

## Amor & Psyche

# Die Liebe und die Psychiatrie

**B**ei einem Treffen mit Kollegen, das der Suche nach psychiatrischen Themen galt, die von allgemeinem Interesse sein könnten, tauchte der Gedanke auf, doch einmal den Zusammenhängen von Liebe und Psychiatrie nachzugehen. Das zuvor über lange Strecken schon etwas schwerfällig und müde gewordene Gespräch begann plötzlich aufzublühen wie ein Tulpenbeet in der warmen Frühlingsluft und bewies damit schlagkräftig, dass sogar einem akademischer Zirkel eine Prise Lebens eingehaucht werden kann, wenn Frau Venus – und sei es auch nur von ferne – ein klein wenig zwinkert.

Viele Ideen kamen auf und einer der Teilnehmer überraschte schließlich durch eine besonders gelungene Zusammenfassung der Thematik mit dem Satz: „Wenn Liebe Krankheit wird.“

Die Idee für diese NEUROTRANSMITTER-Ausgabe entsprang dem munteren Plaudern und Lachen, das sich schließlich an diesem Nachmittag entwickelt hatte. Doch als ich mich daran setzte, Liebe und Psychiatrie als gepaarte Begriffe in Lehrbüchern, medizinischen Lexika und schließlich im Internet zu suchen, musste ich feststellen, dass Psychiater anscheinend mit Liebe nicht viel im Sinn haben, zumindest nicht als Lehrbuchautoren oder als Forscher. Eine einzige Buchveröffentlichung „A General Theory of Love“ von drei amerikanischen Kollegen machte da eine rühmliche Ausnahme. 2001 bei Vintage Books in New York erschienen, soll es psychoanalytische Liebestheorien durch die Ergebnisse neurobiologischer Forschungen ersetzen. So werden auf mehr als 200 Seiten alle möglichen Arten von Liebe zwar einfühlsam und trotzdem sehr systematisch, gut verständlich auch für den informierten Laien dargestellt, aber dennoch letztlich einseitig und vereinfachend in das „Prokrustes-Bett des limbischen Systems“ gezwungen. Nun – die drei Autoren hatten Mut. Ihr Buch, das einen tiefen Einblick in die derzeitige neurobiologische Forschung der Emotionalität gibt, kann – nicht nur weil einzig dastehend – guten Gewissens zur Lektüre empfohlen werden.

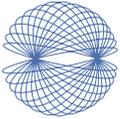
Schriftleiter  
PD Dr. med. Albert Zacher



© Archiv

In dieser Sonderausgabe des NEUROTRANSMITTERS „wagen“ sich einige deutsche Psychiater an Phänomene gesunder und krankhaft veränderter Liebe empirisch-wissenschaftlich, psychopathologisch, neurobiologisch oder anthropologisch-phänomenologisch heran. Auch dass Liebe nicht nur dem Patienten in einer Weise widerfahren kann, wie sie es nicht sollte, sondern ebenso gut dem Psychiater und Psychotherapeuten selbst, nämlich zum Beispiel dann, wenn sie in die Arzt-Patienten-Beziehung einbricht, wird zum Thema. Der Mythos von Amor & Psyche und Darstellungen dieses uralten geheimnisvollen Beziehungsdramas runden das Spektrum ab.

Ihr



## Lieben Sie Ihren Beruf?

Isst es nicht schrecklich und vermessen? Sogar des wunderschönen Themas „Liebe“ bemächtigt sich die Psychiatrie und Psychotherapie. Liebe – welch schöne Assoziationen und welch nachhaltige Ernüchterung im psychiatrischen Alltag: Eifersuchtsdramen mit kriminellem Ausgang, die sexuelle Obsession unter dem Deckmantel „Liebe“ zu Kindern und ihre verheerenden Konsequenzen, Liebeswahn bis hin zum „Stalking“, dieser verbreiteten und durch moderne Kommunikationsmittel transportierten Form individuellen Psychoterrors. Machen Sie sich auf einiges gefasst, wenn Psychiater und Psychotherapeuten über „Liebe und Psychiatrie“ referieren.

Wie noch heute viele junge Frauen im Orient, so werden auch die Kassenärzte zwangsverheiratet: mit ihrer KV.

Hassliebe? – Allenfalls!

So geht es uns auch mit der Gesundheitspolitik. Von Verliebtheit keine Spur! Verliebt scheinen vielmehr vor allem Gesundheitspolitiker aller Couleur: in sich selbst und ihre Konzepte, die sie so verbissen verteidigen.

Die Bürgerversicherung zum Beispiel mit ihrer trügerischen Aura der Gerechtigkeit: – ein Volk – eine Versicherung!

„Es wird Zeit“, so Angelika Beer von den Grünen, „dass sich nicht mehr 10% der Bevölkerung aus ihrer Verantwortung stehlen können!“ Sie meint damit die Privatpatienten, die sie in die Bürgerversicherung zwangsintegrieren möchte. Man beachte die Wortwahl! Aber ein hübsches Bild: die vielen Privatversicherten, die sich auf leisen Sohlen wie ein verschwiegener Liebhaber davon stehlen ...

Denken Sie an Horst Seehofer: ein Wechselbad der Gefühle in der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Seehofer. Kaum traten Andrea Fischer beziehungsweise Ulla Schmidt an seine Stelle, sehnte sich die Ärzteschaft nach dem starken Bayern zurück. Heute stichelt er sthenisch und moros gegen die Nebenbuhlerin und hofft, Angela Merkel mit einem skurrilen Stufentarif in der GKV ausbooten zu können. Merkel hat die besseren Argumente, durch externe Expertise und Zahlen jüngst gestärkt, aber wer wird schon wegen guter Argumente geliebt?!

Wettbewerbliches Prämiensystem mit sozialem Ausgleich oder Staatsmedizin. Das scheinen die Alternativen für die Zukunft. Mithin nicht rosig!

Lassen Sie uns gemeinsam eintreten gegen Zwang und Reglementierung. Werden Sie Mitglied in unseren Berufsverbänden. BVDP und BVDN sind eine starke Allianz! Lieben Sie Ihren Beruf!

Eine anregende Lektüre dieser Ausgabe sowie einen spannenden Kongressbesuch auf dem DGPPN Kongress 2004 wünscht Ihnen

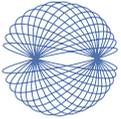
1. Vorsitzender BVDN  
**Dr. med. Frank Bergmann**



© Archiv

**DGPPN-Referat ambulante  
Versorgung**





## Baustelle über Baustelle – aber es geht voran!

**W**ieder ist ein Jahr vergangen und wir treffen uns in Berlin zum Jahreskongress unserer Fachgesellschaft. Was hat dieses Jahr uns Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gebracht? Kürzlich schaute ich in der Vorbereitung auf diesen Kongress noch einmal das Gutachten des Sachverständigenrates zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen von 2001 an. Da heißt es in Band III, Kapitel 13: Depressive Störungen „... (es ist) von einem Unterversorgungsgrad auszugehen im Hinblick auf die Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die fachpsychiatrische Versorgung in Heimen, die sozialpsychiatrische Betreuung von schwer psychisch Kranken.“ Als übergreifende Aspekte der Versorgung psychisch Kranker wurden unter anderem gesehen: „Trotz der seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 erzielten vielfachen Fortschritte, erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert ...“ „... bei psychiatrischen Erkrankungen bestehen Versorgungsprobleme, mit denen sich die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure eingehender befassen sollten“.

Zunächst einmal ist das für uns ja schmerzliche alltägliche Realität, aber es ist doch ein wenig Genugtuung, wenn ein von der Bundesregierung eingesetzter Sachverständigenrat bestätigt, dass es im Bereich unserer schwer erkrankten Patienten Versorgungsdefizite gibt. Andererseits ist dieser Bericht nun drei Jahre alt. Von politischer Seite ist bisher niemand auf uns zu gekommen und wollte die Versorgung verbessern. Im vergangenen Jahr hat sich der BVDP gemeinsam mit dem BVDN und DGPPN deshalb Verbündete gesucht, um diese Herkulesaufgabe in Angriff zu nehmen. So haben wir uns intensiv um neue Versorgungsformen, wie zum Beispiel um „Integrierte Versorgung“ oder „DMP Depression“ gekümmert.

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten wurde intensiviert. Sie planen, wie es im Übrigen auch das Sachverständigengutachten empfiehlt, sechs Monate Weiterbildungszeit im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie in die Ausbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu integrieren. Die Zusammenarbeit mit den beiden größten Psychologenverbänden Deutschlands wurde vertieft. Bei der KBV wurde gemeinsam mit BDN und BVDN sowie tatkräftiger Unterstützung von Prof. Dr. Mathias Berger, Präsident der DGPPN, unter großer Anstrengung und Zeiteinsatz das psychiatrische Kapitel des neuen EBM 2000plus so gestaltet, dass eine bessere strukturelle Abbildung unserer Tätigkeit darin erfolgt (staffelbare Gesprächsdauer, bessere Darstellung des Einbezugs von Ange-

1. Vorsitzende des BVDP  
**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim**



© Archiv

hörigen, Wiedereinführung der Sozialpsychiatrieziffer, höhere Bewertung der psychiatrischen Gesprächsziffern als der rein psychotherapeutischen Ziffern).

Derzeit arbeiten wir dem gemeinsamen Bundesausschuss – dem mächtigsten Gremium, das über die Strukturen ärztlicher Leistungserbringung entscheidet – mit dem Ziel zu, die Bedarfsplanung in unserem Fach zu verbessern und gleichzeitig eine bessere Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen zu erreichen. So sollen Anreize geschaffen werden, sich wieder als Psychiater und Psychotherapeut zu guten Bedingungen niederlassen zu können. Gleichzeitig haben wir allen Ärztemangelmeldungen zum Trotz durchaus erfreulich viel Nachwuchs in

den Kliniken. Nach Innerer und Allgemeinmedizin, Chirurgie und Anästhesiologie ist die mit fast 4.000 Kandidaten viertgrößte Gruppe von Weiterbildungsassistenten in unserem Gebiet tätig. Diese brauchen wir in Zukunft dringend, denn in den nächsten zehn Jahren werden 20–30% unserer Kolleginnen und Kollegen die Altersgrenze für Vertragsärzte von 68 Jahren erreichen und ausscheiden. Will ein Nervenarzt momentan seine Praxis verkaufen, findet er, wenn überhaupt, als Nachfolger entweder einen Arzt für Neurologie oder einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Das jeweils komplementäre Patientenkontingent bleibt dabei unversorgt. Dies sind alle Gründe, die dazu zwingen, die Bedarfsplanung zu überdenken.

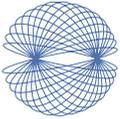
Ein Stiefkind ist nach wie vor die Soziotherapie. Es ist ein Skandal, dass Soziotherapie in Deutschland praktisch nicht stattfinden kann. Hier benötigen wir dringend weitere Anstrengungen zur Umsetzung dieses Bausteins der Versorgung. Angehörige- und Betroffenenverbände unterstützen uns darin.

Ein weiteres ungelöstes Problem ist das der Medikamentenrichtgrößen. Bereits eine Tagesdosis von 150 mg Amitriptylin überschreitet das durchschnittliche Arzneimittelbudget eines Psychiaters/Nervenarztes um 50% (!). Demnach ist jegliche Verordnung neuerer Antidepressiva oder Neuroleptika mit steter existenzieller Bedrohung des Verordners durch Regress verbunden. Die völlig undurchsichtige und regional von den Kassen und MDKs unterschiedlich gehandhabte Off-label-Problematik tut ein Übriges, um das alltägliche ambulante Arbeiten als Psychiater und Psychotherapeut zu erschweren.

Damit es mit uns Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gut weitergeht, brauchen wir Ihre Unterstützung!

Werden Sie Mitglied im BVDP! Wenn Sie bereits BVDN-Mitglied sind, werden Sie Doppelmitglied!

Ihre



- 3 — Editorial
- 5 — Grußworte aus dem BVDN
- 7 — Grußworte aus dem BVDP

### Fortbildung

- 10 — **Die Liebe und die Psychiatrie**  
Eine anthropologisch-psychiatrische Skizze
- 15 — **Liebe als spezifischer Gehirnprozess?**
- 22 — **„Stalking“ – ein psychiatrisch wie auch juristisch relevantes Phänomen**
- 27 — **Wahnsinnig eifersüchtig**  
Psychopathologie und Differenzialdiagnose des Eifersuchtswahns
- 33 — **Wenn Kinderliebe sich verirrt**  
Pädophilie
- 38 — **Sexualität im kulturellen Wandel**  
Liebe – Sexualität – Gesellschaft
- 42 — **Liebe in der Arzt-Patienten-Beziehung**  
Eine Charakterisierung anhand von sechs Falldarstellungen

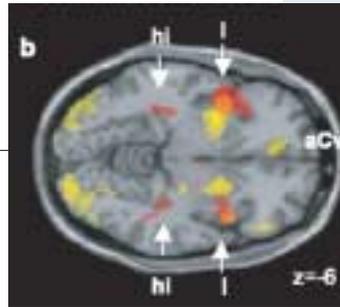
### Kunst & Kultur

- 49 — **Dieter Wellershoffs „Der Liebeswunsch“**  
Psychiatrie in der Literatur
- 54 — **Amor und Psyche**

### Sonstiges

- 58 — Markt & Forschung
- 65 — Service  
BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedschaft/Beitritt/Struktur
- 67 — Impressum

Dieses Sonderheft enthält auf S. 62 f. den Kongress Report aktuell „*Therapieziel Remission: Psyche und Physis gleichzeitig behandeln*“. Beigelegt finden Sie den Kongress Report aktuell „*Symptomkontrolle und ‚Wieder-klar-denken-können‘ mit Olanzapin: Das Funktionsniveau schizophrener Patienten langfristig verbessern*“.  
**Wir bitten um freundliche Beachtung!**



## Sichtbare Signale ...

... sendet die Liebe aus und lässt die Hirnregionen leuchten. Das Gehirn und nicht das Herz als Ort der Liebe? Den Beweis liefert die moderne Bildgebung; sie zeigt, wo die schönsten Gefühle entstehen.

15

## Liebevolle

### Zuneigung ...

... zu Minderjährigen kann auch verhängnisvolle Veranlagung sein. Wie vielschichtig Pädophile sind, was geschieht, wenn bloßen Phantasien sexuelle Taten folgen und wie Pädophilie unser Rechtsempfinden berührt, lesen Sie ab Seite



33



## Überwältigende Gefühle ...

... werden entfacht, wenn sein Pfeil mitten in das Herz trifft. Den antiken Mythos von Amor und Psyche, die Wirkung betörender Schönheit und die Kraft der Liebe schildert A. Zacher.

