonders schwer, wenn die Anerkennung therapeutischer Grenzen vom Patienten mit Entwertungen des Behandlers beantwortet wird.

Die Probleme der therapeutischen Beziehung, vor allem des Umgangs mit Problempatienten, haben den Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint dazu geführt, patientenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen einzuführen. Diese *Balint-Gruppen* geben den Teilnehmern eine Gelegenheit, Einsicht in die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse der therapeutischen Beziehung zu gewinnen, die ihnen zunächst nicht bewusst waren.

Zu Beginn der Balint-Gruppensitzung stellt ein Behandler einen Patienten und seine eigenen Gefühle und Phantasien im Umgang mit ihm vor. Dann sammelt die Gruppe zusammen mit einem Gruppenleiter Phantasien und Einfälle zum Beziehungsgeschehen. Daraus wird ein gemeinsames Verständnis der Beziehungsmuster erarbeitet, die sich in der thera-

---

28 Balint (1957)

peutischen Beziehung darstellen. Die Arbeit an der Übertragung der Patienten und der Gegenübertragung der Behandler bewirkt zu meist eine Klärung und emotionale Entlastung und führt zu gemeinsamen Lösungsvorschlägen für die Beziehungsprobleme.

### *Zur Vertiefung empfohlene Literatur*

Balint M (1957), Beutel M (1988), Heim E u. Willi J bzw. Willi J u. Heim E (1982), Mitscherlich A (1967), Troschke J v (2004)

## 2 Erleben und Entwicklung aus psychoanalytischer Sicht

2.1	Psychodynamik und die Verarbeitung von Erfahrungen .....	42
2.1.1	Repräsentanzen .....	43
2.1.2	Konflikt .....	44
2.1.3	Struktur .....	50
2.2	Entwicklungspsychologische Grundlagen .....	53
2.2.1	Entwicklung und Reifung .....	53
2.2.2	Psychoanalytische Entwicklungstheorie .....	59
2.3	Marksteine der Entwicklung .....	72
2.3.1	Die frühe intentionale Entwicklung .....	72
2.3.2	Die frühe Individuationsentwicklung .....	74
2.3.3	Die Autonomieentwicklung .....	76
2.3.4	Die präödipale Entwicklung .....	77
2.3.5	Die ödipale Entwicklung .....	78
2.3.6	Entwicklungsaufgaben im weiteren Lebensverlauf .....	80

### 2.1 Psychodynamik und die Verarbeitung von Erfahrungen

**Psychodynamik**<sup>29</sup> beschreibt das Zusammenwirken zwischen bewussten und unbewussten seelischen Prozessen als Hintergrund des gesunden und gestörten Erlebens und Verhaltens. Sie betrachtet seelische Vorgänge als Reaktionen auf innere Erfahrungen und äußere Ereignisse. Diese werden im Wesentlichen aus der Sicht der Persönlichkeits- und Krankheitslehre der Psychoanalyse beschrieben.

Traditionell stand anfangs die intrapsychische Perspektive im Vordergrund, die den »psychischen Apparat« (die Dynamik zwischen den psychischen Instanzen) in das Zentrum der Betrachtung rückte. Neuere Entwicklungen zentrieren auf Beziehungserfahrungen mit anderen und deren Verarbeitung als Beziehungsmuster und Persönlichkeitsorganisation.

---

29 Vgl. Mentzos (2009)

## 2.1.1 Repräsentanzen

Im Zentrum des psychodynamischen Ansatzes stehen Wahrnehmungen im Innern und Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Mit Erfahrungen ist ein komplexes kybernetisches Geschehen gemeint: Motivationen, Erwartungen, Gestimmtheit, Erinnerung usw. Sie enthalten die Prozesse, die zusammenwirken, wenn ein Mensch sich mit anderen in Beziehung setzt. Sie werden Bestandteil der Persönlichkeit.

Erfahrungen werden verinnerlicht und bilden psychische *Repräsentanzen*. Das sind komplexe innere Arbeitsmodelle, die bewusste und unbewusste Vorstellungen von der eigenen Person und von anderen als Leitbilder für das Verhalten<sup>30</sup> enthalten:

- *Selbstrepräsentanzen* sind Vorstellungen von der eigenen Person, dem *Selbst*. Sie umfassen alles, das wir als zu uns gehörig betrachten. Sie schließen Ziele, Stimmungen, Fähigkeiten und die Körperlichkeit mit ein.
- *Objektrepräsentanzen* sind Vorstellungen von anderen Menschen, d. h. von den Objekten und allem, was wir zu ihnen gehörig annehmen.
- *Beziehungsrepräsentanzen* enthalten die Vorstellungen darüber, was uns mit anderen verbindet: Triebwünsche, Affekte, Handlungen und alles, was das Selbst und die Objekte verbindet.

Der Aufbau von Repräsentanzen ist eine spezielle Art der Informationsverarbeitung<sup>31</sup>. Ihr Ergebnis ist stark von konstitutionellen und entwicklungsmäßigen Faktoren abhängig. Eine zentrale Bedeutung hat dabei der neuropsychologische Entwicklungs- und Funktionszustand (► Kap. 2.2.1). Wir unterscheiden

- den *implizit-prozeduralen Modus*: Er ist der entwicklungsmäßig frühe, vorsprachliche Modus der Informationsverarbeitung und führt zu affektiven und sensorisch-somatischen Erinnerungsspuren im impliziten Gedächtnis,
- den *explizit-deklarativen Modus*: Er ist mit Bildvorstellungen verbunden, die in sprachlichen Begriffen und in bildhaften Symbolen gefasst sind und episodische, d. h. beschreibbare Repräsentanzen im expliziten Gedächtnis bilden.

Die Gestalt der Repräsentanzen ist von der Reife basaler Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Abwehr usw. abhängig. Sie wird von Umgebungsfaktoren beeinflusst, z. B. von der Art und der Qualität der Beziehungen und Bindungen, in denen man aufwächst. Auch wenn sie in den prägenden Frühphasen der Entwicklung angelegt werden, so werden sie doch das ganze Leben lang umgestaltet. Dabei bilden die ursprünglichen Verinnerlichungen den Kern, während die Umgestaltungen dadurch zustande kommen, dass sie in ähnlichen Situationen zwar aktiviert, jetzt aber mit neuen Erfahrungen verbunden und in veränderter Form wieder »gespeichert« werden.

Im Zentrum der Beziehungserfahrungen stehen Grundbedürfnisse. Dazu gehören das Streben nach Sicherheit, Bindung und Autonomie, narzisstische Geltung und Bestätigung, die Befriedigung von Triebbedürfnissen, das Streben nach Lust und Entspannung und die Abwendung von Angst, Überreizung und Frustration. Die Art und Weise der Verarbeitung dieser Grundbedürfnisse und die Unterstützung, welche die Umgebung dabei bereitstellt, formen die Persönlichkeit. Sie wird in einem lebenslangen Prozess in der Begegnung mit andern fortwährend weiterentwickelt und umgestaltet.

Neuere psychoanalytische Konzepte orientieren sich an der Säuglings- und Bindungsforschung und betrachten die Entwicklung des Selbst und der Repräsentanzen als einen

30 Kernberg (1976)

31 Edelman (1989)

*intersubjektiven Prozess.*<sup>32</sup> Dabei beachten sie nicht nur den Einfluss der Erziehungspersonen auf die Entwicklung, sondern ebenso die Einflussnahme des Säuglings bzw. des Kindes auf die Eltern und Erzieher. Sie beschreiben die Interaktionszirkel und die dabei entstehenden Erfahrungen. Das Selbst, also der Kern einer Person, entsteht danach aus der Bezo-genheit zwischen den Beteiligten und wird in jeder Begegnung neu gestaltet. So kann auch eine Psychotherapie neue Beziehungserfahrungen vermitteln und die Person verändern.

### 2.1.2 Konflikt<sup>33</sup>

**Konflikte** (*confligere* [lat.] zusammenstoßen) bezeichnen *unlösbare Gegensätze*, die als Widerstreit zwischen gegenläufigen Motivationen und Strebungen erlebt werden. Paradigmatisch dafür sind Triebkonflikte auf der reifen (neurotischen) Entwicklungsstufe, z. B. Konflikte zwischen Begehren und Versagung. Misslungene Konfliktlösungen bilden die Disposition für die Entstehung einer *Konfliktpathologie*.

In einem weiteren Sinne wird auch das *Antinomieverleben* (im Sinne von Widersprüchlichkeit) in frühen Entwicklungspositionen unter dem Paradigma einer Konfliktpsychologie betrachtet. Hier handelt es sich aber nicht um eigentliche motivationale Konflikte, sondern um Entwicklungspositionen, die durch phasenspezifische Grundbedürfnisse gekennzeichnet sind, z. B. durch Bedürfnisse nach Sicherheit, Bindung oder Anerkennung. Die Zurückweisung solcher Bedürfnisse im Verlauf der Entwicklung und eine misslungene Kompensation bilden die Disposition für die *Entwicklungs-pathologie*.

### Konflikte und ihre Verarbeitung bei der Konfliktpathologie

Konflikte und ihre Verarbeitung bilden traditionell den Kern jeder psychoanalytischen Betrachtungsweise. Dabei werden das aktuelle Erleben, Persönlichkeitszüge, die Beziehungsgestaltung und die Symptomatik psychogener Störungen unter der Perspektive der Konfliktbewältigung betrachtet. Die Verdrängung spielt dabei eine besondere Rolle.

Der Ausgangspunkt der psychoanalytischen Konfliktlehre waren die Triebkonflikte, die als intrapsychische Prozesse beschrieben wurden. Die Inhalte können sehr unterschiedlich sein. Es handelt sich z. B.

- um nicht verarbeitete Gegensätze zwischen Bedürfnissen (Triebwünschen) und ihrer Versagung,
- um gegensätzliche Triebregungen oder Gefühle (zerstören versus bewahren; has-sen versus lieben),
- um Konflikte zwischen Impulsen einer-seits und Geboten, Werten, Idealen oder Verboten andererseits (Inzestwunsch ver-sus Inzestverbot; Mordimpuls versus Tö-tungstabu).

In dieser Betrachtungsweise schlagen sich Tribschicksale (gemeint ist das Ergebnis der Verarbeitung von Triebkonflikten) als neurotische Reaktionsbereitschaft in der Persön-lichkeit nieder. Der dynamisch wirksame Affekt ist dabei die Konfliktangst. Sie wird durch Konfliktabwehr vermindert und letzt-lich durch Verdrängung unbewusst und bildet die Disposition für die Entstehung von Konfliktstörungen im späteren Leben (► Kap. 3.2).

Bei dieser intrapsychischen Konzeptualisie-rung werden Konflikte den Kategorien des psychoanalytischen Persönlichkeitsmodells zu-geordnet und als Konflikte zwischen Es und Überich oder zwischen innen und außen beschrieben. Sie können durch Entbehren-gen, Stimulierung, Verzichtsforderung, Strafandro-

32 Stern (1979), Köhler (1990)

33 Ermann (2016)

hung, Kränkung, Vernachlässigung, unrealistische Werte und Erwartungen, durch Enttäuschungen und Ablehnung u. v. a. hervorgerufen werden, die als solche im Ich bewusst oder unbewusst wahrgenommen und als Konflikte erlebt werden.

