

2.15 Zur Ätiologie psychogener Erkrankungen

W. TRESS

Mein Beitrag ist nur für ein erstes Lesen tautologisch betitelt und hätte genauso gut, wenn auch recht umständlich, lauten können: „Zur Ätiologie psychoneurotischer, konversionsneurotischer, psychovegetativer, somato-psychosomatischer und charakterneurotischer Erkrankungen“. Für dieses Spektrum seelischer Störungen wäre der Oberbegriff der Neurosen nosologisch und jener der psychoreaktiven Störungen in der Tat ätiologisch zu eng, weshalb die Wendung von den psychogenen Erkrankungen eine gangbare Alternative zu bieten scheint. Meint doch „psychogen“ nichts anderes als „im wesentlichen seelisch bedingt“, läßt aber die positive Bedeutung noch offen.

Zunächst sei auf der Ebene der Phänomene an den Tatbestand erinnert, daß psychogen kranke Menschen nicht trennscharf neben solchen Personen stehen, die in klinisch-pragmatischem Sinne von derlei Störungen frei sind (vgl. Häfner 1978; Schepank 1986). Hierin unterscheiden sich seelisch bedingte Erkrankungen kategorial von den Psychosen. Man hat ein Delir, oder man hat keines. Der Schweregrad psychogener Störungen dagegen variiert sowohl synchron als auch diachron auf einer kontinuierlichen Übergangsreihe von klinisch desolaten Bildern am einen Pol bis zu guter seelischer Gesundheit am anderen. Dieser unbestrittene Tatbestand trägt eine zwar selbstverständliche, indes nur selten ausformulierte Konsequenz in sich: Wir müssen nämlich dem psychogen Kranken nicht nur im ärztlich-humanen Sinn, sondern auch in seiner besonderen Pathologie entgegentreten als einem von uns.

Anders als der schizophrene oder der delirante ist der neurotische Mensch auch *in seiner besonderen Erkrankung* einer wie wir selbst. Wir begreifen ihn in genau der Verstehens- und Erklärungsweise, in der wir uns und unseresgleichen in unserem Befinden und Erleben, in unserem Tun und Lassen verstehen und erklären.

Von Geburt an entwickelt sich die Person entlang den biographischen Szenen ihrer zuerst rein leiblichen und später auch seelischen Erfahrungen im zwischenmenschlichen Umgang. Die neurotische Person verstrickt sich darin. All dies ereignet sich in den Grenzen eines Spielraums, den der menschliche Organismus vorgibt und den die Sozietät weiter entfaltet. Die dafür maßgeblichen biologischen Gesetzmäßigkeiten und sozialen Strukturen können wir objektiv beforschen. – Hierauf möchte ich zunächst eingehen und versuchen, anhand weniger ausgewählter Beispiele die Möglichkeiten und Grenzen biologischer und sozialempirischer Forschung für unser Verständnis vom Entstehen psychogener Störungen aufzuzeigen. Dann werde ich mit einigen Bemerkungen auf neuere Befunde der klinisch-biographischen Methode eingehen, um anschlie-

Bend eine positive Bestimmung des Psychogeniebegriffs zu wagen. Den Schluß bilden Anmerkungen zur Prävention.

Zunächst also *die erbgenetisch-konstitutionelle Seite psychogener Erkrankungen*. Ihr Gewicht hat die klassische Psychiatrie bis zu Kurt Schneider überbewertet, einseitig und mit therapeutischer Resignation. Der Umstand selbst steht als Ergänzungsreihe von Erbe und Umwelt auch für die Psychoanalyse außer Zweifel (S. Freud 1916/17). – So kann etwa die psychosomatische Forschung in Tierexperimenten den Einfluß erbter Dispositionen belegen, deren Wechselspiel mit einer zunächst nur angetroffenen Umwelt Gesundes und Krankes hervorbringt. Kreuzt man Rattenweibchen, die spontan einen arteriellen Hochdruck zeigen, mit normotensiven Rattenmännchen, dann verhält sich der Blutdruck der Nachkommenschaft zunächst unauffällig (vgl. Weiner 1986). Arterielle Hypertension tritt in der zweiten Generation erst auf, wenn die Tiere eine Serie von Schockvermeidungsexperimenten durchlaufen haben. Die nichtgeschockten Geschwister mit ähnlichen Anlagen bleiben ebenso frei von pathologischen Blutdruckwerten wie geschockte Artgenossen ohne erbliche Hochdruckbelastung. Ein Beispiel für zwar nicht genetische, aber doch konstitutionelle, intrauterin erworbene Dispositionen ist die Hyperaktivität und Neigung zu aggressivem Sozialverhalten sowohl bei noch in utero virilisierten weiblichen Tieren als auch im Naturexperiment des adrenogenitalen Syndroms bei Frauen (vgl. Money u. Erhardt 1972).