54

## Wie Sie uns erreichen

### Verlagsredaktion:

Dr. med. Christoph Posch,  
Tel. (0 89) 43 72-14 38, Fax (0 89) 43 72-14 00,  
E-Mail: posch@urban-vogel.de

### Schriftleitung:

PD Dr. med. Albert Zacher,  
Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04,  
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

## Werden Sie Mitglied!

Unterstützen Sie die Arbeit für unser Fachgebiet und unsere gemeinsame Zukunft – werden Sie Mitglied im BVDN/BVDP! Eine Beitrittserklärung finden Sie auf S. 66.

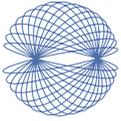
### Geschäftsstelle:

Dagmar Differt-Schiffers,  
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss  
Tel. (0 21 31) 2 20 99-20, Fax -22  
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

## Titelbild



**Das Herz! Kein anderes Symbol ist so eng mit Emotionen verbunden. Als zentrales Organ ist es Sitz „des Lebens“ und der Liebe. Grund genug, dieses Sonderheft dem größten aller Gefühle zu widmen.**



# Die Liebe und die Psychiatrie

## Eine anthropologisch-psychiatrische Skizze

A. ZACHER



„Meine Mutter“ – aus einer Kunstsammlung der Oberberg-Kliniken Glubigsee, Weserbergland und Schwarzwald

### Fall 1

Der 20-jährige Bürokaufmann, um den es hier geht, ist nicht mein Patient, wohl aber die 14-jährige Schülerin, die noch bis vor einigen Tagen seine Freundin war. Ihre Eltern hatten sie der psychiatrischen Behandlung zugeführt, weil sie plötzlich Angst wegen des all zu heftigen Werbens des jungen Mannes bekam. Dieser hatte ihr nach kurzer Bekanntschaft zunächst täglich Blumensträuße geschickt, was ihr durchaus schmeichelte und sie, die etwas Frühreife, seine Geliebte werden ließ, bis sie sich eingeengt fühlend die Beziehung beendete. Er jedoch wollte davon nichts wissen.

Als ihre Eltern auf seine stündlich – auch nachts – erfolgenden Anrufe mit der Androhung eines gerichtlichen Kontaktverbotes reagierten, stand plötzlich am nächsten Tag das Auto der Familie in Flammen. Der zurückgewiesene Liebhaber hatte einen Brandsatz gezündet, um seine Forderung nach Zugang zu ihr, die er über alles zu lieben nicht müde wurde, zu beteuern, zu erzwingen. Die Polizei konnte ihn schnell dingfest machen und erwirkte aufgrund seines hochgradig auffälligen und aggressiven Verhaltens während der Festnahme die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung.

### Fall 2

Von einer internistischen Klinik erfolgte der Anruf, dass eine junge Frau noch am gleichen Tag einen Termin brauche. Tags zuvor war sie von ihrer Mutter in das Krankenhaus gefahren worden, damit man ihr wieder einmal den Magen auspumpte. Mindestens acht Valium<sup>®</sup>-Tabletten hatte sie aus dem Schlafmittelvorrat der Mutter entwendet und mit einem Schluck Wasser hinunter gespült.

Die Liebe mit ihrer unzweifelhaft hohen Bedeutung für jeden Menschen und all ihren Facetten scheint kategorisierbar – und ist dennoch nicht gänzlich zu erfassen. Erlangt sie krankhafte Aspekte, ist häufig auch die Psychiatrie gefragt.

Danach rief sie den Freund an, der ihr durch eine SMS mitgeteilt hatte, dass er sich von ihr trennen wolle. Sie hatte ihm verdächtig gelassen Abschied gesagt. Er verständigte aufgeregt die Mutter, die recht gefasst reagierte, war es doch schon zum wievielten Male geschehen, dass ihre Tochter nach Trennungen mit Suizidversuchen dieser Art reagiert hatte.

### Fall 3

Die 63-jährige, schon immer allein stehende Pensionistin, adrett, vielleicht etwas zu jungmädchenhaft gekleidet, kommt nach einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zur ambulanten Weiterbehandlung. Sie war eingewiesen worden, weil sie sich nach langen Jahren immer mehr in der Überzeugung verfangen hatte, dass ein behandelnder Arzt sie liebe und mit ihr zusammen leben wolle, aber es nicht wage, ihr dies zu zeigen. Seine Ehefrau, das stand für sie fest, drohe ihm ihretwegen und zwingt ihn, bei ihr zu bleiben. Schließlich lauerte sie der Arztfrau auf, beschimpfte und schlug sie. Nach der Zwangseinweisung stellte sich heraus, dass die Frau felsenfest davon überzeugt war, die Angegriffene habe versucht, sie mit Mikrofonen und Videokameras auszuspionieren, sie gar zu vergiften. In Nächten vor dem Überfall auf die Arztgattin habe sie deutlich deren Stimme und die eines Komplizen aus der Wohnung über ihrer eigenen gehört und das Gift in einer Limonadenflasche gerochen, die sie ihrem Kühlschrank entnahm.

### Liebe und Psychiatrie

Vielfältig sind die Berührungen von Psychiatrie und Liebe. In den drei willkürlich aus dem Praxisalltag herausgepickten Fällen spiegeln sich nur einige davon wider. Aber schon in diesen zeigt sich, dass die Psychiatrie, als die Lehre von den krankhaft veränderten Seelenzuständen des Menschen, zunächst zwei wesentliche Unterscheidungen in ihrem Umgang mit dem wohl mächtigsten Ge-

fühl, dessen der Mensch fähig ist, treffen muss:

► Liebe begegnet dem Psychiater sehr häufig als Anstoß zu oder Auslöser von psychopathologischen Störungen: Der unglücklich Verliebte und aus seinem Leid heraus in tiefe Schwermut Abgleitende begegnet ihm ja nicht nur in Sherehezades Erzählungen aus den 1001 Nächten, nicht nur im Werther Goethes, sondern schlicht fast täglich in der Sprechstunde. Auch die Erstmanifestationen psychotischer Erkrankungen oder deren Wiederaufflammen lassen sich nicht selten nach den hochschlagenden Wogen in einer Liebesbeziehung erkennen, während anklammernde, Freiheit einschränkende und Selbstvertrauen zerstörende Beziehungen, in denen die Liebe oft durch die Angst vor dem Verlassenwerden ersetzt ist, in Panikattacken hineintreiben können.

Liebe und die oft mit ihr verbundenen Gefühle von Enttäuschung und Trauer, aber wohl auch überschäumende Glücksgefühle können psychische Erkrankungen zur Folge haben. Das lässt sich wahrscheinlich wissenschaftlich nicht beweisen, weil Liebe als umfassendes Phänomen „nicht operationalisierbar“ ist, aber die lebenspraktische Erfahrung spricht dafür. In diesem Zusammenhang begegnet sie dem, der dafür offen ist, täglich in Klinik und Praxis auch ohne jeden wissenschaftlichen Nachweis.

► In der dritten Falldarstellung war aber ein anderes Phänomen deutlich geworden: Liebe war in ihr selbst krankhaft entartet, Liebe war selbst zur Krankheit geworden, hatte sich doch das Liebesgefühl der Patientin offenkundig auf ein Liebesobjekt gerichtet, hatte auf einen Partner „gezielt“, der davon nichts wissen wollte. Dennoch hatte sie sich absolut gewiss gewähnt, wiedergeliebt zu werden, und es war ein Drama daraus entstanden, das sich letztlich auf Wahn und Halluzination gründete.

Im Unterschied zu den ersten beiden Beispielen, die den Titel tragen könnten „Wenn Liebe in Krankheit mündet“, lässt sich die Entwicklung in der dritten Falldarstellung in den Satz fassen „Wenn Liebe selbst zur Krankheit wird“.

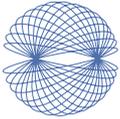
### Arten mitmenschlicher Liebe

Um das Phänomen Liebe und seine Berührungen mit der Psychiatrie einer phänomenologisch-begrifflich differenzierten Betrachtung unterziehen zu können, bedarf es zunächst einer Stoffsammlung, die den sprachlichen Gebrauch von „Liebe“ im weitesten Sinne aufgreift, sich allerdings in diesem Falle auf Liebe als Gefühl zwischen Menschen beschränkt. Das heißt, dass alle Verwendungen des Begriffes „Liebe“ dort wo es um Liebe zu Tieren, zu geistigen oder materiellen Objekten geht, ausgeklammert werden.

Die ungeheure Fülle von Liebesromanen, Liebesfilmen, Liebesgedichten etc., die schier uferlose Beschäftigung mit Liebe in Schlagern, Theaterstücken, in allen möglichen Gesprächssituationen zeigt, dass dieser mit all ihren Höhe- und Tiefpunkten, insbesondere in ihrer Verknüpfung mit der Sexualität, eine uneinschätzbar hohe Bedeutung für den Menschen zukommt (ob Sexualität in Liebe eingebettet oder umgekehrt Liebe ein Ausfluss des Sexualtriebes ist, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden).

Von Liebe sprechen wir aber nicht nur im Bereich partnerschaftlicher Hingezogenheit oder sexuell-triebhafter Begehrde, sondern auch im Bereich der Beziehung zwischen Eltern und Kindern. Die Wichtigkeit dieser Formen von Liebe zeigt sich unter anderem darin, dass Eltern- beziehungsweise Kindesliebe zu den Eltern als das eigentlich natürliche, geradezu als Naturgesetz angesehen wird, sodass deren Bruch als widernatürlich, unethisch und verwerflich (dort allerdings nur auf die Kinder bezogen) in den Zehn Geboten Niederschlag findet.

Eine Form des Gefühls Liebe wird aber auch der Beziehung von Menschen zu Gott oder profaner gegenüber politischen oder ideologischen Führern oder Herrschern zugesprochen. Auch Freundschaft ist das Gefühl der Liebe beigemengt, können wir dem Sprachgebrauch entnehmen. Und wenn Mitmenschen „aus freiem Herzen“ vieles für andere tun, ohne dafür Gegengaben zu erwarten, sprechen wir ihnen in einem ganz allgemeinen Sinne „Menschenliebe“ zu, die sich in diesen Werken der „Nächstenliebe“ niederschlägt.



### Einengung der Problemstellung

So betrachtet ist Liebe im zwischenmenschlichen Bereich zweifelsohne „ein weites Feld“ und die verschiedensten Arten von Zuneigung – das Gefühl des Hingezogeneins, der Fürsorge oder einer spezifischen Art von Bewunderung (womit alle einzelnen Elemente dessen, was wir sprachlich in den Begriff Liebe kleiden, nicht erschöpft sind) – begegnen uns als zentrale Phänomene unserer Existenz, die wie alles Menschliche auch ins Krankhafte führen oder selbst abgleiten können. Um diese verschiedenen Kategorien von Liebe herausarbeiten zu können, sollen im Folgenden gemeinsame existenzielle Grundstrukturen der „Liebesphänomene“, wie sie oben zusammengetragen sind, auf ihr psychopathologisches Potenzial hin untersucht werden.

Wenn nun an dieser Stelle einige wenige markante Strukturelemente verschiedener Arten von Liebe entwickelt werden, darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die uns allen vertrauten Phänomene von Liebe im Zwischenmenschlichen, die sich in den unterschiedlichsten Beziehungsstrukturen finden lassen (Einzelmensch – Mitmenschen, Eltern – Kinder und umgekehrt, Partner untereinander etc.), zwar von einer Kategorie dominiert werden, ja dafür geradezu charakteristisch sind, dass sich jedoch diese einzelnen Arten von Liebe (Elternliebe, Kindesliebe, Partnerliebe etc.) immer als Gemisch verschiedener Grundkategorien von Liebe darstellen.

### Umsorgende Liebe

Greifen wie als erstes Beispiel die Elternliebe heraus, so ist sicher eines ihrer Hauptcharakteristika das „Umfangen“ und Umsorgen des Kindes. Diesem Wesenselement entsprechend soll eine Kategorie der Liebe als „umsorgende Liebe“ begrifflich festgehalten werden, die nahe verwandt ist mit der „fürsorglichen Liebe“ im Sinne der Caritas, die als Nächstenliebe, als Menschenliebe, in einer spezifischen Zuneigung anderen, nicht Familienangehörigen, gegenüber besteht. Wie bereits erwähnt, ist mit dem Merkmal des „Umsorgens“ weder Elternliebe noch die ihr in diesem Punkt verwandte Menschenliebe völlig erfasst.

Doch darum geht es hier nicht, es sollen allgemeine Strukturen der Liebe betrachtet werden, und die „umsorgende Liebe“ lässt sich sicher gerade in der Elternliebe (Mutterliebe) am typischsten erkennen. Eine pathologische Entwicklung kann diese Form von Liebe zum Beispiel in der überbehütenden, oder noch weitergehend, der so genannten „Affenliebe“ von Eltern gegenüber den Kindern oder in einem übersteigerten sich für die anderen Aufopfern finden.

### Aufschauend erwartende Liebe

Eine andere Struktur von Liebe begegnet uns in der Kindesliebe, die sich in mancher Hinsicht verwandt zeigt mit der Liebe zu Gott oder auch der Liebe zu einer ideologischen, politischen oder anderen Führungsgestalt, in deren Schutz und Fürsorge sich der aufschauend-erwartend Liebende begibt. Anhand dieser strukturellen Eigenschaft lässt sich die aufschauend-erwartende Liebe kategorisieren: ein Gefühl des Hingezogeneins, des den Anderen, Überlegenen, Verklärens, Anhimmeln und in seiner intensivsten, gerade noch gesunden Weise „Vergöttern“. Allerdings beginnt hier bereits das Pathologische hereinzubrechen, sich im krankhaften Extrem dem so geliebten Anderen in jeglicher Hinsicht zu unterwerfen und sich bis zur Bereitschaft der Aufgabe der eigenen Persönlichkeit und Existenz auszuliefern (unter anderem im Fanatismus und in krankhafter Dependenz).

### Begehrende Liebe

Menschliches Begehren kann auf fast alles Materielle oder Immaterielle gerichtet sein. Es kann die Erfüllung biologisch-triebhaften Bedürfnisses herbeisehen, kann auf Besitz, auf die Aufhebung vereinsamenden Alleinseins oder auf Macht gerichtet sein. Es ist allgegenwärtig und eine der wesentlichen Antriebsquellen unseres Daseins.

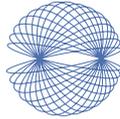
In der geschlechtlichen Triebhaftigkeit und der Liebe, die auf Zweisamkeit zustrebt, sind die menschlichen Grundphänomene des Begehrens und der Liebe in verschiedensten Erscheinungsformen engstens verknüpft. Die Kategorie der begehrenden Liebe mit all ihren Unterformen stellt deshalb ein komplexes

Wesenselement menschlichen Existierens dar und ist in ihren pathologischen Abwandlungen ein bedeutender Gegenstand psychiatrischen Forschens, Diagnostizierens, Begutachtens und Behandelns.

