

3.1 Allgemeine Krankheitslehre der Psychoanalyse

3.1.1 Allgemeine Aspekte von Krankheit

Im Sozialgesetzbuch (SGB V, § 27 [2001]) wird Krankheit definiert als ein »regelmäßiger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat«.

Für die objektive Definition von Krankheit lieferte die medizinische Pathophysiologie die Vorlage. Fünf biologische Prozesse verursachen an den Organen Krankheitsbilder, die als natürliche Krankheitseinheiten angesehen werden. Diese fünf Prozesse oder Faktoren sind:

1. das Trauma (z. B. ein Schädelbasisbruch oder eine Verbrennung als Verletzungstrauma);
2. der Infektionsweg (z. B. Infektion mit einem Grippevirus);
3. der Autoimmunprozess (z. B. bei Allergien);
4. der Tumorbildungsprozess (z. B. bei Karzinomen);
5. der angeborene Defekt, der genetisch verursacht ist (z. B. Mongolismus).

Seit der Etablierung der Psychiatrie in der Medizin hat man versucht, auch den psychischen Krankheitsprozess im Sinne einer Psychopathologie durch einige dieser Faktoren zu erklären. Wenigstens drei dieser biologischen Faktoren (angeborener Defekt, Autoimmunprozess und Infektionsweg) werden in der biologisch ausgerichteten Psychiatrie als ursächlich für das zentrale Krankheitsbild der Psychosen intensiv untersucht und als ätiologische Faktoren für die biologische Funktionsstörung eines seelisch-geistigen Krankheitszustandes diskutiert. Mit dem psychogenetischen Verursachungsprinzip in der Psychoanalyse seit über 100 Jahren konfrontiert, ist das Leib-Seele-Problem in der Psychiatrischen Krankheitslehre immer wieder von verschiedenen Seiten beleuchtet worden. In der Psychoanalyse wird daher die Symptom- und Störungsdiagnose (siehe im Band über die psychoanalytische Krankheitslehre, im Rahmen der Reihe *Basiswissen Psychoanalyse*) durch die Konflikt- und Persönlichkeitsdiagnose erweitert. Seit 1967 ist die psychoanalytische Psychotherapie eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und somit seitdem ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung psychisch Kranker. Im ambulanten Bereich werden 50 bis 65 Prozent aller Behandlungen mit diesem Verfahren durchgeführt. Ähnlich hoch ist der Anteil dieser Therapieform in der stationären Psychotherapie.

Neben der kulturellen Wertschätzung Sigmund Freuds als Literat ist sein großes Verdienst für Psychologie und Medizin in seinem Wirken als Neuropathologe und Arzt zu sehen. Einerseits hat er die biologischen Grundlagen der »Nerven- und Geis-

teskrankheiten« aufzufinden versucht (siehe Kasten 2, S. 120 f.). Andererseits hat er aber auch für die Hysterie und andere seelische Erkrankungen die Ätiopathogenese der psychogen verursachten Neurosen entwickelt. So ist die psychoanalytische Krankheitslehre nicht nur durch psychologische, sondern auch durch biologisch-ätiologische Faktoren (z. B. durch krankheitsverursachende Konstitution oder sexuelle Abstinenz bei den Aktualneurosen) geprägt.

Im Gegensatz zur somatogenen Verursachung von Lähmungen und Sprachstörungen (wie Kinderlähmung oder Aphasien) ist die Ätiologie der Psychoanalyse eher einem psychosozialen Krankheitsverständnis verpflichtet. Dies wirkt sich vor allem bei der Realisierung der psychotherapeutischen Technik aus (siehe Bd. 2 der Reihe *Basiswissen Psychoanalyse*). Entsprechend dieser psychogenen Ätiologie definiert der »Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie« (WBP, 2004) die psychodynamische Psychotherapie durch die folgenden therapeutischen Ziele mit den dazugehörigen spezifischen Wirkfaktoren bzw. Techniken:

1. Bearbeitung von lebensgeschichtlich begründeten unbewussten Konflikten;
2. Bearbeitung krankheitswertiger psychischer Störungen;
3. Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand;
4. die Strukturierung der Stundeninhalte erfolgt nach der Technik der Fokussierung oder der freien Assoziation.

Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie ist für folgende neun Anwendungsbereiche, ausgerichtet an der ICD-10 der WHO, nachgewiesen worden und definiert damit die von den Kassen zu finanzierende Behandlung von psychischen und körperlichen Erkrankungen:

1. Affektive Störungen (F3);
2. Angststörungen (F 40–42);
3. Belastungsstörungen (F 43);
4. dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44, 45, 48);
5. Ess-Störungen (F 50);
6. psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F 54);
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6);
6. Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, 55);
9. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2).

Allerdings kann man aus der Wirksamkeit von Psychotherapie wissenschaftstheoretisch noch nicht auf den Nachweis einer psychogenen Ätiologie schließen, daher bleibt die Diskussion um die psychogenen und somatogenen Anteile von psychischer Krankheit so lange bestehen, wie Varianzanteile der Ätiologie für die einzelnen als krankheitsverursachend nachgewiesenen Faktoren unter den jeweils neu entwickelten Forschungsmethoden Bestand haben. Letztlich bleibt es derzeit der

Kooperation zwischen Ärzten, Psychologen und ihren Patienten überlassen, in welchem Ausmaß Medikamente, die somatogene Ursachen beseitigen, den Prozess der Psychotherapie unterstützen können.

Die Konzeption der psychogen verursachten neurotischen Erkrankungen wurde auf zahlreiche andere Erkrankungen mit körperlichen Symptomen wie Psychosomatosen oder Organneurosen übertragen. Die von Freuds Nachfolgern in der Psychosomatik (Franz Alexander, 1950; Max Schur, 1966; George L. Engel, 1970; Alexander Mitscherlich, 1966, 1967; Pierre Marty, 1958; Thure von Uexküll, 1996) entwickelten psychosomatischen Vorstellungen unterscheiden sich vor allem dadurch, welche Eigenständigkeit sie dem somatogenen Geschehen ätiologisch einräumen. Freud selber stellte bei der psychogenen Ätiologie auch einen konstitutionellen Faktor in Rechnung, der intrauterin und postpartal von genetischen wie exogenen Noxen gebildet wird.

Die behaviorale Konzeption von Krankheit, die in der Klinischen Psychologie (Davison et al., 2002, S. 48–50) dominiert, stützt sich auf ein Diathese-Stress-Modell. In ihm finden auch biologische und psychologische Faktoren Berücksichtigung. Jedoch wurden der Entwicklungsgesichtspunkt und die Faktoren der unbewussten Konflikte und ihre Abwehrkonzeption eliminiert. Das auf diese Krankheitskonzeption aufbauende Verhaltenstherapie-Modell untersucht die Wechselwirkungen zwischen der Disposition (Diathese) für eine Krankheit und dem Stress, der in Gestalt von belastenden Umwelt- und Lebensereignissen auftritt. Die biologischen Faktoren beziehen sich auf eine genetisch übertragene Diathese, die das Risiko einer möglichen Erkrankung erhöht.

Wie Nuechterlein (1987) für die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Schizophrenie nachwies, sind diese biologischen Vorgaben aber in weiten Teilen durch spezifische, zur Verletzlichkeit (Vulnerabilität) des Kranken passende Konflikte im familiären oder gesellschaftlichen Rahmen mitbestimmt. Durch das Erkennen dieser Konflikte werden das Verständnis der Auslösesituation und die Entwicklung von Verfahren zur Gegensteuerung erweitert.

Als weitere biologische Dispositionen oder Risikofaktoren gelten z.B. eine Virusinfektion der Mutter oder das Rauchen während der Schwangerschaft, Sauerstoffmangel bei der Geburt, schlechte Ernährung während der Kindheit. Neben körperlichen Risikofaktoren finden sich später beim Erwachsenen aber auch zahlreiche psychologische Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, beruflicher Dauerstress bei kardiovaskulären Erkrankungen, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Abhängigkeit bei Depression, Angst vor Übergewicht bei Essstörungen. Ferner sind ökologische Faktoren wie z.B. Schadstoffexposition (Strahlen, Asbest, Teer usw.) und

Lärmexposition zu beachten. Diese Risikofaktoren müssen in Wechselwirkung mit salutogenetischen Faktoren (Antonovsky, 1997) gesehen werden, die zu einer Verminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit führen können, wenn sie berücksichtigt werden (siehe 3.1.2).

