

## 10 Somatoforme Störungen (Organneurosen)

**Somatoforme Störungen** sind eine Manifestation von psychogenen Störungen in Form von körperlichen funktionellen Symptomen und Befindensstörungen. Sie umfassen körperliche Missempfindungen und Störungen von Funktionsabläufen an pathologisch-anatomisch intakten Organen, für die sich keine hinreichende medizinische Erklärung finden lässt. Es handelt sich um sehr häufige Störungen.

Fließende Übergänge bestehen zu den psychischen Störungen, insbesondere zu depressiven und Angststörungen. Je nach der Pathogenese werden Konversionsstörungen und Somatisierungsstörungen unterschieden. Neben neurotischen gibt es auch reaktive und posttraumatische somatoforme Störungen.

### ICD-10: F45 Somatoforme Störungen

Bei den somatoformen Störungen handelt es sich um psychisch bedingte körperliche Fehlregulationen, deren Ursache in nicht bewältigten Konflikten und/oder strukturellen Störungen liegt. Die Bezeichnung somatoform kommt von *soma* [griech.] Leib, Körper und *forma* [lat.] für Gestalt. Somatoform bedeutet: nach dem Körper gestaltet, körperlich erscheinend. Der Begriff verweist darauf, dass man die betreffenden Störungen auf Grund ihrer Symptomatik zunächst für körperlich verursacht halten könnte, dass es dafür aber bei genauerer Untersuchung keine Belege im Sinne von organpathologischen Befunden gibt. Das bedeutet aber nicht, sie seien »eingebildet«.

### Somatoforme Störungen (Organneurosen) nach ICD-10

- **Konversionsstörungen** (► Kap. 10.2)
  - F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
  - F45.8 Sonstige somatoforme Störungen (die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden)\*
- **Somatisierungsstörungen** (► Kap. 10.3)
  - F45.0 Somatisierungsstörungen
  - F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörungen
  - F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörungen
  - F48.0 Neurasthenie
- **Somatoforme Schmerzstörungen** (► Kap. 10.4)
  - F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen
- **Psychogene Sexualstörungen** (► Kap. 10.5)
  - F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen; auch als F45.8 sonstige somatoforme Störungen klassifiziert
- **Weitere Störungen**, die in diesem Buch den psychischen Störungen, nach ICD-10 aber den somatoformen zugeordnet werden:
  - F45.2 Hypochondrische Störungen (► Kap. 9.3.3)
  - F48.1 Depersonalisations-/Derealisationssyndrome (► Kap. 9.6)

\* Beispiele: Parästhesien, Globus hystericus, Schluckstörungen, psychogener Juckreiz, psychogene Dysmenorrhoe.

Somatoforme Störungen (▲ Übersicht) wurden früher als Organneurosen bezeichnet, was eine Konfliktätiologie implizierte. In der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin sprach man lange, recht unspezifisch, von »funktionalen Störungen«. Es handelt sich um die Gruppe von Erkrankungen, die populär am häufigsten zu Recht als »psychosomatisch« bezeichnet werden.

In der psychiatrischen Klassifikation findet man gegenwärtig nur noch die Bezeichnung »somatoforme Störungen«. Maßgeblich für die Diagnose ist neben dem nicht erklärenden somatischen Befund die übertriebene Besorgnis um den Körper und das Hilfesuchverhalten gegenüber Ärzten.

In der anstehenden veränderten Klassifikation nach ICD-11 (und DSM-5) wird es die Krankheitsgruppe somatoforme Störungen nicht mehr geben. Sie wird durch die Diagnose *Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen* ersetzt. Als Kernmerkmal gilt dann, dass die Betroffenen unter einem oder mehreren belastend erlebten oder erheblich einschränkenden körperlichen Symptomen leiden – unabhängig vom biomedizinischen Befund – und dass sie ihre Aufmerksamkeit übermäßig darauf ausrichten. Das wird auch für somatisch begründete körperliche Beschwerden gelten. Die Beschwerden werden dann je nach ihrer Gestalt einem der Organsysteme zugeordnet und ggf. nach ihrem Schweregrad unterschieden.

## 10.1 Grundlagen

### Häufigkeit und Verlauf

Rund 10 Prozent der Bevölkerung leiden unter somatoformen Störungen. Jeder vierte bis fünfte Patient sucht die Allgemeinpraxis wegen einer somatoformen Störung auf. Dabei sind die häufigsten Symptome Abgeschlagenheit, Schmerzen, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Beschwerden. Allein schon in dieser enormen Häufigkeit liegt eine große Bedeutung dieser Patientengruppe in der Versorgung.

Somatoforme Störungen beginnen meistens in der Spätadoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Sie treten häufiger bei Frauen auf als bei Männern. Sie können spontan verschwinden, wobei es sich in diesen Fällen in der Regel um reaktive Symptombildungen handelt und nicht um neurotische. Letztere haben einen rezidivierenden Verlauf und neigen zur Chronifizierung, die bei Somatisierungsstörungen stärker ausgeprägt ist als bei Konversionsstörungen.

### Die Struktur somatoformer Störungen

Somatoforme Störungen haben eine zweidimensionale Struktur. Sie verknüpft die störungsrelevante Konflikt- oder Entwicklungspathologie mit einer psychosomatischen Grundstörung. Sie ähnelt damit der Hypochondrie (► Kap. 9.3.3) und den Psychosomatosen (► Kap. 12.2.3).

- Die rezente *neurotische Pathologie* kommt in der Auslösesituation zum Tragen. Darin manifestieren sich persönlichkeitspezifische Konflikte oder Defizite und setzen den Krankheitsprozess in Gang. Mit der Labilisierung der Abwehr entsteht eine Regression in den Bereich der Grundstörung.
- Die *psychosomatische Grundstörung*<sup>312</sup> (► Kap. 4.2.3) ist gekennzeichnet durch die Spannungsabfuhr über die Körperspra-

312 Ermann (1980, 1987)

che. Sie stellt eine strukturelle Ichstörung dar. Sie betrifft die Symbolisierungsfunktion, nämlich die Versprachlichung emotionaler Inhalte und die Bildung sog. Narrative, und ist darauf begrenzt. Wir sprechen von *Alexithymie* (*léxis* [griech.] Rede, Wort: Gefühlsblindheit)<sup>313</sup>. Damit beschreiben wir die Einschränkung der Fähigkeit, eigene Affekte zu begreifen und sprachlich zum Ausdruck zu bringen. Sie beruht auf misslungenen Transformations- und Symbolisierungsprozessen in den frühen Interaktionen (Alphafunktion). Das Ergebnis sind präverbal-körperliche Kommunikationsformen, die auf die internalisierten misslungenen kindlichen Interaktionen zurückverweisen.

### Zur Diagnose und Pathogenese somatoformer Störungen

Maßgeblich für die Diagnose ist eine spezifische Auslösesituation. Darunter versteht man eine psychosoziale Belastungssituation, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Symptombildung auftritt. In der Auslösesituation wird ein neurotischer Konflikt aktualisiert oder ein strukturelles Defizit manifest. Was für den jeweils Betroffenen »spezifisch« ist, ergibt sich aus den Fixierungen im Verlauf seiner Entwicklung. Maßgeblich sind dabei die Art der neurotischen Persönlichkeit und die darin gebundenen Strukturdefizite und unbewussten Konflikte.

Wegweisend für eine Verdachtsdiagnose ist die Diskrepanz zwischen Befindensstörung bzw. Beschwerden und dem körperlichen Befund. Ausreichend für eine begründete Verdachtsdiagnose ist das Fehlen eines organopathologischen Befundes aber nicht. Die Voraussetzung ist vielmehr, dass sich in der Diagnostik ein begründeter Hinweis auf spezielle Belastungen und Konflikte ergibt, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Sym-

ptombeginn stehen. Untersuchungsgespräche, die zu diesem Ergebnis führen, schaffen bei den Patienten auch eine Motivation, sich zur Fachdiagnostik überweisen zu lassen und dort im diagnostischen bzw. psychotherapeutischen Gespräch zu kooperieren (► Kap. 5.1.1).

Es führt aber nicht weiter, den Patienten mit der Haltung zu begegnen, dass sie »eigentlich« psychisch krank sind. Hilfreich ist es, die Auffassung zu vermitteln, dass sie die Sprache des Körpers benutzen, um etwas auszudrücken, das sie nicht kennen und nur über den Körper vermitteln können: So kann sich z. B. ein vergessenes psychisches Schmerzerleben, z. B. eine traumatisch erlebte Trennung, über einen Körperschmerz Ausdruck verschaffen.

Somatoforme Störungen sind in jeder Weise ernst zu nehmende Erkrankungen. Sie sind weder vorgetäuscht (im Gegensatz zu artifiziellen Störungen) noch eingebildet (in Abgrenzung zu körperbezogenen Klagen bei hypochondrischen Störungen). Sie sind die Folge einer regressiv umgesetzten neurotischen Pathologie.

Man unterscheidet dabei zwei Entstehungsmechanismen: die Konversion und die Somatisierung.

### 10.1.1 Konversion

Konversionssymptome sind reine funktionelle Störungen der betroffenen Organe bzw. der zugehörigen Funktionen. Gestört ist also z. B. die Sehfunktion, nicht aber das Auge, der Erregungszustand bestimmter Muskeln, nicht aber der Muskel selbst. Diese Symptome beruhen auf einer zentralnervösen Störung der Informations- und Erregungsverarbeitung, die einen Ausfall der betroffenen Funktion oder ihre Veränderung bewirkt. Genau betrachtet liegt den Konversionssymptomen also eine funktionelle Störung des Gehirns zugrunde. Körperlich gibt es, außer der Funktionsstörung selbst, keine pathologischen

313 Nemiah u. Sifneos (1970), von Rad (1983)

**Konversion**<sup>314</sup> (*conversio* [lat.] Umsetzung, Umkehrung) ist ein spezieller Modus der Konflikt- und Spannungsverarbeitung und der somatoformen Symptombildung. Er zeigt sich in der Bildung von Körpersymptomen mit einem Ausdrucksgehalt. Die Symptome bestehen in der Einschränkung oder in der Veränderung von körperlichen Funktionen, die durch das cerebro-spinale Nervensystem gesteuert werden. Es gibt dafür keine erkennbare organische Ursache. Durch die Bildung von Konversionssymptomen wird ein ursprünglich konflikthafter oder belastender Inhalt – eine Wahrnehmung oder Vorstellung, ein Konflikt, ein Affekt usw. – unbewusst. Konversion steht also in einem funktionalen Zusammenhang mit Verdrängung.

Der Mechanismus der Konversion kommt bei allen Arten der neurotischen Pathologie sowie bei der Traumapathologie und den reaktiven Störungen vor. Konversionssymptome bilden die Leitsymptomatik der **Konversionsstörungen**.

Befunde – weder im Gehirn<sup>315</sup> noch an den Organen der Symptombildung.

### Ätiopathogenese

Psychodynamisch betrachtet, dient die Konversion der Verdrängung. Sie führt in einer persönlichkeitspezifischen Auslöse- oder Belastungssituation zur psychischen Entlastung und Stabilisierung. Die Verdrängung bewirkt, dass eine Belastung oder ein Konflikt sich diagnostisch nur in seltenen Fällen direkt erfassen lässt. Der Auslöser wird durch die Konversion bzw. durch die Verdrängung un-

bewusst. Man kann ihn nur vermuten und eine psychodynamische Arbeitshypothese bilden, die sich im Verlauf bestätigen oder widerlegen lässt.

Bei der Konversion greift die Psyche auf einen körperlichen Kommunikationsmodus zurück. Das geschieht bei reiferen und weniger reifen Persönlichkeitsentwicklungen auf unterschiedliche Weise:

- In reiferer Form steht die Konversion im Dienste der Verdrängung. An die Stelle der Konflikte tritt eine *somatoforme Symbolisierung* und verweist im Analogmodus des Erlebens auf eine Bedeutung hinter dem Symptom.
- Bei der weniger reifen Trauma- und Entwicklungspathologie ist die Konversion eine *somatoforme Gleichsetzung* im Äquivalenzmodus des Erlebens.

### Somatoforme Symbolisierung bei der Konfliktpathologie

Auf höherem und mittlerem Strukturniveau dient die Konversion der neurotischen Konfliktbewältigung.<sup>316</sup> Bei dieser »klassischen« Konversion, die von Freud beschrieben worden ist, wird zumeist ein Trieb-Überich-Konflikt abgewehrt. Bei anderen Formen beruht sie z. B. auf einem narzisstischen Geltungs- oder einem oralen Versorgungskonflikt. Dabei wird der Konflikt in Körpersprache umgesetzt, er wird »somatoform symbolisiert«. Wir weisen in einem solchen Falle darauf hin, dass z. B. eine psychogene Schluckstörung für die unbewusste Phantasie steht, etwas (psychisch) Unverdauliches nicht schlucken zu können.

Bei der somatoformen Symbolisierung wird der psychische Inhalt chiffriert und körpersprachlich zum Ausdruck gebracht (▼ Übersicht). Symbolisierung bedeutet, dass

314 Freud (1895a), Fenichel (1931), Rangell (1959)

315 Eine Ausnahme bilden einige extrapyramidale Bewegungsstörungen (► Kap. 10.2.1).

316 Zur Symbolisierung vgl. Segal (1957), Lorenzer (1970b)

das Symptom auf ein Drittes, eine »Bedeutung dahinter« verweist, die aber nicht bewusst ist. Diese Umsetzungen von Vorstellungen in körperliche Symbole ist ähnlich wie im Traum, wo Affekte in Traumbilder umgesetzt werden. So kann man z. B. Angst im Traum als Fallen zum Ausdruck bringen.

### Beispiele für somatoforme Symbolisierungen

- Der verdrängte Wunsch, etwas Verbotenes mit der Hand zu berühren, kann eine konversionsneurotische Handlähmung hervorrufen.
- Der bedrohliche unbewusste Wunsch, aus einer Situation zu fliehen, kann eine Gangstörung bewirken.
- Die Konversion enttäuschter Liebeswünsche kann Herzschmerzen verursachen.
- Die unbewusste Idee eines verpönten oralen Sexualaktes kann zu einer psychogenen Schluckstörung oder zu einem psychogenen Erbrechen führen.

Bei der Konversion verbleibt die Konfliktspannung nicht im Psychischen. Sie wird vielmehr durch eine strukturelle Regression ins Körperliche abgewehrt (► Kap. 12.2.3), als gäbe es für die Beschreibung des Befindens keine Worte. Man kann die Bedeutung hinter dem Symptom erschließen, wenn man die Symbolik der Sprache entschlüsselt.

*Beispiel:* Die Entdeckung, vom Partner betrogen zu werden, kann eine Störung der Schließfunktion der Augenlider bewirken. Sie wird mit der Vorstellung besetzt: »Mir werden die Augen geöffnet«, und kann durch Verneinung (öffnen – nicht öffnen können) einen Lidkrampf (Blepharospasmus) hervorrufen. Die Entdeckung selbst wird dabei verdrängt und kann nicht erinnert werden. Der Lidkrampf symbolisiert die Entdeckung und verweist auf den unbewusst gewordenen schmerzvollen *An-Blick*.

Bei einem Partnerverlust oder bei Todesfällen können mit Hilfe einer Konversion auch spezifische Verlustängste abgewehrt werden. Das Konversionssymptom, z. B. ein Herzschmerz, symbolisiert dann die Verbindung zu der verlorenen Person. Auf diese Weise können z. B. Herzschmerzen entstehen, wenn ein Angehöriger an einem Herzinfarkt verstorben ist. Sie symbolisieren dann die Sehnsucht nach dem verlorenen Objekt.

Oft werden bei der somatoformen Symbolisierung auch Redewendungen, die vom körperlichen Erleben abgeleitet sind, in Körpersprache rückübersetzt. So kann ein konversiver Herzschmerz, in Anspielung auf ein »gebrochenes Herz«, einen Liebeskummer und die damit verbundene Sehnsucht und Wut symbolisieren und diese im Unbewussten belassen.

### Somatoforme Gleichsetzung bei der Entwicklungs- und Traumapathologie

Auch beim niederen Strukturniveau, also bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation und der Traumapathologie, leitet die Überlastung der geschwächten Persönlichkeit in der Auslösesituation eine strukturelle Regression ein und bewirkt einen »Sprachverlust« im Sinne einer Alexithymie. Beim niederen Strukturniveau greift das regrediierte Ich aber auf eine unmittelbare konkretistische Körpersprache zurück und nicht auf bedeutungsvolle Symbole.

In diesem Sinne kann man auch viele dissoziative Symptome (► Kap. 9.5) zu den Konversionen zählen, wie es in der amerikanischen Klassifikation nach DSM-IV tatsächlich auch geschieht.

Diese Art der niederstrukturierten Konversion beruht auf affektiv-somatischen Kopplungen und prozeduralen, im Körpergedächtnis abgelegten Erfahrungen aus der frühesten Entwicklung. Im Unterschied zur somatoformen Symbolisierung bei einer Konfliktpathologie hat der Rückgriff auf die konkretistische Körpersprache keinen Symbolgehalt; sie

### Beispiele für somatoforme Gleichsetzungen

- Statt sich verbal gegen eine mehr oder weniger unbewusst wahrgenommene Gefährdung zu wehren, werden die Arme wie zum Schutz vor einer Gefahr (die äußerlich gar nicht erkennbar ist) vorgestreckt. Auf diese Weise entsteht ein Bewegungskampf, der ganz konkretistisch den Schutzimpuls in Szene setzt.
- Auf dieser Ebene kann eine konversive Absence eine im Körperlichen ausgeprägte Flucht vor einer unerträglichen Situation oder Wahrnehmung darstellen und z. B. die Erinnerung an einen Überfall ganz konkret ausschalten. Indem die Wahrnehmung abgeschaltet wird, bringt der Betroffene sich gleichsam in Sicherheit.

verweist nicht auf ein Drittes im Hintergrund. Das Körpersymptom ist nicht Stellvertreter für psychische Inhalte, es ist nicht mit »Bedeutung« behaftet. Das Symptom ersetzt den Inhalt (Ersatzbildung) und ist ihm äquivalent (Gleichsetzung); es ist ganz konkretistisch gemeint – es ist, was es ist. Erstarrung *ist* Schreck, Körperschmerz *ist* Seelenschmerz. Die Körperfunktion oder ein Abkömmling derselben tritt an die Stelle der Sprache, weil diese versagt. Dieser Vorgang kann in Abgrenzung von der somatoformen Symbolisierung als somatoforme Gleichsetzung bezeichnet werden.<sup>317</sup>

317 Ein ähnlicher Mechanismus findet sich im Traum bei tief regredierte Patienten. Hanna Segal (1991) bezeichnet die Vorform der echten Symbolisierung in ihrer Theorie des Träumens als symbolische Gleichsetzung. Sie hat dabei das konkretistische Wesen der symbolischen Gleichsetzung betont. – Ich habe in früheren Auflagen dieses Buches von somatoformer Ersatzbildung gesprochen, um denselben Sachverhalt zu beschreiben.

### 10.1.2 Somatisierung

Die **Somatisierung** ist die zweite Art der somatoformen Symptombildung und der zentrale pathogenetische Mechanismus der **Somatisierungsstörungen**. Sie beruht auf einer Regression zur Konfliktabwehr. Durch die Regression kommt die psychosomatische Grundstörung zum Tragen und aktiviert in der Frühzeit angelegte vegetativ-affektive Reaktionsmuster, z. B. Herzrasen in Gefahrensituationen als Angstreaktion. So entstehen vegetative und Organfunktionsstörungen als körperliche Korrelate von Affekten.<sup>318</sup> Sie beherrschen zunehmend die Selbstwahrnehmung und die Kommunikation und können die seelisch-konflikthafte Dimension des Erlebens völlig überdecken.

In der frühen Entwicklung werden Erfahrungen vor allem körperlich erlebt und verarbeitet. Sie werden durch sensorische Wahrnehmungen, vegetative Reaktionen und affektive Zustände über den Körper vermittelt. Diese körperbezogenen Erfahrungen spielen für die frühe Affektregulierung die entscheidende Rolle. Streicheln und Sättigung sind z. B. gleichbedeutend mit Fürsorge und Zugehörigkeit, Körperschmerz mit Schutzlosigkeit und Feindseligkeit. Diese Erfahrungen finden noch keine psychische Repräsentanz, sondern werden als vegetativ-affektiv-sensorische Zustände und Reaktionsmuster im impliziten Gedächtnis abgelegt. Sie bilden dort einen Pool von Körpererinnerungen (► Kap. 12.2.2). Diese sind die Vorläufer von Beziehungsrepräsentanzen, die später mit dem Erwerb von Sprache und Begriffen gebildet und im expliziten Gedächtnis gespeichert werden.

Im Verlauf der Reifungsprozesse in der Kindheit werden die seelische und die körperliche Seite des Erlebens voneinander ge-

318 Affektäquivalente nach Alexander (1950)

trennt, d. h. das Erleben wird desomatisiert. Die körperliche Seite wird dabei auf die Ebene der vorbewussten Wahrnehmung abgedrängt und kaum noch beachtet. Dieser Reifungsschritt ist ein Prozess, der unter psychischem Druck durch eine strukturelle Regression ins Körperliche rückgängig gemacht werden kann. Das wird als Resomatisierung<sup>319</sup> oder auch einfach Somatisierung der Affekte bezeichnet. Wenn das geschieht, erlebt man an Stelle des Affektes wieder die körperliche Erregung. Dann erlebt man z. B. eine Herzfrequenzbeschleunigung oder eine Steigerung des Blutdrucks, während die eigentliche Angst ganz in den Hintergrund tritt.