Aus traditioneller Sicht betrachtet man Konflikte also vorrangig in der intrapsychischen Dimension, d. h. man untersucht z. B. die Beziehung zwischen dem Ich und dem Überich als Repräsentation eines zwischenmenschlichen Konfliktes. Die neueren Konzepte betonen dagegen die zwischenmensch-

liche Dimension des Konflikterlebens. Sie beschreiben Konflikte als Beziehungserleben, z. B. die Spannung in frühen Interaktionen, die sich in einer aktuellen Partnerschaft zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsstreben wieder abbilden können.

Zentrale Entwicklungsthemen und die dem Leben innewohnende Antinomie werden dann als *Grundkonflikte* beschrieben. Hier handelt es sich um das Zusammentreffen von existenziellen Grundbedürfnissen mit problematischen interpersonellen Konstellationen<sup>34</sup> (▼ Übersicht).

### Grundbedürfnisse und Grundkonflikte

- **Grundbedürfnis in Beziehung zu sein**  
→ *Grundkonflikt der Nähe*  
Wunsch nach Nähe versus Angst vor Überwältigung
- **Grundbedürfnis nach Geborgenheit beim anderen**  
→ *Grundkonflikt der Bindung (Depressiver Grundkonflikt)*  
Verlangen nach einem haltgewährenden, idealen Objekt versus Objektenttäuschung, -entwertung, -vermeidung
- **Grundbedürfnis autonom zu sein**  
→ *Grundkonflikt der Autonomie*  
Autonomiewunsch versus Objektverlustangst
- **Grundbedürfnis identisch zu sein**  
→ *Grundkonflikt der Identität*  
Bedürfnis, eigene Identität zu leben versus Anpassung an Erwartungen und Verbote anderer

Konflikte sind eine Gegebenheit des Lebens und der menschlichen Entwicklung. Sie stellen eine Chance für Wachstum und Reifung dar. Der Umgebung kommt dabei eine wichtige Funktion zu: Die einer hilfreichen Umwelt, welche Entwicklungen ermöglicht<sup>35</sup>. Wenn sie allerdings unlösbar sind bzw. wenn ihre Lösung durch ungünstige Einflüsse, z. B. durch eine uneinfühlsame Erziehung, behin-

dert wird, dann werden sie verdrängt und stellen eine ernsthafte Gefahr für das innere Gleichgewicht und die weitere Entwicklung dar. Verdrängte ungelöste Konflikte bilden ein Risiko für die Entstehung einer Konfliktstörung.

Das Konzept von Krankheiten als Konfliktfolge<sup>36</sup> setzt allerdings ein reifes oder zumindest mittleres Strukturniveau und ein konso-

34 Rudolf (2004), Rudolf u. Henningsen (2013); vgl. auch die »überdauernden Konflikte« nach OPD-2, ► Kap. 5.3.2

35 Winnicott (1965)

36 Mitscherlich A (1969)

liertes Ich und Überich voraus. Wenn diese Entwicklungsstufe nicht erreicht ist, können Konflikte als solche im Ich nicht wahrgenommen und weiterverarbeitet werden. Insofern gilt dieses Konzept nur für Konfliktstörungen im Sinne klassischer Neurosen, also für die *Konfliktpathologie*.

### Konflikte bei der Entwicklungspsychopathologie

In den Frühphasen der Entwicklung ist ein konsolidiertes Ich noch nicht vorhanden. Hier fehlen die strukturellen Voraussetzungen für ein Konflikterleben im eigentlichen psychoanalytischen Sinne, d. h. als intrapsychischer Prozess zwischen psychischen Instanzen. Psychische Spannungszustände werden am Anfang des Lebens nicht begrifflich als Konflikte gefasst, die sich in die psychische Struktur einprägen, sondern bilden Spuren im vorsprachlichen Gedächtnis. Für ein eigentliches Konflikterleben fehlen insbesondere Mentalisierung und Symbolisierung. Die Betrachtung richtet sich deshalb auf den erlittenen Mangel, auf Entbehrungen, auf die unzureichende Förderung der Entwicklung, auf ungenügende Entwicklungsbedingungen und auf traumatische Erfahrungen. Ungünstige Entwicklungsbedingungen wirken nachhaltig auf die Persönlichkeitsentwicklung ein und hinterlassen Defekte in der Persönlichkeitsorganisation. Wir sprechen daher von einer *Entwicklungspsychopathologie*.

Diese Konstellationen werden bisweilen aus der Sicht einer Konfliktpsychologie betrachtet. Es handelt sich jedoch nicht um motivationale Konflikte, sondern um kritische Entwicklungspositionen, die ihre Spuren hinterlassen. Man kann die Störungen der

Entwicklung auf präverbale Konfliktäquivalente<sup>37</sup> zurückführen. Dabei schlägt sich das Misslingen der frühen Bewältigung in der Persönlichkeitsorganisation als Schwäche der Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen und als Dysfunktion von Ichfunktionen nieder. Es bestimmt darüber, welches Strukturniveau für das Erleben und Verhalten eines Menschen maßgeblich wird. Wenn Grundbedürfnisse nicht angemessen beantwortet werden, resultieren psychosoziale Beeinträchtigungen. Sie sind danach sekundäre Folgekonflikte struktureller Störungen und nicht Folge von primären aktualisierten Konflikten.

### Abwehr und Abwehrmechanismen

Die Prozesse, die eingesetzt werden, um überwältigende Erfahrungen aus dem Feld bewusster und subliminaler Wahrnehmungen auszuklammern, bilden die Abwehr. Sie laufen im Wesentlichen automatisch ab, werden nicht bewusst erlebt und nicht willentlich eingesetzt und gesteuert. Abwehr dient der Bewältigung des konflikthaften, defizitären oder traumatisierenden Beziehungserlebens. Erinnerungen, Phantasien, Bedürfnisse und Impulse, Affekte und Konflikte werden auf diese Weise der Reflexion entzogen; man muss und kann unter dem Einfluss der Abwehr nicht länger darüber nachdenken.

Abwehrmechanismen (▼ Übersicht) sind wichtige Ichfunktionen. Sie unterliegen im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung einem Entwicklungsprozess. Daher unterscheidet man zwischen einer »frühen« Spaltungsabwehr und einer später entstehenden »reifen« Verdrängungsabwehr.

---

37 Ermann (2016)

**Abwehrmechanismen: Formen der Erlebnisverarbeitung****Ubiquitäre Abwehr (alle Ebenen der strukturellen Entwicklung)**• **Internalisierung**

Internalisierung ist ein Grundmechanismus der Entwicklung, der für die Aneignung von Eigenschaften notwendig ist. Sie tritt je nach Strukturniveau in verschiedenen Reifegraden auf und kann als Affektabwehr eingesetzt werden.

- *Introjektion*: Sich den Anderen als Ganzes aneignen und sich mit ihm verschmelzen fühlen.
- *Imitation*: So sein wie der Andere; Eigenschaften getrennt erlebter Objekte werden verinnerlicht.
- *Reife Identifikation*: Sich einzelne Eigenschaften des Anderen zu eigen machen. Sie beruht auf Einfühlung in andere und ist ein bedeutender Bestandteil in der Gestaltung reifer Beziehungen. Identifizierung mit den Vorstellungen anderer ist identitätsstiftend und eine Grundlage für Lernprozesse.

Als Abwehr kommt Identifizierung besonders häufig bei hysterischen, depressiven und narzisstischen Pathologien vor. Sie zeigt sich in der Anklammerung an andere, die vor einem Verlust schützen soll. Besondere Formen der Identifizierung sind:

- *Die Identifizierung mit den Erwartungen anderer*, die man auch als Unterwerfung bezeichnen kann; häufig bei narzisstischen Störungen zur Sicherung der Zuwendung von anderen.
- *Die Identifizierung mit dem Aggressor*, bei der man Aggressionen anderer gegen sich selbst wendet. Sie kommt bei der Verarbeitung intensiver destruktiver Erlebnisse vor, z. B. bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse.

• **Regression**

Zur Vermeidung von Konflikten und Erfahrungen, die nicht verarbeitet werden können (Traumatisierungen), wird das aktuelle Strukturniveau zu Gunsten früherer Erlebnisweisen aufgegeben. Ein Erwachsener beginnt, sich unbewusst wie ein Kind zu fühlen und zu verhalten. Man unterscheidet Regression des Ich (Fühlen, Denken, kognitive und körperlicher Funktionen<sup>38</sup>), der Bedürfnisse, der Bedürfnisbefriedigung und der Objektbeziehungen und Objektverwendung.

- Eine besondere Form ist die *strukturelle Regression*. Es werden reife Funktionsweisen des Ich zu Gunsten unreiferer aufgegeben. So wird z. B. die Verdrängungsabwehr als relativ reife Ichleistung durch Spaltungsabwehr ersetzt oder es werden bereits »desomatisierte« Affekte wieder »resomatisiert«. Strukturelle Regression kann auch zum Realitätsverlust und zum Verlust des Selbstgefühls führen. Sie ist typisch für die Entwicklungs- und Traumapathologie und für psychosomatische Symptombildungen, kann im Prinzip aber auch bei allen anderen Störungen vorkommen.

• **Verleugnung**

Die Realität wird zwar kognitiv wahrgenommen, aber nicht anerkannt. Je nach Ausmaß der Verleugnung spricht man von partieller und von totaler Verleugnung. Verleugnung ist ein

38 Ein Beispiel für die Regression im Körperlichen ist das Bettnässen: Die Regression betrifft hier die Sphinkterkontrolle, sodass ein Erwachsener »wie ein kleines Kind« einnässt.



unspezifischer, ubiquitärer Abwehrmechanismus, der auch als Copingmechanismus bei der Bewältigung von Belastungen vorkommt (► Kap. 1.2.1). Totale (»primitive«) Verleugnung ist ein Ausdruck einer starken Regression oder eines niederen Strukturniveaus.

### **Verdrängungsabwehr (reife, höher strukturierte Abwehr)**

- **Verdrängung**

Zur Konfliktabwehr wird eine Absicht, eine Vorstellung, ein Impuls oder eine Wahrnehmung vergessen, d. h. unbewusst »gemacht«. Häufiger Mechanismus bei allen höher strukturierten neurotischen Störungen. Sie bildet den Kern der *hysterischen Dissoziation*.

- **Verschiebung vom Bedeutenden auf Unbedeutendes**

Die Wut, die sich gegen den Rivalen richtet, wird gegen Unterlegene gelenkt. Verschiebung ist der typische Abwehrmechanismus bei der Phobie.

- **Reaktionsbildung**

Ein verpönter Impuls (z. B. ausnutzen) wird durch das Gegenteil (helfen) ersetzt. Reaktionsbildung ist ein häufiger Mechanismus bei zwanghaften und depressiven Persönlichkeiten.

- **Gefühlsverdrängung**

Die Gefühlsreaktionen, die mit Erlebnissen verbunden sind, werden durch *Intellektualisierung*, *Rationalisierung* (unbewusstes nachträgliches Umdeuten oder Hinzufügen von Motiven) oder *Affektisolierung* (Trennung von Erlebnis und Affekt) unbewusst gemacht. Häufig bei zwanghaften und schizoiden Persönlichkeiten.

