

Einführung

Diese Ausgabe der DMM News fokussiert auf Psychosomatik. Unsere Beiträge umfassen einen Überblick der Forschung, der toxischen Stress während früher Phasen der Erziehung mit Qualitäten der Eltern-Kind Beziehung in Verbindung bringt, welche spätere mentale und physische Gesundheitsfolgen vorhersagen, sowie drei Fallstudien von Patienten, die auf Beziehungsstress körperlich antworten. Nicola Sahhar berichtet von einem Patienten mit Alexithymie, der Unfähigkeit des Zugangs zu Emotionen und Verbalisierung derselben, begleitet von physischen Symptomen wie Seufzen oder Nesteln der Hände. Franco Baldoni beschreibt einen Patienten, dessen lebensbedrohliche, somatische Beschwerden, sich nach der Behandlung, die den Fokus auf frühe und gegenwärtige Unterbrechungen der Bindungsbeziehungen legte, aufzulösen begannen. Sally Byrne berichtet von der Familientherapie eines Kindes mit einer plötzlich einsetzenden Unfähigkeit zu laufen. Alan Abass schreibt über einen Zugang zum Verständnis dieser Zustände als unbewusste Abwehrmechanismen, was es Klinikern direkt ermöglicht, den emotionalen Beitrag zu somatischen Beschwerden zu diagnostizieren. Pat Crittenden beendet die Ausgabe mit einer Diskussion über Körper und Geist. Diese Artikel zeigen das Potenzial des DMM Konzepts früher Bindungserfahrungen, das dabei hilft komplexe, schwierige Zusammenhänge zu verstehen, neue Fragestellungen mit der Notwendigkeit weiterer Studien aufwirft und effektivere Therapiezugänge anregt.

Unsere Mitgliederliste wächst! Sehen Sie sich unsere Webseite an: www.iasa-dmm.org.

Nicole Letourneau *Editor* nicolel@unb.ca

Inhalt

Seite

- 1 Toxischer Stress in frühen Phasen der Erziehung & Kindesgesundheit
- 2 Bindung in Aktion: Warum kann Nell nicht laufen?!!
- 3 Alexithymie – fehlende Worte für Gefühle oder versteckte Information?
- 4 Der adaptive Wert der Verzweiflung im Falle eines somatischen Zusammenbruchs als Folge von sexuellem Kindesmissbrauch
- 5 Aufdecken von Somatisierung durch intensive dynamische Kurzzeitpsychotherapie
- 6 Körper oder Gehirn? JA!

Toxischer Stress in frühen Phasen der Erziehung & Kindesgesundheit



Nicole Letourneau & Gerry Giesbrecht

Stress ist ein Bestandteil jeden Lebens, sogar jeden Tag, und Menschen sind gut darauf vorbereitet, Stress zu bewältigen. Wenn der Stress jedoch zu hoch ist oder zu lange anhält, kann es zu Veränderungen sowohl im Körper und als auch im Gehirn kommen, was Entwicklungen weit in die Zukunft hinein beeinflusst. Zum Beispiel wenn Säuglinge und Kleinkinder mit Bezugspersonen zusammenleben, die unter psychischen Störungen, Süchten oder häuslicher Gewalt leiden, tragen sie das Risiko von unvorhersagbarer, vernachlässigender oder missbrauchender Elternschaft. In solchen Situationen ist das kindliche Stress System konstant auf einem hohen Level und ein solche Hypererregung kann (a) zu psychosomatischen Störungen, Asthma und Atemwegserkrankungen (Costa-Pinto & Palermo-Neto, 2010; Kozyrskyj et al., 2008) und (b) zu Veränderungen der Struktur und Funktion einiger Hirnregionen (Gunnar, Herrera, & Hostinar, 2009) führen.

Stress und die Veränderungen im Körper

Glukokortikoide, wie Kortisol, werden über den Tag in den Kreislauf der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) ausgeschüttet und, bei den meisten Menschen, erhöht sich die Ausschüttung als Antwort auf Stressoren. Die Aktivierung der HHNA ermöglicht die Mobilisierung von Energiereserven: sie erhöht die Herzrate, den Blutdruck, die Aufmerksamkeit und die Bewusstheit für die Umgebung. Ist der Stress kontrollierbar, kurz und vorhersagbar, fördert die HHN Achse Anpassung und Resilienz, aber wenn die Herausforderungen unkontrollierbar, unvorhersagbar und tiefgreifend sind, kann der Stress „toxisch“ werden und die Funktionsweise der HHN Achse verändern.