Die Somatisierungssymptome beruhen also auf einer strukturellen Regression in den Bereich der psychosomatischen bzw. psychovegetativen Grundstörung (► Kap. 4.2.3). Dabei haben die vegetativen und körperlichen Symptome keine symbolische Bedeutung. Sie sind reine Affektäquivalente. Das unterscheidet sie von Konversionssymptomen bei der Konfliktpathologie.

Man kann sich die Somatisierung in mehreren Schritten vorstellen (► Abb. 10.1): Zuerst führt ein definierter Auslöser (ein unlösbarer Konflikt, eine Kränkung usw.) zu einem pathogenen Affekt in Form von Angst, Depression, Wut, Neid, sexueller Erregung usw. Dabei werden die Organe miterregt, die durch Konstitution und frühkindliche Kopplungen<sup>320</sup> mit dem betreffenden Affekt verknüpft sind. Auf diese Weise tritt parallel zu dem pathogenen Affekt eine Aktivierung von Organfunktionen auf, z. B. bei einer sexuellen Erregung eine Atembeschleunigung oder bei Angst Herzrasen und Schwitzen. Man spricht auch von Affektkorrelaten.

Jeder Mensch hat seine psychosomatischen Reaktionsmuster: Der eine reagiert z. B. auf Angst mit Erregung am Herzen, ein anderer mit Stuhl- oder Harndrang. Es gibt aber auch

gewisse überindividuelle Verknüpfungen, die durch das autonome Nervensystem vorgegeben werden: Abneigung und Ekel schlagen auf den Magen, Schreck auf den Kreislauf, Liebe »berührt« das Herz, während Sorgen es »bedrücken« (deprimieren). Angriff verschließt die Sphinktermuskeln, Unterwerfung öffnet sie.

Die Regression in den Bereich der psychosomatischen Grundstörung umfasst nicht nur die Resomatisierung affektiver Zustände. Sie bezieht auch die Beziehungsrepräsentanzen mit ein und ist mit einer Veränderung der kognitiven Prozesse und der Kommunikation verbunden. Die Folge ist eine enterozeptive Orientierung der Wahrnehmung und der Kommunikation: In der Beziehung zum Selbst und zwischen dem Selbst und den Anderen rücken der Körper und die gestörten Funktionen in das Zentrum. Die Klage über vegetative und somatoforme Befindensstörungen und Symptome rückt in den Vordergrund und beherrscht die Dialoge. Schließlich dreht sich alles nur noch um den Körper. Dadurch wird der Körper vermehrt auch zum Projektionsfeld für vielerlei Missempfindungen, die das Krankheitsbild anreichern. Es entsteht ein Teufelskreis.

### 10.1.3 Konversion und Somatisierung im Vergleich

Die Unterscheidung von Konversion und Somatisierung (► Tab. 10.1) ist so alt wie die Psychosomatik und geht auf Freud<sup>321</sup> zurück, der mit der Unterscheidung zwischen Aktualneurosen und Hysterie die beiden Grundformen der somatoformen Störungen voneinander abgrenzte. Nach seiner Auffassung beruhen Somatisierungsstörungen, die er den Aktualneurosen zuordnete, auf aktuellen Affekterregungen, während er bei den Konversionen die Verursachung durch Kindheitserlebnisse betonte.

319 Alexander (1950), Schur (1955)

320 Schultz-Hencke (1951)

321 Freud (1895b)

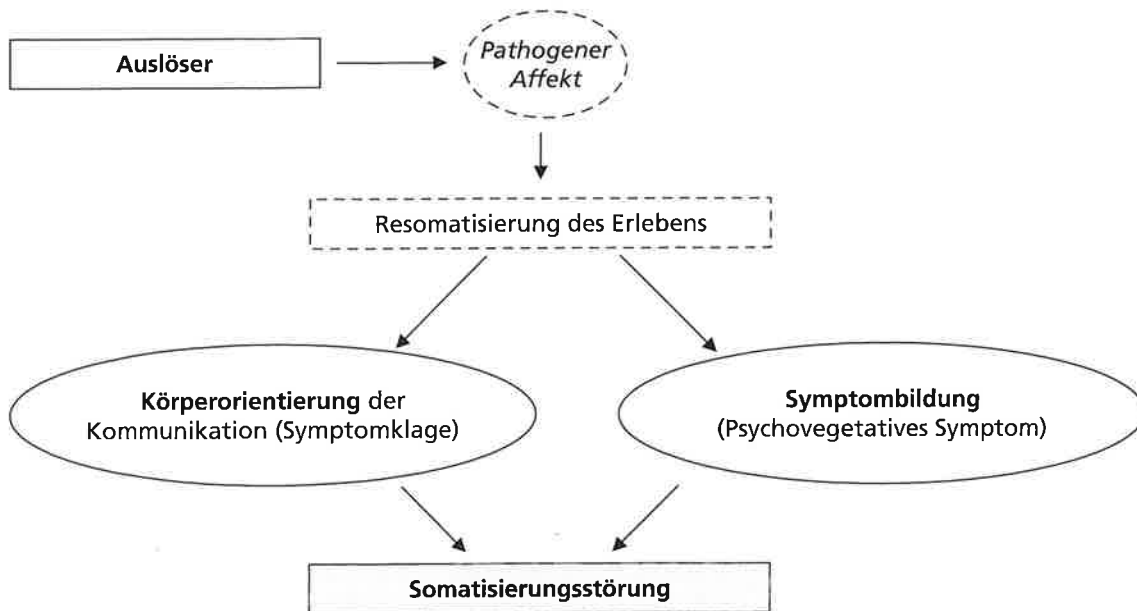


Abb. 10.1: Somatisierung

Tab. 10.1: Konversion und Somatisierung im Vergleich

|                                   | Konversion                                                                                                                                                                                                                                         | Somatisierung                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Mechanismus</i>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpersprachliche Symbolisierung</li> <li>• Körpersprachliche Gleichsetzung</li> </ul>                                                                                                                    | (Re-)Somatisierung von affektiven Zuständen und der Kommunikation                                                                                                        |
| <i>Vermittelndes Nervensystem</i> | Cerebro-spinales Nervensystem (ZNS und periphere Nerven)                                                                                                                                                                                           | Autonomes (vegetatives) Nervensystem                                                                                                                                     |
| <i>Betroffene Funktionen</i>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensorium und Sensibilität</li> <li>• Willkürinnervation</li> <li>• Schmerzwahrnehmung</li> <li>• Vegetative Funktionen</li> </ul>                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viszerale Organfunktionen</li> <li>• Vegetative Funktionen</li> <li>• Schmerzerleben</li> </ul>                                 |
| <i>Bevorzugte Lokalisation</i>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinnesorgane</li> <li>• Periphere Nerven</li> <li>• Quergestreifte Muskulatur</li> <li>• Genitalsystem</li> <li>• Vorgeschiedigte oder chronisch belastete Organe</li> <li>• Allgemeinbefinden</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• »Innere« Organe</li> <li>• Spezielle vegetative Funktionen (Schlaf, Schwitzen, Appetit)</li> <li>• Allgemeinbefinden</li> </ul> |
| <i>Krankheitsbild</i>             | Meistens monosymptomatisch                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinstörung: multiform</li> <li>• Spezifische Somatisierungsstörungen: funktionsbezogen</li> </ul>                         |
| <i>Symptombegleitende Affekte</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär keine</li> <li>• Sekundär: Beunruhigung, Angst, Verzweiflung</li> </ul>                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vordergründig keine</li> <li>• Bei genauerem Nachfragen und Hinhören: Angst, Depression</li> </ul>                              |
| <i>Geschlechtsverteilung</i>      | Frauen >> Männer                                                                                                                                                                                                                                   | Frauen > Männer                                                                                                                                                          |
| <i>Verlauf</i>                    | Teils Spontanheilung, teils Chronifizierung                                                                                                                                                                                                        | Chronifizierend                                                                                                                                                          |



Später sah man den Kern der Unterscheidung im Vorhandensein oder Fehlen eines Ausdrucks- oder Symbolgehaltes der körperlichen Symptomatik, der nur den Konversionsneurosen zugesprochen wurde. Diese Auffassung war allerdings auf die Konfliktpathologie begrenzt.

Seit man bei den Konversionsneurosen die Unterscheidung zwischen somatoformer Symbolisierung und somatoformer Gleichsetzung trifft, die nicht symbolträchtig ist, muss man die traditionelle Gegenüberstellung neu überdenken. Das Kriterium dafür sind die beiden nervösen Steuerungssysteme, die an der Symptombildung beteiligt sind:

- Das Ausdrucksverhalten der Konversion wird durch das *cerebro-spinale Nervensystem* vermittelt, also durch das zentrale und periphere Nervensystem, das die Beziehung zur Umwelt regelt.

- Die Symptombildung bei der Somatisierung verläuft über das *autonome (vegetative) Nervensystem*, das die Funktionen der inneren Organe steuert und koordiniert und das Gesamtsystem aufrechterhält.

#### 10.1.4 Verhaltenstherapeutische Aspekte

Somatoforme Störungen sind aus verhaltenstherapeutischer Sicht, wie andere neurotische Störungen auch, fehlgelerntes Verhalten. Physiologische Reaktionen werden dabei als verdeckte Verhaltensweisen betrachtet. Sie sind entweder direkt erworbenes, unzweckmäßiges Verhalten oder affektive und emotionale Begleiterscheinungen von Affekten, die auf fehlgelerntes Verhalten zurückgehen. Für das Verständnis der Entstehung von somatoformen Störungen kommen vor allem Konditionierungen und soziales Lernen in Betracht.

## 10.2 Konversionsstörungen (Konversionsneurosen)

**Konversionsstörungen** sind somatoforme Störungen, die durch den Mechanismus der Konversion, also durch Umsetzung seelischer Inhalte ins Körperliche entstehen. Sie betreffen das Sensorium, die Motorik und, seltener, vegetative Funktionen.

**Konversionssymptome** sind somatoforme Symbole oder ein präsymbolischer Ersatz (somatoforme Gleichsetzung) für unbewusste Inhalte. Sie betreffen Konflikte, Bedürfnisse, Affekte, Wahrnehmungen und Phantasien. Sie kommen auf jedem Strukturniveau und nach Traumatisierungen vor. Bei der Konfliktpathologie überwiegen Symbolbildungen, bei der Entwicklungs- und Traumapathologie die Gleichsetzungen.

**ICD-10:** F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen). Synonyme sind Konversionssyndrome und »Ausdruckskrankheiten«.

In diesem Buch wird unterschieden zwischen

- somatoformen *Konversionsstörungen* (▼ Übersicht); diese werden im Folgenden abgehandelt, und
- psychoformen *dissoziativen Störungen* (des Gedächtnisses und des Identitätserlebens). Diese werden im ► Kap. 9.5 dargestellt.

Im Zusammenhang mit der hysterischen Persönlichkeitsstörung (► Kap. 8.2) wurde ausführlich dargestellt, dass Konversionsstörungen, hysterische Störungen und dissoziative Störungen früher dem übergeordneten Konzept der Hysterie zugeordnet wurden. Diese Zuordnung wird nicht mehr aufrechterhalten.

## Vorkommen

Konversionsstörungen kommen in allen Kulturen, Schichten und Altersgruppen vor. Die epidemiologischen Daten sind widersprüchlich. Man kann danach mit einiger Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung an Konversionsstörungen leiden. Dabei scheinen Personen aus einfacheren Schichten, vor allem aus ländlichen Regionen, oder Zuwanderer aus traditionellen Kulturen besonders häufig betroffen zu sein.

### Somatoforme Konversionsstörungen modifiziert nach ICD-10

#### Pseudoneurologische Konversionsstörungen motorischer oder sensorischer Funktionen

- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsneurosen), gemischt
- F44.8 andere Konversionsstörungen

#### Vegetative Konversionsstörungen\*

- F50.5 psychogenes Erbrechen\*\*

\* Dieser Begriff taucht im ICD-10 nicht auf.

\*\* Im ICD-10 unter Essstörungen kategorisiert.

Die Diagnose wird bei Frauen häufiger gestellt als bei Männern. Ob sich darin eine objektive Häufung niederschlägt oder ein lange bestehendes Vorurteil, muss offenbleiben. Wahrscheinlich werden viele Konversionsstörungen nie richtig diagnostiziert. Die eindrucksvollen, traditionellen konversionsneurotischen Krankheitsbilder, z. B. die totale Blindheit oder große hysterische Anfälle, sind selten. Sie werden allerdings wieder häufiger bei Ausländern aus Südosteuropa und den islamischen Ländern beobachtet. Darin äußern sich kulturelle Einflüsse auf die Art der Symptombildung und die zugrunde liegenden Konflikte.

## Auftreten und Verlauf

Konversionsstörungen treten typischerweise plötzlich auf und sind in ihrer Symptomatik recht gleichbleibend. Bei nicht selten beobachteten Spontanheilungen verschwinden sie ebenso plötzlich, wie sie begonnen haben, ohne irgendwelche Spuren zu hinterlassen. Allerdings gibt es häufig Rezidive. Meistens handelt es sich um monosymptomatische Krankheitsbilder. Es gibt aber auch multiforme Konversionsstörungen, die schwer von den multiformen Somatisierungsstörungen abzugrenzen sind.

## Ätiologie

»Klassische Konversionsneurosen«, wie Freud sie gesehen und beschrieben hat, sind Konversionsstörungen bei typischer Konfliktpathologie auf höherem Strukturniveau (► Kap. 4.4). Daneben gibt es Konversionen auch auf mittlerem Strukturniveau bei depressiven Versorgungskonflikten oder bei narzisstischen Selbstwertkonflikten (► Kap. 10.1.1).

In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein beträchtlicher Teil der chronischen Konversionsstörungen eine posttraumatische Ätiologie hat (► Kap. 7.4). Dabei handelt es sich sowohl um Symptome einer erst kürzlich erfahrenen Schocktrauma-

tisierung als auch um Spätfolgen einer oft schwer einzuschätzenden, meistens nicht konkret erinnerbaren Traumatisierung durch Misshandlung und sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Gelegentlich kann es sich auch um die Folgen einer Beziehungs- und Bindungstraumatisierung durch anhaltende Vernachlässigung und Missachtung in der Kindheit handeln, die lange durch eine neurotische Entwicklung verdeckt war (► Kap. 7.4.4).

Unklar ist noch, ob und in welcher Weise die Konversion mit einem physiologischen oder organischen Entgegenkommen<sup>322</sup> verbunden ist, das als Disposition oder Risikofaktor gelten könnte. Als solche werden neurologische Vorschädigungen und zerebrale Dysfunktionen diskutiert.

### 10.2.1 Strukturniveau und Psychodynamik

Bei der Konversion handelt es sich um einen Modus der Symptomentstehung (Pathogenese) und nicht um eine einheitliche Krankheitsgruppe. Sie kommt auf allen Strukturniveaus, d. h. bei allen Arten der Psychopathologie vor.

#### Konversionsstörungen auf höherem Strukturniveau

Die wissenschaftlich zuerst untersuchten, sog. klassischen Konversionsneurosen basieren auf dem höheren Strukturniveau. Hier ist die Konversion eine Abwehr von Überich-Konflikten. Auf der einen Seite bestehen sexuelle, motorisch-aggressive oder orale Triebimpulse, auf der anderen strikte, unerbittliche moralische Gebots- und Verbotsvorstellungen.

Bei dieser Konfliktpathologie entsteht ein Konversionssymptom als Kompromiss zwischen einer Wunschvorstellung, einem Affekt oder einer Phantasie auf der einen Seite und

deren Abwehr auf der anderen. Durch somatoforme Symbolisierung (► Kap. 10.1.1) wird die unbewusste Vorstellung einerseits über den Körper zum Ausdruck gebracht, andererseits wird sie durch den Rückgriff auf die Körpersprache derart entstellt, dass ihr Inhalt den Betroffenen verborgen bleibt. Als Beispiel sei die Entstehung eines Schreibkrampfes vor dem Hintergrund einer unbewussten Betrugsphantasie (Fälschung von Schecks) genannt.

#### Konversionsstörungen auf mittlerem Strukturniveau<sup>323</sup>

Bei Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau werden durch die Konversion vor allem narzisstische Affekte wie Verlustangst, Scham, Wut und Verzweiflung sowie depressive Ängste vor Trennung und Verlassenheit abgewehrt. Die Auslösesituationen sind demnach insbesondere Kränkungen, Beschämungen, Trennungen und Verlassenheitserlebnisse. Viele Konversionsstörungen beruhen auch auf unbewussten Erlebnissen, insbesondere Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit aus tiefen Persönlichkeitsschichten. So kann eine psychogene Handlähmung Verzweiflung (»ich kann es nicht fassen«) zum Ausdruck bringen.

#### Konversionsstörungen bei niederem Strukturniveau

Konversionen sind bei einer frühen Entwicklungspathologie nicht besonders häufig. Wenn sie auftreten, erscheinen sie aber besonders drastisch. Oft entsteht der Verdacht, dass sich darin eine Traumapathologie verbirgt.

Es kommt im Rahmen einer Persönlichkeitsspezifischen Belastung, z. B. beim Verlust strukturgebender Beziehungen, zur Dekompensation des ohnehin schwachen Ich und zur

322 Freud (1905a)

323 Fenichel (1946); ► Kap. 12

Regression. Diese bewirkt einen regressiven Sprachverlust, sodass psychische Inhalte nicht mehr mit sprachlichen Begriffen ausgedrückt werden können. Sie werden durch eine Störung von Körperfunktionen ersetzt. Damit tritt ein Konversionssymptom in Erscheinung.

Die Dekompensation bzw. das Symptom haben in diesem Falle eine Stellvertreterfunktion und keinen eigentlichen Symbolgehalt. Sie beruhen auf unbewussten vorsprachlichen Erfahrungen. Wir sprechen von einer konkretistischen somatoformen Gleichsetzung (► Kap. 10.1.1).

*Beispiel:* Eindrücklich zeigte sich die Dynamik des konkretistischen Ausdrucks bei einem früh verwaisten Patienten mit einem Schicksal als Heimkind, der sich in einer stationären Behandlung befand. Als er am Ende seiner Behandlung entlassen werden sollte, lief er unangekündigt und völlig überraschend aus der Klinik davon. Als er schließlich in einem entfernten Ort aufgefunden wurde, zeigte er sich überrascht, dass man ihn vermisst hatte. Es wurde deutlich, dass er sich in einem dissoziativen Zustand gleichsam auf die Suche nach seinen toten Eltern gemacht hatte.

### Posttraumatische Konversionsstörungen

Ähnlich wie bei der Entwicklungspathologie kommt es auch nach Traumatisierungen zur strukturellen Regression mit Verlust des sprachlich-begrifflichen Symbolisierungsvermögens und Erinnerungen an das Trauma, die körperlich-konkretistisch ausgetragen werden. Die posttraumatische Konversion kommuniziert dabei zumeist Hilflosigkeit, Schuld- und Schamgefühle, z. B. in Gestalt von generalisierten Krämpfen (»ich wehre mich«, »ich bin starr vor Schreck«), Blindheit (»ich kann das nicht sehen«) oder Dissoziationen (»ich habe damit nichts zu tun«, »ich bringe mich in Sicherheit«).

*Beispiel:* Angenommen, eine Patientin hat durch ein traumatisches Erlebnis, z. B. ein Kriegstrauma, eine Schockreaktion erfahren und niemals verarbeitet, sondern als dissoziatives Erleben in sich abgespalten. Später in ihrem Leben wird das Kriegstrauma durch eine Serie von Fernsehfilmen in ihr wieder lebendig. Aber anstelle der bewussten Erinnerung wird die Schockreaktion nun körperlich dargestellt: Die Patientin entwickelt mit weit aufgerissenen Augen raptusartige Bewegungsstörungen, ist mit ihrem ganzen Körper »ein einziger Schreck«, emotional dabei aber ganz ruhig und selbst verwundert über ihre Reaktion. Hier handelt es sich um eine konkretistische posttraumatische Konversion zum Schutz vor dem Erleben eines reaktivierten Traumas.

### 10.2.2 Pseudoneurologische und vegetative Konversionsstörungen

Im Prinzip kann jede Körperfunktion benutzt werden, um einen unbewussten Konflikt oder eine Traumatisierung symbolisch oder konkretistisch in Szene zu setzen (► Tab. 10.2). Je nach betroffenen Organen bzw. Funktionen unterscheidet man

- *pseudoneurologische Konversionsstörungen:* Sie sind die »typischen« Konversionsstörungen und betreffen die Willkürmotorik und das Sensorium,
- *vegetative Konversionsstörungen,* z. B. psychogene Übelkeit und psychogenes Erbrechen und einige somatoforme Schmerzsyndrome (► Kap. 10.4), die im Gegensatz zu psychovegetativen Somatisierungsstörungen einen Symbolgehalt zum Ausdruck bringen.

Alle Altersgruppen, selbst Kinder, können von Konversionsstörungen betroffen sein. Frauen überwiegen.