Eine der biologischen Ätiologie gegenläufige Entwicklung in der Psychiatrie hat mit der Schaffung eines internationalen Klassifikationssystems für die psychischen Krankheitsphänomene zu tun. In seiner 10. Revision (ICD-10, Kapitel V) wird der ätiologische Klassifikationsgesichtspunkt weitgehend aufgegeben, weil man einer Steigerung der Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Diagnose den Vorrang geben wollte. Dieser Gewinn wird mit einem Verlust der ätiologischen Gültigkeit (Validität) erkaufte, was den klinischen Gebrauch des Klassifikationssystems einschränkt (Landis, 2001).

Dennoch legen die meisten Lehrbücher der Psychiatrie diese neue Klassifikation zugrunde. Für die Psychoanalyse muss jedoch ein Kompromiss gefunden werden, bei dem die Bildung von ätiologischen Krankheitsgruppen wieder eingeführt wird; die nach der ICD-10 getroffenen Diagnosen sollten in dieser neuen Klassifikation aber wieder auftauchen. Hierzu gibt es verschiedene Angebote in den Lehrbüchern der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin (Ermann, 2002; Rudolf, 2000; Hoffmann & Hochapfel, 2004) wie auch der psychologischen Psychotherapie (Leichsenring, 2004).

Wenn wir in diesen Lehrbüchern nach ätiologischen Konzepten suchen, dann stoßen wir auf das psychoanalytische oder psychodynamische Erklärungsmodell und das behaviorale Modell, jeweils mit spezifischen ätiologischen Annahmen für die phänomenologischen Symptomkomplexe. Entsprechend der Zielsetzung der Reihe *Basiswissen Psychoanalyse* konzentrieren wir uns hier auf die psychoanalytischen Modellannahmen und ätiologischen Hypothesen bezüglich der Krankheitsgruppen und Symptomkomplexe. Die jeweils spezifische Ätiologie folgt allgemeinen psychoanalytischen Prinzipien der Ätiologie nach Sigmund Freud (1894a, S. 61 f.):

1. Unverträglichkeiten im Vorstellungsleben von hysterischen, zwanghaften und halluzinierenden Patienten haben einen Unlusteffekt (Scham-, Schuldgefühle und verletzter Stolz) zur Folge.
2. Das Ich ist nicht in der Lage, diesen Widerspruch und den resultierenden Affekt durch Denkarbeit zu lösen.
3. Weil die Gedächtnisspur an das auslösende Ereignis und die mit einem Affekt beladene Vorstellung nicht – wie im Falle der Gesundheit – durch Vergessen zu tilgen sind, muss eine pathologische Abwehr entwickelt werden, die ein neurotisches oder psychotisches Symptom zur Folge hat.

Das Grundmuster des krank machenden seelischen Konflikts besteht also aus einer pathologischen Disposition der Patienten, die den vorher gesunden Zustand des Patienten in einen pathologischen verwandelt. Das psychodynamische Verständnis dieses pathologischen Zustandes lässt die Krankheitssymptome als eine misslungene Anpassung des Ichs an eine Konfliktsituation erscheinen. Die auslösende Situation kann ein Trauma im Sinne einer Reizüberflutung sein – wobei die Impulse der Reizquellen mit der äußeren Wahrnehmungsoberfläche aufgenommen werden können (Trauma-Modell) oder aber aus inneren Quellen der Trieb- und Affektwahrnehmung herrühren können (Modell des Trieb- und Affektkonflikts).

Die pathologische Disposition spielt im dritten ätiologischen Modell der Psychoanalyse über die Strukturpathologie eine größere Rolle als in den ersten zwei Krankheitsmodellen. Diesen drei Krankheitsmodellen entsprechend wurde 1945 von dem nach London vertriebenen österreichisch-jüdischen Psychoanalytiker Otto Fenichel in der ersten großen Synopsis psychoanalytischer Krankheitsbilder zwischen traumatischen, Psycho- und Charakterneurosen unterschieden.

Die *traumatischen Neurosen* werden durch funktionelle Störungen wie Einschränkung der Ichfunktionen, Affektausbrüche, Schlafstörungen und Wiederholungssyndrome beschrieben. Die *Charakterneurosen* dagegen werden typologisch unterschieden nach der grundsätzlichen strukturellen Persönlichkeitsstörung des Narzissmus, des Zwangs, der Phobie, der Hysterie und der Schizoidie. Bei den *Psychoneurosen* steht der neurotische Konflikt mit seinen Hemmungen, Vermeidungen von Sexualität und Aggressionen, Minderwertigkeitsgefühlen und Ermattung im Zentrum der ätiologischen Erklärung der Symptomatik. Die Unterformen der Psychoneurosen umfassen ein breites Spektrum von Krankheitsgruppen:

1. Organneurosen (mit Störungen der Muskulatur, Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion, Intestinalorgane);
 2. narzisstische Neurosen (Schizophrenie und affektive Störungen);
 3. Perversionen und Impulsneurosen (mit den Störungen Sadismus, Masochismus, Fetischismus, Spielsucht, Kleptomanie usw.);
 4. Übertragungsneurosen (Angsthysterie, Konversionshysterie, Zwangsneurosen).
- Neben diesen klassischen ätiopathogenetischen Einteilungsversuchen der Krankheitsgruppen findet sich bei bei Leichsenring (2004) der Versuch psychoanalytischer Autoren, die ICD-10-Klassifikation der Krankheits- und Symptomgruppen mit einem psychodynamischen Krankheitsmodell und den dazugehörigen dominanten ätiologischen Faktoren zu kombinieren:
1. Die Krankheitsgruppe der Sucht wird unterteilt nach den suchtauslösenden Substanzen (Alkohol und psychotrope Substanzen) und den Verhaltensweisen (wie Spielsucht). Die ätiologischen Faktoren werden in den Störungen der Ich-

funktionen gesehen sowie in einer narzisstischen und Borderline-Pathologie der Persönlichkeit. Das psychodynamische Krankheitsmodell muss um biologische Faktoren ergänzt werden, die das süchtige Krankheitsverhalten aufrechterhalten (Wernado et al., 2004).

2. Bei den Symptomstörungen der Sexualität ist zwischen den Paraphilien (gleichgeschlechtliche Partnerwahl), den Perversionen und den sexuellen Funktionsstörungen zu unterscheiden (Richter-Appelt, 2004). Als ätiologische Faktoren bei den sexuellen Funktionsstörungen gelten die psychodynamischen Ursachen für eine Verminderung des sexuellen Verlangens, eine Beeinträchtigung der Erregbarkeit oder eine Behinderung der Durchführung eines Koitus mit Eindringen oder dem Ausbleiben des Orgasmus. Die Appetenzstörung (F 52.0) besteht in einem Mangel oder Fehlen sexueller Fantasien und des Verlangens, die sexuelle Aversion (F 52.10) in einer Angst vor der körperlichen Berührung und in der Vermeidung solcher Situationen. Alle diese Symptome sind oft auf psychodynamische Konflikte zurückzuführen, die biographisch aufzuschlüsseln sind. Dies gelingt meist erst nach ausreichender Offenheit im psychoanalytischen Prozess und nach aktiver Thematisierung durch den Psychoanalytiker.
 3. Bei den schizophrenen Psychosen sind im Sinne eines multifaktoriellen Krankheitsgeschehens genetische Faktoren von konstitutionellen und psychogenen Faktoren zu unterscheiden (Dümpelmann, 2004). Das psychodynamische Krankheitsmodell betont die Störung der Symbolisierungsfähigkeit (Benedetti, 1991, 1992), der Konfliktverarbeitung (Mentzos, 1991, 1992) oder die Störung der Objektbeziehung (Bion, 1954).
 4. Bei den depressiven Psychosen ist der Übergang zu den viel häufiger auftretenden depressiven Neurosen nicht immer eindeutig festzulegen, weil bisher nur der zeitliche Verlauf oder die pharmakologische Ansprechbarkeit der depressiven Symptome über die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen entscheiden kann (Schauenburg, 2004). Ätiopathogenetisch finden sich in der »Endstrecke« verschiedenster biographischer Prozesse zahlreiche psychogene Faktoren. Bei einer unsicheren frühkindlichen Bindungsgeschichte finden sich multiple Objektverluste, die ein unsicheres Selbstwertgefühl und maladaptive Interaktionen zur Folge haben. Aus diesen lassen sich psychodynamische Konflikte rekonstruieren, die in analytischen Psychotherapien durchgearbeitet werden können.
- Störungen, die das somatische Krankheitsgeschehen, psychosomatische Erkrankungen und post-traumatische-Belastungsstörungen (PTB) betreffen, werden bezüglich ihrer psychodynamischen Pathogenese ausführlich in einem Band der Reihe *Basiswissen Psychoanalyse* über Krankheitsmodelle und Pharmakotherapie dargestellt.