Gewöhnlich wird Kortisol in einem Tagesrhythmus ausgeschüttet, mit einem niedrigen Level beim Aufwachen, gefolgt von einem Hoch in der Mitte des Morgens und einer stetigen Abnahme zur Nacht hin. Bei Müttern mit postpartaler Depression, haben Säuglinge einen niedrigeren Rückgang im Verlauf des Tages. Mit anderen Worten: sie haben ein anderes Muster, welches durch einen anhaltend hohen Kortisolspiegel am Nachmittag gekennzeichnet ist. Bei näherer Betrachtung reduzieren die Säuglinge, deren Mütter zärtliche Berührungen, Augenkontakt, Lächeln und kontingente Vokalisation einsetzen, ihren Kortisolspiegel am Nachmittag (Letourneau, Watson, Duffett-Leger & Hegadoren, in review). Dies bestätigt beim Menschen einen Prozess, der schon lange bei Ratten Jungen bekannt ist.

Im Gegensatz dazu fluten störende, Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder nicht vorhersehbare Erfahrungen das Gehirn mit Kortisol. Die chronische Aktivierung der HHN Achse hat schädliche Folgen für die Kindesentwicklung. Hohe, anhaltende Dosen von Kortisol beeinträchtigen das neuronale Wachstum und die dendritischen Verbindungen. Auf diesem Weg hinterlässt toxischer Stress einen anhaltenden biologischen Fingerabdruck des Schadens an Gehirnstrukturen und -funktionen (Shonkoff, 2004).

Stress und Veränderungen im Gehirn

Zwei bedeutende Hirnregionen, die von toxischem Stress betroffen sind, sind der Hippokampus und der präfrontale Kortex. Diese Hirnregionen stehen in Beziehung zum Gedächtnis und zur Selbstregulation und bilden die Grundlage der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung. Im Verlauf der Zeit können die Auswirkungen von toxischem Stress auf Hirnstrukturen und -funktionen zu Verschiebungen von Verhaltensmustern führen, weg von Kontext-responsiver Organisation, hin zu eher habituellen, rigiden und stereotypen Mustern. Solche Kinder verfügen über eine geringere eigenständige Problemlösefähigkeit. Der Zusammenhang zwischen Belastung durch eine mütterliche Depression während der ersten zwei Lebensjahre und Hyperaktivität zwischen dem zweiten und dem achten Lebensjahr, verweist auf einen möglichen Ausgang, toxischem Stress chronisch ausgesetzt zu sein (Letourneau et al., 2006). Ebenso mehren sich Hinweise darauf, dass toxischer Stress möglicherweise entzündliche Reaktionen des Körpers beeinflusst (Gunnar, et al., 2009).

Folgerungen für Kliniker

Die Effekte von toxischem Stress in der frühen Kindheit sind besonders besorgniserregend, weil das Gehirn besonders sensibel für Erfahrungen in dieser Phase der schnellen Hirnentwicklung ist. Auch basiert die zukünftige Hirnentwicklung des Kindes auf gegenwärtige und vergangene Hirnentwicklung. Also bewirken Veränderungen der Hirnstrukturen- und -funktionen aufgrund von toxischem Stress kumulative Veränderungen – die nicht nur gegenwärtige Aspekte der Entwicklung einer jeweiligen Entwicklungsstufe betreffen, sondern auch die nächste Entwicklungsstufe, die auf vorangegangenem Wachstum aufbaut. Das heißt, das Gehirn passt sich an vergangene und gegenwärtige Verhältnisse an und dieses kann Individuen auf diese Verhältnisse beschränken.

Literatur

Costa-Pinto, F., & Palermo-Neto, J. (2010). Neuroimmune interactions in stress. *Neuroimmunomodulation*, 17, 196-199.

Gunnar, M., Herrera, A., & Hostinar, C. (2009). Stress and early brain development. Montreal, QC.

Kozyrskij, A., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K., Becker, A., & MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, 142-147.

Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., & Hegadoren, K. (in review). Maternal-infant interactions are related to cortisol levels in mothers and infants affected by postpartum depression.

Letourneau, N. L., Fedick, C. B., Willms, J. D., Dennis, C. L., Hegadoren, K., & Stewart, M. J. (2006). Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. In D. Devore (Ed.), *Parent-child relations: New research* (pp. 45-63). New York, NY: Nova Science Publishers.

Shonkoff, J. (2004). Science, policy, and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do (pp. 1-12): Ounce of Prevention Fund.

Nicole Letourneau, Ph.D., infirmière diplômée, Université du Nouveau-Brunswick & Gerry Giesbrecht, Ph.D., Université de Calgary

Bindung in Aktion: Warum kann Nell nicht gehen?!!

Die elfjährige Nell kam mit ernststen Unterleibsschmerzen ins Krankenhaus. Sie wurde intravenös und mit starken Schmerzmitteln behandelt, aber es konnte kein medizinischer Grund für ihre Symptome gefunden werden. Trotzdem klagte sie weiterhin über so starke Schmerzen, dass sie sich kaum bewegen konnte. Wenn sie ging, bot ihr Gang ein Schauspiel aus langsamen, ruckartigen Bewegungen, begleitet von Stöhnen, Zuckungen und nervösem Lidschlag. Die Pfleger bemerkten ein vermehrtes Auftreten der Symptome, wenn Familienmitglieder zugegen waren.