**Tab. 10.2:** Symptomatik bei Konversionsstörungen

| Betroffene Funktionen                                                                                                                           | Bevorzugte Lokalisation                                                                                                                                                                         | Symptome                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Sensorische Funktionen</i>                                                                                                                   | <i>Sinnesorgane</i>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehen</li> <li>• Hören</li> <li>• Riechen</li> <li>• Tastsinn</li> <li>• Gleichgewichtssinn</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehapparat/Auge</li> <li>• Hörorgan/Ohr</li> <li>• Riechorgan/Nase</li> <li>• Tastorgan/Nervenenden</li> <li>• Gleichgewichtsorgan/Innenohr</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehstörungen, Blindheit</li> <li>• Hörstörungen, Taubheit</li> <li>• Riechstörung</li> <li>• Par-, Hyper-, Anästhesie</li> <li>• Schwindel</li> </ul>                                                                    |
| <i>Willkürmotorik</i>                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremitätenmuskulatur (selten auch Gesicht, Nacken, Stamm)</li> </ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelatonie, Lähmung (Parese)</li> <li>• Muskelhypertonie, Verkrampfung, Starre</li> <li>• tonische/klonische motorische Anfälle</li> <li>• Stehstörung, Astasie, Gangstörung, Abasie, spezifische Dystonie*</li> </ul> |
| <i>Spontanmotorik</i>                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehlkopf</li> <li>• Schlund</li> <li>• Augenlider</li> <li>• Sphinktermuskulatur (Lider, Anus, urogenital)</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprechstörungen, Stimmkrampf</li> <li>• Schluckstörung (Globus)</li> <li>• Blepharospasmus: Verkrampfung, Inkontinenz, Harnverhaltung</li> </ul>                                                                         |
| <i>Vegetative Funktionen</i>                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haut</li> <li>• Kreislauf</li> <li>• Atemorgane/Lunge</li> <li>• Allgemeinbefinden</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwitzen</li> <li>• Synkope, hypotone Krise</li> <li>• Hypo-, Hyperventilation</li> <li>• Abgeschlagenheit</li> </ul>                                                                                                   |
| <i>Zentrale Schmerz-wahrnehmung</i>                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skelettmuskulatur</li> <li>• Herz</li> <li>• Urogenitalsystem</li> <li>• Vorgeschädigte Organe (z. B. nach Unfall, postoperativ)</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelschmerz</li> <li>• Herzschmerz</li> <li>• Genitalschmerz</li> <li>• Spezifischer Schmerz**</li> </ul>                                                                                                              |
| <i>Viszerale Funktionen</i>                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magen/Schlund</li> <li>• Darm</li> <li>• Sexualorgane</li> </ul>                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbrechen</li> <li>• Durchfall, Verstopfung</li> <li>• Spasmen, sexuelle Dysfunktion</li> </ul>                                                                                                                          |

\* Extrapiramidale Bewegungsstörungen (► Kap. 10.2.3).

\*\* Somatoforme Schmerzstörung (► Kap. 10.4).

## Hysterische psychogene Anfälle

Das »klassische« Krankheitsbild der Konversion war durch tonische (manchmal tonisch-klonische) hysterische Anfälle gekennzeichnet. Sie wurden bei Hysterikerinnen beschrieben und imponierten durch Überstreckung des liegenden Körpers, der einen »Arc de cercle« (Kreisbogen) bildete, während der Unterleib vorgestreckt wurde. In dieser Haltung manifestierten sich nach landläufiger Auffassung unbewusste Ko-

itusphantasien. Gegenüber dem epileptischen Anfall fehlten Zungenbiss und Ein-nässen, während die Pupillenreaktion erhalten war.

## Typische Konversionsstörungen

Inzwischen hat die Erscheinungsform der Konversionsstörungen sich nachhaltig gewandelt. Anstelle dramatischer Lähmungen, Blindheit oder Taubheit bestehen heute viel häufiger diskretere Störungen, z. B. umgrenzte

## Einige typische Konversionsstörungen\*

### Pseudoneurologische Konversionsstörungen

- **Abasie bzw. Dysbasie**

Gangunfähigkeit bzw. Gangstörung mit schlaffer Lähmung. Den Hintergrund bilden oft unbewusste konflikthafte Weglauf- oder Fluchtimpulse auf höherem Strukturniveau oder nach Traumatisierung (Unfall). Alle möglichen Wahrnehmungen werden dabei als innere Gefährdung erlebt. Am häufigsten sind unbewusste sexuelle und aggressive Impulse und Affekte im Zusammenhang mit Partnerschaftskonflikten.

- **Anfälle**

Motorische Anfälle, manchmal mit vorangehendem Schwindel und Kopfdruck, mit sehr unterschiedlichem Erscheinungsbild: Tonisch, klonisch, oft bizarr wirkende Motorik und von weiteren Konversionssymptomen begleitet. Selten mit Verletzung und Inkontinenz verbunden. Im Vergleich zur Epilepsie länger, häufiger und ohne EEG-Veränderungen im Intervall. Während die »großen hysterischen Anfälle« früher als Beispiel der klassischen Hysterie galten, sieht man diese nicht sehr häufigen Krankheitsbilder heute vornehmlich bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation oder posttraumatisch, gelegentlich auch in Kombination mit artifiziellen Störungen.

- **Globus hystericus**

Die psychogene Schluckstörung mit Kloßgefühl im Hals bringt häufig verpönte oral-sexuelle Phantasien auf höherem Strukturniveau zum Ausdruck.

- **Sensibilitätsstörung**

Handschuhartig lokalisierte Parästhesien, Hypästhesien usw. bis hin zur Hemianästhesie als Konversion aktiver oder passiver Berührungswünsche.

- **Sprechstörung (Dysarthrie), Stimmstörung (Dysphonie)**

Konversion des »Unsagbaren«, »Unaussprechlichen«, z. B. im Zusammenhang mit Loyalitätskonflikten auf mittlerem oder Überich-Konflikten auf höherem Strukturniveau, aber auch nach Traumaerfahrungen

- **Synkopen**

Ohnmachtsanfälle als Konversion von Schamkonflikten (»in den Boden versinken«) oder Hingabekonflikten (»sich zu Füßen werfen«), höheres Strukturniveau, bisweilen auch als Traumafolgestörung nach sexuellem Missbrauch

### Vegetative Konversionsstörungen

- **Bauchschmerzen**

Ebenfalls vorherrschend das höhere Strukturniveau. Im Hintergrund stehen häufig Konflikte und Phantasien um Schwängerung und Schwangerschaft, z. B. beim Adnexschmerz.

- **Erbrechen**

Typisches Symptom bei Kränkungskonflikten auf mittlerem Strukturniveau. Die Kränkungswut wird als »Vor-Wurf« (»es kotzt mich an«) in Körpersprache umgesetzt. Gelegentlich auch ein Symptom, das einen unbewussten Schwangerschaftswunsch zum Ausdruck bringt.

- **Herzschmerzen**

Wenn das Herz vor Liebe, Kummer oder Liebeskummer bricht, kann Liebes- und Verlustschmerz in körperlich empfundenen Herzschmerz konvertiert und der Seelenschmerz, aber auch die Verlust- oder Enttäuschungswut unbewusst gehalten werden. Häufig auf mittlerem Strukturniveau.

\* Dabei ist unbedingt zu beachten, dass die in der Konversion abgewehrten Inhalte (Impulse, Phantasien, Konflikte usw.) unbewusst sind und aus dem Imaginären stammen, d. h. die Abwehr von Diebstahlphantasien bedeutet nicht, dass der Patient tatsächlich gestohlen hätte oder stehlen wollte.

Gehstörungen, Skotombildungen oder Ohrgeräusche. Meistens handelt es sich um anhaltende, monosymptomatische Krankheitsbilder (▲ Übersicht).

### Briquet-Syndrom

Eine Sonderstellung hat das Briquet-Syndrom, das mit Sensibilitätsstörungen, Spasmen, Muskelkontraktionen und Lähmungen einhergeht und ein buntes Bild häufig wechselnder, multiformer Konversionssymptome darstellt. Es kann mit einer Reihe weiterer Beschwerden aus dem vegetativen Bereich, z. B. Herzklopfen, Übelkeit, Atemnot, Schwindel und mit psychischen Symptomen wie Angst und Depressionen verbunden sein. Dieses 1859 von Pierre Briquet beschriebene Krankheitsbild gehört, pathogenetisch betrachtet, zu den Konversionsstörungen. Die in der moderneren Literatur (z. B. im DSM-IV) beschriebene, umfassendere Form ist ein Mischbild von Konversions- und Somatisierungssymptomen und wird dort unter dem Begriff »Somatisierungsstörung« geführt. In diesem Buch wird das Briquet-Syndrom der allgemeinen Somatisierungsstörung (► Kap. 10.3.3.1) zugeordnet.

### Krankheitsverhalten

Die Symptome der Konversionsstörungen sind für die Betroffenen und für die Umgebung beunruhigend und oft dramatisch. Das führt dazu, dass sie von Arzt zu Arzt laufen, damit die vermeintlich körperlichen Ursachen herausgefunden werden, und nicht da-

von zu überzeugen sind, dass diese im psychischen Bereich liegen. Im weiteren Verlauf bieten die Erkrankungen bisweilen Vorteile; man spricht dann vom sekundären Krankheitsgewinn. Insbesondere bietet die Krankenrolle oft die Möglichkeit zur Befriedigung regressiver Wünsche nach Schonung, Versorgung (Krankengeld, Rente) und Beachtung. Durch projektive Identifizierungen kann auf Dauer ein familienneurotisches Milieu entstehen, in dem die Konversionssymptomatik zum Familienthema wird.

## 10.2.3 Extrapiramidale Bewegungsstörungen

Zu den extrapyramidalen Bewegungsstörungen zählen der Schreibkrampf, der Schiefhals und die Tics, z. B. manche Formen des Blepharospasmus (▼ Übersicht). Sie beruhen auf Störungen der Muskelinnervation, z. B. des M. sternocleidomastoideus beim Schiefhals. Sie nehmen im Spektrum der Konversionsstörungen wegen der möglichen organischen Beteiligung an der Krankheitsentstehung eine Sonderstellung ein und bilden keine einheitliche Krankheitsgruppe.

Extrapiramidale Bewegungsstörungen sind funktionelle zentralnervöse Störungen der Informationsverarbeitung ohne organpathologisches Substrat. So kann ein Schreibkrampf allein auf dissozialen Handlungsmotiven beruhen oder ein Blepharospasmus auf einer konflikthafter unbewusster Schaulust. Solche Störungen finden sich auf allen Ebenen des

## Psychodynamik bei extrapyramidalen Bewegungsstörungen

- **Schreibkrampf**

Im Schreibkrampf (»Hand«-Krampf) äußert sich ein »Hand«-lungskonflikt, z. B. der Konflikt angesichts einer Versuchung, zu stehlen oder eine Unterschrift zu fälschen. Oft bei zwanghaften Persönlichkeiten, wenn diese mit ihrem strengen Überich in Konflikt geraten.

- **Schiefhals**

Beim Schiefhals kann sich ein unbewusster Versorgungs-, Ablösungs- oder Autonomiekonflikt (ambivalente Suche nach der Mutterbrust) Ausdruck verschaffen. Meistens bei verletzlischen und abhängigen narzisstischen oder depressiven Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau. Es kann sich darin auch eine unbewusste Selbstbestrafung für verpönte Schauimpulse (Sexualneugier) bei höherem Strukturniveau zeigen.

- **Tic**

Autoerotische sowie aggressive oder herabsetzende Impulse können in Tics konvertiert werden. Häufig bei aggressionsgehemmten, zwanghaften Persönlichkeiten auf höherem Strukturniveau. Beim Blepharospasmus (Lidkrampf) bestehen häufig unbewusste Neidimpulse und Verheimlichungstendenzen (»die Augen verschließen«).

Strukturniveaus. Entsprechend unterschiedlich sind die psychodynamischen Inhalte: Überich-Konflikte bei höher strukturierten Störungen, Versorgungs- und Kränkungs-erlebnisse bei einer präödiptalen Pathologie und Ichdefizite bei der Entwicklungspathologie.

Im Rahmen einer posttraumatischen Regression kann Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit eine Reaktivierung atavistischer Reflexe und prozeduraler frühester Erfahrungen hervorrufen. Sie können als Basis für die Ausgestaltung der Symptomatik wirksam werden: Greifreflexe beim Schreibkrampf, Saugreflexe beim Schiefhals, Schreckreflexe beim Tic.<sup>324</sup>

Andere entstehen durch Komorbidität mit einer Erkrankung der Basalganglien im Gehirn, welche die Bewegungskoordination steuern. Gelegentlich findet man anamnestisch Vorschädigungen des Gehirns, z. B. eine Enzephalitis. Streng genommen sind diese Störungen wegen des Zusammentreffens und Zusammenwirkens von organischen und psychischen Krankheitsfaktoren den Psychosomatosen zuzurechnen. Der organische Krankheitsanteil

limitiert die Möglichkeiten einer kausalen Psychotherapie, sodass man sich bei dieser Untergruppe häufig mit der Unterstützung der Krankheitsbewältigung begnügen muss.

### 10.2.4 Diagnostik und Behandlung

#### Diagnostik

Die Diagnose einer Konversionsstörung setzt voraus, dass ein konflikthafte, traumatisches oder besonders belastendes Ereignis als Auslösesituation angenommen werden kann. Das Problem der Diagnostik besteht darin, dass diese Ereignisse durch die Konversion meistens verdrängt, dissoziiert und abgespalten werden, also von den Patienten nicht erinnert und berichtet werden können. Sie können höchstens aus indirekten Hinweisen wie biografischen Zusammenhängen, Angaben von Angehörigen oder Übertragungs-Gegenübertragungs-Szenen gefolgert werden. Konflikte, die als Auslöser bereitwillig mitgeteilt werden, sind im Allgemeinen nicht krankheitsbedingend, jedenfalls nicht in der berichteten bewussten Bedeutung.

324 Ferenczi (1918), Mitscherlich M (1971), Janus (1987), Ermann (1989b)



In der Praxis ergeben sich meistens Hinweise, die bei unklaren Fällen als Verdachtsmomenten

te für das Vorliegen einer Konversionsstörung dienen können (▼ Übersicht).

### Verdachtshinweise auf Konversionsstörungen

- **Typische Symptomatik**
  - Am häufigsten sind reine »pseudoneurologische«, meist monosymptomatische Funktionsstörungen im senso-motorischen Bereich
  - Imitation von Innervationsbereichen und Organerkrankungen nach populärer Vorstellung, die einer präzisen Organ- und Funktionsdiagnostik nicht standhalten (z. B. »Mittellinienorientierung« bei der Sensibilitätsprüfung)
  - Affektive Indifferenz in der Symptomschilderung und im Symptomerleben, zugleich demonstrative, leidvolle, ausdrucksstarke Symptompräsentation
  - Ausschluss organischer Krankheitsursachen
  - Gelegentlich familiärer oder sozialer Vorteil durch die Krankenrolle (»sekundärer Krankheitsgewinn«)
- **Verlauf**
  - Vergebliche Untersuchungswiederholungen mit zunehmender Invasivität
  - Häufige Arztwechsel
  - Starke Beteiligung der Familie am Krankheitsgeschehen (»sekundäre Familienneurose«)
- **Anamnestisch**
  - Angeblich »unauffällige« Vorgeschichte
  - Beginn oft plötzlich, »aus heiterem Himmel«
  - Gelegentlich Vorbilderkrankung im näheren Umfeld
- **Fremdanamnestisch**
  - Mitteilung von konflikthaften, belastenden oder traumatisierenden Auslösesituationen
  - Alternativ: Verharmlosende, verleugnende, harmonisierende Familienatmosphäre

Der Umgang mit Patienten, die an Konversionsstörungen leiden, wird dadurch erschwert, dass sie dazu neigen, vom Arzt wiederholte und invasive Untersuchungen zu fordern und ihn dazu bringen, rational unbegründete Untersuchungen durchzuführen. Diese Forderungen beruhen auf unbewussten Schuld komplexen und dienen der Selbstbestrafung, oder sie dienen dazu, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erlangen und zu sichern.

### Differenzialdiagnostik

Die Differenzialdiagnose der Konversionsstörungen bezieht sich vor allem auf die Abgrenzung gegenüber ähnlich erscheinenden neurologischen u. a. körperlichen Erkrankungen.

- *Körperliche Erkrankungen* mit unklaren multiplen Symptomen, z. B. Hirntumor, Multiple Sklerose, Epilepsie, generalisierter Lupus erythematodes u. v. m. Die Differenzialdiagnostik ist schwierig und erfordert besondere Erfahrung und Augenmaß. Es besteht die Gefahr, dass eine somatische, zumeist neurologische Erkrankung als Konversionsstörung falsch diagnostiziert wird und umgekehrt.
- *Simulation bzw. artifizielle Störungen* (► Kap. 11.3): Diese werden willkürlich erzeugt, sind bewusst und lassen, wenn sie erkannt werden, einen persönlichen Vorteil rasch erkennen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Vortäuschung verborgen wird und äußerst schwierige Interaktionen erzeugt.

- *Posttraumatische Störungen:* Bei schweren, anhaltenden Konversionsstörungen sollte immer die Möglichkeit einer Traumapathologie bedacht werden.

## Behandlung

Die Behandlung von Konversionsstörungen gilt als eine der Domänen der analytischen Psychotherapie. Maßgeblich für die Behandelbarkeit ist aber nicht die Art der Symptomatik, sondern die Behandlungsmotivation, die Reife der Persönlichkeit bzw. das Strukturniveau und die Chronizität. Klassische Konversionsneurosen auf höherem Strukturniveau lassen sich mit viel besseren Erfolgsaussichten behandeln als die bei Trauma- und Strukturstörungen. Dabei muss die Notwendigkeit beachtet werden, die Behandlungsstrategie der Art der Persönlichkeit der Patienten anzupassen und insbesondere bei Borderline-Patienten die strukturellen Störungen zu berücksichtigen.

Auch die Behandlung der klassischen Konversionsneurosen ist mit speziellen Problemen behaftet: Die Motivation zur analytischen Psychotherapie ist aufgrund der Verdrängung der Konflikte oft unzureichend. Eine forcierte Konfliktkonfrontation bewirkt Ängste und Abwehr. Dagegen kann

eine langsam auf die unbewusste Beteiligung hinführende, zunächst stützende Behandlung weiterführen. Ein Problem stellt die Neigung dar, sich der Analyse familiärer und beruflicher Probleme durch Agieren im sozialen Umfeld zu entziehen.

Häufig reagieren die Familien, die sich dem Appelcharacter der Symptomatik und des Agierens nicht entziehen können, auf eine sehr gewährende und verwöhnende Weise, die den Betroffenen einen Krankheitsgewinn verschafft. Dieser kann eine konsequente Therapie, die eine Befriedigung neurotischer Bedürfnisse versagt, behindern. Deshalb muss bei der Indikationsstellung abgewogen werden, ob eine Familienintervention erforderlich ist, und zwar begleitend oder bevor die Patienten individuell behandelt werden können.

*Verhaltenstherapeutische Maßnahmen* zentrieren vor allem darauf, Vermeidungsverhalten und den möglichen sekundären Krankheitsgewinn zu vermindern bzw. abzubauen und die Patienten zu aktivieren. Außerdem werden kognitive Einstellungen und soziale Probleme sowie Beziehungsprobleme bearbeitet. Bei der Behandlung des psychogenen Schiefhalses und des Schreibkrampfs kommen auch Biofeedback und Entspannungsverfahren zur Anwendung.

## 10.3 Somatisierungsstörungen

**Somatisierungsstörungen** sind Störungen von vegetativen und Organfunktionen, die durch den Mechanismus der Somatisierung (► Kap. 10.1.2) entstehen und durch das autonome Nervensystem vermittelt werden. Die Somatisierung ruft körperliche Funktionsstörungen als Affektkorrelate hervor und bewirkt eine ausgeprägte Körperorientierung. Die Organe sind dabei morphologisch intakt.

Somatisierungsstörungen beruhen auf einer neurotischen Entwicklung. Es werden allgemeine (undifferenzierte) und spezifische (organ- oder funktionsbezogene) Somatisierungsstörungen unterschieden. Davon sind insbesondere die häufigen Stressreaktionen als passagere reaktive Somatisierungsstörungen (► Kap. 6) abzugrenzen.

**ICD-10:** F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F48.0 Neurasthenie

Somatisierungsstörungen wurden früher (auch in früheren Auflagen dieses Buches) psychovegetative Störungen genannt. Traditionell sind sie auch unter den Namen »Organneurosen« und »funktionelle Störungen« bekannt geworden. Gelegentlich werden noch die Bezeichnungen »psychophysiologische Störungen« und »funktionelle Syndrome« verwendet.

ICD-10 beschreibt Somatisierungsstörungen mit multipler, häufig wechselnder Symptomatik als eigene Kategorie (»undifferenzierte Somatisierungsstörung«) und grenzt davon die Kategorie der organbezogenen somatoformen autonomen Funktionsstörungen ab. In diesem Buch sprechen wir von allgemeiner (undifferenzierter) und spezifischer Somatisierungsstörung.

Wenn anstelle organbezogener Klagen eine Erschöpfung, rasche Ermüdung, Müdigkeit, Depressivität und Konzentrationsstörungen im Vordergrund der Beschwerden stehen, spricht man von *Neurasthenie* (Nervenschwäche; von *neuron* [griech.] Nerv, *asthenès* schwach). Dieses Krankheitsbild war vor 100 Jahren offenbar häufig. Heute wird es im Gegensatz zu damals kaum noch diagnostiziert. Es scheint in modernen Diagnosen wie Fatigue-Syndrom und Burn-out-Syndrom aufgegangen zu sein.

### Häufigkeit und Verlauf

Somatisierungsstörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der gesamten Medizin. Trotz auseinandergehender Forschungsbefunde kann man annehmen, dass etwa 10 Prozent der Bevölkerung unter diesen Störungen leiden und dass Patienten mit Somatisierungsstörungen die größte Gruppe in der Allgemein- und Inneren Medizin ausmachen.

Neurotische Somatisierungsstörungen sind durch eine Fülle möglicher Symptome gekennzeichnet und kommen in allen Fachdisziplinen vor (▼ Übersicht). Der Altersgipfel liegt im dritten und vierten Lebensjahrzehnt, wobei Frauen gegenüber Männern die Mehrheit bilden. Es ist zu berücksichtigen, dass somatoforme Beschwerden als passagere Befindensstörungen auch bei Gesunden vorkommen und dass jeder Mensch unter Belastungen vorübergehend auch »psychovegetativ« reagieren kann. So findet man somatoforme Beschwerden besonders häufig bei nicht-neurotischen Personen als Stressreaktionen (Burn out) im Rahmen von reaktiven Störungen (► Kap. 6).