Die Bedeutung hereditärer Grundlagen psychogener Syndrome leuchtet gerade im Bereich der psychosomatischen Medizin unmittelbar ein. Bereits der Modellfall erhöhter Aggressivität nach intrauteriner Virilisierung aber leitet über zum Feld der Psychoneurosen und Charakterpathologien, aus dem die erbgenetische Betrachtungsweise ebenfalls nicht wegzudenken ist (vgl. Hoffmann 1986; Tölle 1986; Zepf 1986). Auch die Theorie der Psychoanalyse, die doch von der inneren Erlebnisgeschichte des Subjektes handelt, ist, wie Bräutigam (1985) hervorhebt, offen für angeborene Bedingungen und Begrenzungen. Eltern von mehr als einem Kind wissen um die mitgeborenen, teilweise schon vorgeburtlich auffälligen Unterschiede in den Aktivitätsmustern ihrer Kinder. Ausführliche Längsschnittuntersuchungen von Thomas u. Chess (z.B. 1977, 1984; Chess u. Thomas 1984) zeigen, wie derlei „individual patterns of reactivity“ oder schlicht „Temperamentsunterschiede“ bereits kurz nach der Geburt den Umgang von Mutter und Kind bestimmen und in hohem Maße auf soziales Problemverhalten im späteren Leben hinweisen können.

Wegen ihrer allgemeinen Bekanntheit sei nur erinnert an die Arbeiten von Schepank (1974) und Heigl-Evers (Heigl-Evers u. Schepank 1980/82), die mittels Konkordanzanalysen an eineiigen und zweieiigen Zwillingen eindeutig das Gewicht erblicher Belastungen auch für die klassischen psychoneurotischen Erkrankungen nachweisen konnten. Die Methode der Diskordanzanalyse belegt aber auch die Bedeutung der Umweltfaktoren, insbesondere frühkindlicher Belastungen, die über die Stärke psychoneurotischer Manifestationen von geprägten Anlagen entscheiden. Danach fördern besonders die folgenden Aspekte das Entstehen von Neurosen: emotionale Ablehnung des Kindes seitens seiner primären Umwelt, das Fehlen wesentlicher Bezugspersonen, frühe orale Frustrationen, unvollständige Familien und problematische Geschwisterkonstellationen.

Mit den letzten Sätzen habe ich meine höchst unvollständigen Andeutungen zu den biologischen Grundlagen psychogener Erkrankungen schon verlassen und mich der *klinisch-sozialempirischen* Forschungstradition zugewandt, die sich über Jahrzehnte hinweg im Verständnishorizont der Psychoanalyse bewegte (z.B. Schwidder 1972). So galten etwa die erschütternden Erhebungen von R. Spitz (1945, 1967) den Auswirkungen mangelnder Zuwendung und Stimulation auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern in psychologisch schlecht geführten Heimen. Waren die Kinder länger als 3 Monate von den Müttern getrennt, trugen sie irreversible Schädigungen davon. Hierzu korrespondiert, daß die nachgeburtliche Ausreifung angelegter Hirnstrukturen auf anregende Lernmöglichkeiten in der Umwelt angewiesen ist (Shapiro u. Vukovich 1970). Als Entwicklungspsychologe spricht Spitz von dem ursprünglichen emotionalen Grundbezug als einer Brücke, die sich zwischen Säugling und Pflegeperson herstellen muß, um einen ersten averbalen und später verbalen Austausch zu ermöglichen (vgl. Sander 1975). Schwere Versagungen gefährden diesen Brückenschlag. — Einen verwandten Aspekt meint die Metapher von den unausgereiften „Puffereigenschaften“ ganz junger Organismen (Müller-Braunschweig 1975), die ihren Erregungen noch stärker ausgesetzt sind, weshalb psychische Eindrücke und ihre neurophysiologischen Korrelate strukturell stärkere Spuren hinterlassen als spätere Erfahrungen (vgl. A. Freud 1971; Dührssen 1976). Mit allem Nachdruck ist an dieser Stelle auch auf das nur ungenügend rezipierte (Hoffmann 1986b) Lebenswerk von John Bowlby (1951, 1969, 1973, 1980) zu verweisen, dessen empirisch untermauerte „ethologische Bindungstheorie“ von der primären Bezogenheit des Säuglings- und Kleinkindes auf seine Mutter ausgeht. In ihrer Abhängigkeit von diesem Primärbezug werden die Kinder durch vorzeitige Trennungen und unerträglichen Kummer oft real und keineswegs nur in ihren triebprojektiven Phantasien und Träumen beschädigt und verletzt.

Deprivationsstudien aus neuerer Zeit (Meierhofer u. Keller 1974; Tizard u. Hodges 1978) an materiell gut versorgten Heimkindern lassen keinen Zweifel an tiefgreifenden Beeinträchtigungen der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung infolge längerer Heimaufenthalte. Kompensatorische Maßnahmen haben nur im 1. Lebensjahr Aussicht auf völligen Erfolg. Studien, die derlei zu widerlegen behaupten, krankten regelmäßig an mangelhafter Psychodiagnostik, etwa wenn der Indikator des Lebenserfolges lediglich darin gesehen wird, daß der Betroffene nicht mit den sozialen Institutionen in Konflikt gerät. Die Fähigkeit zu intimer Partnerschaft oder der psychosomatische Status ehemaliger Heimkinder wird von den Ideologen des „elastic mind movement“ nie hinreichend beachtet.