Drei ihrer Erscheinungsformen sollen kurz differenziert werden.

**Triebhaft begehrende Liebe:** Liebe ist zwar keinesfalls gleichzusetzen mit Sexualität. Aber in den Gestalten von Eros, Aphrodite und Amor legen die Mythen der Griechen und Römer, ebenso wie mythische Erzählungen verschiedenster anderer Völker, durch ihre „Liebesgottheiten“ Zeugnis davon ab, wie gewaltig die Menschheit von ihren Anfängen an, die Macht der sexuell-begehrenden Liebe empfand, ja wohl erlitt. Sie, die es wie kaum ein anderer Seelenzustand des Menschen vermag, sich über menschlich geschaffene Ordnung und Sitte hinwegzusetzen, wird in diesen Manifestationen menschlicher Selbsteutung zu einer der gewaltigsten Göttermächte.

Bei dieser für die individuelle und gesellschaftliche Existenz des Menschen so gewaltige Bedeutung der Kategorie der triebhaft begehrenden Liebe ist es nicht verwunderlich, dass ihre pathologischen Abwandlungen seit jeher ein zentraler Interessensgegenstand der Psychiatrie waren und in geradezu enzyklopädischen Darstellungen wie der „Psychopathia sexualis“ von T. Krafft-Ebing vielfach wissenschaftlich bearbeitet und interpretiert wurden. Im Zusammenhang dieser anthropologisch-psychiatrischen Skizze soll nur ganz allgemein auf die Unterformen der triebhaft-begehrenden Liebe verwiesen werden, wie zum Beispiel auf die pathologische Objektbegierde (von der Pädophilie bis zum Fetischismus), sowie auf die Funktionspathologien (von der Impotentia coeundi bis zu Ejaculatio praecox) und auf die Pathologien der Gestaltung des sexuellen Aktes in sadistischen, masochistischen und anderen Praktiken zur Erfüllung eines krankhaft veränderten, triebhaften Bedürfnisses. Randformen dieser Kategorie von Liebe, die mit dem Kern des Liebesgefühls, dem wohlwollenden „Zugeneigtsein“, nichts mehr gemeinsam haben, sondern nur noch in ungezügelt krankhaft ausgerichtetem, triebhaftem auch destruktivem Begeh-



ren bestehen, müssen nicht einzeln aufgeführt werden.

**Besitz-begehrende Liebe:** Anteile, den anderen, oder allgemeiner formuliert, das geliebte Objekt für sich ganz zu besitzen, sind wohl in jedem Liebesgefühl enthalten, denn in bestimmter Weise suchen fast alle Formen der Liebe eine Art von Vereinigung, von einem „Sich-Aneignen“ des anderen. In das Pathologische gewandelt, gipfelt dies in krankhafter Eifersucht oder einem krankhaft überspitzten und ausschließlichen Alleinanspruch auf den anderen.

**Liebe, die Aufhebung des Alleinseins begehrt:** Das Streben nach Aufhebung des Alleinseins, der Einsamkeit, ist ebenfalls eine Grundeigenschaft von Liebe, die im Extrem den Anderen anklammernd ständig um sich haben muss, beziehungsweise sich beim Verlust des anderen – seines zentralen Lebenssinnes beraubt fühlend – mit Trauer oder Aggressivität reagieren kann.

#### **Anerkennende Liebe**

Auch wenn sich in diesem Begriff eine Idealisierung einer Liebesart ausdrückt, lässt es sich nicht abstreiten, dass bei partnerschaftlicher Liebe – ob zwischen Lebenspartnern, „Familienpartnern“ in einer erwachsenen Eltern-Kind-Beziehung oder in freundschaftlich-liebevollen Beziehungen – zumindest in den Phasen des Gelingens, das Element einer „anerkennenden Liebe“ mit vorherrschen muss. Naturgemäß wohnen ihr keine psychopathologischen Elemente inne, da es sich um eine per definitionem „gesunde“, dadurch allerdings idealisierende Kategorie handelt.

#### **Verliebtheit: der physiologische Ausnahmezustand**

Nicht nur die Romanliteratur und die Liebeslyrik, auch Nachrichten und Lebensereignisse in der nächsten Umgebung, enthalten viele anschauliche Beispiele von Verliebtheit, die oft als ein Zustand gekennzeichnet wird, der dem Verrücktsein verwandt ist. Die Überwertigkeit, die im Status der Verliebtheit dem geliebten Objekt zugebilligt wird – die heftigen Gefühlswechsel von höchstem Glück in der Gewissheit wiedergeliebt zu werden und tiefstem Leiden beim Zweifel daran, der Verlust

vieler anderer, zuvor bedeutsamer Interessen, der Bann, der die Gedanken, das Wollen, die Interessen nur noch auf das geliebte Objekt bündelt, die Unbeeinflussbarkeit durch rationale Argumente oder auch Drohungen und Strafen, das Zurückweisen von Fakten, die den geliebten Anderen bloßstellen, und die Bedenkenlosigkeit gegenüber den Interessen und Rechten anderer – lässt Verliebtheit die Umwelt in manchem Fall als eine Form von psychischer Krankheit erleben.

Ist Verliebtheit dadurch mögliches Objekt psychiatrischen Forschens und Behandeln? Nein. Verliebtheit für sich ist, so paradox es klingen mag, ein physiologischer Ausnahmezustand. Erst wenn sie in andere Formen pathologischer Liebesformen einmündet (zum Beispiel Liebeswahn, Stalking, Fanatismus etc.) ist die Psychiatrie gefragt. Natürlich wird Verliebtheit auch dann ärztliche Herausforderung für den Psychiater, wenn sie Krankheiten hervorbringt wie eine Depression oder das Rezidiv einer Psychose. Das gar nicht seltene Ansinnen an uns Psychiater „verliebt-verrückte“ Töchter, Söhne oder auch Ehegatten, ja manchmal sogar Elternteile zu „heilen“, muss jedoch zurückgewiesen werden, da Verliebtheit an sich, wie oben konstatiert, kein pathologischer seelischer Ausnahmezustand ist.

#### **Fazit**

Im Rahmen dieser kleinen anthropologisch-psychiatrischen Untersuchung über die Berührungsbereiche von Liebe und Psychiatrie lässt sich erkennen, dass Liebe zum einen dort Gegenstand psychiatrischen Interesses wird, wo sie Krankheiten auslöst, aber auch da, wo „Liebe selbst zur Krankheit wird“.

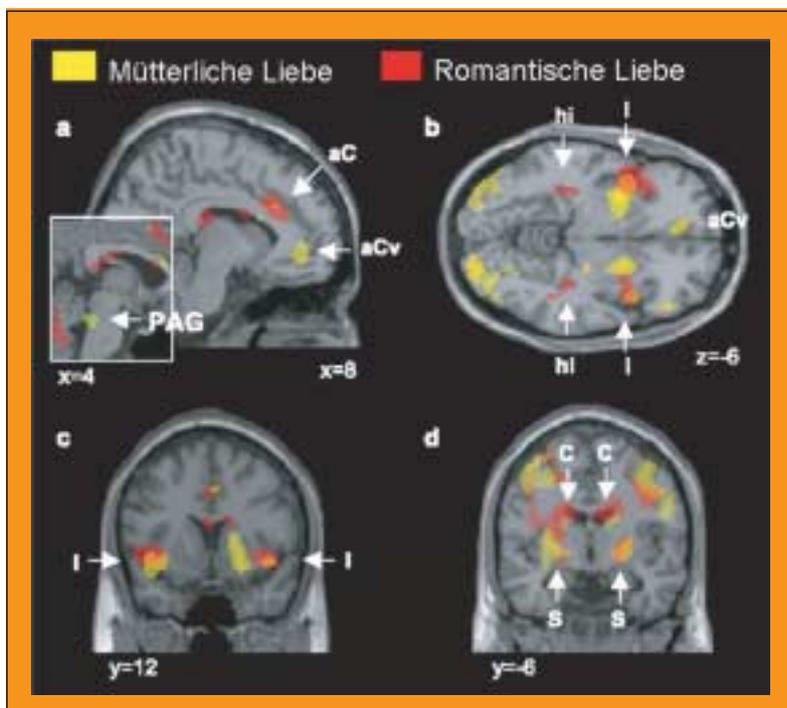
Mit den grundlegenden Kategorien der Liebe, wie „umsorgende Liebe“, „aufschauend-erwartende Liebe“ und „begehrende Liebe“ sowie deren pathologischen Abwandlungen, ließ sich ein strukturelles Grundgerüst skizzieren, das die allgegenwärtigen psychopathologischen Erscheinungen der Liebe nachvollziehbar kategorial einordnen lässt.

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

# Liebe als spezifischer Gehirnprozess?

D. F. BRAUS, D. KLUSMANN, B. ZUROWSKI

Was steckt hinter dem Mysterium Liebe? Sind die Emotionen bloß ein chemischer Cocktail körpereigener Botenstoffe? Welche Gehirnregionen sind aktiv beim berausenden Gefühl? Was im Kopf von Liebenden und Verliebten geschieht, zeigt die moderne Bildgebung.



**Vergleich der Hirnaktivierungen in Assoziation mit mütterlicher Liebe und romantischer Liebe (modifiziert nach Bartels und Zeki, 2003). Hirnaktivierungen bei mütterlicher Liebe (eigene Kinder > bekannte Kinder) als gelbe Flächen, bei romantischer Liebe (Geliebte > Bekannte) als rote Flächen dargestellt; Überlappungen erscheinen in orange. Gezeigt sind ausgewählte Schichten einer strukturellen Kernspinaufnahme eines standardisierten Gehirns, auf das statistische Signifikanzkarten aus der Analyse der funktionellen Untersuchungen projiziert wurden. Farbige erscheinen Regionen, die die jeweilige Signifikanzschwelle überschritten haben.**

- a: **Mediansagittaler Schnitt entlang des anterioren (Aufmerksamkeit) und subgenualen (Affektmodulation) Cingulums (aC/aCv) mit einem Anschnitt des Mittelhirns (PAG = periaquäduktales Grau).**
- b: **Transversaler Schnitt durch die Hippocampi (hi), die Insel (I), sowie das subgenuale Cingulum (aCv).**
- c: **Koronarer Schnitt durch die Insel (I) und Anteile der Basalganglien**
- d: **Weiter posterior gelegener Koronarschnitt durch das ventrale Striatum (S) und den Nucleus caudatus (C).**

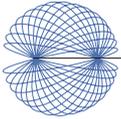
**A**uch das schönste aller Gefühle, die Liebe, basiert letztendlich auf Gehirnprozessen. Korrelate der Liebe spiegeln sich daher auch in neurochemischen Parametern wider beziehungsweise sind bildgebenden Verfahren zugänglich. Erste Resultate hierzu werden im Folgenden zusammengefasst, doch zuvor wird die Liebe als Phänomen, als angeborenes Programm und als neurochemischer Mechanismus dargestellt und es werden Aspekte der modernen Bindungsforschung referiert.

## Liebe als Phänomen

Verliebtsein beginnt oft mit einem plötzlich einsetzenden Interesse für den anderen, einem Funken, der bei einer einzigen Begegnung der Blicke „überspringen“ kann. Die Augen, so Dorothy Tennov (1999), sind die Organe der Verliebttheit, nicht die Genitalien oder gar das Herz. Manchmal ist das erste Interesse kaum merklich, es mag schon lange vorhanden sein, ist aber noch nicht bewusst (Wilson, 2002). Es wächst an Widerständen, nimmt zunehmend Raum ein und schließlich kehren die Gedanken an die geliebte Person unwillkürlich wieder. Auch wenn das Liebesobjekt fast immer als attraktiv empfunden wird, spielen sexuelle Phantasien selten eine große Rolle – stärker bewegt die Frage, ob das eigene Gefühl erwidert wird. Verliebte berichten oft über eine Intensivierung der Wahrnehmung; die Farben werden heller, das Sonnenlicht fühlt sich wärmer an, die Welt ist in rosiges Licht getaucht (Tab. 1). Anderweitige sexuelle Beziehungen werden vermieden und wenn sie bestehen, verflachen sie.

## Angeborenes Programm

Wie kommt die Stereotypie, mit der diese Symptome immer wiederkehren, zustande? Die Sozialwissenschaften haben bisher hauptsächlich eine Erklärung in kulturellen Skripten gesucht; für manche ist Liebe sogar ein kultureller Mythos, der vollkommen von der sozialen



Konstruktion der Wirklichkeit abhängt, die in manchen Gesellschaften die Liebe zwischen Mann und Frau als erwartbares und erwünschtes Gefühl vorsieht und in anderen nicht. Tatsächlich können soziale Konstruktionen wohl kulturelle Spezifika erklären, zum Beispiel die Übersteigerung der romantischen Liebe im 19. Jahrhundert. Doch die Gleichförmigkeit, mit der die Liebe zwischen den Geschlechtern in historischen Quellen und in unterschiedlichen Kulturen beschrieben wird, spricht für einen universellen biologischen Mechanismus, der durch die jeweilige kulturelle Form nur auf besondere Weise geweckt, betont, ausgestaltet oder gedämpft wird. Dieser Mechanismus wird heute oft im Zusammenhang mit Bindungsverhalten und den damit verbundenen biologischen Prozessen gesehen.

Wodurch werden die Eltern lange genug zusammen gehalten, damit ihre Nachkommen die Zeit kindlicher Unselbständigkeit gut überstehen? Die Ethologie (Eibl-Eibesfeldt, 1997; Miller, 2001) antwortet mit folgender These: Die Paarbindung hat sich evolutionsgeschichtlich aus der Mutter-Kind-Bindung im Sinne der Wiederverwendung bereits vorhandener neuronaler Schaltkreise beziehungsweise motivationaler Systeme entwickelt. Dafür sprechen die Ähnlichkeiten beider Bindungsformen (Zeifman und Hazan, 1997) (Tab. 2).

### Biologische und neurochemische Aspekte

Die in Tabelle 1 und 2 zusammengefassten Merkmale betrachtend, wird die Nähe des Phänomens Liebe zu Aspekten der Psychopathologie und der Psychosomatik deutlich. Dies legt nahe, aufbauend auf tierexperimentellen Daten zum Bindungsverhalten beziehungsweise zum „Lust-Frust“-Phänomen und aufbauend auf dem gängigen Modell zur Hirnfunktion (s. Kasten S. 18), auch nach neurochemischen und funktionellen Befunden des Phänomens Liebe zu fahnden.