### **Spaltungsabwehr (»frühe«, niederstrukturierte Abwehr)**

- **Spaltung**

Widersprüchliche Wahrnehmungen, Bewertungen und Einstellungen wechseln einander ab und bilden polare Erlebnis- und Reaktionsmuster (»nur-gut/nur-schlecht«). Dadurch entstehen gesplattene Repräsentanzen. So gibt es im Erleben z. B. eine Polarität zwischen »nur guten« und »nur schlechten« Beziehungen. Beide Pole können im Erleben miteinander abwechseln. An der Umschlagstelle steht in der Regel ein starkes affektives Erlebnis, z. B. eine Enttäuschung.

– *Primäre* Spaltung beruht auf einer entwicklungsbedingten Ichschwäche.

– *Sekundäre* Spaltung ist eine regressive, defensive Wiederbelebung unzureichend entwickelter Integrationsfähigkeit.

Spaltung ist der zentrale Mechanismus des niederen Strukturniveaus (► Kap. 4.2.2), zumeist verbunden mit »primitiver« Verleugnung, Projektion und projektiver Identifizierung. Ähnlich sind die Idealisierung und Entwertung, die aber vornehmlich auf mittlerem Strukturniveau vorkommen. Spaltung steht auch in Beziehung zum pathogenetischen Mechanismus der posttraumatischen und zur hysterischen Dissoziation.

- **Idealisierung/Entwertung**

Ähnlicher Mechanismus wie die Spaltung; er führt jedoch zu einer bei Weitem geringeren Polarisierung des ursprünglichen ganzheitlichen Erlebens und damit zu einer viel geringeren Verzerrung der Realitätswahrnehmung. Typisch für narzisstische Patienten des mittleren Strukturniveaus.

- **Projektion**

Unerwünschte eigene Erlebnisse werden unbewusst einem anderen zugeschrieben, um das Selbstgefühl zu stabilisieren. Dadurch wird die Wahrnehmung von anderen verzerrt. Häufig bei schizoiden, hysterischen und Borderline-Persönlichkeiten.

- **Projektive Identifizierung**

Andere Personen werden durch Manipulation dazu gebracht, so zu fühlen, wie man sich selbst fühlt. Auf diese Weise kann man sich damit von Anteilen in sich selbst distanzieren, die man nicht wahrhaben will, und sie beim anderen bekämpfen. Die Manipulation ist im Allgemeinen bewusst, nicht aber der damit verbundene defensive Zweck. Es handelt sich um einen typischen Borderline-Mechanismus.

*In der normalen Entwicklung* ist die projektive Identifizierung der Mutter mit dem Säugling ein wichtiger Vorgang der nonverbalen Kommunikation. Durch bestimmte Signale, z. B. Mimik oder Schreien, aktiviert der Säugling intuitive Kräfte in der Mutter und veranlasst sie, sein Befinden zu erspüren.

### Posttraumatische Abwehr

- **Posttraumatische Dissoziation**

Zentraler Mechanismus bei der Traumabewältigung. Sie beruht auf einem partiellen Ichzerfall, durch den verschiedene, nicht miteinander verbundene Selbstzustände entstehen (sekundäre Spaltung). Diese wechseln einander ab. Dabei wird der jeweils vorangegangene Selbstzustand verdrängt oder verleugnet. Er ist dann dem Bewusstsein des jeweils aktuellen Selbstzustandes nicht mehr zugänglich. Die Betroffenen leben wie in verschiedenen Welten. Auf diese Weise können Traumatisierte sich gegen das Wiedererleben einer Traumaerinnerung schützen: Sie verlassen den von Erinnerungen bedrohten Selbstzustand und treten in einen anderen ein. Es handelt sich um einen komplexen pathogenetischen Prozess, der Abwehr- und Bewältigungsfunktion hat, vergleichbar dem der Konversion (► Kap. 10.2).

### Spaltungsabwehr

In der frühen Entwicklung und auf dem niederen Strukturniveau dominieren Mechanismen, die eine Veränderung des äußeren Realitätserlebens bewirken. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:

- *Die Realitätswahrnehmung* wird durch Spaltung verändert; durch die Trennung von positiven und negativen Erlebnisaspekten (Spaltung in »nur-gut/nur-böse«, ► Kap. 2.1.2) entstehen drastische Formen der Realitätsverzerrung. Die Mechanismen dieser *intrapsychischen* Abwehr werden unter dem Begriff der Spaltungsabwehr zusammengefasst.

- *Die reale äußere Welt* wird durch manipulative Einflussnahme auf die Bezugspersonen verändert. Bei dieser *interpersonellen* Abwehr spielt der Mechanismus der projektiven Identifizierung und manipulativen Kontrolle von anderen eine bedeutende Rolle.

### Verdrängungsabwehr

Auf der Stufe der reifen Entwicklung bzw. beim höheren Strukturniveau bestehen Möglichkeiten, Spannungen weitgehend durch intrapsychische Verarbeitung abzubauen. Dabei werden insbesondere die spannungserzeugenden Wahrnehmungen, z. B. Affekte und Konflikte, verdrängt. Diese Form der reiferen

Abwehr bezeichnet man deshalb auch als Verdrängungsabwehr.

Wie bei allen Vorgängen, die einer Entwicklung unterliegen, ist eine strikte Trennung zwischen früher und reifer Abwehr willkürlich. Beide Formen können nebeneinander bestehen. Das geschieht vor allem beim mittleren Strukturniveau. Unter Druck kann eine reifere Abwehr außerdem im Rahmen einer strukturellen Regression aufgegeben werden und eine bereits zurückgetretene frühere Abwehrformation wieder wirksam werden.

### Abwehr und Bewältigung (Coping)

Unter Bezugnahme auf das lerntheoretisch fundierte Konzept des Copings (► Kap. 1.2) grenzt man Abwehr von Mechanismen ab, mit denen Probleme mehr oder weniger bewusst angegangen und Anpassungen ermöglicht werden. Diese werden als Coping- oder Bewältigungsmechanismen bezeichnet. Die Unterscheidung ist nicht einfach, zumal sich in einer Strategie die defensive und die adaptive Funktion vermischen können.

- *Abwehr* ist ein überwiegend unbewusster Prozess, der einsetzt, wenn der Betroffene vor einer unlösbaren Aufgabe steht. Sie führt nicht zu einer Lösung des Problems, sondern dazu, dass es aus der bewussten Wahrnehmung und Reflexion ausgeschlossen wird.
- *Bewältigung (Coping)* ist ein mehr oder weniger bewusster Vorgang, mit dem der Betroffene versucht, sein inneres Gleichgewicht durch Veränderung seiner Emotionen, Kognitionen oder seines Verhaltens trotz weiter bestehender Belastungen aufrechtzuerhalten oder wieder herzustellen und dadurch den Problemdruck zu mäßigen.

Abwehr und Bewältigung sind an sich lebenswichtige und förderliche Prozesse. Zum Problem können aber ein Übermaß an Abwehr

oder eine ausgeprägte Rigidität der Abwehr werden. Sie würden auf stark wirksame unbewusste Einschränkungen und Konflikte hinweisen.

Störend können auch die Folgen der Abwehr sein: Fehlhandlungen aufgrund einer Verdrängung, Symptombildungen aufgrund einer Regression oder neurotische Charakterzüge bei dauernd eingesetzten Abwehrmechanismen. Ebenso kann Bewältigung maladaptiv werden, indem z. B. durch übergroße Aktivitäten ein angeschlagener Gesundheitszustand, um dessen Bewältigung es ginge, weiter geschwächt wird.

### 2.1.3 Struktur<sup>39</sup>

**Struktur** bezeichnet die überdauernden Muster, mit denen der Mensch sich zu sich selbst und seinen Objekten in Beziehung setzt. Sie äußert sich in basalen Fähigkeiten, insbesondere in den Fähigkeiten zur Regulation von Beziehungen, Affekten, Impulsen und im Selbstwertgefühl. Diese Fähigkeiten charakterisieren das *Strukturniveau* der Persönlichkeit. Bei defizitären Entwicklungen der psychischen Struktur entstehen Regulationsstörungen. Sie werden in diesem Buch als Entwicklungspathologie bezeichnet und der Konfliktpathologie gegenübergestellt.

Struktur ist ein zentraler Begriff der Persönlichkeitslehre. Er bezeichnet im psychodynamischen Denken ein System von Prozessen. Darin gehen Motivationen (Grundbedürfnisse und spezifische Triebe), Befindlichkeiten (Affekte und Emotionen) und Ichleistungen (Abwehr, Bewältigung, basale Fähigkeiten) ein und bilden überdauernde Muster. Sie entstehen aus frühen Beziehungserfahrungen, in denen der Mensch im Spiegel der anderen

---

<sup>39</sup> Rudoff (2013), Kruse (2017)

ein Bild von sich erwirbt und sich mit Vorbildern identifiziert.

Als klassisches Konzept entwickelte Freud das psychoanalytische Strukturmodell der menschlichen Psyche (► Abb. 2.1), wonach das triebgesteuerte Individuum sich mit seinen Objekten unter Vorgabe verinnerlichter Normen und Werte vom Ich gesteuert in Beziehung setzt. Unter triebpsychologischen Aspekten wurden später, darauf aufbauend, verschiedene Formen von neurotischen Persönlichkeitsstrukturen (► Kap. 3.2.3) konzipiert. Heute befasst das psychodynamische Strukturkonzept sich weniger mit psychischen Inhalten (Vorstellungen, Erleben usw.) als mit der Funktion (den seelischen Abläufen). Dieser Ansatz ist insbesondere für die Gegenüberstellung von Struktur- und Konfliktstörungen bzw. von Entwicklungs- und Konfliktpathologie (► Kap. 3.2.5) bedeutungsvoll.

#### Das psychoanalytische Strukturmodell<sup>40</sup>

Freuds klassisches Strukturmodell der Psychoanalyse unterscheidet zwischen Ich, Es und Überich.

- *Das Ich* ist die beobachtende, vermittelnde und integrierende, das innere Gleichgewicht und die Funktionsfähigkeit während der Steuerungsinstante. Ihre Inhalte und Funktionen sind teils bewusst, teils unbewusst. Sie vermittelt zwischen dem Lustprinzip des Es und den Werten und Normen des Überichs und, aus anderer Perspektive, zwischen der inneren und der äußeren Realität bzw. zwischen dem Selbst und seinen Objekten. Das Ich wird vom Realitätsprinzip und vom Bedürfnis nach Integration, Kontinuität und Sicherheit geleitet. Für diese Aufgaben werden eine Vielzahl von Ichfunktionen aufgebaut, darunter die Abwehrmechanismen.

Der Mensch bildet sich Vorstellungen über sich selbst und seine Beziehungen zu Menschen und Dingen der Welt. Diese Vorstellungen bilden einen Komplex im Ich, der als *Selbst*<sup>41</sup> bezeichnet wird. Die Fähigkeit, zwischen dem Selbst und den Erwartungen und Rollenzuweisungen der Umgebung eine Balance zu halten, ist der Kern der *Identität*<sup>42</sup>.