Heute umfaßt der Begriff der Deprivation auch überdauernde psychosoziale Irritationen während der Kindheit (Langmeier u. Matejcek 1977). Dabei ist die Familienkonstellation als wirksamste Variable für die Entstehung von psychogenen Störungen anzusehen (Langenmayr 1978). Starkes Gewicht kommt dem endgültigen Verlust von Elternfiguren zu, aber auch dem längerfristigen Verschwinden einer Bezugsperson aus dem Lebensraum des Kindes. In diesem Zusammenhang ist der affektive Umgang innerhalb der Familie vor und nach Trennungen von schicksalhafter Bedeutung.

Erst kürzlich beleuchtete Dührssen (1984) in ihrer wegweisenden Arbeit über kindliche Risikofaktoren für psychogene Krankheiten des Erwachsenen die Auswirkungen mehr oder weniger tiefgreifender seelischer Traumatisierungen im Kindesalter. An einer klinischen Stichprobe fand sie als psychosoziale Risikodispositionen der Kindheit: Geburtsstatus, Alter und Gesundheit der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Verlust wichtiger Bezugspersonen, sozioökonomische familiäre Belastungen und Beeinträchtigungen sowie erhöhte Konflikthaftigkeit in der Familie. Der eigentlich aufregende Befund ergibt sich beim Vergleich der klinischen Stichprobe mit einer Kontrollgruppe, die sich selbst als seelisch gesund versteht. Für diese Kontrollgruppe gelten nämlich exakt die selben Zusammenhänge, wenn auch die Schwere biographischer Belastungen und die aktuellen Symptomprofile nicht das auffällige Niveau der klinischen Patienten erreichen.

Ab Mitte der 60er Jahre geriet auch in Deutschland die psychoanalytische Krankheitslehre – nicht ohne eigenes Zutun – mehr und mehr in den Verruf des allzu Spekultativen. Im Zuge verhaltenstheoretischer Konzeptbildungen gewann statt dessen das Paradigma der Streßforschung weite Beachtung. Wer nicht psychophysiologisch arbeitete, der untersuchte jetzt den ätiologisch gemeinten Einfluß kritischer Lebensereignisse auf die Entstehung aller möglichen Krankheitsbilder nicht nur in der psychologischen, sondern auch in der somatischen Medizin. Die zunächst beinahe ausschließlich im Querschnitt durchgeführten Untersuchungen erbrachten monoton positive Befunde: Life-events häufen sich regelmäßig bei frisch erkrankten Menschen. Während der Slogan, Streß mache krank, bald zum small-talk verkam, hoben kritische Stimmen (z. B. Henderson et al. 1981) hervor, daß massenstatistische Zusammenhänge zwischen belastenden Lebensereignissen und nahezu jeder Form von Krankheit zwar eindeutig bestehen, sie aber nur einen entmutigend kleinen Teil der Verläufe erklären, so daß der Kliniker für seine Arbeit mit dem einzelnen Patienten hieraus weder prophylaktischen noch therapeutischen Nutzen ziehen kann. In dieser prekären Situation für das Streßparadigma und die sozialempirische Life-event-Forschung kommt Flankenhilfe von den Konzepten der Bewältigungsmechanismen und der sozialen Unterstützung, eingebettet in soziale Netzwerke. Spätestens ab 1980 waren „Coping“ und „Social support“ die neuen Parolen.

Heute präsentiert sich die *Life-event-, Coping- und Social-support-Forschung* komplexer denn je, aber sehr weit davon entfernt, klare Antworten zur Ätiologie irgendwelcher Störungen zu geben, auch nicht der psychogenen. Der aktuellste Trend aber ist spannend, und der in der Tradition erzogene Kliniker wird ihn nicht ohne Zufriedenheit beobachten. Welche Ereignisse nämlich zum pathogenetisch relevanten Life-event geraten und welche Quellen und Qualitäten zwischenmenschlichen Austauschs zur sozialen Unterstützung, das scheint mittlerweile ganz besonders von der Persönlichkeit, von subjektiven Besonderheiten im Erleben und Handeln eines Betroffenen abzuhängen, von Größen mithin, die noch vor einer Dekade im Geruch der Vorwissenschaftlichkeit standen. Der Psychoanalytiker kann nur zustimmen, wenn beispielsweise Dohrenwend u. Dohrenwend (1981) die Persönlichkeit als ein Konstrukt erachten, in welchem die Einflüsse früherer Life-events aufgehoben bleiben. Nach langem Exil fand

somit auch die biographische Dimension psychogener Erkrankungen wieder Aufnahme in den offiziellen Kanon sozialempirischer Forschungsmethoden.

In die genannte Richtung weist auch ein epidemiologischer Befund aus der eigenen Arbeitsgruppe (Schiessl 1987). So steht bei einer Stichprobe von 600 repräsentativen Bürgern der Stadt Mannheim im Alter zwischen 25 und 45 Jahren der Schweregrad psychogener Syndrome unter dem additiven Einfluß von kritischen Lebensereignissen in der Gegenwart und hohen frühkindlichen Belastungen.

Demzufolge sorgt eine glückliche Kindheit und eine geringe gegenwärtige Lebensbelastung mit einem Erkrankungsrisiko von nur 10% für die besten Aussichten auf seelische Gesundheit, während eine schwere Kindheit bei gleichzeitig hoher aktueller Belastung ein 70%iges Risiko für psychogene Erkrankungen bedeutet.