Wie jedes andere Gefühl beziehungsweise jeder andere Motivationszustand (z. B. Hunger) ist auch Verliebtheit mit neurochemischen Veränderungen korreliert. Theresa Crenshaw (1997) beschreibt die wichtigsten Substanzen, die an der Entstehung und Aufrechter-

haltung von Zuneigung, Verliebtheit und emotionaler Bindung beteiligt sind: Phenyletylamin (PEA), Pheromone, Dehydroepiandrosteron (DHEA), Oxytocin und Vasopressin. Verliebtheit ist nicht mit der Wirkung dieser Substanzen identisch, doch ohne diese Wirkung kann das Phänomen nicht entstehen.

**PEA** ist für die plötzliche Aktivierung (der Funke) und die späteren Hochgefühle mit verantwortlich; es besteht dabei eine Beziehung zum dopaminergen „Belohnungssystem“. PEA kann zwar auch von außen zugeführt werden, es ist in niedrigen Konzentrationen etwa in Schokolade enthalten, die Wirkung ist jedoch allenfalls schwach und von kurzer Dauer. Verliebtheit wird manchmal auch als leichte Form „physiologischen“ Wahns bezeichnet, was sich aus der dopaminergen Wirkung ableiten lässt. Zusammenhänge zwischen PEA-Konzen-

trationen und Symptomen manischer oder schizophrener Psychosen zeigen ebenfalls, dass diese Parallele nicht ganz abwegig ist. Der PEA-Spiegel steigt außerdem bei Frauen kurz vor der Ovulation an. Eine Erhöhung des PEA-Spiegels wird auch bei Liebesphantasien beobachtet, zum Beispiel bei der Lektüre von Liebesromanen oder der Erinnerung an romantische Situationen.

**Pheromone und DHEA** sind nicht wahrnehmbar wie der Duft von Parfum oder von frischem Brot. Wir riechen sie nicht, aber sie sorgen dafür, dass wir uns zum Beispiel angezogen oder abgestoßen fühlen. Pheromone werden hormonabhängig in der Haut freigesetzt, besonders durch DHEA. Dieses Hormon wird von den Nebennieren, aber auch im Gehirn erzeugt. Es wirkt ähnlich wie Testosteron, jedoch schwächer; bei Frauen ist DHEA in ebenso hoher Konzentration vorhanden wie bei Männern. Es ist eine stets verfügbare Androgenreserve – unabhängig vom Testosteronspiegel. Als Pheromon soll DHEA die Aufmerksamkeit auf einen Partner lenken und halten sowie das sexuelle Verlangen erhöhen. Ein erhöhter DHEA-Spiegel im Gehirn fördert wohl sexuelle Erregung und erleichtert den Orgasmus.

**Oxytocin** ist ein Neuropeptid, das vom Hypophysenhinterlappen ausgeschüttet wird, und weit reichende modulatorische Funktionen in der sozialen Interaktion von Säugetieren hat. Es erhöht bei Tieren die Berührungsempfindlichkeit und fördert bei beiden Geschlechtern die Paarungsbereitschaft sowie das Bedürfnis nach Nähe. Bei der Geburt löst es die Wehen aus und lindert durch eine endorphinähnliche Wirkung die Schmerzen. Oxytocin steuert bei Tieren und vermutlich auch bei Menschen die Bindung der Mutter an das Neugeborene (Insel, 1997). Bei weiblichen Ratten erzeugt es das typische mütterliche Verhalten; die Rezeptorblockade führt dagegen zu Desinteresse und Vernachlässigung der Jungen. Ein Mutterschaf, das gerade ein Lamm zur Welt gebracht hat, bindet sich nicht an das Neugeborene, wenn es zu diesem Zeitpunkt unter der Wirkung eines Oxytocinantagonisten steht. Oxytocin fördert den Wunsch, zu berühren und körperliche Berührung erhöht wiederum seinen Spiegel. Dieser

Tabelle 1  
**Charakteristika der Verliebtheit**

- Gedanken an die geliebte Person, die unwillkürlich und wie von selbst auftauchen, kehren wieder.
- Es existiert der Wunsch nach Erwidern der Gefühle.
- Für alles, was als ein Zeichen von Zuneigung oder Zurückweisung interpretiert werden könnte, besteht erhöhte Sensitivität.
- Die eigene Stimmung hängt vom Verhalten des Liebesobjekts ab.
- Lebhaftige Phantasien über Szenarios treten auf, in denen das Liebesobjekt die eigenen Gefühle erwidert.
- In Gegenwart des Liebesobjekts besteht Angst vor Zurückweisung, Schüchternheit und Unbeholfenheit.
- Der Verliebte hat das Gefühl, auf Wolken zu schweben, wenn die Zuneigung erwidert wird.
- Es besteht die Unfähigkeit, zur gleichen Zeit auf eine andere Person ebenso verliebt zu reagieren.
- Das Gefühl intensiviert sich, wenn trennende Hindernisse überwunden werden müssen.
- Andere Angelegenheiten des Lebens treten in den Hintergrund.
- Die bewundernswerten Züge des Liebesobjekts werden hervorgehoben, die negativen übergangen oder ins Positive gedeutet.

Aufschaukelungsprozess, so Crenshaw, hat sogar die Macht, eine anfänglich laue Liebesbeziehung zu einer echten „Leidenschaft“ werden zu lassen, wenn nur für genügend Berührungsgelgenheit gesorgt ist. Bei Menschen kommt diesem Neuropeptid darüber hinaus eine Bedeutung beim Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke und damit der sozial-affektiven Wahrnehmung zu.

**Vasopressin** wird ebenfalls in der Hypophyse produziert und ähnelt chemisch dem Oxytocin. Es hat viele Wirkungen, die nicht direkt mit dem Sexual- und Bindungsverhalten in Verbindung stehen: Gefäßverengung, Temperaturregulation, Schutz vor emotionalen Extremen, die den REM-Schlaf unterbrechen könnten, Verbesserung der Kognition und der Genauigkeit der Wahrnehmung. Vermutlich sorgt Vasopressin im Zusammenwirken mit Oxytocin auch für die längerfristige menschliche heterosexuelle Paarbindung.

Die beschriebenen Steuersubstanzen PEA, DHEA, Oxytocin und Vasopressin wirken zusammen, wenn in der Phase der Verliebtheit eine Paarbindung entsteht. Das Bild bleibt jedoch unvollständig, solange nicht auch weitere Substanzen ins Spiel gebracht werden, besonders die Sexualhormone (Testosteron, Östrogen), der Neurotransmitter Dopamin, der das Belohnungssystem engagiert und in enger Beziehung auch zum Endorphinsystem steht, und Serotonin, das bei Verliebten in auffällig geringen Konzentrationen zu finden ist, und damit einen Beitrag zur Fokussierung der Gedanken auf die geliebte Person leisten dürfte.

### Bildgebende Befunde

Verlässt man nun die neurochemische Ebene der Liebe und betrachtet mit der funktionellen Kernspintomographie (fMRT) die Systemebene, so weisen die bisherigen neurochemischen Befunde am ehesten auf limbische kortikale Strukturen, das dopaminerge Belohnungssystem sowie auf die Amygdala mit ihren assoziierten Regionen hin.

Es liegen mehrere funktionell bildgebende Studien vor, die für das Phänomen Liebe wichtige emotionale Komponenten auf der Systemebene zu beleuchten versuchen. Jedoch wird in lediglich zwei fMRT-Studien explizit die Frage

nach neuronalen Korrelaten oder gar der „neuronalen Grundlage“ von Liebe gestellt. Beide wurden von Andreas Bartels und Semir Zeki am Wellcome Department of Cognitive Neurology in London durchgeführt (Bartels und Zeki, 2000, 2003). Die Studienteilnehmer waren zum einen verliebte Studenten und zum anderen junge Mütter. Den Teilnehmern wurden in beiden Untersuchungen Bilder der Liebesobjekte auf einem Bildschirm präsentiert. Die währenddessen mit der fMRT indirekt gemessene Hirnaktivität (verstärkt wie vermindert) wurde jeweils mit derjenigen statistisch verglichen, die bei der Darbietung von Kontrollbildern mit anderen Personen gemessen wurde, welche die Probanden ähnlich lange kannten wie die geliebte Person. In der zweiten Analogstudie wurden 20 jungen Müttern Fotos von Menschen aus vier (sozialen) Kategorien präsentiert: (i) das eigene Kind, (ii) ein bekanntes Kind (vergleichbare Zeit wie das eigene), (iii) die beste Freundin und (iv) eine bekannte Person. Die Studienteilnehmer waren aufgefordert, die Bilder intensiv zu betrachten; ansonsten gab es keine weiteren Instruktionen.

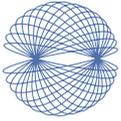
Die fMRT-Ergebnisse der jeweiligen Gruppe zeigten auffällig ähnliche Aktivierungsmuster in beiden Untersu-

chungen. Sie betrafen limbische Areale wie den vorderen Anteil des Gyrus cinguli, die Inselregion und subkortikale Strukturen wie das ventrale Striatum. Bei der Gruppe der „romantisch Liebenden“ fand sich dieses Muster bei Männern ebenso wie bei Frauen. Die Autoren betonten einerseits die bekanntermaßen hohe Dichte an Oxytocin- und Vasopressin-Rezeptoren in diesen Regionen, die zum Bindungsnetzwerk („Attachment-Network“) gehören, und verweisen auf die übereinstimmende Aktivierungen in diesen Arealen, wenn Mütter die Bilder ihrer Kinder betrachten oder ihr Schreien hören. Zum anderen zeigte sich eine Aktivierung des so genannten Belohnungssystems durch die Präsentation der Liebesobjekte, was auf eine Beteiligung des dopaminergen „Lust-Frust-Systems“ verweist. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich in fMRT- und PET-Studien, in denen finanzielle Belohnungsreize eingesetzt wurden, oder das Belohnungssystem direkt durch euphorisierende Substanzen wie Kokain oder Amphetamine stimuliert wurde. In den Untersuchungen von Bartels und Zeki fanden sich jedoch auch Aktivierungen, die spezifisch für „romantische Liebe“ waren. Diese betrafen den Hippocampus (Gyrus Dentatus), die dopaminerge ventrale tegmentale Area (VTA) und den Hypothalamus. Die Beteiligung des Hypothalamus spiegelt laut Bartels und Zeki (2002) möglicherweise eine sexuelle Stimulation durch Bilder des geliebten Partners wider. Des Weiteren war die bereits erwähnte Aktivierung des anterioren Cingulums hier deutlich stärker als bei der Mutterliebe (s. Abb. S. 15).

Umgekehrt war der laterale orbitofrontale Cortex und das periaquäduktale Grau spezifisch bei „mütterlicher Liebe“ aktiviert. Beim periaquäduktalen Grau handelt es sich um eine entwicklungs geschichtlich alte Struktur, die maßgeblich an der Steuerung mütterlichen Verhaltens beteiligt ist. Bei Ratten etwa lässt sich experimentell durch Injektion von Opiaten, die an dortige Rezeptoren binden, mütterliches Fürsorgeverhalten unterdrücken. Die Aktivierung des orbitofrontalen Cortex fand sich in einer ähnlichen Studie (Nitschke et al., 2003), in der Müttern Bilder ihrer

Tabelle 2  
**Vergleich von adulter Paar- und Mutter-Kind-Bindung**

- **Ähnliche Selektionskriterien:** freundliche Zuwendung, Ähnlichkeit, Vertrautheit
- **Ähnlicher Prozess der Bindungsformierung:** Suchen nach körperlicher Nähe, starke mentale Repräsentation der Bindungsperson
- **Ähnlicher physischer Kontakt:** berühren, kuscheln, schmusen
- **Ähnliche Reaktion auf Trennung:** Angst, Depression, Wut, Schmerz, Protest
- **Ähnliche Auswirkung auf allgemeine Körperfunktionen:** anfälliger für Krankheiten und frühen Tod nach Trennung
- **Ähnliche biologische Mechanismen:** Oxytocin, Vasopressin und Dopamin als bindungsregulierende neuroaktive Substanzen



## Fortbildung | **Liebe als spezifischer Gehirnprozess?**

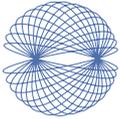
Neugeborenen im Vergleich zu Bildern anderer Neugeborener präsentiert wurden. Überdies korrelierte in dieser Studie das Ausmaß der Aktivierung des orbitofrontalen Cortex mit der durch die Bilder induzierten und in der Untersuchung mittels Skalen erfassten positiven Stimmung. Die Autoren verweisen auf die bereits in den 80er Jahren von Bowlby diskutierte Rolle des orbitofrontalen Cortex für die Initiierung und Aufrechterhaltung bindungsrelevanter Emotionen sowie positiver Stimmungsinduktion. In einer weiteren Studie, die allerdings Kinderschreie und Kinderlachen als Stimuli benutzte, fanden Seifritz und Mitarbeiter (2003) eine Deaktivierung des anterioren Cingulums bei Frauen im Vergleich zu Männern, und zwar unabhängig davon, ob sie Mütter waren oder nicht. Bei Eltern beiderlei Geschlechts wurden außerdem limbische Areale durch Kinderschreie stärker aktiviert als durch Kinderlachen. Kinderlachen hingegen aktivierte diese Regionen stärker bei Nichteltern. Die Autoren diskutieren geschlechtsspezifische evolvierte Mechanismen im Kontext der oben angesprochenen Bindungstheorie ebenso wie adaptive Veränderungen, die mit der Elternrolle zusammenhängen.

Neben neuronalen Aktivierungen, gemessen durch lokale Zunahme des zerebralen Blutflusses beziehungsweise des Oxygenierungsgrads des Blutes, haben Bartels und Zeki (2002) in ihrer Studie bei „Verliebten“ auch Minderaktivierungen beobachtet, und zwar in Arealen, die höhere kognitive Leistungen vermitteln und unter anderem an der Wiedergabe gespeicherter Information beteiligt sind: präfrontaler Cortex, inferiorer Parietallappen sowie die mittlere Temporalwindung. Weitere deaktivierte Regionen umfassten den Temporalpol, den Mandelkern (Amygdala), den Übergangsbereich zwischen temporalem und parietalem Cortex sowie nahe der Mantelkante liegende Anteile des Präfrontalcortex. Diese zweite Gruppe von neuronalen Netzwerkveränderungen wurde mehrfach in bildgebenden Studien beobachtet, in denen soziale Bewertungen erfolgen mussten oder sich Probanden in eine andere Person hineinversetzen sollten (so genannte „Theory of Mind“-Aufgaben).