Sally Byrne

Nell wurde zur psychologischen Medizin überwiesen. Festgestellt wurde, dass sie perfektionistisch und ambitioniert war und sich besonders angestrengte, aber mit ihren zwei Rattenschwänzchen und ihrer zarten Stimme sehr jung aussah. Sie war aber auch kontrollierend. Ihre Familie war hochgradig bemüht um ihre Bedürfnisse und präsentierte sich harmonisch, sozial angesehen und ohne Stressoren. Die Diagnosen einer somatoforme Schmerzstörung sowie einer Konversionsstörung wurden gegeben.

Es wurde ein SAA durchgeführt um Nells Selbst-protective Strategien, Stressoren, die sie belasteten, sowie Traumata und Verluste zu identifizieren. Nell schien sowohl eine zwanghaft gefügte Strategie (A4) als auch eine strafend sowie verführerisch nötige Strategie (C5-6) anzuwenden. Es gab außerdem Hinweise darauf, dass irgendetwas zu Hause „nicht stimmte“ und wiederholte Hinweise, dass die Mutter angespannt war.

Unsere Arbeitshypothese war, dass Nell eine A Strategie der Inhibierung und Leistungsorientierung nutzte, die nicht mehr funktionierte, weil gut und gehorsam zu sein, nicht mehr für ausreichende Aufmerksamkeit sorgte. In der Folge versuchte sie eine verzweifelte somatisierende C-Strategie. Das SAA jedoch ergab keine Informationen darüber, warum sie zu dieser Strategie wechseln musste.

Zu Weihnachten ging Nell für einen 6 Wochen Urlaub im Rollstuhl nach Hause. Ihre Unterleibsschmerzen waren verschwunden, aber sie war immer noch unfähig zu gehen und benötigte eine fast konstante Pflege.

Nach den Ferien, kombinierte ein stark strukturiertes Rehabilitationsprogramm Besuche der Krankenhaus Schule, tägliche Physiotherapie, psychologische Einzeltherapie und wöchentliche Familiensitzungen.

In diesen Sitzungen, sprach die Mutter von früheren ehelichen Spannungen, die fast zu einer Trennung geführt hatten und beklagte sich heftig über die Lasten des Haushalts und der Kinder. Nells Vater bemerkte nur wenige Probleme und leugnete jeglichen ehelichen Konflikt. Nell war erpicht darauf, für ihre Eltern zu sprechen und pedantisch in ihrer

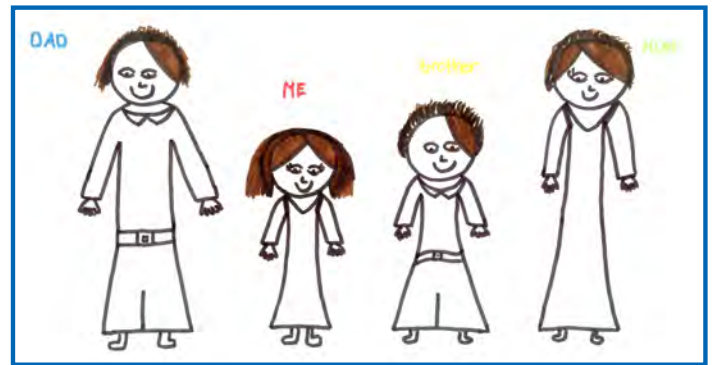


Aufmerksamkeit für Details.

Nell absolvierte fleißig ihr Reha Programm und bewegte sich zwar ruckartig, aber selbstständig innerhalb von zwei Wochen. Sie kehrte an ihre Schule zurück, während sie weiterhin an täglichen ambulanten psychologischen und physiologischen Therapien und an monatlichen Familiensitzungen teilnahm. Die Einzeltherapie offenbarte schrittweise ihr feines Bewusstsein der ehelichen Spannungen und ihre Angst vor einer Scheidung.

Nells Mutter berichtete, dass wenn ihr Mann frustriert war, er verbal ihr und den Kindern gegenüber explodierte. In seiner Kindheit, erlebte er häufige und intensive Konflikte zwischen seinen Eltern und erinnerte sich, dass er sich gewünscht hatte, seine Eltern würden sich trennen. Er glaubte, dass Konflikte dazu neigten, zu explodieren, um sich dann wieder aufzulösen und bevorzugte dies im Vergleich zu dem „unterdrückten“ Stil der Familie seiner Frau. Um Konflikte zu vermeiden, versuchte Nells Mutter Schwierigkeiten alleine zu bewältigen. In der Folge führte dieses dazu, dass sie sich schlecht fühlte. Das Paar versuchte seine Konflikte zu verstecken, indem sie diese hinter geschlossenen Türen austrugen. Wenn sie dazu ermuntert wurden, diese Themen in den Familiensitzungen zu diskutieren, reagierte Nell mit körperlicher Unruhe und versuchte die Spannung mit Humor aufzulösen.