3.1.2 Modellvorstellungen von Gesundheit

Die Definition von Gesundheit geschieht normativ und objektiv. So ist Gesundheit im versicherungsrechtlichen Sinne definiert als »ein Nichtvorhandensein von Krankheit«. Alle Normabweichungen von Gesundheit sind also als Krankheit zu definieren. Schauen wir uns eine andere Definition von Gesundheit an, so entdecken wir psychosoziale Faktoren, die einem gänzlich anderen Wissenschaftsmodell folgen als dem Krankheitsmodell der biologischen Krankheitsfaktoren und der Versicherungswirtschaft, das aus dem rechtlichen Modell heraus gewonnen wurde. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1947) definierte Gesundheit in ihrer konstituierenden Sitzung als »Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Behinderung«.

In dieser Definition stellt Gesundheit einen eigenen positiven Zustand dar, der sich auf den ganzen Menschen in seinen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Aspekten zu beziehen versucht. Kriterium ist das subjektive Wohlbefinden (Trojan & Legewie, 2001), der subjektive Aspekt von Gesundheit wird betont; nicht die Experten haben darüber zu befinden, sondern der betroffene Kranke selber. Damit wird deutlich, dass sich in dieser wissenschaftstheoretischen Position die Rolle des Kranken gewandelt hat. Aus einem passiven Objekt medizinischer Behandlung wird ein von krank machenden Umständen gefährdetes Subjekt, das selber über den dadurch entstandenen Zustand entscheiden und sich gegen krank machende Faktoren wehren kann. Therapeutische Behandlung wird damit zu einem aktiven Prozess der Kommunikation über das, was innerhalb und außerhalb der Behandlung als krank und gesund zu gelten hat. Dies ist überall dort zu bedenken, wo Gesundheit zur »Zwangsbeglückung« zu werden droht.

Die soziale und kulturelle Definition von Gesundheit und Krankheit relativiert die biologischen Faktoren, die in der medizinischen Definition der Pathophysiologie im Vordergrund stehen. Wird dieser Ansatz konsequent weitergeführt, kann die Krankheitstheorie durch eine Theorie der Gesundheit Konkurrenz bekommen, wie es von Antonovsky (1997) im Konzept der Salutogenese versucht wird. Hier ist die Forschung auf die Ermittlung von den Gesundheitsprozess fördernden Faktoren ausgerichtet. Untersucht werden die Entwicklungsbedingungen von Gesundheit, bewusste Handlungsweisen, die den Erhalt von Gesundheit zum Ziel haben, und die Wirkung von Interventionen zur Gesundheitsförderung. Die Erweiterung des Pathogenesemodells der Medizin geht in drei Richtungen (Trojan & Legewie, 2001): Stressbewältigung, Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der Persönlichkeitsunterschiede.

1. Die *Stressbewältigungstheorien* betonen den Prozess der Anpassung des Körpers an den Stressreiz, der durch das neuroendokrine System des Körpers im Zusammenwirken mit dem Immunsystem vermittelt wird und zu messbaren somatischen Veränderungen im Körper führt. Der Anpassungsprozess durchläuft drei Phasen, deren Endprozess (3. Phase als Zustand der Erschöpfung) zu schwerer Krankheit oder zum Tod führt (Legewie & Ehlers, 2000). Der Prozess beginnt mit der Schockphase, der eine Alarmreaktion (1. Phase) auslöst, die durch gegenregulatorische Körpervorgänge ausgeglichen werden soll. Gelingt dies nicht und kumulieren die Funktionsstörungen bei der Körpertemperatur, der Herz-Kreislaufregulation, den Veränderungen im intestinalen Gewebe und den Immunreaktionen, dann kommt es in der Widerstandsphase (2. Phase) zur Aufbietung aller Kräfte, um der Gegenregulation zum Erfolg zu verhelfen, was meist gelingt. Bei Chronifizierung dieser Phase kann es aber zu Gewebeschädigungen kommen. Die biologische Einseitigkeit dieser medizinischen Stresstheorie wurde durch Lazarus (1991) mittels einer kognitiven Emotionstheorie ergänzt. Im Zentrum steht eine kognitive Bewertung der Stressoren, die dann eine negative oder positive emotionale Tönung erhalten können – z. B. als Eustress –, die physiologische Reaktionen beeinflussen kann. Die daran anschließenden Bewältigungsversuche mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien (z. B. Distanzierung, Ablenkung, Leugnen, Vermeiden) führen zu problembezogenen Strategien des Handelns, die eine aktive Veränderung der Situation anstreben. Der psychologische Vorteil dieser Ergänzung liegt auf der Hand. Der Psychoanalytiker erkennt in der Typisierung der Bewältigungsmechanismen die Abwehrmechanismen des psychoanalytischen Konfliktmodells wieder.

2. Die *Bedürfnis-Ressourcen-Theorien* (Trojan & Hildebrand, 1989; Becker, 1992) zeigen die Wechselwirkung des Stressmodells mit den konkreten Lebensbedingungen, ihren Ressourcen und kulturellen Einflussfaktoren. Das äußerst komplexe »salutogenetische Gesundheitsmodell« von Antonovsky (1997) benennt insgesamt zehn generalisierte Widerstandsressourcen für die 2. Phase des Stressmodells. Diese Ressourcen reichen von materiellen Faktoren über soziale Unterstützung bis hin zur Ich-Identität und einer präventiven Gesundheits-Orientierung. Weiterhin werden soziale und physikalisch-biochemische Stressoren benannt, die eine Belastung erhöhen können. Das Wechselspiel von Ressourcen und Stressoren entscheidet über den Stand und die Bewegungsrichtung auf dem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit.

3. Die *Entwicklungstheorien der Persönlichkeit* liefern Ansätze zu einer prozessorientierten Ressourcenanalyse des Individuums. Sie haben sich aus Verlaufsbeobachtungen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen oder bei entwick-

lungspsychologischen Längsschnittuntersuchungen der kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen der Persönlichkeit herauskristallisiert. Die älteste und einflussreichste Entwicklungstheorie der Persönlichkeit findet sich in der Psychoanalyse, wo S. Freud unter Gesundheit die Möglichkeit zur »Liebes- und Arbeitsfähigkeit« verstand. In *Das Unbehagen in der Kultur* (1930a, S. 434) verdeutlicht er den Prozesscharakter seiner Auffassung von Gesundheit:

»Das Ziel des Menschen, daß der Mensch »glücklich« sein soll, war im Plan der Schöpfung nicht vorgesehen. Was man im engeren Sinne als Glück bezeichnet, ist eher etwas, das sich dann einstellt, wenn aufgestaute Bedürfnisse plötzlich befriedigt werden. Daher ist es seiner Natur nach ein immer wieder vorübergehendes Phänomen.«

Gesundheit als ein Teilaspekt von Glück ist also ein Gleichgewichtszustand, der in der jeweiligen neuen Lebenssituation erneut hergestellt werden muss, wenn die Entwicklungsphasen neue Entwicklungsaufgaben an das Ich des Menschen herantragen. Diese psychosozialen Entwicklungsaufgaben spiegeln sich in jeweils neuen Beziehungsgefühlen (siehe 2.3.3), inneren und äußeren Selbst-Objektbeziehungen) wider:

1. Urvertrauen;
2. Autonomie;
3. Identifikation mit der Geschlechtsrolle im Sinne von Männlichkeit und Weiblichkeit im Kleinkind- und Vorschulalter;
4. leistungsbezogene Arbeitshaltung im Grundschulalter;
5. Ausbildung von Ich-Identität in Pubertät und Adoleszenz;
6. die Notwendigkeit von neuen persönlichen Bindungen (Partnerschaft und Freundschaften) und die Übernahme von Verantwortung für Kinder (Generativität) oder ein Lebenswerk durch die Herausforderungen des frühen Erwachsenenalters;
7. eine reife Identität ist notwendig, um unter den Belastungen des Alters (körperliche Defizite, sozialer Funktionsverlust und Endlichkeit des eigenen Lebens) eine neue Integrität herzustellen.