Somatisierungsstörungen neigen zur Chronifizierung und haben eine geringe Spontanheilung<sup>325</sup>. Sie gehen jedoch nicht in Erkrankungen mit Organläsionen über. In der sekundären Verarbeitung der Symptomatik lassen sich zwei Linien unterscheiden:

- *Die phobische Verarbeitung:* Sie ist durch zunehmendes Vermeidungs- und Schonverhalten und einen Rückzug aus dem sozialen Leben gekennzeichnet, z. B. aus dem Beruf und dem Bekanntenkreis. Das Leben dient mehr und mehr der Pflege der Erkrankung.
- *Die hypochondrische Verarbeitung:* In den Mittelpunkt des Lebens rückt die Besorgnis um die eigene Person, die Gesundheit, den Körper oder bestimmte Organe wie das »kranke« Herz. Dabei sind tatsächliche körperliche Symptome allerdings nur selten vorhanden.

Bei beiden Entwicklungen erhält die Krankheit (das kranke Herz usw.) eine narzisstisch stabilisierende Funktion: Sie wird zum stets verfügbaren Begleiter (Selbstobjekt). Um diese Beziehung zu sichern, kommt es zu weiteren, unbewusst motivierten Chronifizierungsschritten:

325 Cremerius (1968)

## Die wichtigsten Somatisierungsstörungen nach ICD-10

### Allgemeine Somatisierungsstörung

- F45.0 Somatisierungsstörung (multiple körperliche Symptomatik)
- F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung (kürzer bestehend und mit weniger Symptomen)
- F48.0 Neurasthenie (multiple vegetative Symptomatik)

### Spezifische Somatisierungsstörungen

- F51 nichtorganische Schlafstörung (somatoforme Insomnie, psychogene Schlafstörung)
  - F45.30 somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (kardiovaskuläre Somatisierungsstörung, Herzneurose)
  - F45.31 somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (gastrointestinale Somatisierungsstörung, Magen-neurose)
  - F45.32 somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (Colon irritabile, Reizdarm)
  - F45.33 somatoforme Funktionsstörung des respiratorischen Systems (Hyperventilationssyndrom, bronchopulmonale Somatisierungsstörung)
  - F45.34 somatoforme autonome Funktionsstörung des urogenitalen Systems (urethrale Somatisierungsstörung, somatoformes Urogenitalsyndrom)
  - F54, L50 Urtikaria (Somatisierungsstörung der Haut)
- *Die familienneurotische Ausweitung:* Hier wird die Familie in die »Symptompflege« einbezogen.
  - *Die rentenneurotische Entwicklung:* Sie ist eine Hinwendung zur materiellen Sicherung, die als Ausdruck eines unbewussten labilen Sicherheitsgefühls zu verstehen.

durch konstitutionelle Faktoren begünstigt werden.

Auffällig häufig treten Somatisierungsstörungen zusammen mit anderen Symptomenneurosen auf. Die Komorbidität betrifft am häufigsten Angst- und depressive Störungen.

### Ätiologie und Komorbidität

Somatisierungsstörungen beruhen auf einer neurotischen Pathologie. Es wird diskutiert, ob neurophysiologische Dysfunktionen eine weitere Disposition darstellen. Die körperorientierte (enterozeptive) Ausrichtung der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit ist eine Folge der Regression bei der Krankheitsentstehung (► Kap. 10.1.2). Sie kann

### 10.3.1 Klinische Erscheinungen

Somatisierungsstörungen können eine schwer überschaubare Vielfalt von Symptomen hervorbringen (▼ Übersicht). Alle vegetativen und somatischen Funktionen können betroffen sein. Daneben finden sich körperliche Missempfindungen und psychische Begleitsymptome. Typisch sind zwei Formen klinischer Syndrome:

## Symptome bei Somatisierungsstörungen

- **Organfunktionsstörungen**

Im Prinzip kann jede Organfunktion in die Somatisierung einbezogen werden. Bevorzugt sind die Funktionen des Kreislauf- und Verdauungssystems:

- Herzrhythmusstörungen; Hyper- und Hypotonie
- Sekretionsstörungen (z. B. Hyperazidität) und Motilitätsstörungen im Magen-Darm-Bereich
- Refluxerscheinungen
- Blähungen, Durchfälle, Verstopfungen
- Entleerungsstörungen (Polyurie, Inkontinenz, Spasmen) im Urethralbereich
- Durchblutungsstörungen (»Digitus mortuus«)
- Hautjucken, Wundheit, Urtikaria (»Nesselsucht«)
- Schmerzen: insbesondere Kopfschmerz, Rückenschmerz

- **Organbezogene Missempfindungen**

Organe und Organfunktionen erhalten im Entwicklungsverlauf eine psychische Repräsentanz und können damit Projektionsfeld für Missempfindungen werden, speziell für seelischen Schmerz, für Spannung, Kummer und Sorge. Hier ist die Abgrenzung zu Konversions- und hypochondrischen Störungen schwierig. Sie äußern sich als

- Schmerzen und Druckgefühl am Herzen
- Völlegefühl und Magenschmerz
- Übelkeit und Leibschmerz
- Harnbrennen u. v. a

- **Vegetative Beschwerden**

- *Typ I der Neurasthenie*: Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Lustlosigkeit
- *Typ II der Neurasthenie*: Körperliche Schwäche und Erschöpfung
- Schlafstörungen
- Appetitstörungen
- Libidostörungen
- Schweißneigung

- **Psychische Begleitsymptome**

- Ängstlichkeit, Depressivität

- *Allgemeine Somatisierungsstörung* (Somatisierungsstörung nach ICD-10): Ursprünglich als Briquet-Syndrom mit häufig wechselnden Konversionssymptomen beschrieben, rechnet man das Krankheitsbild heute zu den Somatisierungsstörungen. Es umfasst eine Fülle möglicher Somatisierungssymptome. Konversionssymptome können hinzukommen. Typisch ist der häufige Wechsel der Intensität und der Lokalisation der Beschwerden. Im Vordergrund steht das Unwohlsein. Dieses Krankheitsbild wurde von internistischer

Seite früher als »vegetative Dystonie« beschrieben.

- *Spezifische Somatisierungsstörungen* (Somaforme autonome Funktionsstörung nach ICD-10): Sie sind organ- bzw. funktionszentriert, d. h. die Symptomatik und die subjektiven Beschwerden konzentrieren sich auf ein bestimmtes Organ oder Organsystem, eine einzelne Organfunktion oder auch auf eine einzelne vegetative Funktion. Neben dem Leitsymptom (z. B. Harnröhrenspasmen bei der urethralen Somatisierungsstörung) bestehen in der

Regel weitere Organfunktionsstörungen, vegetative Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen.

### 10.3.2 Psychodynamik und Strukturniveau

Die Psychodynamik der Somatisierungsstörungen ähnelt stark der von depressiven und Angststörungen. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei den Somatisierungsstörungen der Mechanismus der Somatisierung hinzukommt und die depressiven und Angstaffekte dadurch in den Hintergrund treten bzw. in Körpersprache umgesetzt werden.

Die Ursache dafür ist nicht erwiesen. Neben den in ► Kap. 10.1.2 erwähnten disponierenden psychosomatischen Kopplungen und Fixierungen aus der Zeit der präverbalen Kommunikation werden genetische Dispositionen und affektfeindliche familiäre Kommunikationsstile angenommen, die eine sichere Desomatisierung und Symbolisierung von Affekten beeinträchtigen. Später können sie eine psychosomatische Regression (»Resomatisierung«, strukturelle Regression in den Bereich der psychosomatischen Grundstörung) bahnen.

Die Somatisierung tritt bei allen Arten der neurotischen Pathologie auf. Es zeigt sich aber eine deutliche Häufung bei der präödiptalen Pathologie, also eine Bevorzugung des mittleren Strukturniveaus.

#### Somatisierungsstörungen auf mittlerem Strukturniveau

Somatisierungsstörungen gelten neben Angststörungen und depressiven Störungen als Hauptgruppe der Störungen auf mittlerem Strukturniveau. Narzisstische Probleme der Selbstwertregulation und oral-abhängige Versorgungskonflikte sowie die Abwehr der damit verknüpften Kränkungs- und Frustrationswut bilden die bei Weitem häufigste Basis.

Sie beruhen, wie in ► Kap. 4.3 ausführlich dargestellt, auf einer gestörten Autonomieentwicklung und führen dazu, dass die Betroffenen in besonderer Weise abhängig von anderen Menschen sind, von denen sie Bestätigung, Anerkennung, orale Versorgung und Fürsorge verlangen. Die Patienten sind oft rasch gekränkt und enttäuscht. Im Zentrum der Psychodynamik steht dabei die Abwehr von depressiven Gefühlen und narzisstischer Wut, von Neid und von Trennungs- und Verlustängsten.

Verschiedene Ereignisse können symptomauslösend sein:

- *Reale oder phantasierte narzisstische Kränkungen*, welche die Betroffenen in einen Selbstwertkonflikt zwischen Größenphantasien und Minderwertigkeitserleben stürzen. Dabei handelt es sich um Zurücksetzungen, Demütigungen, Misserfolg. Bedeutsam sind auch das Älterwerden und die Wahrnehmung von persönlichen Einschränkungen. Auch Krankheiten können als Beschämung kränkend erlebt werden. Manchmal wirken bereits Leistungsanforderungen und Konkurrenz symptomauslösend, wobei der befürchtete oder erwartete Misserfolg als Tatsache angenommen wird.
- *Entbehrungen, Zurücksetzungen, Verlust und Trennungen*, die einen unbewussten Versorgungskonflikt reaktivieren. Insbesondere bei vermeidenden depressiven Persönlichkeiten führt die andauernde Opferhaltung zur Erschöpfung der Abwehr, die eine Somatisierung von Enttäuschungs- und Frustrationswut bahnen kann.
- *Familiäre Entwicklungen*: Abhängig-narzisstische Persönlichkeiten erleben familiäre Schwellensituationen, in denen Zweierbeziehungen durch das Hinzukommen eines Dritten erweitert werden, als Triangulierungskonflikt, der Neid, Rivalität, latente Trennungsimpulse oder Loyalitätskonflikte hervorruft. Als besondere Herausforderung erleben sie es dabei, Zuhwendung teilen zu müssen. So kann es zur

Symptomentstehung kommen, wenn Väter nach Geburt eines Kindes oder wenn Mütter durch die Kontaktaufnahme des Säuglings zum Vater die Aufmerksamkeit nicht mehr allein für sich haben.

- *Entwicklungsschritte in die Autonomie:* Wenn durch die Entwicklung eine unbewusst fixierte neurotische Mutterbindung in Frage gestellt wird, entsteht ein Autonomiekonflikt. Solche Entwicklungsschritte wie z. B. die Loslösung vom Elternhaus, Berufs- und Partnerwahl, Familiengründung, Zuwachs an Verantwortung, erste Sexualkontakte, werden unbewusst als reale oder phantasierte Angriffe auf andere erlebt. Sie gefährden das Sicherheitsbedürfnis und werden mit unbewussten Schuldgefühlen beantwortet.

Selbstwert-, Versorgungs-, Triangulierungs- und Autonomiekonflikte rufen unbewusst Angst, Depression, aber auch Aggression, Neid oder Wut hervor. Diese Affekte werden somatisiert und führen zur somatoformen Symptombildung. Die Dynamik der Symptomentstehung folgt also der Reihung:

Narzisstischer oder depressiver Konflikt → pathologischer Affekt → strukturelle Regression und Somatisierung → Somatisierungssymptome.

### Somatisierungsstörungen auf höherem Strukturniveau

Wenn es sich um Störungen auf höherem Strukturniveau handelt, dann werden mit der Somatisierung Affekte wie Angst, Schmerz, Ekel, Neid, Schuld und Scham abgewehrt, die bereits das Ergebnis einer misslungenen Konfliktlösung sind. Der Inhalt der ursprünglichen Konflikte umfasst das gesamte Spektrum sexueller, analer und oraler neurotischer Trieb- und Beziehungsthemen. Dynamisch ergibt sich die Reihung:

Überich-Konflikt → pathologischer Affekt → Somatisierung → Somatisierungssymptom.

Die Abgrenzung zwischen Konfliktpathologie auf höherem Strukturniveau und präödipler Problematik auf mittlerem Niveau ist fließend und oft nicht eindeutig.

### Andere Somatisierungsstörungen

- Auf *niedерem Strukturniveau* sind Somatisierungsstörungen selten. Jedoch findet man bei vielen Borderline-Störungen als Begleitsymptom auch Somatisierungen als Affektäquivalente von Ängsten, die auf der Basis einer Ichschwäche entstehen.
- Bei *chronischen posttraumatischen Störungen* entstehen als Begleitsymptome Somatisierungen, die als Hyperarousal und somatisierte Flashbacks das Krankheitsbild entscheidend mitprägen können (► Kap. 7.3.2). Bei akuten Traumareaktionen können vegetative Störungen, z. B. Schlaflosigkeit, das Krankheitsgeschehen beherrschen (► Kap. 7.4.1).
- Auch bei *reaktiven Störungen* findet man sehr häufig Somatisierungen (► Kap. 6). Sie sind aber weniger konstant als bei neurotischen Störungen und zeigen eine hohe Spontanheilungstendenz.

## 10.3.3 Typische Somatisierungsstörungen

### 10.3.3.1 Allgemeine Somatisierungsstörung

**ICD-10:** F45.0 Somatisierungsstörung (multiple psychosomatische Störung), F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (kürzer bestehend und mit weniger Symptomen), F48.0 Neurasthenie (multiple vegetative und Somatisierungssymptomatik). Synonyme: Briquet-Syndrom, neurozirkulatorische Asthenie, Effort-Syndrom, vegetative Dystonie.

Die allgemeine Somatisierungsstörung kommt als flüchtiges und ebenso als chronisches Krankheitsbild vor. Dabei wird das Klagen, d. h. der depressive Affekt, somatisiert (soma-

tisierte oder »larvierte« Depression): Das Leid wird auf den Leib projiziert. Oft handelt es sich dabei um das Leid der Verlassenheit und Ungeborgenheit als narzisstische Enttäuschung, aber auch als depressives Versorgungsproblem. Es bestehen häufig wechselnde, multiple funktionelle Organstörungen, vegetative Beschwerden und auch Konversionssymptome (▼ Übersicht). Diese Störung nimmt in Hinblick auf die Pathogenese deshalb eine Mittelstellung zwischen Konversion und Somatisierung ein. Die Abgrenzung vom Briquet-Syndrom erscheint künstlich (► Kap. 10.2.1).

### Symptome der allgemeinen Somatisierungsstörung

- **Vegetative Störungen**  
Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Schwäche, Schlafstörungen, Appetitstörungen
- **Funktionelle Organstörungen**
  - Herzbeschwerden, v. a. Herzklopfen
  - Atembeschwerden, v. a. Atemnot
  - Magen-Darm-Beschwerden, v. a. Blähungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- **Konversionssymptome**  
Pseudoneurologische Symptome, z. B. Muskelschwäche, Parästhesien, Sehstörungen, Schluckbeschwerden, Harnverhalt, Schwindel
- **Psychische Symptome**
  - Depressive Verstimmungen
  - Angst, v. a. hypochondrische Angst
- **Somatoforme Schmerzen**  
Muskelschmerz, Kopfschmerz, Herzschmerz
- **Sexuelle Störungen**  
Lustlosigkeit, Schmerzen beim Verkehr, Zyklusbeschwerden

### Neurasthenie

Früher wurde als spezielle Form der allgemeinen Somatisierungsstörung die Neurasthenie

als eigenes Krankheitsbild beschrieben. Heute wird sie kaum noch diagnostiziert. In der ICD-10 wird sie unter F48.0 noch gesondert aufgeführt. Sie ist vor allem durch multiple vegetative Symptome gekennzeichnet:

- Typ I: Müdigkeit und Mattigkeit,
- Typ II: Schwäche und Erschöpfung.

Weitere Symptome wie Schlafstörungen, Schmerzen und Schwindel können hinzukommen. Seit einiger Zeit spricht man auch von einem chronischen Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome) und vom Burn-out-Syndrom. Als Folge von COVID-19 hat es überraschend Aktualität erfahren.

### 10.3.3.2 Somatoforme Insomnie (Psychogene Schlafstörung)<sup>326</sup>

**ICD-10:** F51 Nichtorganische Schlafstörungen

Schlafstörungen sind die am meisten verbreiteten vegetativen Störungen bei psychogenen Erkrankungen. Sie kommen bei vielen psychischen und psychosomatischen Störungen vor, bevorzugt bei depressiven und posttraumatische Störungen, bei akuten und chronischen Belastungen sowie im Rahmen von anderen Somatisierungsstörungen. Als monosymptomatische Somatisierungsstörung (Psychogene Schlafstörung i. e. S., sog. psychophysiologische primäre Insomnie) sind sie jedoch nicht besonders häufig. Man unterscheidet:

- *Insomnie* (Schlaflosigkeit)
- *Ein- und Durchschlafstörungen* (Aufwachen)
- *Pseudoinsomnie* (Schlafneurose, Schlafwahrnehmungsstörung): Klagen über subjektiv empfundene Schlafstörungen, die sich nicht objektivieren lassen, bei gleichzeitig bestehender chronischer Müdigkeit

326 Hoffmann SO (1975)



Äußere Einflüsse wie Lärm, Schichtarbeit oder Dauerstress im Beruf sind zusätzliche schlafstörende Belastungen. Morgendliche, lange andauernde Zerschlagenheit führt zur Verstärkung von Gereiztheit und Niedergeschlagenheit und schwächt die psychische Bewältigung von Alltagsbelastungen. So entsteht ein Teufelskreis. Schlafstörungen haben daher eine starke Chronifizierungstendenz und bilden häufig die Basis für die Entwicklung einer Schlafmittel- oder auch Alkoholabhängigkeit.

Psychogene Schlafstörungen sind Äquivalente von Angst, Depression und angespannter Unruhe. Sie beruhen auf der unbewussten Angst vor Verlust des Selbst und der Kontrolle über sich selbst, die sich angesichts des Schlafes konkretisiert. Eine zentrale Bedeutung haben dabei chronische unterdrückte Wutaffekte und Aggressionen, die sowohl aus narzisstischen Konflikten (narzisstische Enttäuschungswut) als auch aus konflikthafter Rivalitäts- und Neidimpulsen oder aus Trennungsaggressionen stammen können. Daneben spielt die untergründige Befürchtung eine Rolle, im Schlaf und Traum verdrängten unbewältigten Konflikten, destruktiven Phantasien und tabuisierten Regungen ausgeliefert zu sein.

Differenzialdiagnostisch sind von den psychogenen Schlafstörungen abzugrenzen:

- *Schlafstörungen bei Psychosen:* bei endogenen Depressionen und beginnender Schizophrenie,
- *Schlafstörungen bei organischen Erkrankungen* wie Polyneuropathie, Herzerkrankungen, Hyperthyreose,
- *situative Schlafstörungen* durch äußere Überreizung, z. B. durch Straßenlärm oder ungünstige Schlafbedingungen,
- *Schlafstörungen durch anregende Substanzen:* Kaffee, Tee, Medikamente oder Drogen.

Auch nach Absetzen von Schlafmitteln können vermehrt Schlafstörungen auftreten.

Durch Untersuchungen im Schlaflabor (Registrierung von EEG, Muskeltonus usw.) können weitere spezifische organische Schlafstörungen ausgeschlossen werden: Narkolepsie, Schlafapnoe, Myoklonie, Restless-Legs-Syndrom u. a.

Psychotherapeutisch steht neben der Bearbeitung zugrunde liegender Konflikte die Beratung in Hinblick auf Lebensweise, Gewohnheiten vor dem Schlafengehen und Schlafhygiene. Schlafmittel (z. B. niedrigpotente Antipsychotika) sollten wegen der Gewöhnung nur kurzfristig, d. h. nicht länger als 4 Wochen, verordnet werden.

### 10.3.3.3 Kardiovaskuläre Somatisierungsstörung

**ICD-10:** F45.30 Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems

Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden im Sinne einer Somatisierungsstörung (▼ Übersicht) sind außerordentlich häufig. Die Abgrenzung gegenüber der allgemeinen Somatisierungsstörung und gegenüber Angststörungen ist willkürlich, d. h. die Krankheitsbilder und die Psychodynamik ähneln einander stark und gehen in einander über. Auf körperlicher Seite können organische Herzbeschwerden bisweilen bahrend sein. Gelegentlich wird auch ein ausgeheilter Herzinfarkt neurotisch verarbeitet, sodass sekundär eine »Herzneurose« entstehen kann. Im Allgemeinen sind die Betroffenen organisch aber herzgesund. Ihre Herzbeschwerden sind Korrelate von Angst (»somatisierte Angst«) und Aggression.

## Kardiovaskuläre Somatisierungsstörungen

- **Herzneurose**<sup>327</sup> (Herzangstneurose<sup>328</sup>, Herzphobie, s. a. Herzhypochondrie, ► Kap. 9.3.3.2)

Es handelt sich um ein vielgestaltiges Krankheitsbild mit oft wechselnden Beschwerden.

- Multiple herzbezogene Missempfindungen: Brust- und Herzschmerz, Herzdruck (abzugrenzen von Konversionsschmerzen am Herzen, ► Kap. 10.2)
- Dysregulation der Herzfrequenz: Paroxysmale Tachykardie (Herzrasen), supraventrikuläre Extrasystolen (Herzstolpern)
- Sympathikovasale »Herzanfälle« oder Herz-Angst-Anfälle
- Zunehmende Herzangst, d. h. die Befürchtung, an einem Herztod zu sterben
- Begleitsymptomatik: Schlafstörungen, Müdigkeit, Mattigkeit usw.