Wie früher schon Ernst Lindemann (zusammenfassend 1985), so hebt auch Paulley (1976, 1983, 1986) in seinen Arbeiten hervor, daß wie immer konzipierte Lebensereignisse erst im selektiven Erleben des betroffenen Subjekts belastend werden, durch den Akt der subjektiven Sinnentnahme (Straus 1930) also. Die pathogenetische Dynamik vermeintlich einfacher psychogener Reaktionen auf Berentung, Krankheit, Todesfälle oder ähnliche Verluste, aber auch auf scheinbar positive Veränderungen, beruht ätiologisch sehr oft auf ungelösten Ambivalenzkonflikten und alten, aber unverarbeiteten Verlusten, auf ambivalenzbesetzten Traumata also, die im bisherigen Lebensarrangement ausbalanciert waren, anläßlich eines kritischen Lebensereignisses aber wieder schmerzlich an die Oberfläche drängen. Diese ätiologisch primäre, nämlich entwicklungsgeschichtliche Perspektive hat die Life-event-Forschung in positivistischer Manier allzu lange vernachlässigt. Dabei weiß auch die Psychophysiologie längst, daß vorzeitige Trennungen die biologischen Autoregulationen beschädigen. Dann verbleiben die physiologischen Funktionen psychosomatischer Patienten, die in ihrer Persönlichkeit so infantil, abhängig und alexithym erscheinen, unter der Steuerung symbiotischer Lebensformen. Entfällt der zentrale Partner, so entgleisen auch die Körperprozesse (Hofer 1984; Weiner 1984, 1986). Im Zuge pathologischer Trauer reduzieren sich die Funktionen von T-Lymphozyten, während die Rate der Autoimmunerkrankungen zunimmt (Paulley 1976). Unumstritten schaffen inadäquate Trennungserfahrungen der Frühkindheit Prädispositionen für spätere depressive Erkrankungen, die sich – auch im Tierexperiment – erst unter sozialen Belastungen manifestieren (Suomi 1983; Wadsworth 1984; Quinton et al. 1984).

Die Zukunft der sozialempirischen Geneseforschung im Bereich der psychogenen Erkrankungen gehört den *modellgestützten Longitudinalstudien an Risikogruppen*, die möglichst unausgelesen, aber spezifisch belastet sein müssen. Reiche Früchte trägt dabei das *Konzept der protektiven Faktoren* (Murphy u. Moriarty 1976; Rutter 1985; Farran u. Cooper 1986; Tress 1986 a, b), welches den Risikobegriff kontrapunktiert, so etwa in der epochalen, schon seit 30 Jahren laufenden Erhebung auf Kauai, einer hawaiianischen Insel (vgl. aber auch: Farran u. Cooper 1986). Dort begleiten Werner u. Smith (1982; Werner 1986) den Lebensweg ihrer Probanden von Geburt an. Die damaligen Kinder und heutigen Erwachsenen entstammen in ihrer großen Mehrheit sozioökono-

misch und bildungsmäßig stark benachteiligten Bevölkerungsschichten. Erwartungsgemäß scheiterte die soziale und persönliche Entwicklung derer, die schon in den ersten beiden Lebensjahren hohen biologischen, familiären und sozio-ökonomischen Belastungen ausgesetzt waren.

Dennoch erreichte ein gewisser Anteil hochbelasteter Kinder erstaunliche körperliche, geistige, seelische und soziale Reife. Ihre Biographien enthalten als protektive Faktoren, die dem hohen Grundrisiko entgegenwirken: nachhaltige Zuwendung zum Säugling in den ersten Lebensmonaten und eine positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind, Präsenz zusätzlicher Pflegepersonen neben der Mutter, Zuwendung durch ältere Geschwister und Großeltern, die dosierte Beschäftigung der Mutter außerhalb des Hauses, Verfügbarkeit von Gleichaltrigen und Nachbarn zur emotionalen Unterstützung und schließlich klare Strukturen und Regeln in Haushalt und Familie, kurzum: einen übersichtlichen und sicheren Lebensrahmen mit starken und guten menschlichen Bindungen. Hieraus erwächst eine positive Grundeinstellung zum Leben überhaupt und eine hohe Elastizität („resilience“) gegenüber auch extremen Schicksalsschlägen. Das beweisen ebenfalls die Überlebenden der Vernichtungslager (Antonovsky 1979; Keilson 1979).