Die Entwicklungsaufgaben sind Grundprobleme der menschlichen Existenz, wobei jede Epoche und gesellschaftliche Schicht Einfluss auf die Form dieser Grundprobleme hat. So formulieren Oerter und Montada (1995, S. 124) für die amerikanische Mittelschicht der fünfziger und sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts sehr spezifische Entwicklungsaufgaben einer Durchschnittsbiographie (Tab. 2), die sich anders als bei Erikson (1966) nicht nur auf den Lebenszyklus in der Familie beziehen, sondern auch Lebensbereiche wie berufliche Arbeit, Verlust des Partners, schwere Krankheit und Abhängigkeit im Alter berücksichtigen.

Tab. 2: Die Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Perioden der menschlichen Biographie (nach Oerter & Montada, 1998, S. 124) sind mit phasentypischen Konflikten verbunden, die sich aus dem Widerstreit der Entwicklungsaufgaben und der sozialen Anforderungen mit ihren Gegenspielern in den Triebimpulsen ergeben.

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgaben
Frühe Kindheit (0 – 2 Jahre)	1. Anhänglichkeit (<i>social attachment</i>) 2. Objektpermanenz 3. Sensomotorische Intelligenz und einfache Kausalität 4. Motorische Funktionen
Kindheit (2 – 4 Jahre)	1. Selbstkontrolle (vor allem motorisch) 2. Sprachentwicklung 3. Fantasie und Spiel 4. Verfeinerung motorischer Funktionen
Schulübergang und frühes Schulalter (5 – 7 Jahre)	1. Geschlechtsrollenidentifikation 2. Einfache moralische Unterscheidungen treffen 3. Konkrete Operationen 4. Spiel in Gruppen
Mittleres Schulalter (6 – 12 Jahre)	1. Soziale Kooperation 2. Selbstbewusstsein (fleißig, tüchtig) 3. Erwerb der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben etc.) 4. Spielen und arbeiten im Team
Adoleszenz (13 – 17 Jahre)	1. Körperliche Reifung 2. Formale Operationen 3. Gemeinschaft mit Gleichaltrigen 4. Heterosexuelle Beziehungen
Jugend (18 – 22 Jahre)	1. Autonomie von den Eltern 2. Identität in der Geschlechtsrolle 3. Internalisiertes moralisches Bewusstsein 4. Berufswahl
Frühes Erwachsenenalter (23 – 30 Jahre)	1. Heirat 2. Geburt von Kindern 3. Arbeit/Beruf 4. Lebensstil finden
Mittleres Erwachsenenalter (31 – 50 Jahre)	1. Heim/Haushalt führen 2. Kinder aufziehen 3. Berufliche Karriere
Spätes Erwachsenenalter (51 und älter)	1. Energien auf neue Rollen lenken 2. Akzeptieren des eigenen Lebens 3. Eine Haltung zum Sterben entwickeln

Jürgen Habermas (1981, 1984) berücksichtigt in seiner Theorie des kommunikativen Handelns gesellschaftliche Normen und Lebensbedingungen unter Beibehaltung der aufklärerischen Position von S. Freud. Im Mittelpunkt der Theorie steht die zwanglose Verständigung im alltäglichen sozialen Handeln. Zur Aufklärung des

Widerspruches zwischen individuellen und gesellschaftlichen Konflikten ist die kritische Untersuchung des strategischen gegenüber dem kommunikativen Handeln von Bedeutung. Strategisches Denken kann auf Verständigung keine Rücksicht nehmen. Das strategisch-verdeckte oder sogar unbewusste Handeln ist dem verständigungsorientierten sozialen Handeln so entgegengerichtet, dass es nur unter bestimmten Bedingungen eine Möglichkeit zur Verständigung gibt. Diese Möglichkeit der Verständigung richtet sich nach den Geltungsansprüchen der jeweiligen sozialen Welt (soziale Situation), in der diese Verständigung gesucht wird:

1. Verständlichkeit in Bezug auf die Welt der Sprache;
2. Wahrheit in Bezug auf die Welt der Tatsachen ;
3. Angemessenheit in Bezug auf die Welt der sozialen Beziehungen und Normen;
4. Aufrichtigkeit in Bezug auf die innere Welt der Wünsche, Absichten und Gefühle.

Werden diese Geltungsansprüche in der sozialen Welt des Individuums (gestörte innere Objektbeziehungen) oder der Gruppe (Überbewertung ökonomischer gegenüber ökologischen Wertmaßstäben, siehe 3.2.3.1) durch strategisches Handeln außer Kraft gesetzt, dient die Verständigungsabsicht nur noch der Verschleierung der strategischen Ziele.

3.1.3 Multifaktorielle Modelle psychischer Störungen

3.1.3.1 Affekt-Trauma-Modell

Traumatische Erfahrung drückt sich unmittelbar in Schrecken, Angst und völliger Hilflosigkeit aus. In der Psychoanalyse bezeichnet der Begriff Trauma das Überschreiten der Verarbeitungsmöglichkeiten des Traumatisierten; die objektive Qualität des Ereignisses ist dann von solcher Intensität, dass die subjektive und, je nach Entwicklungsstand, die zentralnervöse Verarbeitungskapazität des Betroffenen erschöpft ist und sein Reizschutz dauerhaft durchbrochen wird. Dies führt zu einer Erschütterung des psychischen Apparates in seiner Gesamtheit, so dass es zu einem Zusammenbruch der zentralen Ichfunktionen kommt. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind Versuche des Ich, in der zwanghaften Wiederholung des traumatischen Erlebens (z.B. im Traum) Bewältigungsformen zu finden, die dem Schutz vor Reizüberflutung dienen und eng mit zentralnervösen Verarbeitungsprozessen verbunden sind (siehe 6.2.5). Die Bewältigungen können einer zukünftigen Traumatisierung entgegenwirken. Das heißt aber noch nicht, dass die Bewältigung der Realität objektiv erleichtert würde, denn die verminderte Fähigkeit zur libidinösen Besetzung von Objektbeziehungen kann z.B. zur Interessenverarmung geführt haben.

Das Trauma-Modell basiert auf psychoanalytischen therapeutischen Erfahrungen auf der Grundlage der Verführungstheorie. Danach sind hysterische Symptome und Zwangssymptome im Erwachsenenalter auf eine sexuelle Verführung in der Kindheit zurückzuführen. In der therapeutischen Beziehung zum Psychoanalytiker kann die zunächst verdrängte traumatische Vergangenheit bewusst gemacht werden. Die Erinnerung kann im Erwachsenenleben – z.B. durch ein traumatisches Ereignis – wiederbelebt werden und nun mit der ganzen Intensität des ihr dabei zugewachsenen Affektbetrages ins Bewusstsein drängen.