- *Das Es* repräsentiert die Triebe und Bedürfnisse. Es wird durch das Lustprinzip motiviert und strebt nach Triebbefriedigung. Man kann es als die Instanz der von innen kommenden, biologisch-genetisch fundierten Motivationen betrachten.
- *Das Überich* verkörpert die verinnerlichten Normen und Verbote, die Vorbilder, Ideale und Gebote. Man kann die Verbotseite als Überich im engeren Sinne von der Gebotsseite abgrenzen und diese als *Ich-ideal* bezeichnen. Das Überich enthält als Gegenpol zum Es die sozialen Motivationen, die durch Identifikationen mit den Bezugspersonen, mit sozialen Werten und kulturellen Normen erworben werden.

Nach diesem Modell werden Konflikte, z. B. zwischen dem Es und dem Überich, durch das Ich geschlichtet und zwar z. B. durch Verdrängung des unverträglichen Triebwunsches (Triebabwehr), des gesamten Konfliktes (Konfliktabwehr) oder der konfliktbedingten Angst (Angstabwehr). In gleicher Weise können auch Konflikte zwischen dem Ich und dem Es bzw. zwischen dem Ich und dem Überich durch Verdrängung ins Unbewusste gelangen.

Im Prinzip ist das Freudsche Modell für das Verständnis der Konfliktstörungen, d. h. der »klassischen Neurosen« noch immer gültig. In der Systematik dieses Buches findet es für das Verständnis der Konfliktpathologie auf höherem Strukturniveau Anwendung. Dabei stehen heute allerdings weniger die Triebkonflikte im

40 Freud (1923)

41 Hartmann (1964)

42 Erikson (1959), Bohleber (1992)

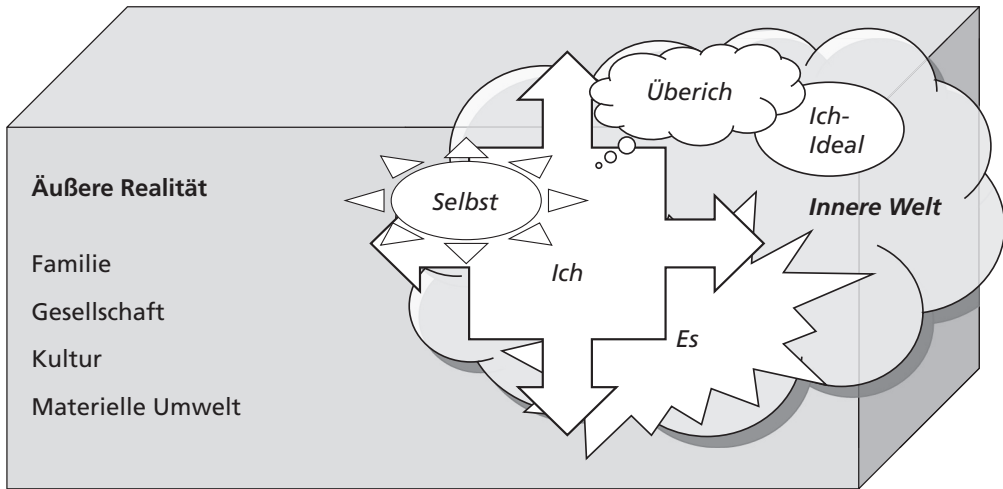


Abb. 2.1: Das Strukturmodell der Psychoanalyse

Fokus. Beziehungskonflikte sind an ihre Stelle getreten.

Neuere Auffassungen betonen mehr den Aspekt der zwischenmenschlichen Erfahrung als die Dynamik zwischen intrapsychischen Instanzen. Danach werden zwischenmenschliche Interessenkonflikte als konflikthafte Repräsentanzen (► Kap. 2.2.1) verinnerlicht und verdrängt. Sie behalten aber ihren Einfluss auf das Erleben und Verhalten.

Man kann sich die innere Repräsentanzenwelt als eine Bühne vorstellen, auf der die Themen der unbewussten Konflikte als unbewusste Phantasien mit Hilfe »innerer Objekte« und des Selbst dargestellt werden. So wie der Zuschauer durch eine Inszenierung im Theater in seinem Fühlen und Denken bis hin zu seinem Verhalten (Applaus, Hinausgehen usw.) beeinflusst wird, so wird das bewusst handelnde und fühlende Ich durch die Konfliktinszenierungen in seinem Innern beeinflusst.

### Struktur als Regulationssystem

Mit der vermehrten Behandlung von Patienten mit einer Entwicklungspathologie, die einen bedeutenden Anteil der Psychotherapie-Pati-

enten ausmachen, erwiesen sich Freuds Instanzenmodell und – damit verbunden – das Konzept der Neurosen als Folge verdrängter (Trieb-)Konflikte als unzureichend. Es zeigte sich, dass Entwicklungspathologie auf unzureichend entwickelten basalen Funktionen und Fähigkeiten und weniger auf Konflikten beruht.<sup>43</sup>

Heute verstehen wir Struktur als Verfügbarkeit von Fähigkeiten und Funktionen für die Regulation der Beziehung zwischen dem Selbst und den anderen. Ein Mangel in Bezug auf strukturelle Fähigkeiten bewirkt, dass das Selbsterleben und das Erleben von Beziehungen unklar, labil und widersprüchlich bleibt und Belastungen nicht standhält. Dadurch entstehen Erlebnisdefizite, Wahrnehmungsverzerrungen, Fehlbewertungen und Verhaltensstörungen. In ihrer Folge verstricken die Betroffenen sich auch immer wieder *sekundär* in Konflikte.

Struktur erweist sich vor diesem Hintergrund als ein dynamisches Regulationssystem.<sup>44</sup> Es bezieht sich auf das Selbstgefühl und

43 Freud A (1974)

44 Rudolf (2002)

die Beziehungsgestaltungen, auf das innere Gleichgewicht und die Balance zwischen Gegensätzen, auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und andere interpersonale, psychische und psychosoziale Prozesse.

Die folgenden Merkmale ermöglichen die Einschätzung der strukturellen Funktionen und damit der strukturellen Leistungsfähigkeit und setzen Schwerpunkte für die Behandlung von strukturellen Störungen (▼ Übersicht).

### Basale strukturelle Fähigkeiten nach OPD-2<sup>45</sup>

- **Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung**
  - Sich selbstreflexiv wahrnehmen
  - Andere realistisch und ganzheitlich wahrnehmen
- **Steuerung des Selbst und der Beziehungen**
  - Eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert regulieren
  - Den Bezug zu anderen regulieren
- **Emotionale Kommunikation nach innen und außen**
  - Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Phantasien
  - Fähigkeit zur inneren Kommunikation mit anderen
- **Innere Bindung und äußere Beziehung**
  - Gute innere Objekte zur Selbstregulierung nutzen
  - Sich binden und sich lösen

## 2.2 Entwicklungspsychologische Grundlagen

Psychische Entwicklung und biologische Reifung gehen Hand in Hand. Auf der einen Seite ergeben sich aus der körperlichen Reifung und den damit verbundenen psychischen und sozialen Prozessen umfangreiche Bewältigungsaufgaben, auf der anderen entsteht mit der Reifung der Hirnstrukturen und der kognitiven und emotionalen Fähigkeiten ein zunehmendes Bewältigungspotenzial.

### 2.2.1 Entwicklung und Reifung

#### Neurobiologische Grundlagen<sup>46</sup>

Psychische und mentale Prozesse gründen auf biologisch-neuronalen Vorgängen. So beruht die neurophysiologische Basis der psychischen Entwicklung darauf, dass sich im Gehirn Strukturen entwickeln, welche psychische Aktivitäten und die Umsetzung und Verarbeitung von physiologischen Funktionen und Umwelterfahrungen ermöglichen. Diese Strukturen bestehen aus Netzen von Nervenzellen, deren Verästelungen an peripheren

<sup>45</sup> Arbeitskreis OPD (2006)

<sup>46</sup> Es gibt eine Fülle von Publikationen zum Thema Psychotherapie und Neurobiologie. Zur Einführung wird auf die Folgenden verwiesen: Roth (2001), Schiepek (2016), Kandel (2008).

Schaltstellen, den Synapsen, miteinander in Kontakt treten. Dabei werden durch elektrisch aktive Botenstoffe, die Neurotransmitter, dynamische Verbindungen hergestellt. Sie bilden Funktionseinheiten, wobei verschiedene Hirnareale unterschiedliche Funktionen haben. So werden im Hirnstamm, der sich zuerst entwickelt, vitale Grundfunktionen geregelt, z. B. der Schlaf-Wach-Rhythmus, während im limbischen System die Affekt-wahrnehmung und bestimmte Gedächtnisleistungen lokalisiert sind. Wahrnehmungs- und Handlungsfunktionen sind dagegen in der Hirnrinde lokalisiert, deren Funktion im dritten und vierten Lebensjahr beginnt und im frühen Erwachsenenalter abgeschlossen ist.

Psychische Aktivitäten haben ihr neurophysiologisches Korrelat in neuronalen Aktivitäten. Man kann sie als elektrophysiologische Leistung der Botenstoffe in den Synapsen eines neuronalen Netzes beschreiben. Diese Aktivitäten können durch bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden, sodass es möglich ist, psychische Funktionen, z. B. die Traumtätigkeit, zu lokalisieren.

Der Zuwachs an Hirnfunktionen beruht auf genetisch festgelegten Plänen. Er ist aber nicht autonom, sondern wird durch die Verarbeitung von Reizen und Informationen gebahnt, die aus der Umwelt stammen. So beeinflussen z. B. Trennungserfahrungen die neurophysiologische Aktivität bestimmter Hirnareale. Ebenso kann man Lernprozesse als Veränderungen des Hirnstoffwechsels und der neuronalen Kapazität beschreiben. Ein synaptisches Potenzial, das in einer bestimmten Entwicklungsperiode nicht genutzt wird, geht für die weitere Entwicklung verloren.

Für das psychodynamische Verständnis der Entwicklung ist das Zusammenpassen von biologischer Reifung und modulierenden Erfahrungen besonders wichtig. Dadurch erhalten die Erfahrung und die Beziehung zu den Pflegepersonen eine zentrale Bedeutung für den Entwicklungsprozess.

Man kann die Umsetzung der Erfahrung in neuronale Struktur und Funktion auch unter dem Aspekt des Gedächtnisses betrachten: Was der Mensch erinnert, war einmal Erfahrung, welche in neuronale Aktivität umgesetzt worden ist.

### Gedächtnis<sup>47</sup>

Auch das Gedächtnis unterliegt einem Reifungsprozess; dem entspricht ein Entwicklungsprozess der Erinnerungsfähigkeit. Das frühe Gedächtnis beruht auf der Wahrnehmung von affektiven, sensomotorischen und vegetativen Erregungen. Sie stammen aus Erfahrungen, für die es aufgrund der relativen Unreife des Gehirns noch keine Begriffe und keine Sprache gibt. Sie verbleiben als Körpererinnerung (Embodiment) im Körperlichen. Sie bilden den Inhalt des *implizit-prozeduralen Gedächtnisses*. Da ihnen Begriffe und Symbole fehlen, können sie nicht bewusst erinnert werden. Sie treten stattdessen als Enactment in Handlungen und Stimmungen in Erscheinung und vermitteln sich über die Gegenübertragung.