Eine eigene epidemiologische Untersuchung (Tress 1986 a, b) verglich im Detail die frühkindlichen Lebensbedingungen von solchen Erwachsenen, die als Kinder allesamt schwere psychosoziale Belastungen durchzustehen hatten. Die eine Gruppe war heute völlig gesund, die andere schwer krank. Es ergaben sich zwei entscheidende Bedingungen der Vorschulzeit, die als protektive Faktoren gegen spätere psychogene Erkrankung schützen: Im Wortsinn von fundamentaler Bedeutung ist die enge Bezogenheit des Kindes auf eine geliebte und liebende Person, die während der überwiegenden Zeit des Vorschulalters verlässlich erreichbar gewesen sein muß. Zur Hälfte waren es die leiblichen Mütter, gefolgt von den Großmüttern und anderen Verwandten, die dem Kind diese primäre emotionale und in zweiter Linie instrumentelle Stütze gewährten, ohne die in keinem Fall psychosoziale und/oder psychosomatische Gesundheit im Erwachsenenalter möglich war. – Beinahe genauso entscheidend für die spätere seelische Gesundheit erwies sich überraschenderweise für diese Gruppe mit schwerer Kindheit das Fehlen des Vaters. Vermutlich bleibt das Kind von vielfältigen Zwistigkeiten und destruktiven innerfamiliären Streitereien verschont, wenn es nur mit einem Elternteil zusammenlebt, ganz überwiegend mit der Mutter. Unter allgemein schlechten psychosozialen Rahmenbedingungen reduziert eben eine dann auch durchgängig schlechte Elternbeziehung die wenigen Ressourcen des Kindes, etwa die Chance, ein liebevoll tragendes Verhältnis zur erwähnten Bezugsperson zu entwickeln und für sich zu nützen (vgl. Rutter u. Quinton 1984). Am gleichen Umstand mag es liegen, daß auch Geschwister in engem Altersabstand die Aussichten auf spätere Gesundheit reduzieren.

„Stellt die Frühkindheit die Weichen?“ (Ernst u. von Luckner 1985), so die Titelfrage eines vielbeachteten Buches. Einige Weichen schraubt die Kindheit sicherlich fest, andere werden auf Dauer verbogen und unpassierbar, auf jeden Fall aber vermittelt die Kindheit Strategien des Gleisbaues und der Reparatur, der Streckenführung und -vernetzung. Und dieser kognitive wie emotionale Er-

werb des frühen Lebens ist in beachtlichem Maße nachhaltig störfähig. Die gegenwärtige Diskussion stellt den psychosozialen und psychosomatischen Status praesens des Menschen ganz in das Einflußfeld der Gegenwart. Auf diese jedoch wirken Vergangenheit und Heredität. Dabei entwickelt sich eine dynamische Konstellation multipler interaktiver und kumulativer Ressourcen, Stressoren und Protektivfaktoren auf der Basis und vor dem Hintergrund ökonomischer und soziohistorischer Rahmenbedingungen und ihres Wandels.

Die sozialempirische Ätiologieforschung auf dem Gebiet der psychogenen Erkrankungen hat wichtige Befunde vorzuweisen und verspricht weitere für die Zukunft (Baker u. Mednick 1984). Zugleich aber dürfen wir die prinzipielle Begrenztheit ihrer Großprojekte nicht übersehen. Überwiegend und notwendig konzentriert man sich auf möglichst harte Befunde wie Altersabstand zu den Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Heimaufenthalte, Scheidungen usw., deren unmittelbare ätiologische Bedeutung auch im Falle hochsignifikanter Zusammenhänge mit seelischer Gesundheit und Krankheit noch zu klären bleibt. Die Problemdiskussion geht dahin, den üblichen sozialempirischen Variablen der Geneseforschung einen theoretischen Stellenwert ähnlich den genetischen Markern in den biologischen Modellen zuzuschreiben. So dürften hinter den harten, leicht zu erfassenden facts psychologische Wirkmomente stehen, die zwar mit jenen hoch korrelieren, aber der gängigen Interviewmethode nur mittelbar zugänglich sind, etwa familiäre Unruhen im Umfeld von Scheidungen bei Verlust der Väter und beginnender Berufstätigkeit der Mütter.

In diesem Bereich der eher weichen, emotional-interaktionalen und atmosphärischen Zusammenhänge und Bedeutungen bringt uns die *klinisch-psychotherapeutische Forschung* methodisch weiter. Gerade die Psychoanalyse der vergangenen 30 Jahre hat dazu beachtliche Erkenntnisse beigetragen. Ohne dies hier auf knappem Raum entfalten zu können, nenne ich nur die miteinander verflochtenen Errungenschaften im Umkreis der Objektbeziehungstheorien, der Entwicklungslehre von den Krisen der Individuation (Mahler et al. 1975), besonders den heiklen Schritt von einer dyadischen in eine triadische Beziehungsform (vgl. Rotmann 1978; Ermann 1985), ferner die Konzepte der ichstrukturellen Defizite, der Borderlinepathologie, die Narzißmustheorien und die zu alledem gehörenden Erweiterungen und Neuerungen der psychoanalytischen Begegnungsfähigkeit im Rahmen modifizierter Behandlungsarrangements. In dem Maße, in dem die Psychoanalyse ihre neoklassische Periode US-amerikanischen Gepräges überwindet, relativiert sie die Libidotheorie und entmystifiziert das metapsychologische Credo, wonach alle Formen der Pathologie ödipale Triebabwehrkonflikte seien. Parallel dazu etablierte sich gleichwertig und ergänzend die Lehre von den strukturellen Entwicklungsdefiziten. Genannt seien die englischen Objektbeziehungstheoretiker Balint, Winnicott, Fairbairn und Guntrip (vgl. Kutter 1982) und ihr Begriff der Grundstörung als einem Nichtzueinanderpassen von Kind und Pflegeperson, woraus ein basales Gefühl von Nicht-gut-sein und narzißtische Wut entspringen, mit überdauernden dysfunktionalen Konsequenzen (auch für die neuronale Organisation), was wir als frühen Entwicklungsdefekt der Ich-Struktur diagnostizieren (Blanck u. Blanck 1980; Gedo 1979). Im deutschen Sprachraum trat in erster Linie Fürstenau (1979) mit eigenständigen Entwürfen hervor.