Anders als bei lerntheoretischen Erklärungen der traumatischen Reaktionen (siehe Steil, 2003, S. 287 f.), die einen Lernvorgang durch emotionale Konditionierung oder operantes Lernen zugrunde legen, bleibt der affektive Gehalt der traumatischen Situation kindlicher Traumatisierungen nach dem Trauma-Modell erhalten und kann durch den Vorgang der Verdrängung nicht an der Oberfläche des Bewusstseins erkannt werden. Dies aber ist die Voraussetzung des lerntheoretischen Ansatzes, der bei der Aufstellung von Therapieplänen die Konditionierungszusammenhänge von Beginn an kennen muss, um einen korrekten Therapieplan und die Überprüfung des Erfolgs festzulegen.

So kann der affektive Betrag bei der zwanghaften Persönlichkeitsstruktur z.B. in kognitiven Dysfunktionen zu erkennen sein, aber die Wucht des traumatischen Erlebens wird erst nach Reaktivierung des traumatischen Konflikts im Verlauf der therapeutischen Interaktion deutlich, was dann die Umstellung auf ein anderes Therapiemodell oder eine andere therapeutische Technik erfordert.

Dies wird gegenwärtig in dem Technikangebot der kognitiv-behavioralen Therapie (KBT) deutlich, bei der nur die Kombination von Therapietechniken erfolgreich ist: Dem imaginativen Nacherleben der Traumatisierung (Exposition *in sensu*) folgt eine Exposition *in vivo*. Der gesteuerten Wiederbelebung des Realtraumas folgen Eingriffe bei der traumatischen Erinnerung (z.B. verändert eine Mutter imaginativ die durch einen Unfall zerstückelte Leiche ihres Kindes zu einem heilen, aber toten Körper), und die Restrukturierung kritischer Überzeugungen in einem »sokratischen Dialog« lässt den Therapeuten beim Patienten überprüfen, ob dessen Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen angemessen und hilfreich oder dysfunktional sind. Untersuchungen zur Wirksamkeit der KBT bei PTB (Posttraumatische Belastungsstörung) zeigen, dass nur die Kombination behavioraler und kognitiver Verfahren die Wirksamkeit steigert. Die Konsequenzen dieses Verfahrens für die Übertragungsbeziehung in langfristigen Therapieansätzen sind nicht absehbar. Somit scheint es eine konsequente Entwicklung zu sein, wenn die Lern- und Kognitionstherapien psychotherapeutische Strategien für Kurzzeittherapien entwickeln, die nur den Patienten

Behandlung zukommen lässt, die durch die jeweilige Therapietechnik soweit erreichbar sind, dass die Therapie in kurzer Zeit abgeschlossen werden kann. Für nicht erfolgreich behandelte Patienten ist eine anschließende Behandlung nach einem langfristigen Methodenansatz notwendig.

Hier sind die Unterschiede zwischen lerntheoretischen Ansätzen und gegenwärtigen psychoanalytischen Ansätzen zur Traumatherapie zu suchen (siehe Fischer, 2004, S. 165–172). Der eventuell notwendige Therapeutenwechsel bietet die Chance einer neuen Übertragungsbeziehung, die dem Patienten eine neue Chance geben könnte, kritische Übertragungspositionen mit Retraumatisierungscharakter in einer halt gebenden Beziehung entsprechend der Kapazitäten der Ichfunktionen durchzuarbeiten. Ethische Erwägungen würden natürlich eine vorherige methodenspezifische Indikationsstellung bezüglich der Behandelbarkeit erforderlich machen, zumindest bezüglich des Risikos der Retraumatisierung.

Die Indikationsstellung zur kognitiv-behavioralen Therapie versucht das Risiko der erfolglosen Behandlung durch Kontraindikationen zu vermindern (Steil, 2003, S. 288):

»Kontraindiziert ist eine KBT der PTB beim Vorliegen akuter Suizidalität und psychotischer Symptomatik, bzw. wenn eine komorbide Störung (Drogenabusus, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörung) den Patienten akut gefährdet oder die Behandlung stark behindern würde ... Hegen Patienten lediglich den Verdacht, dass eine Traumatisierung (z. B. sexueller Art in der frühesten Kindheit) stattgefunden hat, haben aber keine Erinnerung daran, so ist eine PTB-Behandlung nicht angezeigt«.

Die Risiken der Retraumatisierung lassen sich möglicherweise durch die offen angebotenen Manipulationsofferten in der kognitiv-behavioralen Therapie insofern begrenzen, als die Arbeit mit unbewusstem Material in der Übertragung zum Therapeuten vermieden wird.

Die Abwehr der traumatischen Erinnerung hat im neurotischen Symptom einen Kompromiss gefunden zwischen chaotischer Desorganisation des Icherlebens im wiederbelebten Trauma und den Erfordernissen des Ichs nach neuer Anpassung. Hierbei findet jedoch das früher real Geschehene einen neuen, verdeckten Ausdruck. Dies kann entweder zu einem Symptomwechsel oder zur Wahl neuer therapeutischer Beziehungen führen – ein Geschehen, das sowohl mit den Methoden der Lerntherapie wie auch mit denen der Psychoanalyse eintreten kann, wenn der Therapieansatz eine mögliche Reaktivierung des traumatischen Konflikts nicht in Rechnung stellt.

Die notwendige Unterscheidung der Reaktivierung des Realtraumas vom kindlichem Trauma ist psychoanalytisch so zu sehen, dass ein erneutes Durcharbeiten

des kindlichen Realtraumas mit der früheren kindlichen Überforderung des Organismus (einschließlich der hirnhysiologischen Repräsentanz mit Affektbetrag, Speicherung der auslösenden Ereignisse sowie der Objektbeziehungsstörung) einhergehen kann. Durch diese Belastung infolge der lebhaften Gedächtnisaktivierung unverarbeiteter Überforderung kommt es zu einer Retraumatisierung in der aktuellen Beziehungssituation. Daher ist es vor allem Ziel der psychotherapeutischen Behandlung, durch entsprechende Angebote in der Objektbeziehung und das nicht erneut traumatisierende Durcharbeiten der kindlichen Überforderung eine Retraumatisierung zu vermeiden. Grundlage dieses Interpretations-Modells ist die Bedeutung des unbewussten Konflikts bei der Rekonstruktion des Traumgedankens und des latenten Trauminhalts in der manifesten Traumerzählung.

Die Verführungstheorie der klassischen Psychoanalyse betont eine spezielle traumatische Szene, die im familiären Bereich auf der ödipalen Entwicklungsstufe des 3.–5. Lebensjahres aufgesucht wird (Übertragungsbeziehung). Die neuere psychoanalytische Entwicklungstheorie (siehe 2.4) betont aber auch die anderen Entwicklungsphasen als relevant für die Krankheitsentstehung. Dies erfordert eine neue Technik des Arbeitens in der Übertragung, und zwar so lange, bis das Ich des Patienten zu einer beobachtenden Einstellung aufgrund der neuen Erfahrungen mit dem Psychoanalytiker in der Lage ist. Diese Methode erlaubt eine schonende Wiederbelebung des Traumas in einer schutz gebenden Übertragungsbeziehung, die dennoch in ungeahnte Tiefen der Bewusstseinsforschung früher kindlicher Entwicklungsphasen führen kann.

In der historischen Entwicklung der Psychoanalyse ist dieser Weg von Freud nach der Aufgabe der Verführungstheorie (1898a) mit der 17 Jahre langen Erforschung des Unbewussten beschränkt worden (Freud, 1915e, *Das Unbewusste*). In diesem Abschnitt der Theorieentwicklung versuchte Freud vor allem das Schicksal unbewusster Seelenvorgänge von ihrem Ursprung in körperlich verankerten Triebwünschen über die verschiedenen unbewussten Fantasien bis hin zu den bewusstenfähigen Derivaten des Triebwunsches zu verfolgen. Hierbei dienten ihm die in der Traumforschung entdeckten Prinzipien des psychischen Apparates als theoretischer Hintergrund zur Beschreibung des psychopathologischen Mechanismus der Krankheitsentstehung. Er übertrug das neuronale Modell des psychischen Apparates auf das erste psychoanalytische Affekt-Trauma-Modell.