Was lässt sich nun aus diesem komplexen Deaktivierungsmuster über Liebe aussagen? Die Autoren bieten eine so interessante wie sicherlich auch gewagte Interpretation und vermuten darin das

### **Modell zur Hirnfunktion auf der Systemebene**

Nach einem heute gängigen Modell, das unter anderem auf der Läsionsforschung und Befunden mittels Magnetstimulation beruht, kommen komplexe Hirnleistungen (und damit auch Motivation, Bindung und das Phänomen Liebe) über ein geordnetes, dynamisch balanciertes Zusammenspiel unterschiedlicher neuronaler Funktionseinheiten, zum Beispiel von „lokalen Spezialisten“ wie der Sehrinde, limbischen Arealen wie den Mandelkernen (Amygdala) und global integrierenden kortikalen Hirnarealen, zustande. Die Spezialisten und limbische Areale stehen dabei in enger Verbindung zu histomorphologisch weniger differenzierten Neuronenpopulationen, die die Informationen der lokalen Spezialisten dynamisch und variabel modulieren, integrieren oder auf einer höheren Ebene zu einem Gesamtbild vernetzen. Zu solchen multi- beziehungsweise heteromodalen Assoziationsarealen gehören zum Beispiel die im Stirn-, Schläfen- oder Scheitelbereich gelegenen Assoziationskortex, die einzelne Modalitäten wie Sehen, Fühlen, Riechen oder Hören miteinander verknüpfen. Diese weniger differenzierten Neuronen ebenso wie limbische Areale und ihre Verbindungen unterliegen einer höheren morphologischen Veränderbarkeit; sie können sich rasch, beispielsweise während einer therapeutischen Intervention, modifizieren. Die global integrierenden Areale melden das, was sie im inneren Monolog über selbst organisierte Prozesse bearbeitet haben, wieder zurück an lokale Spezialisten und limbische Areale. Dieser Weg von hoch spezialisierten Arealen (z. B. Sehrinde – Wahrnehmen) über wenig differenzierte integrierende Assoziationsareale wieder zurück zu hochspezialisierten (z. B. Motorik – Reagieren), scheint ein weiteres Grundprinzip der Gehirnfunktion zu sein. Das Zusammenspiel zwischen lokalen Spezialisten, limbischen Arealen und global integrierenden Hirnregionen, sein örtlicher und zeitlicher Verlauf, ist im Grunde das, was die funktionelle Bildgebung (z. B. fMRT) indirekt aufdecken und verstehen möchte.



### Funktionelle Kernspintomographie

Die funktionelle Kernspintomografie (fMRT) ist ein Verfahren, das einen nicht-invasiven Einblick in die Arbeitsprozesse des lebenden Gehirns ermöglicht. Wie bei anderen funktionell-bildgebenden Methoden werden die Eigenschaften der „neurovaskulären Kopplung“ zur indirekten Analyse zentralnervöser Aktivierungszustände genutzt. Nach diesem biologischen Grundprinzip reagieren die blutzuführenden Gefäße des ZNS mit einer reflektorischen Erweiterung auf eine lokale Erhöhung neuronaler Feuerungsraten. Neben der Zunahme des regionalen zerebralen Blutflusses (rCBF) ändern sich auch die Oxygenierungseigenschaften des Blutes: Der lokale O<sub>2</sub>-Partialdruck steigt mit einer Zeitverzögerung von zirka 3–5 Sekunden deutlich über das Ausmaß des tatsächlichen metabolischen Bedarfs an (Überkompensation). Der nachfolgend erhöhte intrakapillare Konzentrationsgradient bedingt eine erhöhte Diffusion und Sauerstoffsättigung der aktivierten Gewebeanteile.

Schon Pauling (1936) konnte zeigen, dass sich die magnetischen Eigenschaften von Oxyhämoglobin von denen des Desoxyhämoglobins unterscheiden (diamagnetisch vs. paramagnetisch). Diese lokale Variation der Magnetfeldhomogenität in Abhängigkeit von der Sauerstoffsättigung verschiedener Gehirnbereiche wird nun bei der Untersuchung im Kernspintomographen als eine Art „natürliches Kontrastmittel“ genutzt. So ermöglicht die Gradientenechomethode eine Identifikation oxygenierter Bezirke aufgrund der verminderten Signaldephasierung angeregter Protonen. Dieser so genannte „BOLD-Kontrast“ (von „blood oxygenation level dependent“) der aktivierten Areale äußert sich hierbei in Form einer lokalen Signalerhöhung T<sub>2</sub>\*-gewichteter Bilder. Unter Einsatz standardisierter sensomotorischer, affektiver oder kognitiver Stimulationsparadigmata können so die sich lokal ändernden neuronalen Erregungszustände nebenwirkungsfrei erfasst und in Form von „Funktionslandkarten“ indirekt dargestellt werden. Zentralnervöse Reaktionen auf visuell-emotionale Stimulation können ebenso studiert werden wie die neuronale Basis von Lernvorgängen. Neben der geordneten Interaktion kortikaler und subkortikaler Zentren bei der Informationsverarbeitung lassen sich auch zentralnervöse Korrelate dysfunktionaler Reizverarbeitungsprozesse im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen und psychopharmakologischer Fragestellungen mit der funktionellen MRI näher untersuchen.

neuronale Korrelat dessen, was der bekannte Satz „Liebe macht blind“ ausdrücken will. Während die erwähnten Gehirnbereiche eine adäquate, erfahrungsgeleitete Einschätzung des Gegenübers vermitteln, werden sie im Falle gut bekannter oder geliebter Personen nicht mehr gebraucht, womöglich sogar unterdrückt! Letzteres könnte natürlich ebenso die Konsequenz einer stabilen emotionalen Bindung wie auch einer ihrer wesentlichen Mechanismen sein.

In einer gesonderten Analyse betrachteten Bartels und Zeki (2003) in der Studie bei Müttern auch subkortikale Regionen, die sich durch eine hohe Dichte an Oxytocin und Vasopressin auszeichnen (s. Abb. S. 15). Da letztere maßgeblich an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Mutter-Kind-Bindung ebenso wie von Paarbindung beteiligt sind, erwarteten die Forscher eine Aktivierung der entsprechenden Zentren durch assoziierte Stimuli (eigene Kinder beziehungsweise Partner). Im Zusammenhang mit diesen Bindungsex-

perimenten waren – passend zur Hypothese – Anteile der Substantia nigra, des Globus pallidus und des Meynertschen Kerns aktiviert. Weitere Aktivierungen entsprachen den möglicherweise sehr kleinen, und mit der fMRT kaum zugänglichen Strukturen, etwa dem subthalamischen Kern und der VTA. Zur letztgenannten Region ist aus Experimenten an Ratten bekannt, dass eine hohe Oxytocinkonzentration zu einer Intensivierung, niedrige Konzentration hingegen zu einer Unterdrückung mütterlichen Fürsorgeverhaltens führt. Spezifisch bei Paarbindung waren zusätzlich Gyrus dentatus (Hippocampus) und Hypothalamus aktiviert, während der mit emotionaler Bewertung und Angsterleben assoziierte Mandelkern (Amygdala) deaktiviert war.

#### Literatur bei den Verfassern

**Prof. Dr. Dieter F. Braus, Hamburg**  
**Dr. Dietrich Klusmann, Hamburg**  
**Dr. Bartosz Zurowski, Lübeck**

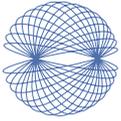
### Fazit

Betrachtet man die augenfällige Bedeutung und Präsenz des Themas Liebe im Alltagsleben, in der Literatur, Kunst und in den Medien einerseits und die mittlerweile hohe Anzahl von funktionell bildgebenden Studien zu Emotionen wie Angst oder Ekel andererseits, so erscheinen die zwei sich explizit auf Liebe beziehenden fMRT-Studien auffällig wenig.

Die funktionellen Ergebnisse deuten beim Menschen auf eine hohe Kongruenz zu tierexperimentellen Befunden und den daraus ableitbaren Hypothesen hin, die die emotionale Achterbahn des Phänomens „Liebe“ biologisch sinnvoll erscheinen lassen: Deutliche Aktivierung des Attachment- und Belohnungssystems auf der einen Seite, Aufmerksamkeitsfokussierung bei gleichzeitiger Inhibition kortikaler Bewertungsareale und des Angst/Aggressionssystems auf der anderen Seite.

Vor dem Hintergrund des skizzierten komplexen Untersuchungsgegenstandes und den methodischen Limitierungen der funktionellen Bildgebung, ist es für jede Fragestellung entscheidend, dass sich die Zielbedingung und die Kontrollbedingung möglichst ausschließlich durch nur eine Komponente, hier „Liebe“ (!), unterscheiden. Methodisch einschränkend ist zu bemerken, dass sich geliebte von bekannten Personen auch durch Häufigkeit und Intensität der Kontakte sowie Art der gemeinsamen Erfahrungen unterscheiden – Faktoren, die die gemessenen Unterschiede auch erklären könnten. Des Weiteren sollte das, was der Proband im Scanner tatsächlich tut, durch die Aufgabenstellung idealerweise eindeutig vorgegeben beziehungsweise kontrollierbar sein.

Die schiere Unerfüllbarkeit dieser Kriterien im Bezug auf „Liebe“ als Untersuchungsvariable mag der Grund für den Pionierstatus der Arbeiten von Bartels und Zeki sein. Sie wagten es aber dennoch – ohne Anspruch auf vollständige Aufklärung des Phänomens oder gar dem Ziel der Entzauberung der Liebe – und befruchteten dadurch, bei aller Vorläufigkeit und begrenzten Interpretierbarkeit, nicht zuletzt eine methodische und konzeptuelle Debatte, die weit über das Thema „Liebe“ hinausreicht.



# „Stalking“ – ein psychiatrisch wie auch juristisch relevantes Phänomen

I. ANGHELESCU



Im psychiatrisch-juristischen Kontext versteht man unter „Stalking“, ein Opfer durch Belästigung oder Verfolgung vorsätzlich böswillig und wiederholt zu attackieren und somit dessen Sicherheit zu bedrohen. Dabei handelt es sich um eine relativ homogene Verhaltensweise, der heterogene Bedingungen und Ursachen zugrunde liegen. Obwohl die Bedeutung von „Stalking“ im angloamerikanischen Sprachraum in forensischer Hinsicht bereits sehr groß ist [1], sind in Deutschland 90% der medizinisch-psychiatrischen Publikationen dazu erst in den letzten vier Jahren entstanden. Somit gewinnt dieses Phänomen auch hierzulande zunehmend Beachtung.

**S**talking leitet sich vom Verb „to stalk“ ab, was „heranpirschen“ bedeutet und ein neues Wort für eine alte Verhaltensweise ist. Kasuistiken mit detaillierter Schilderung von „Stalking“-ähnlichem Verhalten gehen bis ins frühe 18. Jahrhundert zurück [2]. Das Phänomen der Erotomanie, des Liebeswahns, das jedoch nur einen kleinen Teil der „Stalking“-Fälle ausmacht, ist sogar noch länger bekannt. Zur damaligen Zeit wurden „Stalking“-Verhaltensweisen häufig als „romantisches Manöver“ beurteilt [3]. Demzufolge wurden Dantes zahlreiche Briefe an Beatrice über mehrere Jahre hinweg nicht

Bilderbox, A-Thening

**Der ständigen Präsenz des Verfolgers sind die Opfer meist hilflos ausgesetzt.**

als aufdringliches Verhalten, sondern als gefühlsbetontes Ideal gewertet. Diese und andere Beispiele können zeigen, wie Menschen von ihrer früheren Liebe bestimmte Bilder konstruieren, die mit der aktuellen Realität der Zielpersonen nicht mehr viel gemeinsam haben. Psychosoziale Isolation mit Verlust familiärer Bindungen bei gleichzeitiger Zunahme des Massenmedienkonsums haben sicherlich zur größeren Verbreitung des „Stalking“-Phänomens beigetragen [4].

„Stalker“ können anhand der folgenden Charakteristika eingeteilt werden:

- psychotisch versus nicht-psychotisch,
- Motivation für das „Stalking“ / Verhältnis von „Stalker“ zu Opfer,
- Alter/Geschlecht von „Stalker“ und Opfer.

Fünf Prägnanztypen des „Stalkers“ sind dabei zu unterscheiden [5] [Mullen et al. (2001)]:

**1. Der „zurückgewiesene Stalker“ (rejected stalker):** Er verfolgt hauptsächlich frühere Sexualpartner, nur selten Familienmitglieder oder Freunde. Dieser Subtyp möchte zumeist Wiedergutmachung. Nicht selten ermöglicht ihm das „Stalking“-Verhalten, Rachegefühle zu kanalisieren und enttäuschte Erwartungen in proaktives Handeln umzuwandeln. Auch finden sich häufig Verbindungen zu früherer häuslicher Gewalt.

**2. Der „Nähesucher-Stalker“ (intimate stalker):** Bei diesem Typus handelt es sich vorwiegend um Menschen, die einen Liebeswahn beziehungsweise eine Erotomanie entwickeln. Sie sind oftmals überzeugt, dass die affektive Bindung, die sie verspüren, auch erwidert wird. Gegenüber Äußerungen der Zielperson sind sie „taub“, interpretieren selbst Zurückweisungen als (schwach)positive Antworten und sind in der Vergangenheit in intimen Beziehungen häufig enttäuscht worden. Durch das „Stalking“ führen sie eine Scheinbeziehung, die es ihnen erlaubt, Hoffnungen und Träume zu entwickeln. Als Subtyp kann der so

genannte „Star-Stalker“ identifiziert werden, der dieses Verhalten bei Menschen mit hohem Bekanntheitsgrad aus dem öffentlichen Leben anwendet.

**3. Der „inkompetente Verfolger“ (incompetent suitor):** Zu dieser Gruppe gehören Personen, die kommunikative Defizite aufweisen, diese jedoch durch penetrantes Verhalten zu überspielen versuchen. Sie suchen häufig eine Beziehung, ohne in die Zielperson verliebt oder an ihren Wünschen interessiert zu sein. Nach dem Versuch, einen initialen Kontakt zum Opfer aufzubauen, geben sie das „Stalking“ meist nach einigen Tagen oder Wochen auf, weil die Befriedigung, die daraus gezogen wird, nur sehr gering ist. Nicht selten suchen sich diese „Stalker“ danach jedoch neue Zielpersonen aus.

**4. Der „nachtragende Stalker“ (resentful stalker):** Die Absicht dieses Typs ist es, sein Opfer einzuschüchtern. Die Motivation dieses „Stalking“-Phänomens ist insbesondere, geschehenes Unrecht oder Kränkung zu sühnen. Häufig stellen sich diese „Stalker“ selbst als Opfer dar. Als Verstärkermechanismus zum Aufrechterhalten dieses „Stalking“-Verhaltens fungiert die sofortige Befriedigung und das Gefühl der Macht und Kontrolle.

**5. Der „räuberische Stalker“ (predatory stalker):** Dieser Subtyp versucht insbesondere sexuelle Attacken durchzuführen. Bei diesen „Stalkern“ kommt es durch ständige Beobachtung der Zielperson zu einer Kombination aus Informationsbezug, Größenphantasien und Intrusionen in das Leben des Opfers. Das „Stalking“ ist hierbei ein Mittel zum Zweck und mündet meistens in einen Angriff. Gratifikation beziehen diese „Stalker“ vor allem durch das Gefühl der Macht und Kontrolle, das auch durch voyeuristische Anteile augmentiert wird.