Neben diagnostischen und behandlungstechnischen Innovationen (Thomä u. Kächele 1986) hat diese Entwicklung der Ätiologielehre emotional-interaktionale und atmosphärische Sachverhalte im Kontext der aktuellen therapeutischen Situation von Übertragung und Gegenübertragung (Tress 1987) erschlossen. Darin erscheint die Entstehung von insbesondere präödipalen Störungen in ganz neuem Licht. In der therapeutischen Begegnung erfahren wir emotionale Verunsicherungen, existentielle Bedrohungen, den Kampf um Abgrenzung und Integration, die gleichzeitige Sehnsucht nach Liebe und deren Umschlag in paranoide Ängste vor invasiven Übergriffen und können dies mit angemessener Methodik auch objektivieren (Tress 1985). Dem Patienten selbst fehlt für diese verbliebene Kindlichkeit in seinem Befinden, Erleben und Verhalten die Sprache. Er äußert vielleicht pseudoödipales Konfliktmaterial. Schauplatz seiner Traumatisierung und seiner Defizienz aber bleibt vornehmlich seine vorsprachliche, vegetative Leiblichkeit, bleibt die Biographie seines subjektiven Leibes. Hierzu hat die Psychoanalyse dank ihres unmittelbaren Umgangs mit dem Patienten in der therapeutischen Begegnung, welche oft genug erstmalig die fundamentale affektive Szene symbolisiert und verwortet, einen reichen, qualitativen Beitrag zu leisten. Die empirische Beobachtung muß dann klären, zu welchen Entwicklungsphasen jene qualitativen Befunde gehören. Dabei ergibt sich etwa, wie die psychoanalytischen Konzepte der „frühen und frühesten Störungen“ die Bedeutung des 1. Lebensjahres in extremer Weise überschätzen (Hoffmann 1986b). Sie blenden dabei die Verletzlichkeit des Kindes im 2. und 3. Jahr aus, um sogleich zur ödipalen Konstellation im 4. und 5. Jahr zu springen. Eine tiefgreifende ist aber nicht unbedingt eine ganz frühe Störung. Die nicht ausbleibende Ironie gegenüber solch unsachgemäßer Betonung frühester, allerfrühester und sogar vorgeburtlicher Beschädigungen läuft ihrerseits wieder Gefahr, auch den qualitativen Ertrag neuerer psychoanalytischer Ätiologiemodelle zu entwerten, obwohl wir gerade dort Entscheidendes über die unmittelbaren ätiologischen (und pathogenetischen) Momente für die Entwicklung psychogener Krankheiten des sozialen Leibwesens Mensch erfahren können. Denn in die Semantik der Affekte sind die Erfahrungen der frühen Jahre encodiert. Und dort überdauern sie ein ganzes Leben lang, um vielleicht doch einmal dechiffriert zu werden. So stehen die Affekte an der Kreuzung historischer und biologischer Zugangsweisen (Krause 1983, 1984; Modell 1984).

Am Ende unseres ätiologischen Streifzugs will ich an der Frage nicht vorbeigehen, was denn „psychogen“ auch positiv bedeutet. War doch von „seelisch“ oder gar von „intrapsychisch“ nirgends die Rede. Diese Begriffe setzen nämlich zum einen bereits ein recht hohes Entwicklungsniveau voraus, zum anderen aber haben sie auch eine beachtliche Entlastungsfunktion. Fallen doch innerseelische Vorgänge am ehesten in die Verantwortung des jeweiligen Subjektes. Mir aber war wichtig zu zeigen, wie alle seelische Struktur, alle neurotischen Konflikte und intrapsychischen Prozesse, die gesunden wie die pathologischen, von dem leiblich-affektiven Erleben des Säuglings und Kleinkindes im Zusammenleben mit seinen Primärpersonen ausgehen. Dieses leibnahe, affektive Sozialerleben ist als eine frühe Matrix zweifelsfrei von hereditären Dispositionen geprägt (Papoušek u. Papoušek 1982). Die Erwachsenen aber sind es, welche die objektive Wirklichkeit dieser schicksalbestimmenden kindlichen