Die Symptome sind zumeist Korrelate von abgewehrten Verlust- und Trennungsängsten, von narzisstischer Wut oder von Loslösungsaggressionen und damit verbundenen Schuldgefühlen und Ängsten. Sie repräsentieren das mittlere Strukturniveau und die Fixierung im Autonomiekomplex. Typisch sind bei fortgeschrittenem Verlauf starke Chronifizierungszeichen in Form von phobischer Vermeidung, hypochondrischer Besorgnis und familienneurotischer Verarbeitung.

- **Kardiovaskuläres Syndrom**<sup>329</sup>

Herzrhythmusstörungen (Störungen der Erregungsbildung: Tachykardien, Extrasystolen) als Korrelat von unbewussten Fluchttendenzen und von Ängsten vor Auslieferung und Verlust der Gefühlskontrolle.

- **Essenzielle Hypertonie**<sup>330</sup>

Chronische oder chronisch rezidivierende Blutdrucksteigerung über 140–160/90–95 mm Hg. Eine essenzielle Hypertonie liegt vor, wenn andere Hochdruckursachen (renale, endokrine, kardiovaskuläre) ausgeschlossen sind. Im Verlauf treten durch Gefäßkomplikationen an Herz, Gehirn, Nieren und peripheren Gefäßen somatische Veränderungen auf. Daher wird die essenzielle Hypertonie fälschlich gelegentlich zu den psychosomatischen Organerkrankungen gezählt. Die Organmanifestationen sind jedoch sekundär.

- Das psychosoziale *Krankheitsrisiko* liegt in unverarbeiteten intrapsychischen, familiären und sozialen Spannungen.
- Die *Psychodynamik* ist durch Konflikte um die Selbstbehauptung geprägt: Anhaltende Unterdrückung von aggressiven Impulsen und Affekten und damit verknüpfte unbewusste Schuldgefühle, die masochistisch verarbeitet werden (die Position des »Lastesels«). Dahinter stehen Feindseligkeit, Selbstbehauptungs- und Trennungsaggressionen aus dem Autonomiekomplex.
- Das *Erleben und Verhalten* ist geprägt durch zwanghaft kontrollierte Aggressivität, Gereiztheit und leistungsbetonte Überangepasstheit mit Ideologiebildung (Helferhaltung). Kompensatorisch für mangelndes Selbstvertrauen besteht oft eine anhaltende Leistungsbereitschaft.

327 Richter u. Beckmann (1969), Ermann (2005c)

328 Hoffmann SO u. Hochapfel (1991)

329 Zauner (1967)

330 Herrmann u. a. (1990a)

### 10.3.3.4 Gastrointestinale Somatisierungsstörung

**ICD-10:** F45.31 Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen bzw. F45.32 des unteren Gastrointestinaltraktes

Funktionelle Beschwerden sind im Magen-Darm-Bereich (▼ Übersicht) besonders häufig. Das liegt an der zentralen Bedeutung der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung. Sie sind wegen ihrer lebenserhaltenden Funktion (»oraler« und »analer« Trieb) und der frühen, damit verbundenen Interaktionen (Fürsorge, Versorgung, Füttern, aber auch

die Sauberkeitserziehung) psychologisch besonders stark determiniert. Chronische, auf neurotischen Problemen beruhende Störungen stellen ein ernsthaftes medizinisches Problem dar. Es handelt sich um somatische Korrelate von Depressionen, Ängsten, Wut und Ekel. Auslöseprobleme sind bei aufmerksamer Anamneseerhebung im Allgemeinen leicht ausfindig zu machen: Liebes- und Geborgenheitsverlust, Versorgungs- und Fürsorgekonflikte, Rivalität, Niederlage und Unterwerfung, gekränkter Ehrgeiz u. v. a. Typisch sind im Verlauf die vielfältigen Beschwerden, die Klagsamkeit und die hypochondrische Verarbeitung.

#### Gastrointestinale Somatisierungsstörungen

- **Funktionelles Oberbauchsyndrom** (»Magenneurose«, »Reizmagen«)<sup>331</sup>  
*Magenschmerzen* (»Dyspepsie«), Luftschlucken, Sodbrennen und Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitstörungen.  
Im Allgemeinen bestehen orale und oral-aggressive Triebkonflikte, wobei die orale Versorgung (»Fütterung«) für die Betroffenen Liebe, Anerkennung, Fürsorge und Zuwendung bedeuten. Es handelt sich fast immer um sehr fordernde, gelegentlich auch abhängige Patienten. Oft ist es schwer, zu unterscheiden, ob oraler Neid der zentrale psychodynamische Faktor ist oder die Angst, die Anerkennung, Bewunderung und Stütze anderer zu verlieren.
- **Funktionelles Unterbauchsyndrom (Colon irritabile, Colitis mucosa)**<sup>332</sup>  
*Bauchschmerzen*, Völlegefühl, Blähungen, Obstipation, Durchfälle. Manchmal bestehen auch chronische monosymptomatische Störungen: psychogene Obstipation oder psychogene Diarrhö, Gallenkoliken. Im Mittelpunkt der Psychodynamik stehen typischerweise aggressive Triebkonflikte (Überich-Konflikte) im Zusammenhang mit Selbstbehauptung, Konkurrenz oder Rivalität bei zwanghaften Persönlichkeiten, in anderen Fällen die Wut darüber, andere, auf die man sich angewiesen fühlt, nicht beherrschen zu können.  
*Gallenkoliken* können körperliche Wutäquivalente sein, die auf Geltungssucht oder Enttäuschung zurückgehen.

331 Schüffel u. von Uexküll (1990)

332 Schüffel u. v. Uexküll (1990)

### 10.3.3.5 Bronchopulmonale Somatisierungsstörung<sup>333</sup>

**ICD-10:** F45.33 Somatoforme Funktionsstörung des respiratorischen Systems. Synonyme: somatoformes Hyperventilationssyndrom, tetaniforme Störung, funktionelles oder psychogenes Atemwegssyndrom

Atemstörungen sind häufige und eindrucksvolle Erkrankungen. Im Zentrum stehen Atemnotanfälle, die durch »Zureden« unterbrochen werden können<sup>334</sup>, mit Angst und Unruhe, Parästhesien, evtl. Pfötchenstellung und Gliederkrämpfen. Oft besteht Herzrasen und Tachypnoe, d.h. schnelles, flaches Atmen. Als Nebensymptome können Kopf- und Herzschmerzen und multiple vegetative Symptome auftreten. Die Parästhesien und Muskelverkrampfungen sind die Folge der Abatmung von Kohlensäure (CO<sub>2</sub>-Mangel [Hypokapnie], Verschiebung des pH-Wertes in Richtung Alkalose).

Die Symptomatik ist ein Korrelat von heftigen seelischen Spannungen, zumeist Wut, Zorn und Ärger in familiären und beruflichen Konflikten. Oft bestehen auch äußerst ambivalente Abhängigkeitsbeziehungen und – damit verbunden – Trennungsimpulse und -ängste. Die Abhängigkeit kann sich auch auf sexuelle Erlebnisse beziehen und ein masochistisches Unterwerfungsbedürfnis zum Ausdruck bringen.

Die Besonderheit ist, dass die Beziehungen der Kranken zwar überwiegend dem Selbstschutz dienen (Verwendung des Anderen als Selbstobjekt), aber stark mit sexuellen Konflikten verschränkt sind: Die Abhängigkeit von anderen wird sexualisiert. Dementspre-

chend findet man Hyperventilationsstörungen besonders häufig bei Patient(inn)en mit narzisstischer Persönlichkeit und hysterischer Abwehr.

Hyperventilationsstörungen sind mit Angststörungen, insbesondere mit Panikstörungen, und mit Herzneurosen verwandt und können oft kaum überzeugend davon abgegrenzt werden (► Kap. 9.3.3).

### 10.3.3.6 Urethrale (urogenitale) Somatisierungsstörung<sup>335</sup>

**ICD-10:** F45.34 Somatoforme autonome Funktionsstörung des urogenitalen Systems. Synonym: Psychogenes oder somatoformes Urethralesyndrom, ggf. auch Urogenitalsyndrom

Spasmen und brennende Schmerzen beim Wasserlassen, Harnträufeln, Druckgefühl und Schmerzen im Dammbereich sind die Hauptsymptome der funktionellen Harnwegsstörungen. Man kann drei Manifestationsformen unterscheiden: Prostatitis, Urethritis und Cystitis (▼ Übersicht).

Als psychischer Hintergrund bestehen »urethrale« Konflikte: Ehrgeiz-, Abgrenzungs- und Autonomiestrebungen einerseits, Hingabewünsche (»es strömen lassen«, »sich verströmen«) andererseits. Im urethralen Erleben besteht also eine enge Verbindung zwischen narzisstischen und sexuellen Konfliktthemen. Anders als bei den Konversionsschmerzen im Unterbauch sind hier die prägenitalen Aspekte der Sexualität (Zärtlichkeit, Hingabe) betont.

Bei der chronischen Urethritis und bei der Reizblase äußern sich prägenitale Bedürfnisse nach Geborgenheit und »feuchter Wärme« (ähnlich wie beim Bettnässen im Kindesalter) als Symptom. Dabei handelt es sich um eine Regression: Die Geborgenheitswünsche stehen im Zusammenhang mit der Abwehr der

<sup>333</sup> Herrmann u. a. (1990b)

<sup>334</sup> Als »Hausmittel« lässt man die Patienten im Anfall auch in die Hand des Arztes (oder, weniger beruhigend, in eine Plastiktüte) atmen. Dadurch kommt es zur Anreicherung von CO<sub>2</sub> in der Atemluft und im Blut und zur Normalisierung der Atmung.

<sup>335</sup> Diederichs (1983)

reifen Sexualität, die aufgrund unbewusster Konflikte, z. B. einer hoch ambivalenten Vaterbindung, abgelehnt wird. Die Symptomatik kann als eine unbewusste sexuelle Verweigerung aufgefasst werden und eine aggressive

Note enthalten. Sie wird durch sexuelle Vorstellungen oder Erfahrungen ausgelöst, z. B. durch konflikthaften Geschlechtsverkehr, oder durch aversive Einstellungen gegenüber dem Sexualpartner (► Kap. 10.5.2).

### Urethrale (urogenitale) Somatisierungsstörungen

- **Chronisch-rezidivierende Prostatitis bei Männern**

Leisten- und Hodenschmerzen, Libido- und Potenzprobleme, gelegentlich Angst und Depression. Psychodynamisch handelt es sich um Patienten mit konflikthaften, fixierten Vaterbeziehungen. Sie bleiben »auf der Suche nach dem Vater«, suchen Bestätigung und Anerkennung bei Männern und haben gegenüber Frauen latent abwertende Einstellungen. Bisweilen bestehen auch unterdrückte homosexuelle Einstellungen und Konflikte (Anziehung versus Homophobie).

- **Chronisch rezidivierende Urethritis/Cystitis (Reizblase), bevorzugt bei Frauen**

Plötzlich einsetzende Beschwerden aufgrund einer bakteriellen Harnwegsentzündung, einer (nichtbakteriellen) Reizung der Blasenschleimhaut bzw. einer Übererregbarkeit der Blasenmuskulatur. Die Lokalisation betrifft die Harnröhre und/oder die Blase: Harndrang, Schmerzen, Brennen, ggf. Hämaturie. Im Zentrum der Psychodynamik stehen prägenitale Bedürfnisse nach Geborgenheit im Konflikt mit reifer Sexualität.

#### 10.3.3.7 Urtikaria (Somatisierungsstörung der Haut)<sup>336</sup>

ICD-10: F54, L50 Urtikaria

Die »Nessel-« oder »Quaddelsucht« ist durch anhaltenden oder paroxysmalen Juckreiz und Schwellung der Haut gekennzeichnet. Es kommt zu plötzlich auftretenden, rezidivierenden Quaddelbildungen. Psychodynamisch handelt es sich um eine Erregung der Innen-Außen-Grenze aus verschiedenen Gründen: Nähe-Distanz-Probleme können ebenso somatisiert sein wie Individuationskonflikte der frühen Entwicklung. Bei anderen Patienten stehen der Autonomiekomplex und eine somatisierte Trauer um den phantasierten Verlust des Paradieses der Dyade im Vordergrund.

Manche Urtikaria-Erkrankungen lassen sich allerdings besser als Konversion verste-

hen. Hier wird mit der Symptomatik der ambivalente Wunsch nach Zärtlichkeit (»Streichele mich!«) zum Ausdruck gebracht.

Häufiger als eine »rein psychosomatische« Urtikaria ist eine primär allergisch bedingte Urtikaria, die sekundär psychisch weiterverarbeitet wird. Ebenso kommt die Nesselsucht als Folge von Infektionskrankheiten, bei Autoimmunerkrankungen und als Nebenwirkung von Medikamenten vor.

### 10.3.4 Diagnostik und Behandlung

#### Das ärztliche Gespräch

Das Schicksal der Patienten hängt von einer Frühdiagnose der psychischen Ätiologie der Beschwerden ab. Die Weichenstellung geschieht oft im Untersuchungsgespräch in der Haus- oder Facharztpraxis (► Kap. 5.1).

Die Funktion des Haus- oder Facharztes besteht bei somatoformen Störungen darin,

336 Schubert (1989), Rechenberger (1976)

dem Patienten im ärztlichen Gespräch einen ersten Zugang zu seinen konfliktbedingten Erlebnisweisen zu verschaffen und ihn zugleich vor unzumutbaren Behandlungen zu bewahren. Die gezielte Erhebung der Krankengeschichte, in der auch die Erkundung der gegenwärtigen bio-psycho-sozialen Situation ihren Platz hat, schafft dafür gute Voraussetzungen. Sie sollte mit einer annehmenden Grundhaltung und von verständnisvollem Umgang mit den Somatisierungsphänomenen als gegenwärtig bestmögliche Strategie der Patienten verbunden sein.

- Erste Hinweise auf Somatisierungsstörungen bietet die Diskrepanz zwischen körperlichem Befund und Befinden.
- Weitere Hinweise bietet meistens das Krankheitsverhalten mit wiederholten Untersuchungen, Überbewertung unbedeutender organischer Befunde und fortbestehendem Wunsch nach immer neuen Untersuchungen.
- Den entscheidenden Hinweis bietet die Auslösesituation der Krankheitsentstehung (► Kap. 5.1). Wenn es gelingt, psychische Belastungen als Auslöser ausfindig zu machen, ist die Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung berechtigt. Das rechtfertigt es, bis zum Ergebnis der Fachdiagnostik weitere somatische Untersuchungen zu unterlassen.

Jede Unsicherheit in dieser Haltung wird von den Betroffenen als Bestätigung dafür interpretiert, dass der Arzt von seiner Sache nichts versteht, und endet mit einer Entwertung (Arztwechsel). Unzureichend begründete somatische Behandlungen bewirken zudem eine iatrogene Fixierung und bestätigen eine unzutreffende subjektive Krankheitstheorie (► Kap. 1). Sie ist das größte Hindernis für die erfolgreiche Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung.

Das Ziel des ärztlichen Gesprächs ist die Förderung der Selbstwahrnehmung, insbesondere auch des psychosozialen Hintergrun-

des, und die vorsichtige Hinführung zu einem vertieften Selbstverständnis. Wie weit ein Hausarzt sich in das psychosomatische Gespräch hineintraut, ist eine Frage seiner Aus- und Fortbildung und seiner Erfahrung. Dabei kann eine Balint-Gruppe hilfreich sein (► Kap. 1.2). Der nächste Schritt ist ggf. die Weiterüberweisung an den Psychotherapeuten.

## Psychotherapeutische Fachdiagnostik

Eine fachpsychotherapeutische Diagnostik erfordert von den Patienten die Einsicht, dass ein psychotherapeutisches Gespräch hilfreich für sie sein kann. Ängste, Fehlerwartungen und Vorurteile stehen dem oft im Wege. Die Überweisung gestaltet sich schwierig, wenn der Weg zum Psychotherapeuten als weitere Kränkung oder Niederlage erlebt wird. Es kommt die spezielle Problematik hinzu, dass neurotische Patienten mit körperlichen Symptomen den Zusammenhang mit seelischen Hintergrundproblemen nicht nachvollziehen können, weil diese ihnen – krankheitsbedingt – nicht bewusst sind. Diese Probleme sind im ► Kap. 5.1 ausführlicher dargestellt worden.

Entscheidend für die Diagnose einer Somatisierungsstörung ist die Eingrenzung einer fallbezogenen Psychodynamik. Sie ergibt sich aus der Auslösesituation vor dem Hintergrund aktueller psychosozialer Belastungen, der Biografie und der Lebensbewältigung (► Kap. 5.2).

Zumeist besteht in der Auslösesituation bei Somatisierungsstörungen ein depressives Versorgungs- oder narzisstisches Geltungsproblem, ein Verlust, eine Kränkung oder eine Versagung in den familiären und beruflichen Beziehungen und in den persönlichen Plänen.

## Abgrenzungen

Psychovegetative und funktionelle Symptome kommen nicht nur bei Somatisierungsstörungen vor. Die Zuordnung und Abgren-

zung gegenüber anderen neurotischen Störungen ist oft unklar und willkürlich. Als Orientierungsrahmen gilt, dass die spontan berichtete und Leidensdruck erzeugende Leitsymptomatik für die Zuordnung maßgeblich ist. Im Einzelnen sind folgende Abgrenzungen zu erwägen:

- *Affektive neurotische Störungen:* Depressive und Angstneurosen, insbesondere Panikstörungen und hypochondrische Angststörungen,
- *Konversionsstörungen:* Bei Herz-, Bauch- und Genitalschmerzen ist die Abgrenzung zwischen Somatisierungs- und konversionsneurotischen Schmerzen oft schwierig.

### Differenzialdiagnose

- *Körperliche Erkrankungen:* Grundsätzlich muss man bei der Abklärung von Somatisierungsstörungen körperliche Erkrankungen ausschließen. Das ist angesichts der modernen diagnostischen Möglichkeiten an sich kein Problem. Es besteht aber die Gefahr, dass geringe Befunde in der Organdiagnostik überbetont werden. Eine Gefahr besteht auch in der Körperorientierung der betroffenen Patienten, die sich selten mit »negativen« Organbefunden zufriedengeben.
- *Symptomatische Störungen:* Vergiftungen (z. B. mit Holzschutzmitteln) verursachen Beschwerden, die der allgemeinen Somatisierungsstörung ähneln. Stoffwechselerkrankungen (z. B. Hyperthyreose), internistische Erkrankungen und Infektionen (z. B. Hepatitis, COVID-19) und hormonaktive Tumore können multiple somatoforme und vegetative Beschwerden hervorrufen. Zentralnervös können ähnliche Symptome durch Hirnerkrankungen, speziell durch einen Hirntumor und bei Infektionen hervorgerufen werden.
- *Reaktive und posttraumatische Störungen:* Auf die Abgrenzung wurde oben bereits hingewiesen (► Kap. 6 und ► Kap. 7).

- *Psychosen:* Schwierig ist bisweilen die Abgrenzung von psychosenahen oder psychotischen Depersonalisationssyndromen, von coenästhetischen Schizophrenien und körperbezogenen Wahnstörungen. Auch endogene Depressionen (*major depression*) sind mit schwerwiegenden vegetativen Beeinträchtigungen verbunden. Meistens sind die psychotischen Krankheitsbilder wegen der Realitätsverkennung aber so prägnant, dass die Differenzierung von psychosomatischen Syndromen kein Thema ist.

### Behandlung

Die analytische Psychotherapie kommt bei Somatisierungsstörungen in verschiedenen Formen in Frage:

- Mit einer konfliktzentrierten tiefenpsychologisch fundierten Aufarbeitung der auslösenden Belastungen und aktuellen psychosozialen Hintergrundprobleme kann man häufig eine dauerhafte Beseitigung der Symptomatik erreichen. Diese Behandlungen können durch übende und imaginative Verfahren unterstützt werden.
- Wenn stärkere strukturelle Störungen mit der Symptombildung verbunden sind, kann die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie modifiziert und als strukturorientierte Behandlung durchgeführt werden.
- Die Veränderung der häufig zugrunde liegenden narzisstischen Störung erfordert eine analytische Langzeitbehandlung. Dafür reicht die Motivation vieler Patienten aber nicht aus. Oft wird man sich daher in einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie damit begnügen müssen, die narzisstische Abwehr im Sinne einer Fokalthherapie zu stabilisieren.
- Die Behandlung in der analytisch orientierten Gruppentherapie hat sich bewährt, weil sie die narzisstisch verarbeiteten sozialen Konflikte im Hier und Jetzt der Gruppe gut zugänglich macht.

- Zur Behandlungsmotivation kann eine stationäre Behandlungseinleitung nützlich sein.

*Verhaltenstherapeutisch* kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung, vor allem auf der physiologischen Ebene: Entspannungsübungen, Biofeedback und Reizüberflutung (flooding), systematische Desensibilisierung, aber auch kognitive Umstrukturierung u. a.

### Medikamentöse Behandlung

Zur Krisenintervention und zur Unterstützung während der Behandlungseinleitung kann eine psychopharmakologische Behandlung sinnvoll sein. Dabei muss man sich der Grundsätze und Gefahren der Behandlung mit Benzodiazepinen, die noch immer die am häufigsten verwendeten Substanzen sind, be-

wusst sein (► Kap. 22.2). Im Allgemeinen kann man auf Medikamente ausweichen, die nicht abhängig machen, speziell auf Beta-Blocker und Antidepressiva. Die Indikation sollte aber sehr streng erfolgen, um die Einleitung einer Psychotherapie nicht hinauszuzögern, sofern diese indiziert ist.