Eine für die psychiatrische Praxis abgeleitete vereinfachte Einteilung der „Stalker“ ist in Tabelle 1 dargestellt.

### Weitreichende Konsequenzen des „Stalking“-Verhaltens

„Stalking“ kann bei den betreffenden Zielpersonen Stress und Angst auslösen. Persistierendes „Stalking“, das für Wochen, Monate oder sogar Jahre andauern kann, führt praktisch immer zu größeren sozialen und psychologischen Schäden auf Seiten des Opfers. Wird das „Stalking“ zu einer ganztägigen Aktivität, beeinträchtigt es das Leben des „Stalkers“ wie auch des Opfers in sozialer, berufli-

Tabelle 1

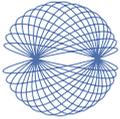
### Vereinfachte Klassifizierung der „Stalker“\*

Gruppen	1. Intimate Partner	2. Wahnhafte Stalker	3. Rachsüchtige Stalker
Achse I	- (am ehesten Anpassungsstörungen)	++ (Schizophrenie, affektive Störungen, Liebeswahn)	++ (Schizophrenie, wahnhafte Störung)
Achse II	++ (dependente, aber auch paranoide, antisoziale Persönlichkeitsstörung)	-	++ (paranoide/querulatorische/fanatische Persönlichkeitsstörung)
Opfer	(ehemalige) Liebespartner	(Psycho)Therapeuten	Liebespartner/Therapeuten/ „Berühmtheiten“

\* Achse I und II bezogen auf die DSM-IV-TR-Klassifikation

#### Anmerkungen zu den drei Hauptgruppen:

- Gewalttätigkeit kann in allen Gruppen auftreten. Gruppen 1 und 2 können zu 3 „konvertieren“.
- Gewalttätigkeit in der Vergangenheit ist zwar der stärkste Prädiktor, fehlende Gewalttätigkeit sagt jedoch nichts aus. Faustregel: Je weniger vormalige Beziehung zwischen „Stalker“ und Opfer, desto schwerer ist der „Stalker“ psychisch gestört.
- Obwohl das „Stalking“-Verhalten obsessiven Charakter hat, scheinen Zwangsstörungen nicht häufig damit assoziiert zu sein.



### Informationsangebote für „Stalking“-Opfer

Selbsthilfegruppe Stalking  
☎ (01 74) 73 27 55 7  
E-Mail: [stalkingstop@aol.com](mailto:stalkingstop@aol.com)

Beratungsstelle für Stalking-Opfer in Bremen  
☎ (01 77) 70 37 70 3  
E-Mail: [stalkingberatung@web.de](mailto:stalkingberatung@web.de)

Bundesweite Beratung auch bezüglich juristischer Möglichkeiten:  
[www.stalkingforschung.de](http://www.stalkingforschung.de)

Stalking-Projekt der TU Darmstadt mit Infos über Selbsthilfeorganisationen und Beratungsmöglichkeiten:  
[www.polizei.propk.de/mediathek/merk/](http://www.polizei.propk.de/mediathek/merk/)

Infoblatt der Kriminalpolizei (Programm Polizeiliche Kriminalprävention) zum Herunterladen:  
[www.weisser-ring.de](http://www.weisser-ring.de)

Stalking-Faltblatt zum Herunterladen; Internet-Suche nach nächstgelegener Außenstelle für Opferhilfe

cher und individualpsychologischer Art und Weise. Zwischen belästigenden Intrusionen und persistierendem „Stalking“ bestehen dabei fließende Übergänge.

Insgesamt sind 2–15% der Allgemeinbevölkerung im Laufe des Lebens entweder als Täter oder Opfer betroffen [6]. Meist sind Männer die „Stalker“, jedoch in 10–20% der Fälle sind auch Frauen als „Stalkerinnen“ aktiv. Bei weiteren 10% handelt es sich um gleichgeschlechtliches „Stalking“ [7]. Die Motivationen von Frauen sind denen der Männer ähnlich [8], jedoch suchen sich weibliche „Stalker“ im Gegensatz zu den männlichen typischerweise Männer als Opfer aus, die sie vorher kannten und die nicht selten eine Helferrolle innehatten.

#### „Stalker“ aus psychiatrischer Sicht

In Stichproben, die zur forensischen Begutachtung vorgestellt wurden, war die Mehrzahl der „Stalker“ psychiatrisch auffällig. Die Diagnosen umfassten Substanzmittelmisbrauch oder -abhängig-

keit, affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (Tab. 1, S. 23). Neben einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Sinne einer Achse-I-Störung nach DSM wurde bei etwa 75% zusätzlich eine Diagnose aus dem Kreis der Persönlichkeitsstörungen (Achse II), vorwiegend aus dem Cluster B (histrionische, antisoziale, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung) gefunden. Es fand sich also ein hoher Anteil psychisch kranker Täter [9] und demnach muss betont werden, dass das „Stalking“-Phänomen nicht auf Patienten mit einem Liebeswahn beschränkt ist.

„Stalking“ ist darüber hinaus ein ernstzunehmendes Problem des klinischen Alltags, da es Patienten gibt, die nach Beendigung der Behandlung ihre Therapeuten verfolgen, belästigen oder bedrohen. Soziodemografisch fällt auf, dass „Stalker“ trotz eher überdurchschnittlichem Ausbildungsniveau häufig gering beschäftigt oder gar arbeitslos sind [10].

#### Opfer aus psychiatrischer Sicht

Nur wenige Studien haben bisher die Auswirkungen von „Stalking“ auf die Opfer untersucht. Oftmals zeigen diese Zeichen einer chronischen Traumatisierung, der sie weitgehend hilflos ausgesetzt sind. In Unkenntnis der Problematik werden die Opfer zudem häufig nicht ernstgenommen oder es wird ihnen gar ein Verfolgungswahn unterstellt. Die meisten Opfer nehmen als Folge des „Stalkings“ Veränderungen in ihrem Alltagsverhalten vor, sie verwenden beispielsweise eine neue geheime Telefonnummer und meiden Straßen sowie Plätze, an denen ein Zusammentreffen mit dem „Stalker“ befürchtet wird. Schlimmstenfalls wird die Wohnung oder der Arbeitsplatz gewechselt. Häufig leiden die Opfer auch unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, ängstlich-depressiven Syndromen oder auch unter posttraumatischen Belastungsstörungen.

Die bisher vorliegenden Studien zur Gewalttätigkeit von „Stalkern“ sind retrospektiv und wurden an verschiedenen forensischen Stichproben durchgeführt. In dieser nur kleinen Subgruppe aller

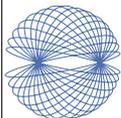
„Stalker“ fand sich ein sehr heterogenes Ausmaß von manifest gewalttätigen Verhaltensweisen zwischen 2,7 und 55% [11]. Die Bandbreite der aggressiven Verhaltensweisen ist weit und reicht von Ohrfeigen und Tritten bis hin zu schweren Formen der Körperverletzung, wobei Tötungsdelikte eher selten sind. Dabei sind weibliche „Stalker“ ebenso gefährlich wie männliche [12]. In mehr als 80% der Fälle manifester Gewaltanwendung gehen verbale Drohungen voraus. Wie eine Studie an 50 „Stalkern“ zeigte, ist schwere Gewalttätigkeit signifikant mit ehemaliger sexueller Nähe zwischen „Stalker“ und Opfer assoziiert [13]. Diese „Stalker“ sind signifikant seltener psychotisch als die „Stalker“, die Fremde angreifen.

Eine Studie zum Persönlichkeitsprofil von 112 männlichen „Post-Intimate-Stalkern“, in der die früheren Opfer befragt wurden, zeigte für „Stalker“ sehr niedrige Werte bei „Verträglichkeit“ und mäßig niedrige bei „Durchhaltevermögen“ und „emotionaler Stabilität“. Insgesamt waren die „Stalker“ relativ funktionale Menschen jedoch mit starker Sensitivität gegenüber Zurückweisung, Verlassenwerden und Verlust [14]. „Stalking“ hat sehr große negative Wirkungen auf die Opfer, kann aber auch in einzelnen Fällen das Resultat einer Exazerbation bei bereits bestehender Vulnerabilität sein. [15]

#### Therapieansätze und rechtliche Grundlagen

Die Behandlung des „Stalkers“ richtet sich zunächst nach seiner psychiatrischen Grunderkrankung. Dabei werden im Hinblick auf die Zielsymptomatik des „Stalkings“ derzeit sowohl tiefenpsychologische als auch kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze angewendet. Eine wissenschaftliche Therapieevaluation existiert bisher noch nicht. Das liegt sicher unter anderem daran, dass die Täter häufig nur ein mäßiges Problembewusstsein und eine noch geringer ausgeprägte Therapiemotivation haben [16].

Studien zu medikamentösen Behandlungsansätzen finden sich bislang überhaupt nicht. Jedoch könnten serotonerge Substanzen und Stimmungsstabilisatoren zur Reduktion von Impulsi-



### Fazit

„Stalker“ und ihre Opfer rücken gegenwärtig zunehmend in den Fokus psychiatrischer Untersuchungen. Die Opfer des persistierenden „Stalkings“ entwickeln häufig stressbezogene Symptome. Sie ähneln denen von Zielpersonen chronischer Traumatisierung wie häuslicher Gewalt. Die Opfer können zu jedem Psychiater oder Nervenarzt überwiesen werden und sollten von ihnen vielfältige Informationen über die Möglichkeiten und Quellen der legalen Opferunterstützung erhalten. „Stalker“ hingegen werden zwar wesentlich häufiger in forensische Abteilungen überwiesen, jedoch sollten auch Allgemeinpsychiater mit dem „Stalking“-Phänomen vertraut sein, da die meisten „Stalker“ psychiatrisch auffällig sind.

Schließlich muss bedacht werden, dass Psychiater ein erhöhtes Risiko haben, selbst Opfer von „Stalking“-Verhalten zu werden. In der Vergangenheit haben die Psychiater, die durch Ex-Patienten unter „Stalking“ litten, wenig Verständnis und Unterstützung von ihren Kollegen erfahren. Diese doppelte Schwierigkeit – Belästigung durch den „Stalker“ und Vorwurf der eigenen Inkompetenz – führten zu einer Aggravierung der Symptomatik seitens der Kollegen. Eine spezifische psychotherapeutische oder psychopharmakologische Intervention existiert bislang weder für die Opfer noch für die Täter. Allerdings ist es bei psychiatrischer Diagnose durchaus anzuraten, für den „Stalker“ ähnliche Behandlungsstrategien anzuwenden wie bei den übrigen Patienten der jeweiligen Diagnosegruppe.

vität und atypische Antipsychotika zur positiven Beeinflussung von Wahn und überwertigen Ideationen theoretisch in Abhängigkeit vom Zielsyndrom sinnvoll sein.

Für die Opfer besteht in Deutschland das Problem, dass eine strafrechtliche Verfolgung des „Stalkers“ erst möglich ist, wenn es tatsächlich zu Körperverletzung, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Nötigung oder Bedrohung gekommen ist. Obwohl viele „Stalking“-Verhaltensweisen unterhalb dieser Schwelle bleiben, können sie eine erhebliche psychische Belastung darstellen. Auf zivilrechtlichem Wege kann zwar ein Unterlassungsanspruch geltend gemacht werden, was jedoch mit einem nicht unerheblichen Kostenrisiko verbunden ist. Außerdem verstoßen viele „Stalker“ gegen zivilrechtliche Anordnungen oder fühlen sich dadurch sogar zu aggressiveren Verhaltensweisen provoziert.

### Präventivmaßnahmen für das therapeutische Personal

Da das therapeutische Personal in Kliniken zu den Risikogruppen für „Stalking“ gehört, sollten die Mitarbeiter über das Thema, adäquate Reaktions- und Verhaltensweisen sowie mögliche Hilfsangebote ausreichend informiert werden. Es ist davon auszugehen, dass das Thema „Stalking“ auch in Deutschland in

den nächsten Jahren sowohl in der Psychiatrie als auch in der Rechtsprechung zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

### Literatur beim Verfasser

**Dr. med. Ion Anghelescu**  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
– Campus Benjamin Franklin,  
Eschenallee 3, 14050 Berlin,  
E-Mail: ion.anghelescu@charite.de

# Psychopathologie und Differenzialdiagnose des Eifersuchtschwahns

## Wahnsinnig eifersüchtig

A. DEISTER



© Jürgen Lieberoth

Gehört Eifersucht nicht zu jeder Beziehung? Ist sie nicht eine ganz normale Regung und kann sie nicht auch die Partnerschaft beleben? Wird sie jedoch zum Wahn, wirkt quälend und zerstörerisch, sind psychiatrische Erkrankungen oftmals nicht weit.

**But jealous souls will not be answered so;  
They are not ever jealous for the cause,  
But jealous for they are jealous: 'tis a monster  
Begot upon itself, born on itself**

Shakespeare: Othello

**E**ifersucht – ein Gefühl, das wohl die meisten Menschen irgendwann in ihrem Leben einmal erlebt haben. Ein Gefühl, das sich an der Grenze zur Irrationalität breit macht und bei dem es besonders schwer fällt, eine sichere Grenze zwischen „normalem“ Verhalten und dem Symptom einer psychischen Störung, also der krankhaften „Eifersucht“, zu ziehen. Bereits die Bezeichnung „Eifersucht“ („Sucht“ abgeleitet von „siech“ = krank) gibt einen Hinweis auf den möglichen Krankheitswert.

Eifersucht ist nur schwer eindeutig zu definieren. Eine moderne Lexikondefinition beschreibt Eifersucht als „ein qualvolles Gefühl vermeintlichen oder tatsächlichen Liebesentzugs“. Diese eher neutrale Definition kontrastiert mit einer Lexikondefinition, wie sie noch vor 50 Jahren zu lesen war: „Eifersucht ist ein leidenschaftliches Streben nach Alleinbesitz mit hasserfüllter Angst vor jedem möglichen Nebenbuhler“ (Der Große Brockhaus, 1953). Im Volksmund wird mit dem Philosophen Schleiermacher (1768–1834) oft konstatiert: „Eifersucht ist eine Leidenschaft, die mit Eifer sucht, was Leiden schafft“. Das japanische Sprichwort „Eifersucht ist die Seele der Liebe“ zeigt uns dagegen die enge Beziehung zwischen Liebe und Eifersucht. Marcuse (1950) sprach gar von „physiologischer Eifersucht“ und davon, dass Liebe und Eifersucht so eng zusammen gehören, dass es auch eine (pathologische?) Bedeutung haben könne,

wenn Eifersucht in einer Partnerbeziehung völlig fremd wäre.