Welt gestalten, und dazu meinte Bowlby, „daß es nirgends raucht, wo nicht auch ein Feuer ist“ (1973) und daß ein unreifes Verhalten meist die legitime Konsequenz bitterer Erfahrungen sei, die sich auch hinter einer Verwöhnungsgenese verstecken können. Mit Ausnahme der akuten Belastungssituationen, der Aktualneurosen im Sinne Freuds, sind also psychogene Störungen ätiologisch betrachtet in erster Linie erlebnisbedingte Entwicklungsstörungen während der primären Sozialisation. Sie entspringen über weite Strecken dem sprachfreien und dafür leib- und emotionsnahen Umgang der Eltern und Pflegepersonen mit den ihnen anvertrauten Kindern. Konsequenterweise verbleiben die Traumatisierungen, die Spuren der Entbehrungen und der strukturellen Mängel überaus häufig im Bereich des Körpers und des sozialen Handelns. Nur dort, wo die Prozesse der Erlebnisverarbeitung das Niveau des Symbolischen erreichen konnten, begegnen wir zusätzlich und nur ganz selten ausschließlich den psychoneurotischen Symptombildungen. Erst in zweiter Linie rühren einige Formen psychogener Störungen *nicht nur pathogenetisch*, sondern eben *auch ätiologisch* daher, daß im Zuge eines allzu raschen, unvorbereiteten Wandels des individuellen oder auch soziokulturellen Rahmens der Lebensweg eines Menschen auf ein Terrain abirrt (Hoffmann 1983), für das auch eine ausreichend gute Kindheit nicht wappnen konnte. Auch dann aber bleibt das Frühere im Späteren aufgehoben, etwa wenn ältere Menschen an den psychosozialen und körperlichen Umständen ihrer Lebensphase seelisch erkranken, weil unsere Profit- und Progress-Gesellschaft keine Kultur des Alterns entwickelt hat.

Am Ende dieses Überblicks nun liegen die *Prinzipien der primären Prophylaxe* psychogener Erkrankungen offen zutage (vgl. Schepank 1984): Eine in hohem Maße verlässliche, liebevolle und strukturgebende Zuwendung, ein solcher bedingungslos offener, ruhiger Hafen bewahrt ein Kind auch trotz heftiger Lebensstürme weitgehend davor, daß der ätiologische Keim psychogener Krankheit seine kleine Person befällt. Eine simple Erkenntnis, deren Realisierung immer wieder an der bereits vorhandenen hohen Prävalenz psychogener Krankheit scheitert. Seelisch kranke Betreuer müssen die von ihnen abhängigen Kleinkinder zwangsläufig traumatisieren. Deshalb lautet das allererste Gebot der Prophylaxe, daß wir jetzigen und zukünftigen seelisch kranken Eltern und Erziehern zu einer sachgerechten Psychotherapie verhelfen.

Literatur

- Antonovsky A (1979) Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco
 Baker R, Mednick B (1984) Influences on human development. Kluwer/Nijhoff, Boston
 Blanck E, Blanck R (1980) Ich-Psychologie, Teil II: Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Klett-Cotta, Stuttgart
 Bowlby J (1951) Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. Kindler, München 1973
 Bowlby J (1969) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung (Attachment and loss, Vol I). Kindler, München 1975
 Bowlby J (1973) Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind (Attachment and loss, Vol II). Kindler, München 1976

- Bowlby J (1980) Verlust, Trauer und Depression (Attachment and loss, Vol III). Fischer, Frankfurt/M. 1983
- Bräutigam W (1985) Reaktionen, Neurosen, abnorme Persönlichkeiten, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Bräutigam W, Christian P (1985) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Chess S, Thomas A (1984) Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life. Brunner & Mazel, New York
- Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (1981) Life stress and illness: Formulation of the issue. In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds) Stressful life events and their contexts. Prodist, New York, pp 1–27
- Dührssen A (1958) Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung, 2. Aufl. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Dührssen A (1976) Die Bedeutung der frühen Kindheit für spätere Krankheitsentwicklung. In: Jores A (Hrsg) Praktische Psychosomatik. Huber, Bern
- Dührssen A (1984) Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. Z Psychosom Med Psychoanal 30:18–42
- Ermann M (1985) Die Fixierung der frühen Triangulierung. Forum Psychoanal 1:93–110
- Ernst C, Luckner N von (1985) Stellt die Frühkindheit die Weichen? Enke, Stuttgart
- Farran D, Cooper D (1986) Psychosocial risk: Which early experiences are important for whom? In: Farran D, McKinney J (eds) Risk in intellectual and psychological development. Academic Press, New York, pp 187–226
- Freud A (1971) Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XI, Imago, London
- Fürstenau P (1979) Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Gedo JE (1979) Beyond interpretation. Int Univ Press, New York
- Häfner H (1978) Einführung in die Psychiatrische Epidemiologie. In: Häfner H (Hrsg) Psychiatrische Epidemiologie. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 1–56
- Heigl-Evers A, Schepank H (Hrsg) (1980/82) Ursprünge seelisch bedingter Krankheiten. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Henderson S, Byrne D, Duncan-Jones P (1981) Neurosis and social environment. Academic Press, Sidney
- Hofer M (1984) Relationships as regulators: A psychobiological perspective on bereavement. Psychosom Med 40:183–197
- Hoffmann SO (1986a) Die Ethologie, das Realtrauma und die Neurose. Z Psychosom Med Psychoanal 32:8–26
- Hoffmann SO (1986b) Die sogenannte frühe Störung. Prax Psychother 31:179–190
- Hoffmann SO (1986) Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: Kisker H et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1983) Die Bedeutung der nicht triebkonflikthaften Internalisierungen (Identifizierungen) für die Entstehung von Neurosen. Jb Psychoanal 15:100–114
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1984) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Keilson H (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke, Stuttgart
- Krause R (1983) Zur Psycho- und Ontogenese des Affektsystems. Psyche 37:1016–1043
- Krause R (1984) Psychoanalyse als interaktives Geschehen. In: Baumann U (Hrsg) Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Hogrefe, Göttingen, S 146–158
- Kutter P (Hrsg) (1982) Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen: Psychoanalytische Beiträge zu einer Objektbeziehungspsychologie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Langenmayr A (1978) Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosenentstehung. Hogrefe, Göttingen
- Langmeier J, Matejcek Z (1977) Psychische Deprivation im Kindesalter. Urban u. Schwarzenberg, München
- Lindemann E (1985) Jenseits von Trauer. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Mahler M et al. (1975) Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt/M. 1978