### Prognose

Die Behandlungsergebnisse sind bei angemessener Indikation günstig: 65 Prozent der Patienten können nach einer Psychotherapie mit einer anhaltenden Besserung rechnen.<sup>337</sup> Das Ergebnis ist abhängig von der Schwere der Störung, vom Intervall zwischen Symptombeginn und Therapiebeginn (Chronifizierung), von der Ausprägung der sekundären Verarbeitung und vom sekundären Krankheitsgewinn.

## 10.4 Schmerzstörungen

**Somatoforme Schmerzstörungen** sind psychogene Erkrankungen, die durch chronische quälende Schmerzen geprägt sind, welche nicht als körperlich bedingt erklärt werden können. Sie können durch cerebro-spinale Störungen der Schmerzwahrnehmung im Sinne der Konversion oder durch Projektion von schmerzhaften Empfindungen auf den Körper entstehen. Sie kommen bei allen Formen der psychogenen Pathologie vor, d. h., sie sind reaktiv, neurotisch oder posttraumatisch bedingt.

Wenn die Schmerzen unmittelbar der Konflikt- und Affektabwehr dienen, handelt es sich um eine *primäre* Schmerzstörung. Wenn ein zunächst somatisch begründeter Schmerz neurotisch weiterverarbeitet wird (»unbewusstes Festhalten am Körperschmerz«), dann spricht man von einer *sekundären* Schmerzstörung.

**ICD-10:** F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Synonym: Psychialgie. Früher wurde die Bezeichnung »psychogenes Schmerzsyndrom« verwendet.

### 10.4.1 Somatoforme Schmerzen

Schmerz ist ein subjektives Erleben. Er ist eine hoch komplexe Wahrnehmung, an der kogni-

337 Rohrmeier (1982)



tive Vorgänge und emotionale Zustände beteiligt sind. Er ist der häufigste Anlass, medizinische Hilfe zu suchen (▼ Übersicht). Man unterscheidet zwischen akuten Schmerzen, die ein wichtiges Alarm- und Schutzsignal sind, und chronischen Schmerzen, die länger als sechs Monate dauern und oft aus dem somatischen Befund heraus nicht erklärt werden können.

## Somatoforme Schmerzen

### Die häufigsten somatoformen Schmerzen

- Kopfschmerz (► Kap. 10.4.2)
- Rückenschmerz (► Kap. 14.9)
- Gliederschmerz (► Kap. 10.2.2)
- Bauchschmerz (► Kap. 10.2.2)
- Herzschmerz (► Kap. 10.2.2)
- Urogenitalschmerz (► Kap. 10.2.2)

### Fachspezifische somatoforme Schmerzsyndrome

- Fibromyalgie (► Kap. 14.9): Muskelschmerzen und Steifigkeit in drei oder mehr Bereichen
- Orofazialschmerz (► Kap. 14.8): atypischer Gesichtsschmerz, Kieferschmerz, Bruxismus

### Häufigkeit und Verlauf

Zuverlässige Daten zur Häufigkeit von Schmerzsyndromen liegen nicht vor, weil Schmerzstörungen erst in letzter Zeit genügend präzise erfasst werden. Es wird angenommen, dass rund 15 Prozent der Bevölkerung unter chronischen somatoformen Schmerzen leiden. Geschlechtsunterschiede sind nicht gesichert. Die Symptomatik beginnt meistens recht akut und nimmt zu, breitet sich gegebenenfalls aus und entwickelt eine anhaltende Intensität.

## Symptomatik und Krankheitsverhalten

Somatoforme Schmerzsyndrome sind durch chronisch-rezidivierendes oder anhaltendes Schmerzerleben gekennzeichnet (▼ Übersicht). Es ist entweder umschrieben und auf eine Lokalisation begrenzt oder diffus, kann wechseln und mehrere Bereiche betreffen.

Im Verlauf der Schmerzerkrankung kommen weitere Symptome hinzu. Typisch ist, dass ähnlich wie bei Konversionsstörungen kein Zugang zu psychischen Krankheitsfaktoren besteht und oft eine familienneurotische Einbindung der Störung (»Symptompflegefamilie«) besteht. Die Patienten beharren auf körperlichen Ursachen und Untersuchungen und neigen zum Arztwechsel. Gelegentlich entwickeln sie auch einen deutlichen sozialen Krankheitsgewinn (Beren-tung).

### Symptomatik der somatoformen Schmerzstörungen

- Chronischer Schmerz oder chronische Schmerzen ohne hinreichende organische Erklärung
- Erschöpfung, Ermattung
- Schlafstörungen
- Depressionen, Anspannung, Angst
- Sexualstörungen, insbesondere Lustlosigkeit
- Typisches Krankheitsverhalten in Form repetitiver Arztbesuche und somatischer Behandlungen
- Familienneurotische Einbindung
- Sekundär Medikamentenabusus

### Schmerzerleben und Schmerzwahrnehmung

Es gibt eine große inter- und intraindividuelle Bandbreite für die Intensität des Schmerzerlebens. Ob ein Schmerz stark oder weniger stark erlebt wird, hängt von der Stimmungslage ab. Depressivität, Angst und Anspannung

steigern die Schmerzintensität, während Entspannung sie vermindert (▼ Übersicht).

### Faktoren für die Intensität des Schmerzerlebens

- Intensität, Art und Dauer des Schmerzes, ggf. Prognose einer primär zugrunde liegenden somatischen Erkrankung
- Konstitutionelle Schmerzempfindlichkeit
- Frühere Schmerzerlebnisse und der Umgang damit
- Gefühl, dem Schmerzerleben hilflos ausgeliefert zu sein
- Stimmungen, insbesondere Depressivität, Ängstlichkeit und Klagsamkeit
- Bewertung des Schmerzerlebens
- Subjektive Bedeutungen, die dem Schmerz gegeben werden

Über lange Zeit hat man die Schmerzwahrnehmung als einen linearen Prozess betrachtet und angenommen, dass die Intensität und Qualität des Schmerzes ausschließlich von einem Reiz abhängig ist, der von außen oder aus dem Körperinneren kommt. Dem widerspricht aber, dass Schmerzen z. B. ohne Verletzungen oder andere morphologische Befunde entstehen können und durch psychische Vorgänge, z. B. durch Suggestion und Hypnose, beeinflusst werden können.

Inzwischen herrscht die Auffassung vor, dass komplexe Regulationsmechanismen an der Schmerzwahrnehmung beteiligt sind. Dabei werden Schmerzimpulse durch hemmende Einflüsse aus verschiedenen Zentren des Zentralnervensystems moduliert. Diese haben eine Art Kontrollfunktion über die Schmerzwahrnehmung.<sup>338</sup> Psychische Gestimmtheiten und Konflikte sind wichtige derartige Modulatoren.

Man nimmt an, dass intensive und chronische Schmerzen die Verschaltungen im Bereich der Synapsen dauerhaft verändern und zu Veränderungen in den neuronalen Netzwerken führen. So entsteht eine erhöhte Sensibilität für Schmerzerfahrungen, das sog. Schmerzgedächtnis, vergleichbar den anhaltenden Veränderungen als Folge von Traumatisierungen. Das erklärt, wieso Schmerzen im Verlauf der Chronifizierung vom Schmerzreiz losgelöst erlebt werden können.

## 10.4.2 Ätiopathogenese

### Primärer Schmerz

Primär somatoforme Schmerzen beruhen auf neurotischen Entwicklungen oder auf Traumatisierungen, mithin auf seelischen Ursachen. Sie können im Alltag und in allen Bereichen der Medizin vorkommen. Disponierend sind Mangelserfahrungen und Verlusterlebnisse in der frühen Entwicklung, häufiger als allgemein angenommen aber auch Misshandlungen in der Kindheit.<sup>339</sup> Dieser Kontext bewirkt die besondere Bereitschaft zur Regression in den Bereich der psychosomatischen Grundstörung, der bei der Hypochondrie (► Kap. 9.3.3) und der Somatisierung (► Kap. 10.1.2) ausführlicher dargestellt wurde.

### Peripherer und zentraler Schmerz

Bei peripheren Schmerzen kommt es aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung an einem Organ (Wunde, Verspannung) zur Stimulierung von Schmerzrezeptoren. Wenn diese die Schmerzschwelle überschreiten, werden von dort aus Schmerzreize in die

338 Gate-Controll-Theorie von Melzack und Wall (1965)

339 Nelson u. a. (2010), zit. nach Egle u. Zentgraf 2014

Schmerzzentren im Gehirn geleitet und dort als Schmerz wahrgenommen.

Zentrale Schmerzen beruhen hingegen auf einer direkten Schmerzwahrnehmung im Gehirn aufgrund von Störungen der Informationsverarbeitung im Hypothalamus und in der sensorischen Hirnrinde.

Periphere Schmerzrezeptoren sind daran nicht beteiligt.

Pathogenetisch werden verschiedene Modi der Schmerzentstehung angenommen (▼ Übersicht): Konversion, Somatisierung und sekundäre Neurotisierung.

## Beispiele für die Pathogenese somatoformer Schmerzen

### • Konversionsschmerz

- *Herzschmerz*: Konversion der Ambivalenz gegenüber Menschen, die z. B. aufgrund einer Liebesenttäuschung zugleich geliebt und gehasst werden: Das »gebrochene Herz« (► Kap. 10.2).
- *Genitalschmerz*, z. B. Adnexschmerzen nach einem Abort oder bei Sexualkonflikten: Er kann als Konversion von Trauer, Wut, Schuldgefühlen oder Selbstbestrafungsimpulsen verstanden werden.
- *Extremitätenschmerz*:
  - Beinschmerzen als Konversion von Trennungs- und Weglaufimpulsen
  - Armschmerzen als Schuldschmerz bei Aggressionskonflikten (Konversion des Impulses zu schlagen)

### • Posttraumatischer Konversionsschmerz

- *Genitalschmerz* (Adnexschmerzen) nach sexuellen Übergriffen als Wiederbelebung der psychischen und körperlichen Schmerzen beim Gewaltakt
- *Ganzkörperschmerz* als Konkretisierung des Erlebens von Demütigungen und Verletzungen durch Gewalterfahrungen, z. B. durch eine Folterhaft

### • Somatisierungsschmerz

- *Spannungskopfschmerz* mit Verspannungen der Nackenmuskulatur als Wutäquivalent
- *Rückenschmerz*: Schulter-Arm-Syndrom bzw. Lumbalsyndrom mit Verspannungen der Muskulatur im Bereich der Hals- bzw. Lendenwirbelsäule als Somatisierung von Erschöpfung und innerer Spannung (»Eine allzu große Last tragen müssen«) (► Kap. 14.9)
- *Orofazialschmerz* (Trigeminusneuralgie), Gesichtsschmerz, Zahnschmerz, Kieferschmerz: Somatisierung der Trauer um den Verlust des jugendlichen Gesichtes beim Älterwerden oder um den Verlust der Jugend schlechthin (► Kap. 14.12)

### • Sekundärer Schmerz

- *Chronischer Rückenschmerz* als neurotische Verarbeitung einer Bandscheibenoperation: Es wird z. B. aus unbewussten Schuldgefühlen am Schmerzerleben festgehalten.
- »*Verwachsungsschmerz*« im Unterbauch als Verarbeitung einer Bauchoperation, z. B. bei unbewussten Sexualängsten oder Hingabekonflikten

## Konversionsschmerz

Beim Konversionsschmerz handelt es sich um einen reinen Erlebnisschmerz, der auf eine symbolische körpersprachliche Weise

unbewusste Inhalte zum Ausdruck bringt. Der Mechanismus, der zugrunde liegt, wurde oben als somatoforme Symbolisierung beschrieben (► Kap. 10.1.1). Er tritt häufig bei Persönlichkeiten auf höherem und mitt-

lerem Strukturniveau auf. Beim höheren Strukturniveau steht er im Dienste einer Selbstbestrafung aufgrund von unbewussten Schuldgefühlen, die auf verpönten libidinösen bzw. aggressiven Affekten, Phantasien und Impulsen und Überich-Konflikten beruhen. Beim mittleren Strukturniveau symbolisiert der Körperschmerz bei diesem Strukturniveau einen Seelenschmerz im Rahmen von Kränkungen oder Verlusterlebnissen.

Charakteristisch ist der chronifizierende Verlauf ohne wesentliche Begleitsymptomatik bei gleichbleibender Lokalisation. Für die Wahl der Schmerzlokalisierung können auch Schmerzen anderer eine Rolle spielen. Oft bestehen unbewusste Identifizierungen bzw. Lernvorgänge im Sinne des Lernens am Modell, z. B. Herzschmerz als Festhalten an einer geliebten Person, die an einem Herzinfarkt verstorben ist.

### Posttraumatischer Schmerz

Eine häufige Sonderform des Konversionsschmerzes ist der posttraumatische Schmerz. Wie bei der posttraumatischen Konversion wird hier der Schmerz durch eine somatoforme Gleichsetzung (► Kap. 10.1.1) zum konkretistischen Ausdruck für den Schmerz, der psychisch und körperlich im Zusammenhang mit einer Traumatisierung erfahren wurde. Im Rahmen der Regression gehen die Worte und Begriffe verloren, sodass der psychische Schmerz nicht sprachlich, sondern nur im Körper zum Ausdruck gebracht werden kann. Hier wiederholt der Schmerz die quälenden traumatischen Erfahrungen auf eine unmittelbare, konkretistische Weise.

### Somatisierungsschmerz

Im Gegensatz zum Konversionsschmerz ist der Somatisierungsschmerz ein peripherer. Er kommt bevorzugt auf mittlerem und höherem Strukturniveau bei depressiven

bzw. zwanghaften Persönlichkeiten vor.

Durch andauernde Unterdrückung und übermäßige Kontrolle von Wut und Aggression, Angst und Depression entstehen zunächst muskuläre Verspannungen als primäre Affektkorrelate, die sekundär – direkt oder über die begleitende Ischämie – die Somatisierungsschmerzen hervorrufen. Sie sind häufig in multiforme Somatisierungsstörungen eingebettet und wechseln in Lokalisation und Intensität. Ein Beispiel für Somatisierungsschmerz ist der psychogene Kopfschmerz (▼ Übersicht).

Somatisierungsschmerz kann auch eine Folge der Projektion von schmerzlichen seelischen Empfindungen auf Körperorgane sein. Er wird durch Kränkungen und Verletzungen, durch Misserfolge und Minderwertigkeitserlebnisse ausgelöst, aber auch durch unerwartete Konfrontationen mit den eigenen Grenzen, mit Hilflosigkeit, Ohnmacht und Benachteiligung. Dahinter steht die Psychodynamik der präödiptalen narzisstischen Pathologie (► Kap. 8.3).

### Sekundärer somatoformer Schmerz

Die Unterscheidung zwischen somatogen und psychogen ist für das Verständnis der Schmerzentstehung nur begrenzt nützlich, weil somatoforme Schmerzen auch durch ein ursprünglich somatisch begründetes Schmerzerleben hervorgerufen werden können. Das geschieht, wenn die Bewältigung zunächst körperlich begründeter Schmerzen misslingt. Das Schmerzerleben kann dann aus neurotischen Gründen fixiert werden. Das geschieht z. B. bei unbewussten Schuldgefühlen und Selbstbestrafungstendenzen. Auf diese Weise entstehen sekundäre somatoforme Schmerzen.

Dabei bleibt der Schmerz z. B. nach einer Operation trotz eines günstigen somatischen Heilungsverlaufs erhalten und nimmt – ohne erkennbaren somatischen Grund – sogar zu. Hier wird die organische Erkrankung oder die

**Beispiel: Somatoformer Kopfschmerz (ICD-10: F45.4)**

- **Vorkommen**

Somatoforme Kopfschmerzen gehören zu den chronischen Schmerzsyndromen. Sie sind außerordentlich häufig. Man unterscheidet eine episodische Verlaufsform mit einer Dauer von rund einer Woche von einer chronischen, mindestens drei Monate dauernden Verlaufsform.

- **Symptomatik**

Intermittierende oder dauerhafte dumpf-drückende Schmerzzustände hinter der Stirn oder im Hinterkopf, meistens beidseitig und mit mittlerer Intensität auftretend, sind die Leitsymptome. Durch Komorbidität entstehen häufig gemischte Störungsbilder mit Depressionen, Ängsten und Schlafstörungen. Der Schmerz tritt episodisch oder chronisch auf, geht vom Nacken aus und betrifft den gesamten Kopf. Es bestehen in der Regel nachweisbare Verspannungen der Nackenmuskulatur.

- **Kopfschmerzpersönlichkeit**

Es bestehen oft zwanghafte und narzisstische Züge mit Ehrgeiz und Gefühlsisolierung und der Neigung zu Passivität und Feindseligkeit, Kampf und Flucht. Psychodynamisch bestehen daraus resultierende Rivalitäts- und Selbstbehauptungskonflikte.

- **Pathogenese**

In Hinblick auf den Entstehungsmechanismus kann man zwischen Somatisierungskopfschmerz und Konversionskopfschmerz unterscheiden:

- Der Spannungskopfschmerz ist der typische *Somatisierungskopfschmerz*. Er kommt bei ehrgeizigen, narzisstisch und oral frustrierten Persönlichkeiten vor. Die Somatisierung betrifft Affekte wie Rivalität, Missgunst, Neid oder Kränkungswut. Das zentrale Thema der somatoformen Kopfschmerzen sind unterdrückte aggressive Affekte und Impulse. Pathogenetisch kommen zentralnervöse (chronischer Typ) und periphere (episodischer Typ) Mechanismen der Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung zum Tragen. Disponierend von somatischer Seite ist eine Ischämie, die von der Verspannung der Nackenmuskulatur ausgeht und Kopf- und Nackenschmerz verursacht. Daher auch der Name Spannungskopfschmerz.

Aus psychodynamischer Sicht kann die Muskelverspannung als Äquivalent von Wutaffekten betrachtet werden – als Kampf- und Angriffsbereitschaft, vergleichbar dem Sträuben der Nackenhaare als Angriffsgeste bei Hunden.

- Es gibt aber auch einen reinen *Konversionskopfschmerz*. Er hat kein pathophysiologisches Korrelat. Er ist seltener als Somatisierungskopfschmerz. Dabei kann z. B. eine Sorge (»sich den Kopf zerbrechen«) als Schmerz symbolisch zum Ausdruck gebracht konvertiert werden.

- **Behandlung**

Entspannungstherapie, psychodynamische Bearbeitung der Hintergrundkonflikte, Biofeedback, kognitive Verhaltenstherapie

- **Verwandte Syndrome und Differenzialdiagnose**

- *Migräne* (► Kap. 14.8) ist durch pulsierende, Halbseitenkopfschmerz gekennzeichnet. Sie unterscheidet sich durch ihren phasenhaften Verlauf, zum Teil mit einer vorangehenden Aura mit psychovegetativen Beschwerden, und die typische Symptomatik (Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Gereiztheit, Depressionen u. v. m.). Es

handelt sich dabei um ein komplexes Krankheitsgeschehen mit psychosomatischen Kofaktoren bei der Krankheitsentstehung.

- *Cluster-Kopfschmerz*: ätiologisch unklare, einseitige, anfallsartig auftretende und sehr stark bohrende, stechende oder brennende Schmerzen. Sie beziehen auch Auge (Tränen), Schläfe und Stirn (Schwitzen) mit ein.
- *Trigeminusneuralgie* und andere Formen des Gesichtsschmerzes
- *Medikamenteninduzierter chronischer Kopfschmerz*, paradoxerweise bei chronischem Gebrauch von Schmerzmitteln und Migränemitteln (Ergotamin, Triptane)
- *Symptomatischer (sekundärer) Kopfschmerz* bei körperlichen Erkrankungen, insbesondere nach Schädel-Hirn-Trauma und bei einem Hirntumor, bei Erkrankungen der Halswirbelsäule, Nebenhöhlen oder Glaukom

Behandlung zum Auslöser für eine sekundäre Schmerzstörung. Dabei dient das Festhalten am Schmerz sehr häufig der Entlastung von Schuldgefühlen im Sinne des psychischen Masochismus, gelegentlich aber auch einem sekundären Krankheitsgewinn im Sinne eines Rentenbegehrens.

Beispiele für sekundäre Schmerzsyndrome:

- *Postoperativer Schmerz*: Somatisierung der Trauer über das verlorene Organ, z. B. die Gebärmutter, oder eine verlorene Funktion, z. B. die Gebärfähigkeit.
- *Schmerzen nach Unfällen*: Konversion der erlittenen Hilflosigkeit als Unfallopfer oder von Schuldgefühlen als Unfallverursacher nach einem angemessenen Abklingen der körperlichen Unfallfolgen. Hier kann man auch an die Konversion eines Versorgungsbegehrens denken (Festhalten am Schmerz).

### 10.4.3 Psychischer Hintergrund

Das neurotische Schmerzerleben wird durch die Verknüpfung zwischen verschiedenen Erlebnisinhalten gebahnt und konditioniert, z. B. Schmerzerleiden, Schmerzzandrohung, Bestrafung durch Schmerz, Ausübung von Macht, Entstehung von Angst, Verlust von Liebe, Trost oder Selbsttröstung. Diese Verknüpfungen beruhen auf frühen Erfahrungen, z. B. körperliche

Züchtigung als Mittel einer uneinfühlsamen Erziehung.