Im Falle der Verführung oder anderer Traumata in der infantilen Entwicklung des Patienten durchbrechen übergroße Energiequanten den normalerweise funktionstüchtigen Reizschutz des Ich. Der Einbruch dieser Energie zerstört die bisher funktionierende Bindungsfähigkeit des Ich und schafft neue Bahnungen zwischen

den Neuronen, die nicht mehr vom Ich, wie bisher, kontrolliert werden können. In der später entwickelten Triebtheorie (Freud, 1920g) beschreibt Freud, wie der Organismus in einer unmittelbaren Reaktion an der Einbruchsstelle der Reizüberflutung eine Gegenbesetzung aufbaut.

Mit dem Einbruch der Reizüberflutung ändert sich auch die gesamte Funktionslogik des psychischen Apparates (Freud, 1916–17a, S. 284). Das Lustprinzip wird abgelöst von der Notwendigkeit der Selbsterhaltung, die eingebrochenen Energiequanten zu binden (Fixierung an das Trauma). Sogar im Traum, der eigentlich nach dem Prinzip der Wunscherfüllung funktioniert, bekommt die Wiederholung des Unlustvollen Vorrang, und er verliert somit seine Funktion zur Restitution. Der Wiederholungszwang von Unlustvollem wird nach dem Affekt-Trauma-Modell zum Grundmechanismus der Krankheitsentstehung.

Die klinische Weiterentwicklung des Modells durch Ferenczi (1933), Kris (1963), Khan (1963), Müller-Pozzi (1985) und Ehler-Balsler (1996) rückt die Objektbeziehungstheorie ins Zentrum der Entwicklung eines psychodynamischen Verständnisses. Das traumatische Objekt kann trotz Zerstörung und Leidens, die es anrichtet, nicht verlassen werden und muss daher als inneres Objekt erhalten bleiben, weil es nicht nur bewusst gehasst wird, sondern unbewusst zum Selbsterhalt unverzichtbar ist. Verständlich wird diese klinische Erfahrung durch folgende theoretische Annahmen:

1. Die notwendige Unterwerfung unter den Angreifer führt zu einer Introjektion des verfolgenden Objekts. Die Aggression und mögliche Schuldgefühle des Täters dringen im traumatischen Moment in das Opfer ein. Die prätraumatische Beziehung zum Täter soll unbewusst durch Unterwerfung wiederhergestellt werden.
2. Im Gegensatz zu den Extremtraumatisierungen Erwachsener, die oft als singuläres Ereignis zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen, ist bei der kindlichen Entwicklung von subtraumatischen Überforderungen der Psyche auszugehen. Daher können nicht nur Traumata im Sinne eines Schock zur Reizüberflutung führen, sondern auch kumulative Überforderungen im Sinne eines Stressmodells (Kris, 1963), die zu traumatischen Entwicklungsstörungen führen. Im Zentrum der klinischen Rekonstruktion steht hierbei das Versagen der mütterlichen Schutzfunktionen, die nicht ausreichend zur täglichen Auflösung der anwachsenden inneren Spannungen des Säuglings beiträgt.
3. Das Kind erlebt den teilweisen Wegfall der Schutzfunktion als traumatische Abwendung der Mutter. Da die absolute Abwendung der Mutter ein vernichtendes Trauma darstellen würde, ist der Säugling zu einer globalen Identifizierung mit der traumatisierenden Mutter gezwungen.

4. Traumatisierungen im Erwachsenenleben reaktivieren diese traumatischen Objektbeziehungen, so dass es bei Folteropfern zu unverständlichen Identifizierungen mit den Tätern kommt, weil die Regression das unbewusste Erleben der Beziehung zum Primärobjekt wieder erzwingt. Daher sind die Persönlichkeitsstruktur und der mögliche protektive Wert gesunder Ichfunktionen aufgrund ausreichend guter innerer Objektbeziehungen entscheidend für die therapeutische Überwindung des Realtraumas.

3.1.3.2 Konfliktpathologie

Grundlage der Psychoneurosen ist ein seelischer Konflikt, der hinter der offensichtlichen Symptomatik zu suchen ist. Voraussetzung für dieses noch heute für Neurosen und Psychosen wichtige Krankheitsmodell der Psychoanalyse war die Weiterentwicklung des Affekt-Trauma-Modells der Aktualneurosen zum Trieb- und Konfliktmodell der Psychoanalyse. Die frühere Deutung der Symptomatik der Neurasthenie (Ermüdbarkeit, Dyspepsie, Kopf- und Rückenschmerzen), der Hypochondrie, der Depersonalisation und vor allem der Angstneurose – mit ihren akuten Angstanfällen im Sinne traumatischer Neurosen – hatte wichtige Erkenntnisse über die Systeme U_{bw}, V_{bw}, und B_w des topographischen Modells des psychischen Apparates geliefert (siehe 2.1.3 und 3.3.3). Der konstitutionelle Anteil der Kausalfaktoren war bei diesen Neurosen aber so hoch, dass die psychodynamische Erforschung an Grenzen stieß.

Wenn diese Erkrankungen chronifizieren, ist jedoch die Übertragungsbereitschaft aufgrund der fortgeschrittenen Regression größer und die Ichfunktionen sind besser in der Lage, die unlustvollen Körpersensationen psychisch zu verarbeiten. Aus der Angstneurose kann sich dann eine Psychoneurose im Sinne einer Phobie oder einer Zwangsneurose entwickeln (Nunberg, 1959, S. 217). An diesen für das Modell der psychogenen Ätiologie der Neurosen klassischen Erkrankungsformen hat Freud den psychoneurotischen Konflikt, der hinter dem neurotischen Symptom die Krankheit hat entstehen lassen, aufzeigen können. Nehmen wir hierzu eine klassische Fallvignette:

Ein 43-jähriger Patient klagt über Ängste und schwere Kontaktstörungen. Der Grund für die Kontaktstörungen scheint darin zu liegen, dass er den engeren Umkreis seiner Wohnung nicht verlassen kann, ohne Ängste zu bekommen. Angst auslösende Orte kann er anscheinend nicht mehr aufsuchen. Er vermeidet Brücken, Kaufhäuser, Verkehrsmittel, weil er dort Herzinfälle mit Todesangst bekommt. Häufig stellen sich bei ihm Zwangsvorstellungen ein, jemandem etwas Schlimmes antun zu müssen. In größeren Höhen hat er gelegentlich den Impuls herunterzuspringen.

Symptomatisch dominiert die Angstvermeidung, die ihm bei einer Einengung seiner Lebensinteressen gelingt. Es handelt sich hierbei offensichtlich um eine Phobie, bei der die Abwehr des neurotischen Konflikts in der Angstvermeidung besteht. Das Symptom der Phobie bindet die Angst und die Energie des vegetativen Ausdrucks des Angsteffekts in einem so starken Ausmaß, dass der Patient bei sich zu Hause relativ angstfrei leben kann. Wie aber ist die Psychodynamik dieser Kompromissbildung des neurotischen Angstkonflikts zu verstehen?

Allgemein gilt für die Psychogenese des Konflikts bei den Psychoneurosen, dass einerseits ein Konflikt zwischen den selbsterhaltenden Ich-Trieben und den Sexualtrieben entsteht, der in den Affekten des Hassens und Liebens zum Ausdruck kommt (Freud 1915c, S. 231). Andererseits muss das Ich in seiner Konfliktspannung zwischen den moralischen Anforderungen der Außenwelt und dem überwältigenden Druck seines Es und von dessen Triebrepräsenzen zu einem Kompromiss finden, der längst nicht immer zugunsten des Ich gelingt, sondern zu pathogenen Symptomen wie Angstanfällen oder Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen führt (Freud, 1924b, S. 390). Dieser Konflikt zwischen den Instanzen der Struktur des psychischen Apparates (Ich und Es) und den Forderungen der Außenwelt ist nach dem topographischen Modell ein »Widerstreit zwischen Mächten, von denen die eine es zur Stufe des Vorbewußten und Bewußten gebracht hat, die andere auf der Stufe des Unbewußten zurückgehalten worden ist. Darum kann der Konflikt zu keinem Austrag gebracht werden ... Eine wirkliche Entscheidung kann erst fallen, wenn sich die beiden auf demselben Boden treffen. Ich denke, dies zu ermöglichen, ist die einzige Aufgabe der Therapie« (Freud 1916–17a, S. 449).