Das Syndrom der wahnhaften Eifersucht (auch als „Othello-Syndrom“, „psychotische Eifersucht“ oder „erotic jealousy syndrome“ bezeichnet) hat die Psychopathologie über lange Zeit hinweg immer wieder interessiert, ja fasziniert. Obwohl Eifersuchtschwahn zu den am häufigsten beschriebenen Formen von Wahnsymptomatik zählt, ist er wohl lange nicht so häufig, wie oft vermutet wird. Auch die Bindung an die Abhängigkeit von Alkohol (in der Form des alkoholischen Eifersuchtschwahns) ist sicherlich nicht so eng, wie lange Zeit angenommen wurde. In jedem Fall ist Eifersuchtschwahn keine homogene nosologische Krankheitseinheit. Auf der anderen Seite bezieht Eifersuchtschwahn seine klinische Bedeutung alleine schon aus den oft massiven Folgen dieser Störung in der Partnerschaft und im gesellschaftlichen Umfeld.

Eifersucht als Wahnsymptom kann bei sehr unterschiedlichen psychischen Störungen vorkommen: Bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen, bei organischen psychischen Störungen und Intoxikationen unterschiedlicher Genese, bei affektiven Störungen und bei Persönlichkeitsstörungen. Eifersucht ist deshalb zunächst einmal eine Form des wahnhaften Beeinträchtigungserlebens, so wie der Verfolgungs- oder Beziehungswahn auch. Eifersuchtschwahn kann aber auch als eigenständige Erkrankung in Form der wahnhaften (paranoiden)

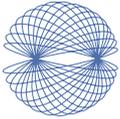


Tabelle 1

**Diagnostik des Eifersuchtwahns im ICD-10-System**

**ICD-10-Kriterien der anhaltenden wahnhaften Störung (ICD-10-GSM 2005; F22)**

Eine Störung ist charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahnhalte, die im Allgemeinen lange, manchmal lebenslang, andauern. Der Inhalt des Wahns oder des Wahnsystems ist sehr unterschiedlich. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen), schizophrene Symptome wie Kontrollwahn oder Affektverflachung und eine eindeutige Gehirnerkrankung sind nicht mit der Diagnose vereinbar. Gelegentliche oder vorübergehende akustische Halluzinationen schließen jedoch besonders bei älteren Patienten die Diagnose nicht aus, solange diese Symptome nicht typisch schizophren erscheinen und nur einen kleinen Teil des klinischen Bildes ausmachen.

**ICD-10-Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10-GSM 2005; F60.0)**

Diese Persönlichkeitsstörung ist durch übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie einer Neigung, Erlebtes zu verdrehen, gekennzeichnet, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden, wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen hinsichtlich der sexuellen Treue des Ehegatten oder Sexualpartners, schließlich durch streitsüchtiges und beharrliches Bestehen auf eigenen Rechten. Diese Personen können zu überhöhtem Selbstwertgefühl und häufiger, übertriebener Selbstbezogenheit neigen.

**ICD-10-Kriterien der psychotischen Störung bei Abhängigkeit von Alkohol**

(ICD-10-GSM 2005; F10.5)

Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.

Störung vorkommen, die in vielem der früher beschriebenen „Paranoia“ entspricht.

Häufig wird in Zusammenhang mit dem Eifersuchtwahn auch das Syndrom des „Liebeswahns“ (auch als „deClérambault-Syndrom“ oder „Erotomanie“ bezeichnet) gebracht. Dieses Syndrom – noch weniger eine nosologische

Einheit als der Eifersuchtwahn – folgt meist eigenen Regeln und soll deshalb hier nur am Rande erwähnt werden.

**Historisches**

Eifersucht als Gefühl ist so alt wie die Geschichte menschlicher Beziehung und Eifersucht als Symptom ist sicherlich so alt wie die Geschichte psychischer Störungen überhaupt. Als Symptom der psychischen Veränderungen bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit wurde der Eifersuchtwahn erstmalig wohl von Marcel (1847) beschrieben; im deutschen Sprachraum kommt Nasse (1878) diese Rolle zu. Von Krafft-Ebing (1891) fand den Eifersuchtwahn bei 80% der „noch in sexuellen Beziehungen stehenden Alkoholisten“. Er sah ihn „mit seltenen Ausnahmen als einen isolierten, quasi monomanischen Wahn“ an, der „fast ausschließlich auf ideato-

rischem (combinatorischem) Wege“ entstehe und „äußerst fix“ sei (Völker, 1993). Für Bonhoeffer (1901) gehörte der Eifersuchtwahn zum „psychischen Habitus des Gewohnheitstrinkers“. Erst Karl Jaspers (1910; 1963) untersuchte im Detail die Psychopathologie des Eifersuchtwahns, insbesondere mit der Frage danach, ob es sich hierbei eher um eine besondere Form der „Entwicklung einer Persönlichkeit“ oder um ein eher „prozesshaftes Geschehen“ handelt. Koller (1932) unternahm eine ausführliche katamnestische Untersuchung bei Patienten mit alkoholischem Eifersuchtwahn. Er unterschied zwischen drei Typen: den eifersüchtigen, den exogenen und den wahnhaften Trinkern. Bei den eifersüchtigen Trinkern sei eine allgemein misstrauische Wachsamkeit die Grundlage der Eifersuchtsideen. Die „exogenen Psychosen“ kämen bei Delirium tremens und anderen Alkoholpsychosen vor und trügen ein „pathopsychologisch erkennbares exogenes Gepräge“. Bezüglich der „wahnhaften Trinker“ äußerte er die Vermutung, dass es sich hierbei eigentlich um Schizophrenien handele, die entweder durch chronische Alkoholvergiftung ausgelöst oder auch nur „pathoplastisch besonders gefärbt“ seien (Völker, 1993). Die psychoanalytische Interpretation des Eifersuchtwahns geht auf Freud (1924) zurück, der davon ausging, dass mit Hilfe der paranoiden Eifersucht die eigene Homosexualität abgewehrt werde.

In den modernen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV gibt es keine einheitliche Gruppe, in die Patienten mit Eifersuchtwahn klassifiziert werden könnten. Im ICD-10 wird der Eifersuchtwahn als zugeordneter Begriff in der Kategorie „Anhaltende wahnhafte Störungen“ benannt (Tab. 1). Das DSM-IV (1996) beschreibt Eifersuchtwahn explizit als Subtyp der Wahnhaften Störungen und Eifersucht als Symptom bei den paranoiden Persönlichkeitsstörungen (Tab. 2).

**Epidemiologie**

Allgemein akzeptierte Angaben zur Häufigkeit des Eifersuchtwahns gibt es bisher nicht. Die Angaben in der Literatur sind abhängig von den jeweils verwendeten Kriterien. Retterstöl (1966) fand



unter 3.441 Patienten nur 18 Patienten mit Eifersuchtswahn. Schneemann (1989) analysierte 30.000 unausgelesene Krankengeschichten einer Universitätsklinik und konnte bei 27 Patienten (0,1%) wahnhaftes Eifersucht diagnostizieren. Ähnliche Ergebnisse gibt es auch von Kollé (1932) und Berner (1965). Angesichts dieser eher niedrigen Prävalenz wurde immer wieder vermutet, dass die Dunkelziffer bei der wahnhaften Eifersucht relativ hoch ist. Als Grund hierfür ist zu vermuten, dass dieses Beschwerdebild in vielen Fällen nicht erkannt (und damit klinisch behandelt wird), weil die bestehende Symptomatik von den Bezugspersonen oder auch den damit befassten Therapeuten als (gerade noch) „normal“ eingestuft wird.

In einer umfangreichen und intensiven retrospektiven Untersuchung an über 8.000 Patienten fand Soyka (1995) Eifersuchtswahn bei immerhin 1,1% der Probanden. Er konnte zeigen, dass die Problematik „Eifersuchtswahn“ tatsächlich eher unspezifisch ist und bei verschiedenen psychischen Störungen vorkommt. Die detaillierte Analyse der Krankengeschichten ergab, dass der Eifersuchtswahn besonders häufig bei organischen Psychosen (insbesondere senilen Demenzen) auftrat. Bei diesen Diagnosen wiesen 6,9% der Patienten einen Eifersuchtswahn auf. An zweiter Stelle standen die wahnhaften Störungen („Paranoia“) mit 6,7%, die Alkoholpsychosen mit 5,6% an dritter Stelle, gefolgt von den schizophrenen Störungen (2,5%). Bei neurotischen und Persönlichkeitsstörungen sowie affektiven Erkrankungen fand sich diese Thematik nur in Einzelfällen (weniger als 0,1%).

### Psychopathologie

Die Beschreibung der psychopathologischen Ausgestaltung des Eifersuchts- und Liebeswahns und seiner Genese ist wohl das zentrale Thema in der Erforschung dieser Störungen. Neben der in erster Linie psychologisch begründeten Eifersucht kann diese nicht nur als Wahn, sondern auch als überwertige Idee und auch als Zwangssymptom auftreten. Insbesondere Karl Jaspers (1910, 1963) hat sich mit der Frage beschäftigt, ob es sich bei dem Eifersuchtswahn eher um eine „Entwicklung einer Persönlich-

keit“ oder um ein eher prozesshaftes Geschehen, das schicksalhaft in das Leben einbricht, handelt. Für die Frage „Entwicklung versus Prozess“ ist der Eifersuchtswahn zu einem Paradigma in der psychopathologischen Wahnforschung geworden. Jaspers kam zu dem Schluss, dass bei der Eifersucht die Persönlichkeitsentwicklung und der prozesshafte Ablauf gemischt sind, mit Überwiegen des letzteren. Er unterschied grundsätzlich vier Typen der Eifersucht:



- „normale“ oder „psychologische“,
- wahnhaftes bei vulnerablen Individuen,
- wahnhaftes als „psychischer Prozess“,
- wahnhaftes Eifersucht als Symptom einer Geisteskrankheit (Soyka, 1995).

Tabelle 2

### Diagnostik des Eifersuchtswahns im DSM-IV-System

#### DSM-IV-Kriterien der Wahnhaften Störung (DSM-IV: 297.1)

Nicht-bizarre Wahnphänomene (das heißt auf die Situationen, die in der Realität vorkommen können, wie etwa verfolgt, vergiftet, infiziert, aus der Ferne geliebt, vom [Ehe-]Partner betrogen zu werden oder eine Krankheit zu haben) für die Dauer von mindestens einem Monat. Abgesehen von den primären und sekundären Auswirkungen des Wahns ist die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt und das Verhalten ist nicht auffallend seltsam oder bizarr.

#### — Typus mit Eifersuchtswahn

Dieser Subtypus gilt, wenn das zentrale Wahnthema einer Person darin besteht, dass ihr [Ehe-]Partner untreu ist. Dieser Glaube entsteht ohne ausreichenden Grund und basiert auf falschen Schlussfolgerungen sowie kleinsten „Beweisen“ (z. B. in Unordnung gebrachte Kleidung oder Flecken auf Bettlaken), die gesammelt werden, um den Wahn zu rechtfertigen. Die Person mit dem Wahn konfrontiert normalerweise den [Ehe-]Partner und versucht, der vermeintlichen Untreue entgegen zu wirken (z. B. die Unabhängigkeit des [Ehe-]Partners einschränken, den Partner heimlich verfolgen, den vermeintlichen Liebhaber beobachten, den [Ehe-]Partner angreifen).

#### — Typus mit Liebeswahn

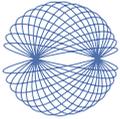
Dieser Subtypus gilt, wenn das zentrale Wahnthema darin besteht, dass eine andere Person den Betroffenen liebt. Der Wahn bezieht sich meist eher auf eine idealisierte romantische Liebe und seelische Verbundenheit als auf sexuelle Anziehung. Die Person, von der dies mit Überzeugung angenommen wird, ist gewöhnlich von höhergestelltem Status (z. B. eine berühmte Person oder ein Vorgesetzter), es kann aber auch ein vollkommen Fremder sein. Bemühungen, mit dem Wahnobjekt in Kontakt zu kommen (durch Telefonanrufe, Briefe, Geschenke, Besuche oder sogar durch Überwachung und Nachschleichen) sind häufig, obwohl die Person gelegentlich ihren Wahn geheim hält. In klinischen Stichproben sind die meisten Personen mit diesem Subtyp Frauen; die meisten Personen mit diesem Subtyp in forensischen Stichproben sind Männer.

#### DSM-IV-Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung (DSM-IV: 301.00)

Tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, sodass deren Motive als böswillig ausgelegt werden. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens vier Kriterien müssen erfüllt sein.

Kriterium 7: verdächtigt wiederholt und ohne jede Berechtigung den Ehe- oder Sexualpartner der Untreue.

Erläuterung: Menschen mit dieser Störung sammeln triviale und beiläufige „Beweise“ zur Unterstützung ihrer eifersüchtigen Gedanken. Sie möchten eine intime Partnerschaft vollständig kontrollieren, um zu vermeiden, dass sie betrogen werden, und oft befragen oder bezweifeln sie ihren Ehepartner oder Partner hinsichtlich dessen, wo er gewesen ist, seiner Handlungen, Intentionen oder Treue.



### Falldarstellung einer erfolgreicher Behandlung pathologischer Eifersucht mit Fluoxetin

Eifersucht wird in psychiatrischen Lehrbüchern meist unter der Rubrik „Eifersuchtswahn“ und dabei als Ausdruck einer wahnhaften Störung oder als Folge chronischen Alkoholmissbrauchs behandelt.

Eifersucht wird auch als Zwangsphänomen interpretiert – vor allem wenn sie weniger von wahnhafter Überzeugung geprägt ist, sondern in quälenden Eifersuchtsgrübeleien besteht, die ich-dyston und als aufgezwungen erlebt werden, ohne dass es dem darunter Leidenden gelingt, sie wegzudrängen. Unter dieser theoretischen Überlegung wurde Fluoxetin – dessen Wirksamkeit bei Zwängen bereits anerkannt war – schon kurz nach seiner Einführung auch bei pathologischer Eifersucht mit Zwangselementen erfolgreich eingesetzt.

Der im folgenden geschilderte Fall einer 44 Jahre alten Krankenschwester, die unter heftigster pathologischer Eifersucht wahnhaften Charakters litt, lässt sich weder den wahnhaften Störungen, noch dem klassischen alkoholischen Eifersuchtswahn oder der pathologischen Eifersucht als Zwangsstörung zuordnen. Nach vielfältigen anderen psychopharmakologisch wirksamen Substanzen, die letztlich keinen Erfolg zeigten, wurde schließlich mit Fluoxetin ein schneller und dauerhafter Therapieerfolg erzielt.