Langsam wurden Nells Ängste den Eltern nahe gebracht.



Obwohl sie weiterhin ihre Konflikte minimalisierten, wurden sie dabei unterstützt, Nell mehr explizite Information zur Verfügung zu stellen. Als Nell wieder in ihrer früheren, zwanghaft leistungsorientierten Strategie funktionierte, beendeten ihre Eltern die Therapie in dem Glauben, dass diese nicht weiter erforderlich sei. Nells SAA war nützlich, um auf die ehelichen Konflikte als den wahren Ursprung ihres Kammers hinzuweisen, aber erinnert uns, dass das SAA nicht als alleiniges Assessment genügt, sondern dass üblicherweise weitere Information notwendig ist.

Sally Byrne – Child Psychiatrist,
Children's Hospital at Westmead Sydney, Australia

Alexithymie: Fehlende Worte für Gefühle oder Verstecken von gefährlicher Information?



Nicola Sahhar

Alexithymie ist charakterisiert durch die Unfähigkeit Gefühlszustände zu erschließen und zu verbalisieren, gepaart mit einer eingeschränkten Fähigkeit zur Imagination und einer Orientierung an externalen Details (Sifneos, 1973). Obwohl Alexithymie im DSM-IV oder ICD-10 nicht erwähnt ist, wird es von verschiedenen Forschern untersucht. Eine zentrale Frage ist, ob es sich um ein linguistisches Problem oder um ein interpersonelles, familiäres

Problem handelt.

Eine empirische Studie

Um diese Frage zu klären, wurden Erwachsenen-Bindungsinterviews von Patienten mit und ohne Alexithymie-Diagnose nach der Klassifizierungsmethode des Dynamischen Entwicklungsmodells der Bindung und Anpassung (DMM) von Crittenden ausgewertet.

AAI's von Patienten mit Alexithymie waren gekennzeichnet durch

- eine Typ A3-6 zwanghafte Selbst-protective Strategie (A+)
- einige hatten zusätzlich eine obsessive Selbst-protective Strategie (i.e., A+/C+)
- Triangulierung
- Unverarbeitetes Trauma und/oder unverarbeiteter Verlust
- Depression (Dp ausschließlich mit A+)
- Ausgedrückte somatische Symptome ([ess] ausschließlich mit A+/C+)

Zwanghafte Strategien waren charakterisiert durch die Inhibierung oder Verfälschung echter negativer Affekte bis hin zum Extrem einer Nicht-Wahrnehmung jeglichen echten negativen Affekts wie Trauer, Wut oder Angst. Depression verweist auf ein Nicht-Funktionieren existierender, interpersoneller Selbst-protectiver Strategien in der aktuellen Lebenssituation des Einzelnen hin; deren Funktion ist es, Erregung zu reduzieren und den Ausdruck von Affekt klein zu halten. Diese Klassifizierungen sind konsistent mit der Unfähigkeit, Gefühle zu verbalisieren.

AAIs mit ausgedrückten somatischen Symptomen (expressed somatic symptoms, ess) sind durchzogen von störenden körperlichen Symptomen, wie lautes und intensives Atmen, welche kurze Unterbrechungen des Interviews produzieren und die Kommunikation unterbrechen. Obwohl somatische Äußerungen die Aufmerksamkeit von psychologischen oder interpersonellen Themen ablenken, scheint der Sprecher sich der physiologischen Symptome nicht als etwas Bedeutsames bewusst. So verweisen ausgedrückte somatische Symptome auf einen Konflikt zwischen Wissen und Äußerung: sie beinhalten implizit verbotene Information, welche einen Weg in somatischen Äußerungen, außerhalb der bewussten Wahrnehmung findet.

Als Kinder wurden Patienten, deren AAIs als Utr UI A+C+ [ess] klassifiziert worden sind, vermutlich in Familienkonflikte um Familiengeheimnisse herum verwickelt.

Fallstudie

Willi, ein 50-jähriger Mann, welcher unglücklich in seiner Ehe war, entwickelte somatische Symptome, die Herzkrämpfe, Hörverlust, Kontakt Dermatitis und Hodenentzündungen umfassten. Während seines AAIs markierte er wichtige Information durch tiefes Ein- und Ausatmen, manchmal kombiniert mit heftigem und unerwartetem Weinen, das nicht zum Inhalt zu passen schien. An anderen Stellen minimalisierte

er seinen affektiven Ausdruck, während er stark negative Erfahrungen beschrieb.