Die Umwandlung des innerseelischen Konflikts in ein äußeres Symptom hängt von den Besetzungsintensitäten ab, die die inneren Vorstellungen oder Repräsenzen der äußeren Situation im Inneren des psychischen Apparates erlangt haben. Der innere Konflikt bedarf somit einer Verstärkung durch die auslösende Situation. Kommen wir zur Fallvignette zurück, so erfahren wir über den 43-jährigen Patienten,

dass er im 18. Lebensjahr bei seiner ersten Freundin eine Ejaculatio praecox erlebt hatte. Diesem frustrierten sexuellen Erleben folgte ein erstes Auftreten der Brückenangst, die mit Herzjagen einherging. Später übertrug er unbewusst diese Ängste auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn er dort Treppen ersteigen musste. Da sich diese Ängste häuften und auch bei Autobahnbrücken und an steilen Ufern eines Flusses auftauchten, habe er die Situation durch Vermeidungsverhalten in den Griff bekommen. Eine Besserung des Verhaltens trat ein, als er eine Frau kennen

lernte, mit der er befriedigende sexuelle Kontakte erleben konnte. Als es in dieser, dann ehelichen Beziehung aber zu einer Zunahme der Rivalitätsgefühle seiner Frau kam, die im ständigen Streit mit der Schwiegermutter stand, entwickelte er wieder massive Herzbeschwerden, genau wie seine Mutter. Diese Beschwerden waren so stark, dass die Frau zur »Krankenschwester« ihres Mannes wurde, die ihn morgens zur Mutter brachte und abends wieder abholte. Nachdem seine Frau ihn verließ, wollte er nicht weiterleben.

Am Beginn dieser Angsterkrankung finden wir eine Aktualneurose mit einer sexuellen Frustration, die eine Triebstauung zur Folge hatte. Durch Generalisierung der Angst kam es zu einer Verschlimmerung der Krankheit, die aber durch Vermeidungsverhalten in den Griff zu bekommen war. Die phobische Kompromissbildung erhielt in der Angstenstehung beim Treppensteigen im öffentlichen Verkehr ihre unbewusste Konfliktbedeutung. Durch eine Änderung der triebökonomischen Bedingungen während der zufrieden stellenden Liebesbeziehung mit der späteren Frau konnte sich das Vermeidungsverhalten zurückbilden. Die Reaktivierung eines ödipalen Konflikts durch Zuspitzung der Rivalitätsbeziehung zwischen der Ehefrau und der eigenen Mutter endete in einer massiven Regression des Ichs des Patienten. Er kehrte zur Mutter zurück, und es kam zu einer Intensivierung der Mutter-Sohn-Beziehung bei Gleichklang der Symptome. Daraufhin verließ die Ehefrau das regressive kindliche Spannungsfeld zwischen Mutter und Sohn. In dieser neuen Situation trat eine neue Angst in das Erleben des Patienten ein, die wir als Trennungsangst bezeichnen können.

Der entscheidende Faktor der Symptomentstehung ist eine äußere und/oder innere Versagungssituation, die mit Triebstauung einhergeht. Die entstehende unerträgliche Unlust zwingt die Libido des Patienten, auf alte infantile Fixierungsstufen zu regredieren. Im Sinne der psychoanalytischen Neurosenlehre von Otto Fenichel (1999, Bd. 1, S. 200) kann zusammenfassend gesagt werden:

Im neurotischen Konflikt (zwischen Ich und Es) sucht eine Triebregung nach einer Abfuhr im Kampf gegen die ihr entgegenstehende Angst (Schuldgefühl, Ekel, Scham). Die Triebregung richtet sich auf die Außenwelt; ihre Gegenkräfte streben einen Rückzug von der Außenwelt an. Die Triebregung scheint von einem Objekthunger beherrscht zu werden, ihre Gegenkräfte scheinen von dem Bestreben beherrscht zu werden, Objekte zu vermeiden.

Da die Triebregungen eine Entwicklung durchlaufen (siehe 2.3.1), führen die Regressionen des Ich in den Selbstheilungsversuchen der Patienten zu unterschiedlichen Triebkonflikten (z. B. ödipaler Triebkonflikt und Trennungskonflikt in der Fallvignette). Das gleiche epigentische Prinzip ist auch auf die Objektbeziehung des

Ich oder des Selbst zu seinen Objekten zu übertragen. Darauf wird bei der Darstellung der Trieb- und der Objektbeziehungstheorie Bezug genommen (1.3.1 und 1.3.3). Wie die Fallvignette demonstriert, reicht die Betrachtung des innerseelischen Konflikts auf der Basis eines Triebkonflikts nicht aus, um das komplexe Interaktionsgeschehen zwischen Ehefrau, Schwiegermutter und dem Patienten zu verstehen. Es ist notwendig, die daraus resultierenden interpersonellen Konflikte abzuleiten, die schließlich zu einer Symptomveränderung führen und eine neue Diagnose erfordern. Die hierdurch auftauchenden diagnostischen Probleme einer Komorbidität (siehe 3.1.1) könnten aber durch ein erweitertes psychodynamisches Modell besser verstanden werden, das die Strukturpathologie und die Störung der Objektbeziehungen einbezieht.

3.1.3.3 Strukturpathologie

Die klassische psychoanalytische Theorie des Konflikts basiert auf der Triebtheorie, die Freud aus der Psychoanalyse der hysterischen und zwanghaften Symptome entwickelt hat. Bei der *Angsthysterie* wird der seelische Konflikt durch den Konversionsmechanismus in einem körperlichen Symptom ausgedrückt (Angstanfall mit Herzrasen beim Treppensteigen nach einer »Verkehrsteilnahme« in unserem Beispiel). Bei der *Zwangsvorstellung* bewirkt der Abwehrmechanismus der Isolierung, dass der Schrecken einer Angstvorstellung vom Angstinhalt getrennt ist und die Affektintensität in der dauernden zwanghaften Wiederholung der Vorstellung abgeführt werden kann, ohne dass bewusst Angst empfunden wird.

Bei einer Chronifizierung dieser Vorgänge kommt es zu Ichveränderungen, die sich in *pathologischen Charakterzügen* ausdrücken. Bei einer pathologischen Modifikation des Charakters besteht eine pathogene Konfliktdynamik zwischen Trieb und psychischer Struktur. Die Regression des Ichs erzwingt neue Abwehrformen, weil die Fixierungsstellen des Triebes und die damit verbundenen Abwehrmechanismen zu einer früheren, geringer differenzierten Ich-Struktur gehören (siehe 3.5.4). Diese zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

1. Ist das notwendige Minimum an seelischer Organisation und Strukturbildung zur Abwehr des Triebkonflikts nicht vorhanden, so kommt es, im Falle einer Regression, zu einem Versagen der Ichfunktion der Abwehr. Das Ich wird traumatisch überschwemmt, was die Regression vertiefen kann (Modell von John E. Gedo, siehe 3.5.4).
2. Das Versagen der synthetischen Ichkapazität (Hartmann, 1939) kann aber auch durch einen Defekt in der Ichreifung gegeben sein. Primäre Defekte in der Ichentwicklung schaffen strukturelle Dispositionen, die zur Erklärung psychosomatischer, perverser und psychotischer Symptome herangezogen werden.

Vertreter der Ich-Psychologie in den USA (Rapaport, 1973) schufen eine Systematik der Ichfunktionen (Blanck & Blanck, 1999). Durch unterschiedlich starke Entdifferenzierung dieser Funktionen sind die Störungsbilder der Neurosen und Psychosen von der Psyche bei normal Gesunden abzugrenzen (Bellak et al., 1973). In Deutschland wurde diese Entwicklung von Psychoanalytikern der DPG (Heigl, 1969; Streeck, 1983) und der DPV (Fürstenau, 1977) aufgegriffen und der Begriff der strukturellen Störung eingeführt. Solche strukturellen Störungen sollen sich von den reiferen Störungen mit Konfliktpathologie durch zeitstabile Strukturpathologie unterscheiden, für die modifizierte psychoanalytische Behandlungsansätze erforderlich sind (Rüger, 2000, S. 679).