- Meierhofer M, Keller W (1974) Frustration im frühen Kindesalter, 3. Aufl. Huber, Bern
- Modell A (1984) Psychoanalysis in a new context. Int Univ Press, New York
- Money J, Erhardt A (1972) Man and woman, boy and girl. J Hopkins Univ Press, Baltimore
- Müller-Braunschweig H (1975) Die Wirkung der frühen Erfahrung. Das erste Lebensjahr und seine Bedeutung für die psychische Entwicklung. Klett, Stuttgart
- Murphy L, Moriarty A (1976) Vulnerability, coping, and growth. Yale University Press, New Haven
- Papousek H, Papousek M (1982) Die Rolle der sozialen Interaktion in der psychischen Entwicklung und Pathologie von Entwicklungsstörungen. In: Nissen G (Hrsg) Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kindesalters. Huber, Bern
- Paulley J (1976) Psychological management of multiple sclerosis. *Psychother Psychosom* 27:26–40
- Paulley J (1983) Pathological mourning: A key factor in the pathogenesis of autoimmune disorders. *Psychother Psychosom* 40:181–190
- Paulley J (1986) Psychosomatic medicine: A forward look. In: Lacey J, Sturgeon D (eds) Proceedings of the 15th European Conference on Psychosomatic Research. Libbey, London, pp 6–12
- Quinton D, Rutter M, Liddle C (1984) Institutional rearing, parenting difficulties, and marital support. *Psychol Med* 14:102–124
- Rotmann M (1978) Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungs-Phase“. *Psyche* 32:1105–1147
- Rutter M (1985) Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 147:598–611
- Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychol Med* 14:853–880
- Sander L (1975) Infant and caretaking environment. In: Anthony E (ed) Explorations in child psychiatry. Holt, Reinhardt & Winston, London, pp 129–166
- Shapiro S, Vukovich K (1970) Early experience effects upon cortical dendrites. *Science* 167:292–294
- Schepank H (1974) Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schepank H (1984) Neurosenprävention als ärztliche und gemeinschaftliche Aufgabe. In: Rudolf GA, Tölle R (Hrsg) Prävention in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 122–129
- Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Störungen. In: Kisker KP et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schepank H et al. (1984) Das Mannheimer Kohortenprojekt. Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Z Psychosom Med Psychoanal* 30:43–61
- Schepank H et al. (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schiessl N (1987) Life-events. In: Schepank H et al. (Hrsg) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schwidder W (1972) Klinik der Neurosen. In: Kisker KP et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd II/1. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 351–467
- Spitz R (1945) Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, 3. Aufl. Klett, Stuttgart 1973
- Spitz R (1967) Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart
- Straus E (1930) Geschehnis und Erlebnis. Springer, Berlin
- Suomi S (1983) Models of depression in primates. *Psychol Med* 13:465–468
- Thomä H, Kächele H (1986) Das therapeutische Paradigma der Psychoanalyse – Seine Erweiterungen und Vertiefungen in den letzten Jahren. In: Kisker KP et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomas A, Chess S (1977) Temperament and development. Brunner & Mazel, New York
- Thomas A, Chess S (1984) Genesis and evolution of behavioral disorder: From infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 141:1–9
- Tizard B, Hodges J (1978) The effects of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of eight year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 19:99–118

- Tölle R (1986) Persönlichkeitsstörungen. In: Kisker KP et al. (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 151–188
- Tress W (1985) Psychoanalyse als Wissenschaft. *Psyche* 39:385–412
- Tress W (1986a) Die positive frühkindliche Bezugsperson. *Psychother Med Psychol* 36:51–57
- Tress W (1986b) Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tress W (1987) Die intentionale Beschreibung als Grundlage psychoanalytischer Erkenntnis. *Psychoth Med Psychol* 37:133–141
- Wadsworth M (1984) Early stress and associations with adult health, behaviour, and parenting. In: Rutter M (ed) *Stress and disability in childhood*. Weight, Bristol 1985
- Weiner H (1975) Zentralnervöse Kontrollmechanismen und Krankheitsentwicklung: Ihre Bedeutung für die psychosomatische Medizin. *Psychother Med Psychol* 35:310–314
- Weiner H (1984) Blick in die Zukunft der psychosomatischen Medizin. *Psychother Med Psychol* 34:171–178
- Weiner H (1986) The need for psychosomatic medicine today. In: Lacey J, Sturgeon D (eds) *Proceedings of the 15th European Conference on Psychosomatic Research*. Libbey, London, pp 6–12
- Werner E (1986) A longitudinal study of perinatal risk. In: Farran D, McKinney J (eds) *Risk in intellectual and psychosocial development*. Academic Press, New York, pp 3–56
- Werner E, Smith R (1982) *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill, New York
- Zepf S (1986) Klinik der psychosomatischen Erkrankungen. In: Kisker KP et al. (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 63–102