Der individuelle aktuelle und lebensgeschichtliche Hintergrund ist äußerst vielfältig.<sup>340</sup> Das Gemeinsame der Schmerzpersönlichkeit<sup>341</sup> ist eine autoaggressive Grundeinstellung, die zu dem Zwang führt, leiden zu müssen. Sie ist als Hintergrund für die Bereitschaft zu betrachten, sich immer neuen, schmerzhaften Erfahrungen auszusetzen und sich z. B. im Verlaufe der Schmerzerkrankung immer neuen, immer invasiveren Untersuchungen auszuliefern.

Dieser sog. psychische Masochismus hat, je nach Strukturniveau, verschiedene Wurzeln. Oft bilden unbewusste Schuldgefühle die Basis, häufig aber auch ein unbewusstes Bedürfnis, durch Unterwerfung oder Provokation ein sadistisches Verhalten im Anderen hervorzurufen, um ihn zu binden und sich damit Sicherheit zu verschaffen.

Hier einige Muster der Schmerzhintergründe bei unterschiedlichen Strukturniveaus:

- *Schmerzstörungen auf dem höheren Strukturniveau* beruhen können auf einer masochistischen Schuldverarbeitung von neurotischen Triebkonflikten, Straf- und Gewissensängsten beruhen: Körperschmerz

<sup>340</sup> Egle u. Zentgraf (2014)

<sup>341</sup> Pain prone personality, Engel (1959)

entsteht dann aus Gewissensangst, Straf- angst oder Liebesverlustangst und dient der Selbstbestrafung für die verpönte Triebhaftigkeit.

- *Schmerzstörungen auf dem mittleren Struktur- niveau* können auf einer ebenfalls masochistischen Verarbeitung von maßloser Wut über Verletzungen und Kränkungen, Frustrationen und Zurücksetzungen beruhen.
- *Auf dem niederen Strukturniveau* beruhen Schmerzstörungen oft auf der Weiterverarbeitung von Verlassenheits- und Verlust- ängsten, aber auch von unbändigem Hass, für den es keine Worte, sondern nur die körperliche Antwort in Form von Schmerzen gibt.
- *Bei posttraumatische Schmerzstörungen* bestehen zumeist unbewusste aggressive Phantasien, Impulsen und Affekte, die durch traumatische Verletzungen und Hilflosigkeit begründet sind. Dabei spielen Schuld- gefühle eine große Rolle: Realistische, z. B. als Verursacher eines Unfalls, und paradoxe als Identifizierung mit einem Täter oder als Überlebensschuld (► Kap. 7.3.1).

Es besteht demnach bei somatoformen Schmerzstörungen kein einheitlicher psychodynamischer Hintergrund. Vereinfachende Gleichsetzungen, z. B. Kopfschmerz als konflikthafte »Be-Hauptung«, mögen erste Anhaltspunkte geben, führen aber nicht weiter. Das Schmerzerleben ist vielmehr eine unspezifische seelische Reaktionsform, darin der Angst vergleichbar, und kommt auf allen Ebenen der neurotischen Pathologie vor. Die Gemeinsamkeit besteht in der psychosomatischen Grundstörung. Sie bahnt die Umsetzung der psychischen Affekte in das körperbezogene Schmerzerleben. Die Klärung des individuellen Hintergrundes bleibt jedoch für eine positive Diagnose unerlässlich.

Von Seiten der Verhaltenstherapie sind Schmerzerleben und Schmerzbewältigung seit Langem intensiv beforscht worden. Dabei erwies sich übermäßiges Schmerzerleben als

Ergebnis von Lernprozessen. So können bestätigende Antworten (Zuwendung) im Rahmen des operanten Lernens zur positiven Verstärkung und Fixierung von Schmerzen führen. Drohung, Bestrafung u. a. können Schmerzerleben konditionieren. Auch Erwartungsangst und irrationale Überzeugungen können die Bewältigung von Schmerzen beeinträchtigen.

#### 10.4.4 Diagnostik und Behandlung

Somatoforme Schmerzstörungen sind nicht leicht zu diagnostizieren (▼ Übersicht). Die Differenzialdiagnose ist – insbesondere gegenüber den häufigen sekundären Schmerzstörungen – oft schwierig.

##### Hinweise auf psychische Ursachen von Schmerzen

- Grundsätzlich: Diskrepanz zwischen subjektiven Schmerzen und dem objektiven Befund
- Chronische oder intermittierende Schmerzen von mehr als zwei Monaten Dauer ohne hinreichend erklärende organische Basis
- Nach anfänglich körperlicher Ursache Zunahme der Schmerzen trotz angemessener medizinischer Behandlung
- Auseinandergehen von subjektiv zunehmend empfundenen Schmerzen und objektiv zufriedenstellendem Verlauf nach Operationen und anderen medizinischen Eingriffen (»Scherenphänomen«)
- Übertriebene Schmerzpräsentation
- Masochistische Persönlichkeitszüge, Sucht zu leiden
- Spezifisches Krankheitsverhalten: Idealisierung und Entwertung, Abhängigkeit und Distanzierung in der Beziehung zwischen Patient und Behandler

Die Diagnostik sollte eine umfassende Schmerzanamnese enthalten, die auch die Schmerzerfahrungen und -bewältigung, frühere und gegenwärtige Vorbilder sowie die Frage des »Krankheitsgewinns« in Familie und Partnerschaft berücksichtigt. Wenn der Verdacht entsteht, dass ein Schmerzsyndrom seelisch bedingt ist, sollten folgende Tatsachen berücksichtigt werden:

- Schmerzpatienten nehmen wegen der Verdrängung psychischer Spannungen und Konflikte subjektiv niemals Probleme wahr; ihre »einzigen Probleme« sind die Schmerzen. Psychosoziale Bedingungen lassen sich nur in oft zeitaufwendigen biografischen Gesprächen herausarbeiten.
- Der Ausschluss oder die realistische Einschätzung der Bedeutung von gleichzeitig bestehenden organischen Störungen ist Voraussetzung für die Diagnose. Die Vorgeschichte mit oft unzähligen Untersuchungen und vergeblichen Behandlungen weist aber darauf hin, dass das anhaltende Bedürfnis nach medizinischer, durchaus auch invasiver Untersuchung als ein Symptom im Sinne eines psychischen Masochismus zu betrachten ist. Diesem Bedürfnis nachzugeben, schafft nur vorübergehende Entlastung, ist manchmal für den Aufbau einer annehmenden Beziehung aber unvermeidlich.
- Die Identifizierung biografischer Umstände, die eine Regression auf die psychosomatische Grundstörung verständlich machen, wie z. B. Sprachlosigkeit in der Familie, Abwertung der Äußerung von Emotionen, untermauern die Diagnose. Dabei sind Strukturstörungen und Traumafolgen von besonderer Bedeutung.

Differenzialdiagnostisch sind körperlich bedingte Schmerzen abzuklären. Man muss aber auch an Schmerzen bei Psychosen denken, insbesondere bei der Schizophrenie und bei schweren Depressionen.

## Allgemeines zur Schmerztherapie

Somatoforme Schmerzstörungen gelten als außerordentlich schwer psychotherapeutisch zu behandeln. Das liegt an der stabilisierenden, wenngleich maladaptiven Funktion der Schmerzen und der untergründig aggressiven Einstellung, mit der die Patienten darauf reagieren, wenn sie fürchten, dass ihnen diese Stabilisierung »weggenommen« werden soll. Äußerst willig in der Darstellung ihrer Schmerzsymptomatik, erleben sie die Möglichkeit einer Psychotherapie leicht als Gefährdung ihrer Bewältigung, gegen die sie sich wehren. Die größte Schwierigkeit in der Behandlung ist daher der Aufbau einer vertrauensvollen und kooperativen Beziehung.

Um die Dynamik der therapeutischen Beziehung zu verstehen, kann man den Schmerz als eine paradoxe kompromisshafte Kommunikation auffassen, die zugleich eine Kontaktaufnahme und eine selbstschützende Distanz beinhaltet. Man muss den Schmerz daher oft zunächst unangetastet lassen und darf ihn nicht voreilig in Frage stellen. Deshalb sind eine simultane Diagnostik und Behandlungseinleitung vorteilhaft, in der körperliche und psychische Aspekte Hand in Hand gehen.

*Medikamentöse Behandlungen* (► Kap. 22.2.2), bevorzugt mit Antidepressiva, balneologische Maßnahmen und körperbezogene Übungen wie Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung kommen dem Bedürfnis der Patienten entgegen, in ihrem Schmerz gesehen und angenommen zu werden.

## Stationäre Psychotherapie

Stationäre Behandlungen mit körperorientierten Verfahren und Ausdruckstherapie (Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie usw.) kommen den begrenzten Erlebnismöglichkeiten am Behandlungsbeginn entgegen und können die Motivation zur Introspektion und Problemlösung fördern. Außerdem kann man in Kliniken psychody-



namische und verhaltenstherapeutische, Einzel- und Gruppenverfahren gut verknüpfen und dadurch eine hohe Intensität der Behandlung herstellen. Deshalb sind stationäre Psychotherapien gut zur Behandlungseinleitung geeignet.

### Psychodynamische Verfahren

In der psychodynamischen Behandlung sind zumeist erlebnisnahe Problem- und Konfliktklärungen im Zusammenhang mit der Symptombildung angezeigt. Das ist der Ansatz der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Tiefergehende regressive Prozesse mit umfassender Konfliktanalyse sind für die meisten Patienten mit Schmerzstörungen eine Überforderung. In längerfristigen Behandlungen kann man jedoch versuchen, durch struktur- und mentalisierungsfördernde Strategien die psychosomatische Grundstörung zu lösen und einen Zugang zu dem Seelenschmerz zu erarbeiten, der hinter den somatoformen Schmerzen steht.

Auch Gruppentherapien fördern mit der Möglichkeit der Anlehnung an Mitpatienten die Überwindung der Schwierigkeiten zu Behandlungsbeginn.

### Paar- und Familientherapie

Der krankheitsbedingte Rückzug ins Schmerzerleben gibt den Betroffenen oft eine Sonderstellung in der Familie und führt zu pathologischen Entwicklungen der Familienstruktur (»Symptompflegefamilien«). Man kann versu-

chen, durch Paar- und Familientherapie eine Lockerung der familiären Abwehrbarrieren zu fördern, hinter denen häufig Ängste vor Veränderung der Paardynamik oder der familiären Rollen stehen, gelegentlich auch familiäre Geheimnisse, Schuldgefühle und Wut auf die Schmerzkranken.

### Verhaltenstherapie

In den letzten Jahren hat die Behandlung von Schmerzzuständen durch Verhaltenstherapie immer breiteren Raum erhalten.<sup>342</sup> Im Vordergrund stehen operante Verfahren zur Verstärkung alternativer Verhaltensweisen, Biofeedback, Entspannungstraining und kognitive Schmerzbewältigung.

### Psychosomatische integrative Schmerztherapie

Schmerzbehandlung stellt ein umfangreiches interdisziplinäres Arbeitsgebiet dar, das nicht auf Psychotherapie bei primär seelisch bedingten Schmerzen beschränkt ist, sondern insbesondere die Bewältigung chronischer somatisch begründeter Schmerzzustände (Tumorschmerzen, postoperative Schmerzen, rheumatische Schmerzen usw.) mit umfasst. In speziellen Schmerzkliniken arbeiten Anästhesisten, Balneologen, Physiotherapeuten, psychodynamische und verhaltensorientierte Psychotherapeuten in Programmen zusammen, die vorrangig das Ziel haben, ein möglichst unbeeinträchtigtes »Leben mit dem Schmerz« zu ermöglichen.

342 Kaluza u. Basler (1989)

## 10.5 Psychogene Sexualstörungen

Die Sexualität ist eines der zentralen Themen des menschlichen Lebens. Sie stiftet Interesse, schafft Bindungen, ist die Basis von weiten Bereichen des Gefühlslebens und eine Quelle der Kreativität. Biologisch dient sie der Fortpflanzung und dem Art-erhalt. Das sexuelle Verhalten und Erleben des Kulturmenschen ist jedoch zu Gunsten der sexuellen Funktionslust davon weitgehend abgelöst. Dafür ist die Dominanz der Großhirnsteuerung gegenüber der hormonell-vegetativen autonomen Steuerung der Sexualität bei den Primaten verantwortlich. Sie wird von biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren geprägt: biologisch vom »Trieb«, psychologisch von Identifizierungen, Lernen und Erfahrung und soziokulturell von Werten, Normen und Ethik.

### 10.5.1 Über Sexualität

Psychologisch steht die Sexualität in enger Beziehung zum Gefühlsleben: Insbesondere ist Liebe zwischen Erwachsenen eng mit sexuellem Begehren und sexueller Befriedigung verbunden. Zärtlichkeit und Zuneigung und viele Formen der üblichen sozialen Zugewandtheit enthalten auf sublimale Weise ebenfalls Sexuelles. Aber auch Hass, Eifersucht, Neid, Rivalität und viele andere Motive entstammen dem Erleben und der Verarbeitung von sexuellen Motiven.

Sexualität ist ein bedeutsamer Bestandteil des Identitätsgefühls.<sup>343</sup> Befriedigende Sexualität ist die Basis für Lebenszufriedenheit und Glück. Sie setzt ein stabiles Selbstwertgefühl, Abgegrenztheit, eine positive Einstellung zu den eigenen Bedürfnissen, zum eigenen Kör-

per sowie Wertschätzung und Interesse am Partner oder an der Partnerin voraus. Über die Triebbefriedigung hinaus wird die Sexualität auf diese Weise zur Grundlage von befriedigenden und beglückenden Beziehungen.

Die Spielarten der Sexualität<sup>344</sup> sind äußerst vielfältig. Sie reichen vom heterosexuellen Geschlechtsverkehr über Selbstbefriedigung und homosexuelle Akte bis hin zu perversen Handlungen. Dieser Vielfalt stehen, als Regulativ, gesellschaftliche Vorstellungen von einer »normalen Sexualität« und eine bis vor nicht langer Zeit sexualfeindliche Erziehung und Moral entgegen. Die Idee, reife Sexualität konzentriere sich auf einen ehelichen heterosexuellen genitalen Geschlechtsverkehr, dürfte einem solchen gesellschaftlichen Ideal entsprochen haben. Der berühmte Kinsey-Report<sup>345</sup> hat indessen schon in der Mitte des 20. Jahrhunderts deutlich gemacht, dass sie weit von der Realität des tatsächlichen Sexualverhaltens entfernt ist. Durch gesellschaftliche Normen wurden individuelle Gestaltungen des Sexuallebens reglementiert und »Abweichungen« mehr oder weniger stark tabuisiert und sanktioniert. Dadurch wurden sexuelle Minderheiten, z. B. Homosexuelle, diskriminiert, bestraft oder – wie unter dem Nationalsozialismus – sogar getötet.

Für Sigmund Freud<sup>346</sup> stand die Sexualität im Zentrum der Erforschung des menschlichen Seelenlebens. Mit seiner Entdeckung, dass Kinder eine spezifisch infantile Sexualentwicklung durchmachen, die noch im Vorschulalter in den »Ödipuskomplex« einmündet, löste er breite Empörung aus. Andererseits hat seine Triebtheorie der Neurosen, wonach die Unterdrückung der Sexualität seelische Erkrankungen hervorruft, in unserer westlichen Gesellschaft wesentlich zu einer

343 Vgl. mein Buch über Identität und Begehren, Ermann (2019)

344 Kockott (1995), Sigusch (1995)

345 Kinsey (1948, 1953)

346 Freud (1905)

»sexuellen Revolution« und Befreiung beizutragen. Dabei muss man allerdings bedenken, dass Freud die Sexualität sehr weit als »Libido« definiert und auch das orale und anale Begehren als libidinös verstanden hat.

### 10.5.2 Klinische Aspekte

**Psychogene Sexualstörungen** sind chronische Störungen der sexuellen Reaktionen und der Befriedigung ohne körperliche Grundlage. Sie kommen bei einer Vielzahl von psychischen Störungen vor und können Leitsymptom eines monosymptomatischen Syndroms bilden. Es handelt sich meistens um Konversionsstörungen. Es kann aber auch eine Somatisierung zugrunde liegen, insbesondere bei den sehr häufigen Libidostörungen.

**ICD-10:** F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörung. Synonym: Sexuelle Dysfunktion, sexuelle Funktionsstörung. In früheren Auflagen dieses Buches: Funktionelle Sexualstörungen. Manchmal wird der Begriff »sexuelle Dysfunktion« benutzt, wenn vorwiegend körperliche Ursachen angenommen werden.

#### Abgrenzungen

Von den psychogenen Sexualstörungen sind die sexuellen Verhaltensstörungen abzugrenzen, nämlich die früher als »Perversionen« bezeichneten sexuellen Orientierungen, sowie Störungen der sexuellen Identität (► Kap. 11.4.1). Die Psychotherapie ist außerdem häufig mit den Folgen von sexuellen Traumatisierungen befasst, speziell mit den Folgen von sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung (► Kap. 7.3).

#### Sexualität, Konflikt und Befinden

Aus der zentralen Position, die die Sexualität im Seelenleben einnimmt, ergibt sich auch ihre besondere Disposition für Störungen. Einer-

seits wirken Konflikte um die Sexualität sich auf das gesamte Seelenleben aus, haben maßgeblich Anteil an der Entstehung von psychogenen Störungen und beeinträchtigen die Sexualfunktionen. Andererseits ist die Fähigkeit zum ungetrübten sexuellen Begehren und Genuss von der seelischen Befindlichkeit abhängig: von Stimmungen, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, Ausgeglichenheit, körperlicher Kondition und Unversehrtheit u. v. a. Schließlich wirken Störungen der Sexualität sich ihrerseits negativ auf die Befindlichkeit aus, führen zu Angst und Depression, zu zwischenmenschlichen und Selbstwertkonflikten und können auf diese Weise Sexualstörungen noch verstärken.

Diese Komplexität bewirkt, dass sexuelle Funktionsstörungen außerordentlich vielfältig und häufig sind (▼ Übersicht). Belastbare Zahlen liegen wegen methodischer Unzulänglichkeiten der einzelnen Studien nicht vor. Man kann aber von einer Prävalenz von 15 bis 20 Prozent in der Bevölkerung ausgehen, wobei die einzelnen Formen sehr unterschiedlich häufig vorkommen. Am häufigsten sind bei Männern Libidostörungen, Erektions- und Ejakulationsstörungen, bei Frauen Appetenz- und Orgasmusstörungen. Dabei werden die Störungen mit zunehmendem Alter häufiger, was auch durch die natürlichen Alterungsprozesse bedingt ist.

Im weiteren Sinne kann man auch eine Reihe von Störungen zu den Sexualstörungen rechnen, bei denen Befindensstörungen sowie Reiz- und Spannungszustände im Urogenitalsystem im Zentrum stehen, also im Bereich des Beckenbodens, der Geschlechtsorgane und der unteren Harnwege. Zu diesen psychogenen Urogenitalsyndromen (► Kap. 10.3.3.6) gehören

- *bei Frauen* das prämenstruelle Syndrom (PMS) mit vielfältigen Befindensstörungen und Schmerzen vor der Monatsblutung, sowie die Dysmenorrhoe, d. h. die schmerzhalte Regelblutung,
- *bei Männern* die abakterielle Prostatitis mit Schmerzen und Spannungen, die in den Leistenbereich ausstrahlen.

## Psychogene Sexualstörungen (sexuelle Funktionsstörungen) nach ICD-10

- **F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen**  
Vermeiden der sexuellen Aktivität und sexuelle Lustlosigkeit (Anhedonie, Alibidinie)
- **F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung**  
Gereiztheit und Verstimmung nach dem Verkehr. Kein Lustgefühl beim Verkehr
- **F52.2 Versagen genitaler Reaktionen (Psychogene Impotenz)**
  - *Männer*: Erektionsstörungen. Entweder: Die Versteifung des Gliedes bleibt aus oder geht vor dem Orgasmus verloren. Oder: anhaltende Gliedsteife (Priapismus)
  - *Frauen*: Erregungsstörung, Frigidität. Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation (Feuchtwerden der Scheide). Ausbleiben der erregenden sexuellen Gefühle
- **F52.3 Orgasmusstörungen (Anorgasmie)**  
Der Orgasmus wird nicht erreicht.<sup>347</sup> Es kommt nicht zur Entspannung.
- **F52.4 Ejaculatio praecox**  
Vorzeitiger oder verzögerter Samenerguss, zumeist unmittelbar nach dem Einführen des Gliedes
- **F 52.5 Vaginismus, Scheidenkrampf**  
Reflexartige Verkrampfung des Scheideneingangs und der Beckenbodenmuskulatur beim Versuch des Geschlechtsverkehrs; nicht unbedingt schmerzhaft
- **F52.6 Dyspareunie**  
Schmerzen beim Verkehr ohne körperliche Ursache im Bereich der Geschlechtsorgane und im kleinen Becken
- **F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen**
  - *Frauen*: Nymphomanie (»Mannstollheit«)
  - *Männer*: Satyriasis (»Donjuanismus«)

### Ätiopathogenese

An der Entstehung psychogener Sexualstörungen sind verschiedene Faktoren zumeist gleichzeitig beteiligt (▼ Übersicht). In den meisten Fällen handelt es sich um unspezifische Reaktionen auf Stress und Erschöpfung, Spannung und Nervosität im Rahmen von Belastungsreaktionen (► Kap. 6.1). Häufig sind bei jungen Patient(inn)en auch reaktive Sexualstörungen bei akut auftretenden Gewissensängsten, z. B. bei ersten intimen Partnerschaften, bei Verletzungsängsten oder im Zusammenhang mit Schwangerschaftsängsten.

Bei anhaltenden Sexualstörungen findet man zwei verschiedene Entstehungsmechanis-

men, die auch zusammenwirken können: die Konversion und die Somatisierung (► Kap. 10.1). Bei der Konversion betrachtet man Sexualstörungen als körperliche Gebärde, bei der Somatisierung als Affektäquivalent.