Später – wahrscheinlich schon im Verlauf des ersten Lebensjahres – kommt das *explizit-deklarative, episodische Gedächtnis* hinzu. Es zeichnet sich dadurch aus, dass Erinnerungen als explizites Wissen abrufbar sind und berichtet («deklariert») werden können. Dabei unterscheidet man wiederum zwischen einem Tatsachenwissen («Berlin ist die Hauptstadt Deutschlands») und einem Episodenwissen («Im Zoo habe ich Affen und Bären gesehen»). Die höchst entwickelte Stufe bildet später das autobiografische Gedächtnis, in dem die Erinnerungen an die eigene Person einer bestimmten Zeit zugeordnet werden («Damals, als ich zur Schule ging...»). Es entsteht ab dem dritten Lebensjahr.

---

47 Köhler (1998)

## Entwicklungspsychologie

Die moderne Entwicklungsforschung hat ihren Vorläufer in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, für die Freuds *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* aus dem Jahre 1905<sup>48</sup> als Ausgangspunkt gelten können (s. unten). Dieses Entwicklungskonzept war damals innovativ und hat die Entwicklung der Psychoanalyse geprägt und vorangebracht. Es hatte aber den Nachteil, dass es nicht aus empirisch belegten Forschungsbefunden abgeleitet war, sondern im Wesentlichen aus Alltagsbeobachtungen und Rekonstruktionen in Patientenbehandlungen stammte. Außerdem war es ganz auf intrapsychische Prozesse begrenzt und ließ den Umweltbezug außer Acht.

Daran änderte sich selbst nach der Einführung der Kinderanalyse ab 1920 wenig. Sie erlaubte es zwar, die Rückschlüsse aus der Behandlung von Erwachsenen durch direkte Beobachtungen von Kindern zu ersetzen. Sie war aber mehr einer Fundierung klinischer Konzepte als einer objektivierenden Forschung gewidmet. So verwundert es nicht, dass die klassische Entwicklungslehre nur noch geringe Bedeutung für das Verständnis der komplexen menschlichen Entwicklung und der therapeutischen Prozesse hat. Dies umso mehr, als die Psychoanalyse sich ab 1940 immer mehr den sogenannten frühen Störungen zuwandte. Dafür gab diese Entwicklungspsychologie mit ihrem Schwerpunkt bei den Trieben und der ödipalen Entwicklung keinen angemessenen Bezugsrahmen ab. Mit der Hinwendung zu den Frühphasen der Entwicklung rückte die Beziehung zur »realen frühen Mutter« und ihrem Kind immer stärker in den Blickpunkt.

## Säuglingsforschung

Die empirische Säuglingsforschung<sup>49</sup> beschreibt, wie der junge Säugling am Anfang des Lebens und bereits intrauterin mit der Verarbeitung von Wahrnehmungen aus dem Körperinneren und den diffusen Reizen von außen beschäftigt ist. Dafür stehen ihm eine Reihe von Fähigkeiten zur Verfügung, mit denen er Spannungen reguliert und Resonanz, Unterstützung und Reizschutz durch die Pflegepersonen induziert (▼ Übersicht).

### Fähigkeiten von Neugeborenen und Säuglingen<sup>50</sup>

- Überraschend gutes Vermögen, gut zu sehen und zu hören, schon von Geburt an
- Unterscheidung der Stimme der Mutter von anderen Stimmen
- Koordination von Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesbereichen, z. B. Sehen, Hören, Riechen, Fühlen
- Mimischer Ausdruck von mindestens sieben unterschiedlichen Primäraffekten (► Kap. 2.2.2)
- Unterscheidung der dynamischen Struktur von Affekten, z. B. plötzlich auftauchender/langsam anschwellender Affekt
- Einflussnahme auf das Verhalten der Bezugspersonen durch Mimik, Laute und Gesten

Die früheren Vorstellungen eines nur passiv ausgelieferten Neugeborenen sind durch diese Befunde überholt. Sie beschreiben den Neugeborenen als »kompetenten Säugling«<sup>51</sup>, der seine Entwicklung aktiv mitgestaltet. Er beschäftigt sich lustvoll mit seiner Umgebung

48 Freud (1905)

49 Lichtenberg (1987), Stern (1985), Dornes (1993)

50 nach Dornes (2000)

51 Dornes (1983, 2000). Der Begriff stammt ursprünglich von Stone u. a. (1973).



und initiiert Interaktionen und Reaktionen durch die kommunikative Funktion, die seinen körperlichen und affektiven Äußerungen innewohnt.

Er erkennt visuell, reagiert auf Berührungen, auf Stimm melodien und Stimmqualitäten, unterscheidet die Stimme der Mutter von anderen, erkennt ihren Geruch oder den ihrer Milch. Bald lernt er zwischen eigenen Lauten und Tönen von außen, zwischen Selbstberührung und Berührtwerden zu unterscheiden. Bald lernt er auch Abläufe kennen und schaut z. B. auf den Mund der Pflegeperson, wenn er eine Stimme hört. Er verfügt über ein überraschend differenziertes Gefühlsleben, das er seiner Umgebung mitteilt. Damit stiftet er Beziehung und nimmt Einfluss auf seine Bezugspersonen, ebenso wie er selbst von ihnen beeinflusst wird.

Trotz der Autonomie dieser Prozesse sind Säuglinge bei der Entwicklung ihres Selbstgefühls auf Reizschutz, Resonanz und Betätigung angewiesen. Es gibt schon in den Frühphasen des Lebens erstaunliche Grundformen der Kommunikation und Beziehungsregulation<sup>52</sup>. Sie werden wirksam, um eine psychophysiologische Homöostase herzustellen und aufrechtzuerhalten. Dazu senden sie von Anfang des Lebens an Signale aus (Blickkontakt, Lallen, Schreien usw.), mit denen sie passende Antworten auf ihre Wahrnehmungen und Bedürfnisse induzieren. Säuglinge und Pflegepersonen bilden auf diese Weise eine kommunikative Symbiose, die durch Kontingenz, d. h. ein Zusammenpassen von Bedürfnis und Bedürfnisbeantwortung, geprägt ist.

Diese Befunde verändern die landläufige Vorstellung von der Kindheit als einen paradiesischen Zustand der Passivität. An ihre Stelle tritt die Vorstellung eines reziproken Prozesses zwischen Mutter und Kind, die im Austausch mit einander stehen. Die Basis dafür sind die angeborenen Programme des Säuglings und der Eltern. Das Zusammen-

spiel der Programme garantiert die zutreffende Beantwortung der Bedürfnisse des Kindes. Dieses *Zusammenpassen* (*matching*) vermittelt Erfahrungen von Kontingenz und Wirksamkeit. Sie sind maßgeblich dafür, dass die Entwicklung des Selbst gelingt.

Mit Konzepten wie primäre Mütterlichkeit, intuitive Elternschaft oder Feinfühligkeit wird die große Bedeutung der elterlichen Intuition für die Selbstfindung betont. Sie beruht auf Resonanzphänomenen<sup>53</sup>, die durch Spiegelneurone<sup>54</sup> vermittelt werden. Sie bewirken, dass Menschen auf Stimmungen, Handlungen oder auch nur Absichten ihres Gegenübers in ihrem Gehirn die gleichen Nervenzellen aktivieren wie die Handelnden selbst. Durch diese Art der präverbalen Kommunikation entsteht in den Eltern eine intuitive Gewissheit über die Befindlichkeiten ihres Kindes. Ausgelöst durch kindliche Signale setzen sie sich mit einfachen, gut abgrenzbaren Antworten zu ihm in Beziehung – durch Anlächeln, Ansprechen, Kopfnicken, Mundbewegungen oder auch durch Berührungen. Passende Reaktionen können Spannungen lösen. Dadurch können im Kind basale prozedurale Erfahrungen entstehen und verinnerlicht werden.

## Bindungsforschung

Die Bindungsforschung wurde in den 1940er und 1950er Jahren von John Bowlby<sup>55</sup> initiiert. Wegen ihrer Hinwendung zur realen Erfahrung als Gegenpol zur Phantasiewelt blieb sie lange von der vorherrschenden Psychoanalyse isoliert. Heute gehört sie zu den maßgeblichen Basiswissenschaften, auf die sich auch die Psychoanalyse stützt.

Im Zentrum der Bindungstheorie steht die Annahme, dass der Mensch mit einem angeborenen Grundbedürfnis zur Welt kommt,

---

53 Bauer (2005)

54 Rizzolatti u. Sinigaglia (2008)

55 Bowlby (1975, 1976)

---

52 Papoušek (1989), Köhler (1990)

die Nähe anderer zu suchen und Bindungen zu anderen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Es ist mit dem Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit verbunden und dient dem Überleben. Danach ist das Bindungssystem ein eigenständiges Motivationssystem neben anderen wie Aggression oder Sexualität. Es wird in Gefahrensituationen aktiviert und ruft spezielle, konstitutionell mitgebrachte Verhaltensweisen hervor, das sogenannte Bindungsverhalten. Es umfasst instinkthaft vorgegebene Kommunikationsmuster wie Blickkontakt, Mimik, Zappeln oder Schreien, mit denen Aufmerksamkeit, Zuwendung und Nähe zu anderen hergestellt wird und ein Gefühl der Sicherheit erzeugt werden soll. Je nach den Erfahrungen, die der Säugling dabei mit seinen Bezugspersonen macht, entstehen spezifische Bindungsstile (► Kap. 2.2.2). Diese bilden intersubjektive emotionale Organisationsprinzipien in der Entwicklung des Selbst.

Neben der Funktion der Bezugspersonen als sichere Basis ist ihre Feinfühligkeit maßgeblich für die Entwicklung des Bindungsverhaltens.<sup>56</sup> Entscheidend ist, dass die Person, zu der Nähe gesucht wird, sich rasch in das Kind hineinversetzen und seine Lage erfassen kann, zügig und zutreffend reagiert und das rechte Maß zwischen Versagung und Überversorgung findet. Daneben dürften aber auch konstitutionelle Faktoren auf Seiten der Kinder, z. B. ihre psychische Dünnhäutigkeit, eine Rolle spielen.

Bindung lässt sich als Reaktion darauf verstehen, wie die Bezugspersonen auf das kindliche Bindungsbedürfnis antworten. Damit untermauert die Bindungsforschung die Erkenntnis, dass das Selbsterleben zwischen zwei Menschen intersubjektiv ausgehandelt wird. Es ist als ein Produkt ihrer wechselseitigen Bezogenheit zu verstehen. Diese Erkenntnis steht im Einklang mit den Befunden der Säuglingsforschung und betont die große

Bedeutung der realen Beziehung für die Entwicklung des Selbst.

### Risiko- und protektive Faktoren

Die frühe Beziehungsregulation ist sensibel für Störungen auf Seiten des Säuglings und der Pflegepersonen (▼ Übersicht): Angeborene sensorische Schwäche, Reizintoleranz, frühe Erkrankungen, Hypermotorik u. v. a. sind Faktoren, die das Zusammenpassen von Seiten des Kindes beeinträchtigen und die Integration von Erfahrung stören. Von Seiten der Eltern sind es Vernachlässigung und Schuldgefühle, Sorgen und Probleme, Konflikte oder Krankheit.