Die Annahme, Krankheitssymptome fungierten aufgrund einer defizitären Ichreifung als Ersatzbildung für ein schwaches Ich, wird nicht von allen Psychoanalytikern geteilt. Verschiedene Psychoanalytiker setzen diesem Konzept andere Theorieentwicklungen entgegen:

1. Lacan (1975, S. 109) argumentiert von einer Sprachtheorie der Psychoanalyse her, dass alle Symptome wie eine *Sprache* strukturiert seien, die der Psychoanalytiker verstehen lernen müsse; dann seien unter Verzicht auf psychopathologische Differenzierungen alle Symptome lesbar und psychoanalytisch zu interpretieren.
2. Andere psychoanalytische postfreudianische Theorieentwicklungen versuchen dieses Problem durch Modifikation der Theorie des psychoanalytischen Konflikts aufzugreifen (Mentzos, 1982, 1991).

3.1.3.4 Interaktionspathologie innerer und äußerer Objekte

Mit dem Wechsel der Forschungsperspektive von der Ein-Personen-Psychologie zur Zwei-Personen-Psychologie, die durch die Objektbeziehungstheorie (siehe 1.3.3 und 2.3.3) entwickelt wurde, tritt die Betrachtung der dyadischen Interaktion in den Vordergrund der psychopathologischen Überlegungen.

Aufbauend auf den Erkenntnissen über die Mutter-Säugling-Dyade (Lichtenberg, 1991a) und der Bindungstheorie (Bowlby, 1975), wird die Tragweite der grundlegenden Organisationsprinzipien von Interaktionsprozessen ins Zentrum der Störungsanalyse gerückt.

Im Interaktionsprozess wird zwischen der Selbstregulation und der interaktiven Regulation unterschieden (Beebe & Lachmann, 2002).

1. Der Begriff der Selbstregulierung kennzeichnet die individuelle Fähigkeit, von Geburt an die eigenen Zustände zu regulieren, um Aktivitätszustände der Erregung zu bewältigen (z. B. Aufrechterhaltung der Wachheit, Dämpfung von Übererregtheit, Hemmung emotionaler Ausbrüche).

2. Der Selbstregulierungsprozess wiederum beeinflusst ohne Unterlass die interaktive Regulierung in der Dyade.

Im Erwachsenenalter besteht die Aufgabe der Selbstregulierung darin, den Zugang zu inneren Zuständen zu ermöglichen, diese zu artikulieren und zu nutzen (Sander, 1995). Sie erwächst mit Beginn des Lebens aus der Wahrnehmung inneren Erlebens (Aktivitätszustand, Erwartung, Emotion).

Die Pathologie muss darum in beiden Prozessen – in Selbstregulierung und interaktiver Regulierung – gesucht werden. Sowohl das problematische Temperament des Säuglings wie das intrusive Verhalten der Mutter oder ihr auffälliger Rückzug können zur interaktiven Störung beitragen.

Als Beispiel können depressiv weniger auffällige Mütter dienen, die zu Kommentaren der Urheberschaft gegenüber ihren vier Monate alten Säuglingen neigten, wenn die Babys sie anschauten: »O, wie du strampelst«, oder: »Jetzt lächelst du«. Mütter mit einer Anfälligkeit für depressives Erleben hingegen tendierten zu Urheberschafts-Kommentaren, wenn die Babys sie nicht anschauten: »Wohin schaust du?« Oder: »Du schaust mich nicht an.« Die verbale Kommunikation ist je nach Vulnerabilität für Depression in den spezifischen Interaktionen auf Hinwendung oder Abwendung des auf Bindung angewiesenen Säuglings ausgerichtet.

Beebe und Lachmann (2002, S. 140–162) beschreiben die Störung solcher Muster der Selbstregulierung und der Regulierung von Interaktion im Erwachsenenalter mittels der Ko-Konstruktion von inneren und relationalen (interaktiven) Prozessen:

Ein schizoider Patient konnte sich am Behandlungsverlauf kaum beteiligen. Er gab keine bedeutsamen Ereignisse aus seinem Leben preis. Erst als er sich nach sieben Jahren Therapie von seiner Lebensgefährtin trennte, weil er die Schwierigkeiten mit ihr nicht mehr ertrug, konnte er ein Gefühl der Verzweiflung darüber beschreiben, dass er nicht lebhafter und lebendiger werden könne. Dies war der Schlüssel zum Geständnis, dass er diese Freundin sexuell missbraucht hatte, worin er die Therapeutin nicht einweihen wollte, weil er sie dann hätte verlassen müssen. Während der Schweigezeit war die langjährige Tolerierung seines unverbindlichen Verhaltens durch die Therapeutin ein wesentlicher interaktiver Beitrag für das später aktivere Eingehen auf die Selbstregulierungsprozesse des Patienten, z. B. die starke Hemmung seiner affektiven Beteiligung an der therapeutischen Beziehung.

Die Verbindung des Interaktionsgeschehens mit den lebensgeschichtlichen Hintergründen der Erkrankung kann über die Rekonstruktion von Modellszenen aus den frühesten Beziehungserfahrungen gelingen. So kann das Verhalten depressiver

Mütter bei erhöhten Erregungs- und Affektzuständen des Säuglings zu einem Beziehungsabbruch führen, so dass dieser sich nicht begleitet fühlt, was zu einer pathologischen Verstärkung der Intensität der Selbstregulierung in extremer Einsamkeit führt.

3.2 Methodische Grundlagen

Historisch ist der Ursprung der Psychoanalyse in der Medizin zu suchen. Sigmund Freud verwendete den Begriff »Psychoanalyse«, um eine von ihm entdeckte Behandlungsmethode zu bezeichnen, die aus der Hypnose hervorgegangen ist. Darüber hinaus ist die Psychoanalyse auch eine Methode des wissenschaftlichen Denkens. Die wissenschaftliche Fundierung dieser Behandlungsmethode ist eng mit der psychoanalytischen Beobachtungsmethode verbunden und weicht erheblich von den sonstigen naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin ab. In der Naturwissenschaft ist es wichtig, dass der Naturbeobachter nicht selber in den Prozess der Beobachtung und Messung verstrickt ist. Das hierfür maßgebliche cartesianische Wissenschaftsverständnis hat die Beherrschung des Erkenntnisobjekts zum Ziel. Zwei wichtige Postulate sollen helfen, dieses Ziel zu erreichen:

1. Die strikte Trennung zwischen erkennendem Subjekt (substantia cogitans) und Erkenntnisobjekt (substantia extensa) sichert eine objektive Beobachtung.
2. Die Zerlegung des Erkenntnisobjekts in messbare Variablen dient dem Ziel, dieses zu beherrschen.

Die psychoanalytische Theorie ist primär als eine klinische Psychologie zu verstehen, deren Erkenntnisse an eine spezifische Behandlungsmethode der medizinischen Psychologie gebunden sind. Da Freud nicht die heutigen neurobiologischen Messmethoden zur Verfügung standen, musste er sich auf die Entwicklung neurobiologischer Konzepte begrenzen und ihre empirische Validierung für spätere Zeiten erhoffen. Freud selber gab als Ziel seines Entwurfs einer Psychologie für Neurologen an (1950c [1895], S. 387): »Eine naturwissenschaftliche Psychologie zu liefern, d. h. psychische Vorgänge darzustellen als quantitativ bestimmte Zustände aufzeigbarer materieller Teile, und sie damit anschaulich und widerspruchsfrei zu machen.«

Er entwickelte darum eine Metapsychologie (siehe 2.1) auf naturwissenschaftlicher Grundlage, eine Metapsychologie, die durch das naturwissenschaftliche Wissen seiner Zeit methodisch begrenzt war. In einer solchen Psychologie war das Gehirn spekulativer Gegenstand psychologischer Untersuchungen. Das musste zwangsläufig zu theoretischen Konflikten führen, bei denen Freud stets bemüht