- *Sexuelle Somatisierungsstörungen* sind vegetative Äquivalente von depressiven und Angstaffekten. Sie äußern sich am häufigsten in Libidostörungen, vor allem als Verminderung oder Verlust des sexuellen Begehrens (Alibidinie). Sie sind zumeist Teil von multiformen Krankheitsbildern. Häufig bestehen gleichzeitig ängstliche und depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Mattigkeit.
- *Sexuelle Konversionsstörungen* sind im Allgemeinen monosymptomatisch. Die Konversion beruht auf Angst und Aggression in Sexual- und Partnerschaftskonflikten,

<sup>347</sup> Etwa die Hälfte der Frauen hat beim Verkehr regelmäßig einen Orgasmus.

die ein breites Spektrum von Ursachen haben können – von Verschmelzungsängsten auf niederem Strukturniveau über Selbstbehauptungskonflikte auf mittlerem Strukturniveau bis hin zu Bestrafungsängsten auf höherem Strukturniveau. Sexuelle Konversionsstörungen betreffen die spezifischen sexuellen Funktionen, nämlich die Erregung, den Koitus, den Orgasmus und die Entspannung. Als Folge entstehen depressive Gereiztheit, Erwartungs- und Versagensängste, Min-

derwertigkeitsgefühle und Selbstvorwürfe und natürlich Probleme in der Partnerschaft.

Schließlich kommen auch posttraumatische Sexualstörungen nach sexuellen Übergriffen und Missbrauch vor. Sie zeigen sich in einem dissoziativen »Abschalten« des libidinösen Begehrens bzw. in Vaginismus und Verweigerung, worin das Erschrecken über das Trauma und die Furcht vor einer Wiederholung zum Ausdruck kommen (► Kap. 7.3).

### **Belastende und auslösende Faktoren von psychogenen Sexualstörungen**

- Negative Sexualerfahrungen, Ängste vor Verletzungen, Infektionsängste
- Konflikte mit Werten und Normen, z. B. kann ein vorehelicher Verkehr ein Keuschheitsideal verletzen
- Partnerschaftsprobleme, z. B. Schamgefühle und Kränkungen in »Streitehen«
- Überich-Konflikte, z. B. Schuldprobleme beim ersten Verkehr oder bei heimlichen außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten
- Unbewusste Bindungen, die Befangenheit verursachen, z. B. eine unbewusste Mutterbindung, die den Akt mit der Partnerin unbewusst als Inzest und Verrat an der Mutter erscheinen lässt
- Aggressive Phantasien, die den Akt unbewusst als Verletzung erscheinen lassen
- Eine konflikthafte Geschlechtspartnerorientierung, d. h. praktisch, dass während des heterosexuellen Verkehrs eine latente homosexuelle Präferenz bekämpft wird
- Tabuisierte perverse Phantasien, die im Akt aktiviert werden
- Mangelnde Selbstsicherheit durch unbewusste Minderwertigkeitsgefühle
- Aktuelle Selbstwertkrisen, z. B. beim Versagen im beruflichen Bereich
- Bedrohungen der Abgrenzung zwischen Selbst und Objekt im Akt auf der Basis unbewusster Verschmelzungswünsche und -ängste

### **Psychodynamik und Persönlichkeit bei psychogenen Sexualstörungen**

Die Dynamik zentriert bei allen Formen der psychogenen Sexualstörungen um die Beeinträchtigung, sich im Akt hinzugeben und sich in Besitz nehmen zu lassen bzw. von der Partnerin bzw. vom Partner Besitz zu ergreifen. Diese Beeinträchtigung hat ihre Wurzel in einem großen Spektrum möglicher Konflikte und Phantasien. Sie betreffen die geschlechtliche Identität und die soziale Rolle als Frau bzw. als Mann. Sehr häufig sind

neurotische Sexualstörungen mit Partnerschaftskonflikten, mit aggressiven Hemmungen oder mit einer neurotischen Geltungs- und Leistungsproblematik verbunden.

Die Auslösesituationen sind je nach dem Konflikthintergrund sehr verschieden und sehr vielfältig. Konflikthafte, verletzende oder traumatische Sexualerlebnisse und Partnerschaftskonflikte sind häufig, daneben sexuelle Versuchungen und Versagungen, Kränkungen, Misserfolge oder Verluste, bei sexuellen Belastungsreaktionen aber auch chronische Überforderung und Stress. Bei Jugendlichen

kommen die entwicklungsbezogene Unsicherheit gegenüber der Sexualität und mangelnde Erfahrung hinzu.

Eine besondere Situation besteht jenseits der Fünfzig, wenn einerseits das sexuelle Begehren nachlässt und andererseits organische Faktoren wie Herz- und Kreislauferkrankungen oder Diabetes zur Beeinträchtigung der Sexualität führen. Die Intensität und Geschwindigkeit der sexuellen Abläufe nimmt mit dem Alter ab; die Erregung entsteht langsamer und ist weniger stark, die Refraktärzeit nach einem Orgasmus ist deutlich verlängert. Unkenntnisse über diese Tatsachen können Fehlerwartungen und Druck hervorrufen und ein Versagen fördern.

### Verhaltenstherapeutische Aspekte

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht<sup>348</sup> betrachtet man Defizite in der individuellen Lerngeschichte und Selbstverstärkungsmechanismen als maßgebliche Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Sexualstörungen. Danach werden Lebensereignisse zum Auslöser, wenn sie negative sexuelle Vorerfahrungen wiederholen. Die negative Erfahrung wird zum Ausgangspunkt für gesteigerte Erwartungsangst, die in eine Aversion münden kann. Auf diese Weise schließt sich ein Teufelskreis, in dem Sexualstörung und Misserfolg sich gegenseitig verstärken.

## 10.5.3 Diagnostik und Behandlung

Die Sexualität hat auf jeder Ebene der neurotischen Pathologie und bei allen Formen von neurotischen Persönlichkeiten eine spezifische Bedeutung und Konflikthaftigkeit. Deshalb ist bei jeder psychogenen Sexualstörung

der individuelle Hintergrund zu erkunden (▼ Übersicht).

Die somatische Differenzialdiagnose psychogener Sexualstörungen umfasst

- gefäßbedingte Störungen (meistens bei Erektionsstörungen),
- stoffwechselbedingte Störungen (meistens bei Appetenzstörungen),
- neurologisch bedingte Störungen,
- hormonell bedingte Störungen,
- Nebenwirkungen von (Psycho-)Pharmaka und Drogen,
- alkoholbedingte Störungen.

### Diagnostik von psychogenen Sexualstörungen

- Sexual- und Partnerschaftsanamnese: Erleben und Verhalten im Zusammenhang mit Sexualität und Partnerschaften
- Vorgeschichte und Auslösesituation: Symptombeginn, Vorbehandlungen und Untersuchungen
- Aktueller Lebensrahmen: Belastungen, Sorgen und Konflikte
- Abklärung einer individuellen Vorgeschichte und Entwicklung
- Ggf. die somatische Differenzialdiagnostik

Grundsätzlich ist es wichtig zu entscheiden, ob man die Partnerin bzw. den Partner zum Gespräch hinzuzieht oder nicht. Bei jungen Menschen, die im sexuellen Bereich noch auf der Suche sind und auch noch nicht fest gebunden sind, wird das Gespräch sich im Allgemeinen auf den Betroffenen selbst beschränken. Bei Patienten mit etablierten Beziehungen, z. B. Ehepaaren, kann die gemeinsame Klärung von Sexualproblemen nützlich sein, die oft mit langfristigen, nie offengelegten Fehlerwartungen, verleugneten Verletzungen, Kränkungen und Missachtungen verbunden sind. Wenn die Sexualstörung aber die Funktion hat, sich in der Partnerschaft

348 Kockott (1995)

abzugrenzen, indem man sich gleichsam verweigert, dann sollte das Gespräch einen geschützten Raum bieten, in dem die Betroffenen sich zunächst in der Einzelsituation offenbaren und entlasten und die Erfahrung machen können, mit den Problemen Aufmerksamkeit und Interesse zu finden.

## Beratung

Sexualberatung befasst sich mit der Klärung der aktuellen Situation im Einzel- oder im Paargespräch. So können die bestehenden Probleme in der Partnerschaft geschildert werden und erkundet werden, welche Vorstellungen die Betroffenen von einer »normalen« Sexualität und davon haben, was sie für sich selbst verwirklichen wollen. Es bedarf einer Klärung, welche Ursachen sie für die Störung ihrer Sexualität annehmen und welchen Anteil ihre Partnerschaftsbeziehung daran sie sehen. Nützlich ist es auch, anhand der Sexualanamnese moralische Werte, Idealvorstellungen, Ängste und Befürchtungen zu erkunden und mit den Betroffenen zu erörtern.

Ein wichtiger Aspekt der Beratung ist die Information und Aufklärung über seelische, körperliche und gesellschaftliche Faktoren im Zusammenhang mit der Sexualität. Natürliche Sexualängste und -tabus können benannt werden. Noch nie geäußerte Vermutungen über das sexuelle Erleben der Partnerin bzw. des Partners, über sexuelle Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen können geäußert werden. Tabus können vielleicht erstmals offen benannt werden. Dazu gehören auch Hemmungen, über Empfängnisverhütung, Infektionsprävention usw. zu sprechen.

Oft ist es bereits hilfreich, darauf Einfluss zu nehmen, dass die Partner sich nicht sexuell überfordern und nicht äußeren Vorbildern nacheifern, die nicht zu ihnen passen. Wichtig für eine funktionierende Sexualität ist eine angemessene äußere Situation für das intime Zusammensein, aber auch ein abgegrenzter Intimbereich für jeden einzelnen. Die Patien-

ten müssen anerkennen, dass rücksichtsloses, vorwurfsvolles und verletzendes Verhalten in der Partnerschaft zuvorderst die Sexualität beeinträchtigt.

## Behandlung

Bei ausgeprägten und insbesondere bei chronischen Sexualstörungen kommt eine psychodynamische Behandlung in Betracht. Hier besteht ein breites Spektrum von Möglichkeiten, die je nach der Art der Konflikte, der Persönlichkeit und der Schwere der Störung Anwendung finden.

In der tiefenpsychologisch fundierten Therapie werden die neurotischen Probleme und Konflikte fokal geklärt und bearbeitet. Dabei werden die aktuellen (Partnerschafts-)Konflikte in Hinblick auf unbewusste Konflikte, abgewehrte Wünsche und Phantasien untersucht und die darin enthaltenen gegenseitigen Übertragungen innerhalb der Partnerschaft (sog. Außenübertragungen, ► Kap. 16.2) geklärt. In der analytischen Therapie werden zudem Binnenübertragungen für die Klärung genutzt, d. h. Verhaltensweisen der Patienten gegenüber dem Therapeuten als Ausdruck ihres Unbewussten und ihrer Geschichte.

Bedeutsamer als Exploration und Klärung ist es dabei, im Dialog eine Atmosphäre zu schaffen, die von einem grundsätzlichen Wohlwollen gegenüber den Patienten als begehrende Wesen getragen ist.<sup>349</sup> Entscheidend ist eine Offenheit für die Art der Sexualität, die die Patienten leben. Sie sollten in die Lage kommen, *ihre* Sexualität zu finden und anzunehmen. Dabei zeigt sich die Macht der vorherrschenden Sexualmoral und der kulturellen Zuschreibungen und Reglementierungen, die den Betroffenen meistens gar nicht bewusst ist.

Eine *Paartherapie* (► Kap. 19) kommt in Frage, wenn der Eindruck besteht, dass die gegenseitigen Übertragungen zwischen den

349 Pfannschmidt (1997), Quindeau (2014)

Partnern (Kollusion) den Kern der Partnerschaftsprobleme darstellen und eine Sprachlosigkeit der Veränderung der Beziehungsdynamik im Wege steht. Dann kann die Triangulierung der Paarbeziehung durch Hinzutreten des Therapeuten als dem Dritten, der es wagt, an Tabus zu rühren und unbewusste Erwartungen, Ängste und Wünsche anzusprechen, neue Perspektiven eröffnen.

Die Verhaltenstherapie verwendet Aufklärung, Verhaltensanweisungen, Rollenspiel, Entspannungsübungen und systematische Desensibilisierungen.

Zur medikamentösen Behandlung siehe ► Kap. 22.2.2.

### Sexualtherapie

Spezielle Sexualtherapien für Paare vereinen Anweisungen und Übungen zum Sexualverhalten mit Übungen der Partnerschaftskommunikation. Die »klassische« Paar-Sexualtherapie in diesem Sinne<sup>350</sup> wird mit täglichen Sitzungen über drei bis vier Wochen von einem Therapeutenpaar als spezifische Desensibilisierung durchgeführt. Sie umfasst Entspannungsübungen des Paares und sukzessiv Berührungen unter Anleitung bis hin zu sexuellen Stimulierungen (Petting).

Die Übungen werden vom Paar zwischen den Therapiesitzungen weitergeführt. Die Erfahrungen dabei werden in der Behandlung besprochen. Die Erfolge dieses Vorgehens sind beträchtlich. Es werden anhaltende Effekte bei rund drei Viertel der Behandelten berichtet.

Inzwischen ist das Verfahren variiert worden: Die Sitzungen finden seltener statt, werden von einem einzelnen Behandler oder auch als Gruppentherapie durchgeführt und bei Bedarf auch mit psychoanalytisch orientierten Gesprächen kombiniert.

### 10.5.4 Störungen im Kontext von Homosexualität<sup>351</sup>

**Homosexualität** bezeichnet die auf das gleiche Geschlecht ausgerichtete sexuelle Orientierung, Erotik und Lebensweise. Sie gilt nicht als Krankheit, sondern als eine der Spielarten des Sexuellen. Allerdings können aus der psychosozialen Position von Homosexuellen als Minderheit Spannungen und Konflikte entstehen, die zu reaktiven Störungen oder zu Identitätskrisen führen.

#### Normale Homosexualität

Homosexualität umfasst einen Komplex von Erlebnis- und Verhaltensweisen, die auf das eigene Geschlecht ausgerichtet sind. Sie betreffen gleichgeschlechtliche Liebe, Erotik und Sexualität sowie Lebensformen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften und Bezugsgruppen. Sie beruht darauf, dass sinnliches Verlangen, erotisches Begehren und sexuelle Befriedigung bevorzugt oder ausschließlich in Beziehung zum eigenen Geschlecht gewünscht und erlebt wird. Die homosexuelle Geschlechtsorientierung wird populär für Männer als schwul, für Frauen als lesbisch bezeichnet.

Bis Anfang der 1970er Jahre galten homosexuelle Menschen als »sexuell orientierungs-gestört«. Sie wurden (und werden in vielen Ländern noch immer) verfolgt und bestraft. Heute wird Homosexualität im westlichen Kulturkreis als eine Spielform des Sexuellen gesellschaftlich zunehmend akzeptiert und nicht als Krankheit betrachtet, sofern eine homosexuelle Kerngeschlechtsidentität<sup>352</sup> be-

350 Masters u. Johnson (1973)

351 Vgl. auch »Entwicklung der Geschlechtsidentität«, ► Kap. 2.2.2

352 Friedman (1986), Isay (1989)



steht. Man spricht in diesem Sinne auch von Neigungshomosexualität.

Der US-amerikanische Kinsey-Report aus den 1950er Jahren fand bei 3 bis 5 Prozent der Erwachsenen eine homosexuelle Sexualpräferenz.<sup>353</sup> Nach einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2000 in Deutschland bezeichnen sich 1,3 Prozent der Befragten als homosexuell und 2,8 bzw. 2,5 Prozent als bisexuell. 9,4 Prozent der Männer und 19,5 Prozent der Frauen berichteten, dass sie sich vom eigenen Geschlecht erotisch angezogen fühlten.<sup>354</sup>

Neigungshomosexualität beruht auf spezifischen Verhaltensmustern und Auslöseschemata für sinnliche und sexuelle Attraktion und Befriedigungsmöglichkeiten. Sie machen die homosexuelle Kernidentität aus, welche die Basis für die weitere homosexuelle Entwicklung (► Kap. 2.2.2) darstellt. Sie sind wahrscheinlich als Protoeigenschaften konstitutionell mitgebracht und werden in Beziehungen aktiviert und ausgeformt. Die neurobiologische Basis dafür und die Ursachen für die Divergenz gegenüber der Heterosexualität sind bis heute nicht wirklich geklärt.

### Homosexualität als Krankheitsrisiko

Prägend für die homosexuelle Entwicklung ist ein Spannungsfeld zwischen der sexuellen Präferenz, die im Laufe der Entwicklung immer bewusster wird, und den Rollenerwartungen, die an die Betroffenen herangetragen werden.<sup>355</sup>

Das homosexuell konstituierte Kind kann im Allgemeinen keine Spiegelerfahrungen machen, die es in seiner noch latenten sexuellen Orientierung kontingent bestätigen. Auf diese Weise kann Homosexualität zum Krankheitsrisiko werden und zu psychischen Störungen disponieren (▼ Übersicht). Es kann eine Entfremdung gegenüber sich selbst und

eine narzisstische Vulnerabilität entstehen. Diese kann sich zu einer narzisstischen Pathologie weiterentwickeln und zur Grundlage für eine spätere narzisstische Persönlichkeitsstörung und andere Störungen auf mittlerem Strukturniveau werden.

Auch die Lösung des homosexuellen Ödipuskomplexes, der durch das Kernmotiv der erotischen Liebe des Mädchens zur Mutter bzw. des Jungen zum Vater geprägt ist, wird durch die familiären Zuschreibungen und sozialen Normen erschwert. Daraus kann eine Unsicherheit in der Geschlechtsrollen- und Objektwahlidentität entstehen, die insbesondere die eigene Homosexualität konfliktuell erscheinen lässt.

Daneben stellt der Minoritätenstress<sup>356</sup> von Homosexuellen als soziale Randgruppe, d. h. der Stress durch Geheinhaltung, Diskriminierung und Gewalt sowie beim Coming-out, eine erhebliche Belastung dar, die in Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen Ausdruck finden können.

### Psychische Störungen im Zusammenhang mit Homosexualität

- Psychische und psychosomatische Störungen *unabhängig* von der sexuellen Orientierung (z. B. Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen)
- Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen *als Folge* der speziellen Situation als Homosexuelle (Coming-out, Diskriminierung)
- Narzisstische Entwicklungen, Störungen und Identitätskrisen *im Zusammenhang* mit der homosexuellen Entwicklung

### Homosexuelle Krisen

**ICD-10:** F66 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit sexueller Entwicklung und Orientierung

353 Kinsey (1948, 1953)

354 TNS Emnid (2001)

355 Ermann (2009b)

356 Meyers (2003)

Am Beginn einer offen homosexuellen Lebensweise steht das »Coming-out«. Man unterscheidet das innere Coming-out, in dem die unangepasste sexuelle Orientierung bewusst wird, vom äußeren Coming-out, in dem sie veröffentlicht und zunehmend auch gelebt wird. Die Unsicherheit über die endgültige sexuelle Orientierung ist oft mit Angst vor den familiären und sozialen Konsequenzen eines homosexuellen Lebens verbunden. Diese Reifungskrisen werden im Allgemeinen mit Hilfe von Beratung, Selbsthilfegruppen oder durch das Eingehen einer Partnerschaft überwunden.

Bisweilen kommt es im Zusammenhang mit dem homosexuellen Coming-out zum Aufbrechen von Konflikten um die sexuelle Identität. Dann leiden die Betroffenen unter ihrer Homosexualität, bekämpfen sie und entwickeln Ängste und Depressionen. Manche suchen sogar eine Behandlung, die sie von der Homosexualität befreien soll.

Auch in anderen Schwellensituationen des Lebens können situative Konflikte um die homosexuelle Orientierung manifest werden. Als Folge können Krisen, Beziehungsstörungen und reaktive Störungen mit Depressionen, Entfremdungserlebnissen und gelegentlich auch mit Suizidalität entstehen.

## Situative Homosexualität

Die sexuelle Orientierung umfasst bei allen Menschen ein Spektrum von Möglichkeiten, das beim Einzelnen unterschiedlich breit angelegt ist. Homosexuelles Verhalten kann daher unter besonderen Lebensumständen auch bei überwiegend heterosexueller Geschlechtsidentität vorkommen, z. B. wenn Männer mit Männern zusammenleben und keine Gelegenheit zum heterosexuellen Verkehr haben. Man spricht dann von situativer oder Gelegenheitshomosexualität. Sie ist im Allgemeinen nicht fixiert und mit einem weniger tiefen Verlangen und weniger intensiver Befriedigung verbunden als die Heterosexualität.

## Zur Vertiefung empfohlene Literatur

- Konversionsstörungen und Somatisierungsstörungen:* Alexander F (1950), Brede K (1971) (darin insbesondere: Schur M, Klauber J), Ermann M (1987), Jores A (1973), Mentzos S (1982), Mitscherlich A (1969), Overbeck G u. Overbeck A (1978) (darin insbesondere: Rangell L), Richter HE u. Beckmann D (1969), Kapfhammer P u. Gündel H (2001)
- Somatoforme Schmerzstörungen:* Egle UT u. Zentgraf B (2014)
- Sexualität und Sexualstörungen:* Bräutigam W u. Clement U (1989), Ermann M (2019), Kockott (1995), Masters WH u. Johnson VE (1973), Sigusch V (1995)

Michael Ermann

# **Psychotherapie und Psychosomatik**

Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage

8., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

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

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

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

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

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

8., erweiterte und überarbeitete Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Umschlagbild: tutye – stock.adobe.com

Print:

ISBN 978-3-17-043051-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-043052-5

epub: ISBN 978-3-17-043053-2