Als Kind war die eheliche Beziehung seiner Eltern belastet von der häufigen Abwesenheit des Vaters. Zusätzlich war sein Vater gewalttätig ihm gegenüber und seine Mutter beschützte ihn nicht vor dem Vater. Die Art, wie er über seine Familie sprach, beinhaltete Unterbrechungen und Lücken, was nahe legte, dass er etwas erlebt hatte, was zu wissen verboten war, weil die Enthüllung die Familieneinheit in Gefahr bringen würde.

Die Auswertung des AAls legt folgende Hypothese nahe: Der mögliche Ehebruch beider Eltern könnte, wenn er enthüllt würde, die Familie zerstören. Somit musste die Wahrnehmung des Kindes verleugnet werden und könnte zu einer somatisch repräsentierten Information geworden sein. In diesem Fall entspräche Willis Atmen während des AAI den Atemmustern während des Geschlechtsverkehrs. So wurde der Ehebruch möglicherweise somatisch repräsentiert, in einer Art, wodurch der Zugang zur Symbolisierung und zum semantischen Ausdruck gesperrt war (cf., Kraemer, & Loader, 1995; Sifneos, 1973; Sonnby-Borgström, 2009). Dieses reduzierte den familiären Konflikt, wurde aber stattdessen mit körperlichem Leiden verknüpft.



Obwohl es nicht möglich war, diese Hypothese anhand von

biographischen Material zu stützen oder zu widerlegen, könnte man sich ein Kind vorstellen, welches unfreiwilliger Zeuge (verbotener) erwachsener Intimität wurde, dem tiefen Stöhnen und Atmen der Erwachsenen lauschte, ohne fähig gewesen zu sein, diese Information zu integrieren und dem es nicht erlaubt war zu verstehen, was passierte. In solchen Fällen verweist Alexithymie auf verbotene, aber unfreiwillig ausgedrückte Information hin, welche nicht erlaubt ist, in Worte gefasst zu werden. Die koronaren Spasmen des Mannes sind so möglicherweise mit seiner Angst verknüpft, seine verminderte Hörfähigkeit damit verknüpft, Zeuge der Affären der Mutter mit anderen Männern gewesen zu sein, und seine Dermatitis und Hodenentzündung mit seinen generalisierten Konflikten in Bezug auf Intimität und Sexualität verbunden.

Falls diese Hypothesen richtig sind, dann besteht die Herausforderung für den Therapeuten darin, eine Entwicklung geteilter Aufmerksamkeit zu gewähren, gegenüber wahren, aber maskierten Repräsentation des Selbst in Beziehung zu anderen, welche in somatischen Symptomen zum Ausdruck gelangen.

Nicola Sahhar, Psychoanalytiker, Köln, Deutschland

Literatur

Kraemer, S. & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.

Sonnby-Bergström, M. (2009). Alexithymia as related to facial imitation, mentalization, empathy, and internal working models-of-self and -others. *Neuropsychoanalysis*, 11, 111-128.

Der adaptive Wert der Verzweiflung eines psychosomatischen Zusammenbruchs als Folge von Kindesmissbrauchs

Verzweiflung ist ein hilfloser mentaler Zustand, der Menschen dazu bringt, ihr gewöhnliches Verhalten aufzugeben und nach Hilfe von anderen zu suchen (Crittenden 1997). Es repräsentiert einen letzten Versuch, sich selbst zu schützen, in dem der eigene Zustand jemandem anderen mitgeteilt wird. Daher spiegelt es einen letzten Fetzen Hoffnung wider und hat einen adaptiven Wert. Eine Fallstudie wird dieses Konzept beleuchten.

Cabòs Geschichte

Cabò ist eine 37 jährige, verheiratete Frau. In ihrer Jugend trennten sich ihre Eltern nach Jahren voller Streitigkeiten und Cabo wurde zurückgelassen, um mit ihrem Vater allein zusammen zu leben. Später heiratete sie, wurde Mutter und fing an unter Angstzuständen, Reizbarkeit und explosiven Ärgerausbrüchen gegenüber ihrem Mann und ihrer Tochter zu leiden. Ihr Hausarzt erkannte eine Schilddrüsenüberfunktion und Exophthalmie (von ihr gänzlich abgestritten), welche durch Medikation gelöst wurde. Nach einem Jahr einer DMM-geleiteten, psychodynamischen Therapie verbesserte sich ihr emotionaler Zustand und Cabò beendete die Behandlung abrupt. Ihre physischen Symptome hatten nachgelassen und ihre Selbst-protective Strategie war repariert und funktionierte wieder.



Franco Baldoni

Drei Jahre später verstarb ihre geliebte Großmutter. Schon bald wurde Cabò wegen schwerwiegenden Magen-Darm- und Harnwegsbeschwerden, hohem Fieber und Augenentzündungen sowie in verwirrtem Geisteszustand, stationär aufgenommen; es gab jedoch keine medizinischen Hinweise für ihre Symptome. Verzweifelt und mit Angst zu sterben, bat sie unter Weinen darum, mit ihrem Ehemann und mir zu sprechen und offenbarte zum ersten Mal, dass sie von ihrem Vater sexuell missbraucht worden war. Außerdem gestand sie, mehrere außereheliche Affären gehabt zu haben.