Erlebnisse, welche die Verarbeitung von Erfahrungen und die Kommunikation beeinträchtigen, wirken in den frühen Entwicklungsphasen traumatisierend. Sie stellen neben negativen belastenden sozioökonomischen Einflüssen Risikofaktoren in Hinblick auf spätere neurotische Erkrankungen dar. Die Verwundbarkeit durch belastende Einflüsse ist in den ersten drei Lebensjahren am größten.<sup>57</sup> Besonders sensibel ist die intentionale Entwicklung in den ersten eineinhalb Lebensjahren, in denen die Grundstruktur der Persönlichkeit (das »Ich«), das Grundvertrauen zum Leben und zur Welt und die basale Bindungs- und Beziehungsfähigkeit als Kern des Selbst- und Identitätsgefühls heranreifen. Beeinträchtigungen in dieser Zeit disponieren zur Entwicklungspathologie, d. h. zu Strukturstörungen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen. Aber auch in späteren Entwicklungsphasen sind konfliktbeladene Beziehungen und eine uneinfühlsame bzw. autoritäre Erziehung überfordernd und schaffen Konfliktsituationen, die nicht verarbeitet werden können. Sie stellen eine Disposition für Konfliktstörungen bzw. eine Konfliktpathologie dar.

56 Die »Baltimore-Studie« von Ainsworth u. a. (1978)

57 Pechstein, s. Tress (1986)

### Risiko- und protektive Faktoren für die Entstehung psychogener Störungen<sup>58</sup>

- **Belastend wirken**
  - Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht, schlechte sozioökonomische Verhältnisse, große Familien mit unzureichenden personellen und materiellen Ressourcen, Bedrohung der materiellen Sicherheit und materielle Not, räumliche Enge
  - Familiäre Probleme: Chronische Disharmonie, brüchige Beziehungsgestaltung, häufige oder langdauernde Trennungen, familiäre Gewalt und Missbrauch, Krankheit und psychische Störungen in der Familie (Depressionen, Alkoholismus), Verwahrlosung und Kriminalität
  - Ungünstige Lebenskonstellationen: Alleinerziehende Mutter, uneheliche Geburt, geringer Altersabstand zum nachgeborenen Geschwister
  - Belastende und traumatische Lebensereignisse: Mutterverlust, wechselnde Beziehungen, Missbrauch und Misshandlung
- **Schützend wirken**
  - Persönlichkeit: Robuste Konstitution (Temperament), gute Intelligenz und Begabungen, sichere Bindung
  - Familiärer Zusammenhalt und Zugewandtheit, stabile und intakte Großfamilien als Ersatzmilieu nach Mutterverlust
  - Vertrauenspersonen: Kompensatorische, dauerhafte gute Beziehung zu verständnisvoller Vertrauensperson, insbesondere nach Belastungen
  - Soziale Integration der Familie, soziale Förderung, z. B. in der Schule

In der frühen Kindheit werden die Grundlagen für die spätere Lebensbewältigung gelegt. Die Verknüpfung von Kindheitsbelastung und späterer Störung ist nicht nur nach umfangreicher klinischer Erfahrung evident, es gibt dafür inzwischen auch eine beträchtliche Zahl von empirischen Belegen.

Entscheidend für das Krankheitsrisiko sind neben den frühkindlichen Belastungen auf der Risikoseite spätere kompensatorische Einflüsse, die selbst erhebliche Frühbelastungen ausgleichen können und vor Erkrankungen schützen.<sup>59</sup> Kompensatorisch wirken eine annehmende Grundeinstellung gegenüber dem Kind, Empathie und Spiegelung, Anerkennung und Bestätigung, konstante und ausgeglichene Primärbeziehungen und sichere Bin-

dungen sowie ein sicherheitgebendes familiäres Umfeld. Fördernd ist eine haltgebende Erziehung mit angemessenen Belastungen und Entwicklungsanreizen.

Frühe Reifungs- und Entwicklungsschäden sind also in einem bestimmten Ausmaß reversibel, wenn ihnen durch fördernde Beziehungen begegnet wird. Die Plastizität der Persönlichkeit bleibt jedenfalls über weite Strecken des Lebens erhalten. Sie ist nicht auf die frühe Kindheit begrenzt. Man kann als Grundorientierung sagen, dass frühe Belastungen sich fixieren und definitiv pathogen wirken, wenn sie durch die spätere Entwicklung bestätigt und verstärkt werden. Spätere protektive und supportive Erfahrungen können hingegen korrigierend wirken.

<sup>58</sup> Modifiziert nach Egle u. a. (1997a)

<sup>59</sup> Tress (1986)

## 2.2.2 Psychoanalytische Entwicklungstheorie

Die Psychoanalyse hat sich schon lange in Behandlungen erwachsener Kranker mit der lebensgeschichtlichen Rekonstruktion von hemmenden Entwicklungseinflüssen in der Kindheit befasst und daraus eine Entwicklungstheorie abgeleitet. Eine weitere Quelle dafür waren Behandlungen von Kindern, die einen direkten Einblick in die kindliche Seele boten. Sie sind vor allem mit den Namen von Anna Freud und Melanie Klein verbunden, die als Begründerinnen der Kinderanalyse gelten. Auch die Pädagogik und die Beobachtung des Spiels von Kindern in psychoanalytisch inspirierten Kindergärten brachten weitere Einsichten.<sup>60</sup>

Heute stützen sich unsere Vorstellungen über die menschliche Entwicklung auf eine Fülle von klinischen und empirischen Erkenntnissen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Direktbeobachtung von Kindern in der empirischen Säuglingsforschung zu (► Kap. 2.2.1). Sie hat das Wissen der ursprünglichen Entwicklungstheorie erheblich erweitert, manche Vorstellungen auch als überholt erkannt und Teile auf einen empirischen Boden gestellt, der neue Bewertungen ermöglicht.

### Ichentwicklung<sup>61</sup>

Das Ich ist die zentrale Schaltstelle der seelischen Prozesse und Funktionen. Es stellt die Koordination der verschiedenen Interessen und Strebungen dar. Es steuert die motivationalen Prozesse der Triebabfuhr und der Affektregulation und vermittelt zwischen den verschiedenen psychischen Bereichen (Instanzen, ► Kap. 2.1.3) sowie zwischen innen und außen. Seine regulierenden Kräfte sind die Affekte, z. B. Angst und Schuldgefühle, Lust und Unlust. Das Ich ist in der psychoanalyti-

schen Persönlichkeitslehre die zentrale Instanz, welche die psychische Homöostase durch eine Reihe von Funktionen und Fähigkeiten aufrechterhält. Dazu gehören

- *Ichfunktionen* wie Wahrnehmung, Denken, Abwehr. Sie beruhen auf einer konstitutionellen Grundlage und werden durch biologische Reifung und interaktionelle Erfahrungen (Lernen) ausdifferenziert. Für das Denken besteht eine interessante Theorie, welche die Aktivierung der Denkfunktion als einen interaktionellen Prozess beschreibt (s. unten).
- *Basale strukturelle Fähigkeiten* der Selbst- und Beziehungsregulation (► Kap. 2.1.3). Sie haben eine Basis in den konstitutionell angelegten Grundbedürfnissen, z. B. denen nach Sicherheit und Bindung, und werden in den ersten Lebensmonaten durch fördernde Beziehungserfahrungen ausgeformt. Dabei spielen Identifikationen eine bedeutende Rolle. Negative Erfahrungen beeinträchtigen ihre Entwicklung, sodass strukturelle Defizite zurückbleiben.

Die entscheidenden Phasen der Ichentwicklung sind bereits mit eineinhalb bis zwei Jahren abgeschlossen, wenn mit dem Ausklingen der frühen intentionalen Phase das explizit-deklarative, episodische Gedächtnis entsteht und die Basis für das begriffliche Denken angelegt wird.<sup>62</sup> Dieser Zeitpunkt ist durch die Anerkennung der Getrenntheit des Selbst von den anderen und die Fähigkeit einer reifen Realitätserfassung mit der Integration von widersprüchlichen Wahrnehmungen verbunden, die in der davor liegenden Frühentwicklung noch durch Spaltung auseinandergehalten wurden. In dieser Zeit vollzieht sich auch ein allmählicher Wechsel von der Spaltung zur Verdrängungsabwehr (► Kap. 2.1.2).

Allerdings erfährt ein spezieller Ichanteil, das *Überich*, seine überdauernde Funktion mit

60 Zur frühen Säuglingsforschung vgl. Freud A (1952), Bick (1964), Spitz (1965), Mahler (1968)

61 Hartmann H (1964)

62 Piaget (1954)

realistischen Verbots- und Idealvorstellungen erst mit der Lösung des sog. Ödipuskomplexes. Damit wird die Entwicklungskrise im vierten bis sechsten Lebensjahr bezeichnet, mit der das Kind den ersten Zyklus seiner Entwicklung abschließt und in die sog. Latenzzeit eintritt (► Kap. 2.3.5).

### Triebentwicklung

Triebe sind Motivationssysteme, die das Erleben und Verhalten steuern. Sie beruhen auf Bedürfnissen, die nach Entlastung und Befriedigung drängen. Sie sind mit Vorstellungen (z. B. von entlastenden Handlungen) und Empfindungen (z. B. Lustgefühlen) verbunden. Letztlich geht es dabei um den Abbau von Spannungen.

Ursprünglich stand die biologische Auffassung im Vordergrund. Freud<sup>63</sup> definierte »Trieb« als Drang zur Abfuhr somatischer Erregung mit den Kategorien Quelle, Ziel, Objekt und Drang. An anderer Stelle betonte er die psychologische Dimension. Danach ist der Trieb die psychische Repräsentanz einer somatischen Reizquelle. Der Begriff »Repräsentanz« umfasst eine Vorstellung und den dazugehörigen Affekt, z. B. die Vorstellung von Nahrung und den Affekt von Gier oder Ekel. Bei den Sexualtrieben stehen die libidinösen Lust-Unlust-Affekte ganz im Vordergrund. Dagegen sind die aggressiven und Selbstbehauptungstriebe von aggressiven Affekten geprägt. Der Gegensatz von Libido und Destrudo prägt die psychoanalytische Triebpsychologie.

### Die infantil-sexuelle Triebentwicklung

- **Autoerotisches Stadium**

Eine polymorph-perverse Phase, in der der Körper als Ganzes erogen besetzt ist und die Reizung der Haut zur Befriedigung führt, eröffnet die infantile Sexualentwicklung.

- **Orale Phase**

Diese Phase orientiert sich am oralen Verlangen. Sie ist geprägt durch die Lust, etwas in sich aufzunehmen und zu besitzen, und steht zugleich für Fürsorge und Zuwendung durch die Pflegeperson. Sie beherrscht die ersten einhalb Lebensjahre.

- **Anale Phase**

Das anale Bedürfnis prägt die Entwicklung im zweiten bis vierten Lebensjahr. Es beruht auf der Lust am Ausstoßen, am Kontrollieren und an der Verweigerung. Analität steht für Selbstbehauptungsbedürfnisse und Machtinteressen.

- **Phallische (ödipale) Phase**

Im dritten Lebensjahr wird der Geschlechtsunterschied bewusst. Es entsteht Befriedigung in der Selbstdarstellung (Erregung im Sich-Zeigen), in der Neugier (Erregung im Schauen) und in der Unabhängigkeit. Diese Phase dauert bis zum sechsten Lebensjahr.