Vor der zweiten Runde Psychotherapie führte ich ein AAI mit Cabò durch und nutzte dieses dazu, ihre Probleme zu formulieren und die Therapie zu strukturieren.

DMM Formulierung

Das Langzeitproblem. Cabòs AAI zeigte eine zwanghafte Typ A Strategie, gekennzeichnet von partieller Depression und ungelöstem Trauma durch sexuellen Missbrauch: (Dp) Utr(p) sexueller Missbrauch A4-5 (7). Zwanghaft gefügig (A4), promiskuitive Haltung (A5), und das Abtun negativen Affekts (A) waren zentral für ihr Funktionieren. Ihr Vater könnte ihr

Verhalten falsch interpretiert haben und gab unregulierten sexuellen Signalen nach (siehe Ferenczi 1933). Cabò tat den Missbrauch viele Jahre lang ab, was sie daran hinderte zu lernen, sichere sexuelle Beziehungen zu entwickeln. Ihr gutes Aussehen gewährleistete, dass sie Aufmerksamkeit und Schutz durch andere bekam, aber verschärfte ihre promiskuitiven Tendenzen. Somit verführte sie und wurde von Männern verführt, ohne ihren eigenen Beitrag anzuerkennen. Die Unfähigkeit Gefühle zu erkennen und zu regulieren, führte zu Intrusionen von negativem Affekt und ernststen somatischen Reaktionen. Das Ignorieren ihrer Angst und Vulnerabilität, hielt sie davon ab, Hilfe zu suchen (Baldoni 2010).

Die auslösende Krise

Die psychologischen und somatischen Symptome, die dem Tod ihrer Großmutter (eine idealisierte Bindungsfigur) folgten, waren eine ernsthafte Bedrohung für Cabòs Leben. Den Tod fürchtend, gab sie ihre übliche Selbst-protective Strategie auf und wurde aktiv und sichtbar verzweifelt. Dies ermöglichte es ihr, Hilfe bei ihren Bindungsfiguren zu suchen: ihr Ehemann und ihr früherer Psychotherapeut.

Die Behandlung

Noch bevor sie das Krankenhaus verließ, offenbarte sie (1) ihre Affären und ihren Missbrauch, äußerte sie (2) ihr vorher unterdrücktes Leiden und zeigte (3) Signale vom Trauma absorbiert zu sein (welches nicht mehr länger abgeblockt war). Dieses beseitigte ihre physischen Symptome und reduzierte dramatisch ihre Wutkrise (Intrusionen von negativem Affekt). Mit der Durcharbeitung des Traumas verbesserte sie ihre Beziehung zu ihrem Mann und ihrer Tochter in nur wenigen Monaten.

Cabòs Geschichte zeigt, wie eine Bindungskrise in einer zwanghaften Typ-A Strategie, zusammen mit einem geblockten Trauma, zu einem Strategiever sagen und zum psychosomatischen Zusammenbruch führen kann. Die Angst vorm Sterben unterstützte die ausgedrückte Verzweiflung, die es Cabò ermöglichte sowohl Hilfe zu suchen als auch den vergangenen Missbrauch zu offenbaren. Indem sie eine Krise nutzte, ihre Strategie zu ändern, gesündete sie körperlich und verbesserte ihre Beziehungen sowie ihre Sicherheit.

Franco Baldoni, MD, PhD, Associate Professor in Clinical Psychology, University of Bologna (Italy)

Literatur

Baldoni F. (2010): *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica (The psychosomatic perspective. From theory to clinical practice)*. Bologna: Il Mulino.

Baldoni F. (2011): "La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa" (The adaptive function of desperation in the failure of attachment strategies: a Dynamic-Maturative perspective). In V. Caretti, Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) *Trauma. Teoria, clinica, ricerca*. Roma: Astrolabio (in press).

Crittenden P. M. (1997): "Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach". In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes. Rochester: University of Rochester Press, pp. 34-84.

Ferenczi S. (1933): "Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and the language of passion". *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, pp. 225-230, 1949.