- **Latenzphase**

In der psychosozialen Übungsphase, die bis zur Pubertät andauert, werden keine neuen Triebziele gewählt. Die infantile Sexualität äußert sich in Sublimierungen der Libido.

- **Genitale Phase**

Mit der Pubertät geht die infantile in die Erwachsenensexualität über. Mit der Dominanz der Genitalien als erogene Zone wird die Masturbation zur Befriedigungsmöglichkeit. Sexualität erhält nun eine Fortpflanzungsfunktion.

---

63 Freud (1905, 1915)

Die psychoanalytische Entwicklungslehre beschrieb die kindliche Entwicklung zunächst als infantile Entwicklung des *Sexualtriebes*. Sie verläuft in einem phasenhaften Prozess von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. Sie orientiert sich an den entwicklungs­mäßig vorherrschenden körperlichen Funktionen und psychischen Bedürfnissen. Diese sind an bestimmte erogene Zonen angelehnt, d. h. an leicht erregbare Körperbereiche wie der Mund. Diese Entwicklung wird in der späten Kindheit von einer Periode der Latenz unterbrochen und geht in der Pubertät in die Erwachsenensexualität über (▲ Übersicht).

Heute betrachten wir die Freudschen »Phasen« als *Entwicklungsstufen der psychosexuellen Organisation* und betonen dabei stärker als in den Anfängen der Psychoanalyse die Verknüpfung mit der Entwicklung der Ichstruktur, des Selbst und der Objektbeziehungen.

Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Libidobesetzung. Darunter versteht man die Ausrichtung der psychosexuellen Interessen. Sie richten sich nach Freud anfangs autoerotisch auf die eigene Person, gelangen dann in der fragilen Phase des Narzissmus in das Spannungsfeld zwischen Selbst und andere und reifen später zur Objektliebe, d. h. zum tiefergehenden Interesse an anderen als Liebesobjekte.

Während die psychoanalytische Triebtheorie anfangs eine reine Libidotheorie (d. h. Theorie der sexuellen Triebentwicklung) war, wurde sie später durch den Dualismus von libidinös-lebenserhaltenden und aggressiv-

zerstörerischen Trieben erweitert. Den zweiten Pol des Trieblebens neben dem Sexuellen bilden demnach die aggressiven Triebe, die sich parallel zum libidinösen Erleben entwickeln. Sie basieren nach Freud auf dem Todestrieb<sup>64</sup>, ein Konzept, das umstritten ist.

Neben den eng mit psychophysiologischen Funktionen verbundenen libidinösen Trieben wird auch den bindungs- und beziehungsorientierten intentionalen und den narzisstischen Grundbedürfnissen nach Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung eine triebhafte Qualität zugeschrieben; man spricht dabei von Ichtrieben.

### Entwicklung der Affekte

Ein wichtiger Aspekt der Ichentwicklung ist die Entwicklung der Affekte wie z. B. Angst oder Trauer. Sie sind interne Motivationen, denen die Funktion zukommt, basale Bedürfnisse wie die nach Unverletztheit, Distanz, Beachtung und Verbundenheit zu sichern. Sie werden durch körperinnere Erregungen und Reize von außen aktiviert. Sie haben einen kommunikativen (expressiven), motivationalen und selbstbefindlichen Aspekt.

Bereits beim Neugeborenen zeigen sich primäre Affekte. Ihre Bedeutung stützt sich auf das phylogenetisch erworbene Menschheitswissen. Das bedeutet, dass sie in allen Kulturen auftreten. Sie dienen der Kommunikation und Beziehungsregulation. Im Laufe der weiteren Entwicklung kommen die sog. strukturellen Affekte hinzu, deren Bedeutung sich aus persönlichen Erfahrungen verstehen lässt (▼ Übersicht).

64 Freud (1920)

## Häufige Affekte

### Kulturübergreifende Primäraffekte<sup>65</sup>

- Fröhlichkeit, Freude
- Wut
- Trauer
- Furcht
- Ekel
- Verachtung
- Überraschung

### Weitere Affekte (Beispiele)

- Liebe
- Hass
- Hoffnung
- Glück
- Lust
- Begierde
- Neid
- Eifersucht
- Angst
- Scham
- Schuld
- Stolz
- Interesse

Affekte sind in ihrer Grundstruktur schon bei der Geburt vorhanden und bilden den Kern der Beziehungsrepräsentanzen, die das Selbst mit den anderen verbinden. Sie werden in der Interaktion mit den Pflegepersonen zu kommunikativen Systemen weiterentwickelt.<sup>66</sup> Sie sind eng mit körperlichen Reaktionen (z. B. Erröten und Blutdruckanstieg bei Ärger) verbunden und mit dem Erleben von Bedürfnissen und Beziehungen verknüpft. Sie können durch entsprechende Auslösereize aktiviert werden. So entstehen Schmerz und Sehnsucht nach Trennungen, während Verletzungen Hass und Wut hervorrufen.

Affekte dienen der Kommunikation und der Beziehungsregulation. Zu den positiven Affekten gehören Freude, Zuneigung und Leidenschaft. Ekel und Abneigung stellen eine aversive Reaktion dar. Diese Reaktionen entstehen spontan und werden zur Beziehungsregulation eingesetzt. Unter dem Eindruck der Beziehungserfahrungen werden sie modifiziert und weiterentwickelt, so dass Menschen später über ein breites Spektrum verfügen, in denen sich Beziehungserfahrungen abbilden.

Zunächst ist ein Affekt ein körperliches Erleben (»embodied emotion«). Es drückt sich averbal durch sprachloses Empfinden

aus. Dieses geht als Körpererinnerung in die frühe Entwicklung des Selbst mit ein. Erst im Verlaufe einer gelingenden Entwicklung werden die »verkörperten« Wahrnehmungen mentalisiert, d. h. es werden Begriffe und Sprachsymbole für das affektive Empfinden gebildet. Diese Entwicklung wird durch Spiegelerfahrungen in den Primärbeziehungen gefördert, indem die Bezugspersonen kontingent (passend) auf die Affektäußerungen antworten. So kann ein Schmerzempfinden durch Berührung (Streicheln) oder tröstende Worte beantwortet werden. Dabei haben die Inhalte weniger Bedeutung als der Stimmklang, die Gestik und der begleitende tröstende Blick.

Auf diese Weise bilden sich Erinnerungen an die vorsprachlichen Interaktionen. Sie werden als affektiv-sensorische Beziehungsrepräsentanzen verinnerlicht, als prozedurale Erfahrungen codiert und bilden Elemente im verkörperten Selbst und der Körpererinnerung (Embodiment). Wenn diese Prozesse sich wiederholen und die kognitiven Strukturen im Gehirn ausreifen, bilden sich im Psychischen äquivalente Begriffe für die Affekte, die Affektrepräsentanzen. Die Affekte werden »symbolisiert«. Sie können »gelesen« oder »begriffen« und sprachlich mitgeteilt werden. Defizite in dieser Entwicklung führen zur Alexithymie. Der Begriff beschreibt die Beeinträchtigung oder Unfähigkeit, die eigenen Affekte (und die anderer) zu »lesen«,

<sup>65</sup> Ekman (1992), Krause u. Merten (1996)

<sup>66</sup> Stern (1985), Krause (1983), Lichtenberg (1987)

und in die Emotionsregulation einzubeziehen. Sie wurde zuerst von der französischen psychoanalytischen Schule bei Psychosomaten beschrieben<sup>67</sup> (► Kap. 12).

Ein bedeutender Entwicklungsschritt ist die Verknüpfung zunächst unverbundener gegensätzlicher Affekte zu einem realitätsnahen Gesamterleben. So ist die innere Welt in der intentionalen Entwicklungsphase, der schizoid-paranoiden Position<sup>68</sup> der Frühentwicklung durch die Aufteilung in »nur-gute« und »nur-böse« Beziehungsrepräsentanzen geprägt. Die Überwindung dieser Spaltung ist mit der Entwicklung der Fähigkeit verbunden, ambivalente Gefühle gegenüber sich selbst und anderen zu ertragen und ein realistisches Bild von ihnen zu entwickeln.

Für das Verständnis der psychogenen Störungen ist die Angstentwicklung besonders wichtig, die mit den typischen Entwicklungskrisen entsteht:

- Die basalen, d.h. entwicklungsdynamisch »frühen«, »unreifen« Ängste sind Verlassens-, Verschmelzungs- und Verfolgungsängste sowie die Angst um das Selbst (Desintegrations- und Fragmentierungsangst). Man kann sie als *paranoide Ängste* zusammenfassen.
- In den mittleren Phasen der Kindheitsentwicklung dominieren Ängste vor Trennungen und Objektverlust, d.h. die *depressiven Ängste*.
- Die späten Phasen der Kindheitsentwicklung werden von Angst vor Liebesverlust, Straf- und Gewissensangst begleitet, den typischen *neurotischen Ängsten* der psychoanalytischen Krankheitslehre.

## Entwicklung des Denkens

Das Denken ist eine der zentralen Ichfunktionen. Aus psychoanalytischer Sicht ist es das

Ergebnis interaktioneller Prozesse auf der Basis der neurophysiologischen Reifung. Die psychoanalytische Theorie des Denkens, die auf Wilfried Bion<sup>69</sup> zurückgeht, beschreibt die Entwicklung des Denkens als einen intersubjektiven Prozess in den frühen Beziehungen. Die bis dahin ruhende Denkfunktion wird durch interaktionelle Erfahrungen aktiviert.

Danach wird das Kind am Anfang des Lebens von ungeformten mentalen Inhalten und Phantasien bedrängt. Um sie zu bewältigen, werden diese »in« die Mutter projiziert, die sie im Rahmen einer projektiven Identifizierung (► Kap. 2.1.2) in sich aufnimmt und wirken lässt. Sie »verträumt« das ungestaltete psychische Material, d.h. sie verarbeitet es, indem sie es mit eigenen Vorstellungen und Gefühlen verknüpft, und gibt ihm eine erträgliche Gestalt. Aus dem Unerträglichen werden dadurch erträgliche Erfahrungen, die sie dem Kind zurückgibt.

Dieser Vorgang wird als *Alphafunktion* der Mutter oder als Transformation des rohen psychischen Materials bezeichnet. Die Mutter fungiert dabei als Container für unbearbeitete Inhalte (Beta-Elemente) ihres Kindes. In dem Maße, wie sie die Spannungen des Kindes ertragen und sich auf die Gefühlszustände einlassen kann, ohne sich davon überwältigen zu lassen, kann sie die gesunde Entwicklung des Kindes fördern. Dabei ist die zutreffende Einfühlung der zentrale Faktor. Das Kind kann sich auf Dauer mit der Alphafunktion der Mutter identifizieren und beginnen, die Transformationen selbst zu leisten. Auf diese Weise entsteht als Brücke zwischen dem Selbst und der abwesenden Mutter das Denken.