Aufdeckung von Somatisierung durch die Anwendung Intensiver Dynamischer Kurzzeit Psychotherapie



Allan Abbass

Unterbrechungen von Bindungen und Unterbrechungen im Bemühen, sich zu binden, wie Tod oder Krankheit eines Elternteils, produziert eine Kaskade komplexer Emotionen. Diese Emotionen schließen Schmerz, Zorn und Schuldgefühle wegen des Zorns ein. Davanloo (1990) von der McGill Universität hat solche Interaktionen systematisch beobachtet und nutzte diese als Basis zur Entwicklung seines Modells der Intensiven

Dynamischen Kurzzeit Psychotherapie (ISTDP). Davanloo entdeckte, dass unbewusste Emotionen wie Trauer, Zorn und Schuld wegen des Zorns unbewusste Angst hervorruft. Er beobachtete vier Hauptmuster körperlicher Antworten, welche wir im Folgenden beschreiben werden. Unbewusste Abwehr wie Isolierung des Affekts, Verdrängung des Affekts und Projektion erwachsen, um diese unbewussten Emotionen zu unterdrücken. Davanloos Arbeit ermöglicht es uns, solche emotionalen Mitwirkungen direkt mit somatischen Beschwerden diagnostisch in Verbindung zu bringen.

Der erste Entladungsweg wird entladendes Muster der gestreiften Muskulatur genannt. Dieses Muster ist klinisch sichtbar im Ballen der Fäuste und seufzender Atmung, welche vom oberen Körper nach unten fortschreitet. Bei voller Körperspannung können Tics, Krämpfe als auch nachfolgende Schmerzen entstehen. Hyperventilation kann ein Resultat exzessiven unbewussten Seufzens sein.

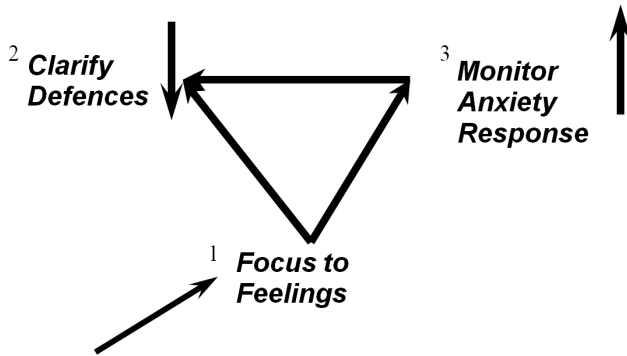
Der zweite Entladungsweg bezieht die glatten Muskeln ein. Glatte Muskulatur findet sich im Darm, in den Atemwegen, in Blutgefäßen und in der Blase. Vorbewusstes Lernen gemäß lerntheoretischer Prinzipien macht diese Muskeln empfänglich für akute oder chronische Krämpfe, assoziiert mit einer Anzahl von gewöhnlichen medizinischen Syndromen wie Migräne, Bluthochdruck, Reizdarm oder reaktiver Atemwegserkrankungen.

Der dritte Entladungsweg unbewusster Angst zeigt sich in Form von kognitiven und perzeptiven Störungen. Die Person kann Sehtrübungen oder komplette Blindheit, Störungen des Hörens oder anderer Sinne aufweisen. Die Person kann ohnmächtig werden oder halluzinieren. Diese Form der Angst kann mit psychotischen Momenten assoziiert werden.

Das vierte Muster ist das der motorischen Konversion. Bei diesem Muster sind die Muskeln schwach und es gibt keinen Hinweis auf andere Signale unbewusster Angst. So könnte z.B. eine Person entspannt sein, aber gleichzeitig eines der Gliedmaßen gelähmt sein.

La mobilisation active des émotions reliées à l'attachement Die aktive Mobilisierung bindungsbezogener Gefühle und Trauma naher Emotionen können dem Therapeuten dabei helfen die An-oder Abwesenheit dieser somatischen Wege für jeden Patienten zu erkennen. Wenn diese Emotionen mobilisiert werden, werden ebenfalls Abwehrmechanismen aktiviert. Angesichts der unbewussten Angst eines Patienten, ist der Therapeut direkt in der Lage die unbewussten Beiträge den somatischen Beschwerden zuzuordnen.





Mit bereits neunzehn veröffentlichten klinischen Studien sind die Daten, die Davanloos Behandlungsmodell stützen, sehr umfangreich (Abbass et al., 2008, 2009). Kosten-Effizienz Studien zeigen, dass die Behandlung die Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes ebenso reduziert, wie die Anzahl von Behinderungen und den Gebrauch von Medikation.

Wir haben gezeigt, dass ISTDP bei Patienten mit medizinisch

ungeklärten Symptomen die Wiederaufnahmen in den Notfallabteilung reduziert. Auf dieser Arbeit basierend erhielten wir finanzielle Mittel, um einen Psychologen in Vollzeit anzustellen, der diese Assessments in den Notfallabteilungen unserer lokalen Krankenhäuser durchführt.

Für weitere Information zum Assessment und Behandlungsmodell oder eines dieser Studien siehe auch www.istdp.ca

Allan Abbass MD FRCPC, Director, Centre for Emotions and Health Dalhousie University, Canada

Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms; preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*. 2009 Nov, 11(6), 529-34.

Abbass A. Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J Fam Pract* 2005, 54(3), 231-239.

Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct Diagnosis and Management of Emotional Factors in Chronic Headache Patients. *Cephalalgia*. 2008 Dec;28(12):1305-14.

Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Chichester: John Wiley and Sons; 1990.



Patricia Crittenden

Körper oder Gehirn? JA!

Körper und Gehirn sind Aspekte einer einzigen Einheit – nämlich einer Person! Und jeder Aspekt beeinflusst den anderen. In dieser Ausgabe der DMM News diskutieren wir **'psychosomatische' Störungen, jene Probleme, bei dem der Körper anscheinend weiß, was der Geist nicht sagen kann.**

Ihnen sind vermutlich ‚kognitive‘ und ‚affektive‘ Informationen und Repräsentationen bekannt. **Aber haben Sie bemerkt, dass wir das Modell um somatische Information und Repräsentationen erweitert haben?** Es wurde Zeit! Immerhin ist unsere erste Information im Leben somatisch und die bedeutendste Information für das Überleben ist somatisch. Tatsächlich wird soviel Information somatisch repräsentiert, dass ein Psychotherapeut es sich nicht leisten kann, diese bedeutende, wenn auch nicht explizite, Quelle der Information für das subjektive Wohlergehen zu übersehen.

Allan Abbass stellt uns eine kurze Liste zu beachtender



physischer Marker sowie Zitate von Studien zur Verfügung, um seine Ideen fortzuführen. Nicole Letourneau, die Herausgeberin

dieser speziellen Ausgabe der DMM News, beschreibt ihre Forschung mit Babys von Müttern mit postpartaler Depression. Ist ihre Arbeit über die Gehirnentwicklung von Babys wichtig? Tatsächlich ist es das für die 15% der Babys, die von einer depressiven Mutter geboren wurden: deren Hirnentwicklung und somit deren Entwicklung als Ganzes, gefährdet ist.

Sally Byrne zeigt uns, wie Bindung unsere tägliche Praxis verändern kann. Nells Bauch schmerzt so stark, dass sie nicht gehen kann, aber die Ärzte sagen, dass sie gesund ist. Lesen Sie über ihre Behandlung und fragen Sie sich selbst: **Was ist der Unterschied zwischen einer Behandlung, die eine**

‚zusammengebrochene‘ Nicht-B-Strategie (in Nells Falle, eine zwanghaft leistungsorientierte Strategie) repariert und einer Behandlung, die sowohl diese Strategie als auch die Funktion der Familie hin zu einer größeren Balance reorganisiert? Wenn Sie das so einschätzen, dass Nell und ihre Familie nur ihren vorherigen Status wieder erlangt haben – jenen, der Nells Symptome erzeugte, wie hätte ein Therapeut Nells Eltern davon überzeugen können, länger in Therapie zu bleiben, um anhaltende Veränderungen zu bewerkstelligen?

In Franco Baldonis Fall von Cabó, sehen wir sowohl eine reparierte Strategie nach ihrer ersten Krise und dann eine zweite Krise, die in einer gründlicheren Diagnostik, Formulierung und einem anderen Verlauf der Therapie mündete. Das Ergebnis ist eine Reorganisation hin zu einer adaptiveren Selbst-protectiven Bindungsstrategie.

Nicola Sahhar offeriert eine sehr herausfordernde Hypothese: **Repräsentiert Willis Stöhnen die zu wissen verbotene Information über die eheliche Untreue seiner Eltern? Wie könnte eine solche Hypothese an einem Patienten überprüft werden, ohne ihm die möglicherweise fehlerhafte Hypothese des Therapeuten anzubieten?**

Die Vielfalt der Themen dieser Ausgabe ist großartig- was uns nicht wirklich überraschen sollte. Nichts passiert im Verhalten oder seelisch ohne körperliche Beteiligung. Tatsächlich, wenn wir verletzt sind, sei es durch körperliche oder seelische Verletzung, registriert das Gehirn dieselbe Repräsentation im anterioren cingulären Kortex (Botvinik, et al., 2005; Eisenberger, et al. 2003)! Um heilende psychologische Behandlung zu leisten, müssen wir sowohl den Körper als auch den Geist beachten. D.h. jedes Verhalten ist ‚psycho-somatisch‘.

Haben Sie einen rätselhaften Fall, den Sie mit uns teilen möchten? Einen aufregenden Triumph therapeutischen Scharfsinns? Sind Sie ein IASA Mitglied, besuchen Sie unser Forum auf www.iasa-dmm.com und erzählen Sie uns von Ihren Erfahrungen. (Sind Sie kein Mitglied, warum treten Sie uns nicht jetzt bei!) Lassen Sie uns ins Gespräch kommen!

Patricia M. Crittenden, Ph.D., Family Relations Institute, EU

Literatur

Botvinick, M., Jha, A. P., Bylsma, L. M., Fabian, S., Solomon, P., & Prkachin, K. (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimaging*, 25, 312-319.

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290-292.