Es versteht sich nahezu von selbst, dass diese Prozesse an eine sichere Bindung zwischen dem Kind und seiner Mutter gebunden sind. Das gilt auch für die psychotherapeutische Behandlungssituation, in der ein Therapeut eine ähnliche Funktion erfüllt. Er kann ein Verständnis für die innere Situation des

67 Marty (1958), Marty u. de M'uzan (1963)

68 Klein (1962), Segal (1973)

69 Bion (1962)



Patienten entwickeln und ihm dazu verhehlen, sie auch selbst anzunehmen und zu ertragen. Dazu muss er allerdings das Unerträgliche in sich aufnehmen und verarbeiten.

### Entwicklung des Bindungsverhaltens

Bindung gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen. Im Zentrum der Bindungstheorie steht die Annahme, dass der Mensch mit einer angeborenen Tendenz zur Welt kommt, die Nähe anderer zu suchen und Bindungen zu anderen herzustellen. Danach ist das Bindungssystem ein eigenständiges Motivationsystem neben anderen wie Aggression, Sexualität oder Affekt. Es wird in Gefahrensituationen aktiviert und ruft spezielle, konstitutionell mitgebrachte Verhaltensweisen hervor, das Bindungsverhalten.

Die Bindungstheorie stellt mit der Annahme, dass viele Störungen im Erwachsenenalter auf realen traumatischen Verlust- und Trennungserfahrungen in der vulnerablen frühen Kindheit beruhen, einen Gegenpol zur traditionellen Psychoanalyse dar. Diese war lange fast ausschließlich auf das innerseelische Phantasieleben ausgerichtet. Zu den Grundannahmen gehört, dass die Bezugspersonen, im Prinzip also die Mutter, für die Stabilität und Entwicklung unverzichtbar sind und aufgesucht werden, um Spannungen wie Angst und Schmerz zu bewältigen. Traumatische Störungen des Bindungsbedürfnisses führen zu einem unsicheren Bindungsverhalten. Sie geben die Basis für neurotische Entwicklungen ab, insbesondere für Strukturstörungen.

Das Bindungsverhalten umfasst instinkthafte vorgegebene Kommunikationsmuster wie Blickkontakt, Mimik, Zappeln oder Schreien, mit denen Aufmerksamkeit, Zuwendung und Nähe zu anderen hergestellt und Sicherheit erzeugt werden sollen. Je nach den Erfahrungen, die der Säugling dabei mit

seinen Bezugspersonen macht, entstehen spezifische Bindungsstile (▼ Übersicht).<sup>70</sup>

### Stile des Bindungsverhaltens im Kindesalter<sup>71</sup>

- **Sichere Bindung**  
Kinder, die hinreichende Feinfühligkeit erfahren haben, vermissen bei Trennungen die Mutter, suchen sie und zeigen ihren Schmerz bei ihrer Rückkehr.
- **Unsicher-vermeidende Bindung**  
Kinder, die wenig Einfühlung und Fürsorge kennen, scheinen Trennungen wenig zu beachten. Sie reagieren bei Rückkehr der Mutter mit Ablehnung.
- **Unsicher-ambivalente Bindung**  
Kinder, deren Bindungspersonen wenig vorhersehbar reagieren, sind während der Trennung hoch erregt. Wenn die Mutter zurückkommt, zeigen sie heftig ablehnendes Verhalten, in dem man ihr Unglück spüren kann.
- **Desorientiert-desorganisierte Bindung**  
Als Folge von traumatischen Interaktionserfahrungen mit Bindungspersonen bildet sich kein durchgängiges Muster im Umgang mit Bindungsangst heraus. Auf Trennungen reagieren die Kinder mit Verwirrung.

Das Bindungsverhalten durchläuft in der intentionalen Entwicklung der ersten zwölf Lebensmonate eine besonders sensible Phase. In dieser Phase ist der Säugling darauf angewiesen, dass die Pflegepersonen mit Feinfühligkeit auf seine intentionalen Bindungsbedürfnisse reagieren, um einen sicheren Bindungsstil zu entwickeln. Wenn die Entwicklung in dieser Zeit grobe Störungen erfährt, weil die Pflegepersonen z. B. krank, abwesend, sehr depressiv, ängstlich oder selbst

70 Einen guten Überblick gibt Köhler (1992).

71 Ainsworth u. a. (1978)

unsicher gebunden sind, dann entwickeln sich unsichere Bindungsstile. Darin zeigen sich paranoide Ängste, die nicht verarbeitet werden können. Bei groben Beeinträchtigungen bildet sich die Disposition für eine schizoide Persönlichkeitsentwicklung mit überdauerndem Misstrauen und Nähe-Distanz-Problemen in den späteren Lebensjahren<sup>72</sup>.

Nach der störanfälligen Frühentwicklung bleibt das Bindungsverhalten bei normaler Entwicklung in den folgenden Jahren relativ stabil. Es ist anfangs noch recht diffus und richtet sich im Verlauf der ersten drei Lebensjahre mehr und mehr auf bestimmte Personen aus, bis einige wenige feste Bindungen bestehen. Im weiteren Verlauf der Entwicklung treten zielgerichtete, regelrechte Partnerschaften in Erscheinung.

### Entwicklung der Mentalisierung

Unter Mentalisierung versteht man die Fähigkeit, über sich und andere nachzusinnen und sich ein Bild über innere Prozesse und Motivationen zu machen. Dabei werden Erfahrungen aus Beziehungen so organisiert, dass man sich in sich selbst und den anderen hineinversetzen kann, sich ein Bild von den inneren Erlebnisweisen machen, sich Befindlichkeit erklären und Verhalten voraussehen kann. Voraussetzung ist, dass die Erfahrungen mit den Bindungspersonen eine sichere Bindung ermöglicht haben.

Das relativ neue Konzept der Mentalisierung ist eng mit dem der Symbolisierung verwandt, das in der traditionellen Psychoanalyse im Zusammenhang mit der Begriffs- und Sprachentwicklung entstand. Symbolisierung beschreibt eine Ichfunktion aus intrapsychischer Sicht, während Mentalisierung einen intersubjektiven Prozess beschreibt, der zur Etablierung von Vorstellungen und Repräsentanzen führt. Man kann die Umwandlung

früher archaischer Körpererfahrungen in Begrifflichkeit und selbstreflexives Erleben im Rahmen beider Konzepte beschreiben: als Symbolisierung von Affekten oder als Mentalisierung innerer Zustände.

Die Mentalisierung spielt bei der Entstehung von Repräsentanzen eine bedeutende Rolle. Im Alltag ist sie unentbehrlich. Unter Belastungen ist sie beeinträchtigt. Für das Verständnis und die Behandlung psychischer Störungen bietet sie ein hilfreiches Konzept: Heute werden schwere Persönlichkeitsstörungen als Folge von Mentalisierungsdefiziten verstanden und behandelt (► Kap. 17.2.3.5).

Ursprünglich stammt das Konzept aus der französischen Psychosomatik<sup>73</sup>. Dort wurde das konkretistische »operative« Denken schwer gestörter psychosomatischer Patienten von Pierre Marty als Mentalisierungsdefizit gedeutet (► Kap. 12.2.3). Man sprach von Alexithymie. In der aktuellen Form wurde es von der englischen Forschergruppe um Peter Fonagy eingeführt und überraschend rasch rezipiert. Mentalisierungsfähigkeit ist eng mit sicherer Bindung verknüpft, die wiederum von der Fähigkeit der Bezugspersonen, zu mentalisieren und sich einzufühlen, abhängig ist.

Der zentrale Prozess dieser Entwicklung ist der transformierende Austausch von Affekten zwischen dem Kind und der Bezugsperson, was der oben beschriebenen Alphafunktion bei der Entwicklung des Denkens entspricht. Dabei nimmt die Pflegeperson die Affekte des Kindes zunächst auf und »markiert« sie: Sie verknüpft die Affekte des Kindes spontan mit eigenen. So kann z. B. Wut des Kindes mit beruhigenden Gefühlsanteilen der Mutter verknüpft werden, was sich im Sprachklang niederschlagen kann. Man kann sagen, die Mutter gibt dem Kind seinen Affekt verändert zurück. Das Kind macht die Erfahrung, dass zwischen ihm und seiner Mutter Unterschiede bestehen. Es lernt, dass das Selbst und die Andere verschiedene Personen sind und dass

72 Schultz-Hencke (1940), Fairbairn (1954), Riemann (1961)

73 Marty u. a. (1963)

es selbst in ihr etwas bewirken kann. In diesem Prozess bildet sich nach und nach im Kind die Vorstellung von der psychischen

Innenwelt. Vergangene, gegenwärtige und zu erwartende Erfahrungen werden als *Theory of Mind*<sup>74</sup> verinnerlicht.

### Die Entwicklung der Mentalisierung im Kindesalter<sup>75</sup>

- **Teleologischer Modus**

Am Ende des ersten Lebensjahres beginnen Kinder, sich als Urheber von Aktionen zu erleben und rationale Reaktionen darauf zu erwarten. Das ist das Ergebnis der gelungenen Affektspiegelung in den frühen Interaktionen. Sie haben aber noch keine Vorstellung von Wünschen und Motiven der anderen.

- **Dualer Modus**

Mit etwa anderthalb Jahren beginnen Kinder, ihre Innenwelt im Spiel auszudrücken. Dabei setzen sie innere Erfahrungen auf zwei Weisen mit der äußeren Situation in Beziehung:

- Im *Äquivalenzmodus* setzen sie innere Welt und äußere Realität gleich. Es gibt noch kein Bewusstsein für den Unterschied zwischen Vorstellung und äußerer Wirklichkeit. Die Vorstellungswelt erscheint daher konkretistisch: Der gemalte Tiger ist real gefährlich, man muss sich tatsächlich vor ihm schützen.
- Im *Als-ob-Modus* weiß das Kind im Spiel, dass seine Phantasien nicht »real« sind. Es weiß, dass der Tiger nicht »wirklich« gefährlich ist, und muss sich nicht schützen. Innen und außen werden voneinander dissoziiert.

- **Reflexionsmodus**

Im vierten bis fünften Lebensjahr werden die beiden Modi integriert. Dabei spielt die vermittelnde Reaktion anderer Personen beim Mitspielen oder in Kommentaren eine fördernde Rolle. Damit erreichen die Kinder die Stufe der Mentalisierung. Jetzt werden innere und äußere Realität als miteinander verbunden erlebt und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden Perspektiven anerkannt.

Die Mentalisierungsfähigkeit wird in der ungestörten Entwicklung im vierten bis fünften Lebensjahr erreicht. Das Kind tritt dann in den *Reflexionsmodus*, in dem Zusammenhänge und Unterschiede zwischen innerer und äußerer Realität, zwischen dem Selbst und den anderen wahrgenommen und anerkannt werden. Es entwickelt ein komplexes Arbeitsmodell für die Bewältigung psychosozialer Situationen.

Diesem Modus gehen zwei duale Modi des Erlebens voraus: ein konkretistischer *Äquivalenzmodus* und ein dissoziativer *Als-ob-Modus*. (▲ Übersicht). Sie bestehen nebeneinander. Um den Reflexionsmodus zu erreichen, ist die Integration dieser beiden Erlebnisformen erforderlich. Störungen bewirken hingegen eine Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit und bilden die Grundlage für die Borderline-Pathologie.

---

74 Leslie (2000)

75 Fonagy u. a. (2002)