#### Fallgeschichte

Erstmals suchte mich die Patientin im Rahmen einer Vertretung auf. Damals 40 Jahre alt, bereits seit drei Jahren unter Angstzuständen, Phasen der Depression und Schlafstörungen leidend, hatte sie nach ihren Angaben ohne Erfolg verschiedene Antidepressiva bekommen und erhielt nun seit einigen Monaten 12,5 mg Fluphenazin in dreiwöchigen Abständen.

Vier Jahre später stellte sie sich wieder in meiner Praxis vor. Zu den Angstzuständen und den depressiven Verstimmungen waren Phasen eines episodenhaften Alkoholmissbrauchs hinzuge-

kommen, wobei die Patientin erklärte, nur in ihren von Angst und Depression gepeinigten Zuständen vermehrt Alkohol zu sich zu nehmen.

Die jetzt 44-jährige Krankenschwester macht ausschließlich Nachtdienste. Sie ist zum zweiten Mal verheiratet und die erste Ehe mit einem schwer alkoholkranken Ehemann war acht Jahre zuvor nach langer Zeit der Qual für die Patientin geschieden worden. Über Jahre hinweg hatte sie Beschimpfungen und körperliche Misshandlungen ertragen. Lösen konnte sie sich erst, als sie den jetzigen Ehemann kennen lernte, der drei Jahre jünger ist. Die ersten Jahre dieser Beziehung seien außerordentlich glücklich gewesen, doch vor zirka einem halben Jahr habe ihr Ehemann eine andere Frau kennen gelernt, sie kurz mit nach Hause genommen und ihr vorgestellt. Immer wenn sie nun Nachtdienst mache, kämen seltsame Dinge vor. Sie wisse ganz sicher, dass ihr Mann untreu sei und nur darauf warte, sich von ihr zu trennen.

Im psychopathologischen Befund der Patientin zeigten sich:

- *affektiv*: Aufgewühltheit, innere Unruhe, quälende Eifersuchtsgefühle, abwechselnd mit aggressiven und gereizten Erregungszuständen.
- *somatisch*: Ein- und Durchschlafstörungen, Tachykardie, Gewichtsabnahme, Schweißausbrüche.
- *kognitiv*: ständig sich aufdrängende Gedanken an die Untreue des Ehemannes und die Überzeugung davon, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Es liegt kein Hinweis für eine hirnorganischen Störung vor, weder im neurologischen Befund noch bei Zusatzuntersuchungen (EEG, NMR kranial).

Die Fremdanamnese, erhoben vom Ehemann, erbringt Folgendes: Er habe sich mit seiner Ehefrau in den Jahren des Kennenlernens und auch noch bis

kurz nach der Heirat bestens verstanden. Dann sei sie einmal sehr böse auf ihn geworden, weil er sich von einer Bekannten hatte heimfahren lassen. Obwohl er ihr ständig beteuere, dass keine tiefere oder gar intime Beziehung zu dieser Frau bestehe, lasse sie sich davon nicht überzeugen. Sie sei krankhaft eifersüchtig und glaube ihm auch dann nicht, wenn er zu Hause bleibt, um ihr keinen Anlass zu Misstrauen zu geben.

Im Behandlungsverlauf wird in den folgenden Wochen zunächst Doxepin bis zu 150 mg eingesetzt. Der psychische Befund stabilisiert sich etwas, die Schlafstörungen und die Gewichtsabnahme sistieren. Die Eifersucht „flutet“ aber wellenförmig immer wieder so massiv an, dass die Patientin wieder verstärkt Alkohol trinkt und sich mit dem Ehemann streitet.

Aufgrund früherer positiver Erfahrungen mit der Gabe von Fluoxetin bei anderen Patienten mit pathologischer Eifersucht wird Fluoxetin bis zu 30 mg aufdosiert und vorübergehend zur Besserung des Schlafes zusätzlich Perazin bis zu 50 mg zur Nacht verordnet. Bereits nach drei Wochen meldet sich die Patientin erfreut wieder. Sie fühle sich wesentlich wohler, komme mit ihrem Mann jetzt besser zurecht, auch wenn sie gelegentlich Angst habe, von ihm verlassen zu werden. Das Thema Eifersucht beschäftige sie kaum mehr. Im Laufe von mehreren Monaten kommt es zu einem fast völligen Sistieren der depressiven Symptomatik und der quälenden Eifersüchte. Die Patientin berichtet, dass die Ehe wieder gut funktioniere. Man unternehme viel gemeinsam, was als „sehr schön“ geschildert wird. Perazin wird wegen persistierender Schlafstörungen beibehalten. Fluoxetin ist in der Dosierung von 30 mg seit nunmehr 16 Monaten Dauermedikation, ohne dass es während dieser Zeit zu einem Rückfall der Erkrankung gekommen wäre – bei weiterhin überhöhtem Alkoholkonsum bei Festen und Feiern.

(az)

## Fazit zur Falldarstellung

Pathologische Eifersucht ist kein eigenständiges psychiatrisches Störungsbild, vielmehr wird sie als Ausdruck verschiedener psychiatrischer Grunderkrankungen angesehen: als Sonderform der wahnhaften Störung, als Folge chronischen Alkoholmissbrauchs, und als Sonderform von Zwangsgedanken. Obwohl im geschilderten Fall keine auf eine Zwangserkrankung hinweisende symptomatische Ausprägung der Eifersucht vorlag, sondern diese eher wahnhaften Charakter trug – allerdings in eine depressive Erkrankung verwoben war und zusätzlich in ihrer möglichen Entstehung auch durch chronischen Alkoholkonsum hätte hervorgerufen sein können – wurde mit Fluoxetin eine medikamentöse Behandlungsstrategie gewählt, die sowohl antidepressiv, als auch gegen die quälende krankhafte Eifersucht außerordentlich wirksam war.

Fluoxetin und auch andere SSRIs sollten deshalb bei der Behandlung von pathologischer Eifersucht immer als mögliche wirkpotente pharmakologische Strategie erwogen werden. (az)

Die detaillierte psychopathologische Charakterisierung durch Jaspers ist wohl bis heute unübertroffen. Die „normale Eifersucht“ beschrieb er als „auf der einen Seite wechselnde, bald hier, bald dort Nahrung ziehende Eifersuchtsideen, bald vergessen, bald wieder neu gebildet, bald auf die eine, bald auf die andere Weise begründet.“ Die „krankhafte Eifersucht“ dagegen sei „ein langsamer oder schneller entwickeltes System der Eifersucht mit über Jahren festgehaltenen Beweisgründen, die kaum vergessen, nur hier und da vermehrt wurden.“ Abgrenzend davon ist die „wahnhafte Eifersucht“ durch „überall auftauchende, entsprechende Ideen, Beobachtungen, vergessen und neugebildet, ohne jede Form der Kritik“ gekennzeichnet. Trotz aller psychopathologischen Differenzierungen kam Jaspers jedoch zu dem Schluss, dass die Entstehung des Eifersuchtswahns „natürlich ein völliges Rätsel ist. Dass er in für uns absolut unverständlicher Weise auftritt, ist eben das ‚Verrückte‘“, so Jaspers.

Ein Eifersuchts-„Wahn“ soll und kann nur dann diagnostiziert werden, wenn dabei die grundlegenden Wahnkriterien erfüllt sind, also im Besonderen

- die Unmöglichkeit des Inhaltes (Inhalt ist objektiv falsch),
- die Unbeeinflussbarkeit durch andere und
- die Unkorrigierbarkeit beziehungsweise das fehlende Argumentationsbedürfnis des Patienten.

Auf diesen Beschreibungen basieren auch moderne Definitionsversuche von Eifersuchtswahn, wie im DSM-IV (Tab. 2).

Der Eifersuchtswahn steht häufig nicht isoliert im Erleben eines Patienten. Halluzinatorische Erlebnisse, illusionäre Verfälschungen der Wahrnehmung und der Erinnerung spielen als weitere psychotische Symptome eventuell eine Rolle in der Genese dieser Symptomatik. Auf der emotionalen Ebene kommt depressiven Gefühlen, Gefühlen der Minderwertigkeit und geringem Selbstbewusstsein eine Bedeutung zu; im Bereich des psychologischen Umfeldes basiert die Eifersucht nicht selten auf Streit, Ärger und Aggression in einer Beziehung und damit auch einer möglicherweise realen Bedrohung dieser Partnerbeziehung.

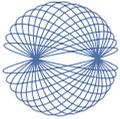
### Diagnostischer Kontext

Eifersuchtswahn in seiner „reinsten Form“ (Soyka, 1995) findet man bei paranoischen Störungen. Diese sind im ICD-10 als „**anhaltende wahnhafte Störungen**“ (F22) und im DSM-IV als „**Wahnhafte Störung**“ (297.1) klassifiziert. Dabei handelt es sich um Störungen, die durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte charakterisiert sind, die im Allgemeinen lange, manchmal lebenslang andauern. Kulturell inakzeptable oder völlig unmögliche Wahnüberzeugungen, wie man sie bei schizophrenen Erkrankungen findet, kommen üblicherweise nicht vor, ebenso wenig anhaltende halluzinatorische Erlebnisse jeglicher Sinnesmodalität.

Depressive Symptome oder sogar eine voll entwickelte depressive Episode können zwischenzeitlich auftreten. In Abgrenzung zur psychotischen Depression wird jedoch vorausgesetzt, dass der Wahn auch dann weiter besteht, wenn keine affektive Störung vorhanden ist. Abgesehen von Handlungen, die sich direkt auf den Wahn beziehen, sind Denken, Sprache und Verhalten unauffällig. Die Störung beginnt in der Regel im mittleren Lebensalter, kann aber auch bei jüngeren oder älteren Menschen vorkommen. Die Ätiopathogenese ist letztendlich nicht ausreichend geklärt. Eine hereditäre Belastung mit schizophrenen oder affektiven Störungen findet sich in der Regel nicht. Mehr Gewicht haben offensichtlich psychosoziale Faktoren: Der Inhalt des Wahns oder der Zeitpunkt seines Auftretens kann nicht selten mit der Lebenssituation oder mit einem besonderen Ereignis im Leben des Patienten in Verbindung gesetzt werden. Die sozialen Kontakte und vor allem das Familienleben sind durch die Erkrankung meist besonders beeinträchtigt. Die Erkrankung dauert unbehandelt in der Regel lange an und kann lebenslang bestehen bleiben. Der Verlauf ist häufig durch eine Zu- oder Abnahme von Aktualität, Dynamik und Innovation des Wahns gekennzeichnet (Deister, 2004).

Bei **Alkoholikern** kann der Eifersuchtswahn im Rahmen einer Alkoholhalluzinose oder eines Deliriums tremens auftreten. In diesen Fällen ist die Symptomatik meist rasch reversibel. Von klinischer Relevanz bei Alkoholabhängigkeit ist aber vor allem auch die Form mit chronischem Verlauf. Dabei werden zwei unterschiedliche Verlaufsfornen differenziert (Soyka, 1995):





Zum einen der (häufigere) Typ mit monosymptomatischem Verlauf, der sich langsam entwickelt und bei dem andere Wahnsymptome oder Halluzinationen fehlen, zum anderen der seltenere, eventuell aus einer Alkoholhalluzinose hervorgehende, „schizophreniforme“ Typ, der im Verlauf eher einer chronischen schizophrenen Psychose ähnelt.

Die absolut gesehen meisten Patienten mit einem Eifersuchtswahn leiden unter einer **schizophrenen Störung**. Hier tritt diese Wahnthematik in der Regel nicht isoliert auf, sondern ist zu meist mit anderen Wahnthemen kombiniert, zum Beispiel mit Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. Darüber hinaus finden sich Sinnestäuschungen in Form von halluzinatorischen Erlebnissen oder illusionären Verkennung sowie ausgeprägte Denkstörungen. Der Eifersuchtswahn bei schizophrenen Psychosen beeinflusst den Verlauf der Erkrankung meist nicht relevant, sondern die Prognose hängt vom Verlauf der zugrunde liegenden psychotischen Störung ab.

Im Rahmen von **paranoiden Persönlichkeitsstörungen** kann es ebenfalls zum Auftreten von krankhafter Eifersucht kommen, die jedoch nicht in jedem Fall die Kriterien einer wahnhaften Symptomatik erfüllt. Diese Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, sodass deren Motive als böswillig ausgelegt werden. Der Beginn liegt – wie bei allen Persönlichkeitsstörungen – im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich als weitgehend unflexibles Verhalten in unterschiedlichen Situationen des gesamten Alltags.



### **Forensisch-psychiatrische Aspekte**

Empirisch gesichert ist, dass Eifersucht und besonders auch der Eifersuchtswahn als Basis für verschiedene, forensisch-psychiatrisch relevante Delikte bis hin zu Tötungsdelikten anzusehen ist. Dabei richten sich Gewalttaten in erster Linie gegen den Partner, der der Untreue verdächtigt wird und nur selten gegen den vermeintlichen oder tatsächlichen Rivalen und praktisch nie gegen außenstehende Personen. Bei der gutachterlichen Beurteilung kommt der Differenzierung zwischen psychologisch ableitbarer und wahnhafter Eifersucht eine besondere Bedeutung zu. Bei der nicht-wahnhaften Eifersucht muss in Einzelfällen das Merkmal der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ im Sinne der §§ 20 und 21 StGB diskutiert und berücksichtigt werden. Die wahnhafte Eifersucht gibt Anlass, an verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit aufgrund einer krankhaften seelischen Störung zu denken.

### **Therapeutische Aspekte**

Die Therapie der krankhaften Eifersucht ist in erster Linie von der zugrunde liegenden Störung abhängig. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass wegen der meist umfassenden Auswirkungen der Eifersuchtschematik auch auf das soziale Umfeld Pharmakotherapie, Psychotherapie und soziotherapeutische Verfahren miteinander kombiniert werden sollten.

In psychotherapeutischer Hinsicht gibt es Berichte sowohl über den Einsatz tiefenpsychologisch orientierter als auch verhaltenstherapeutisch orientierter Verfahren. Grundsätzlich wichtige therapeutische Ziele sind die Bearbeitung biografisch bedeutsamer Erfahrungen und Konflikte, Bewusstmachen kritischer und konflikthafter Verhaltensmuster und besonders auch eine Stärkung des Selbstwertgefühls (Soyka, 1995). Wenngleich grundsätzlich empfohlen wird, möglichst auch den Partner oder die Partnerin zumindestens zeitweise mit in die Therapie einzubeziehen, kann bei ausgeprägten und der Therapie nicht zugänglichen Störungen auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Beendigung einer durch diese Thematik

belasteten Partnerschaft empfohlen werden muss, um eventuelle fatale Folgen zu vermeiden.

Bei den wahnhaften Formen sollte ein Therapieversuch mit Neuroleptika unternommen werden; die Angaben über den Erfolg einer neuroleptischen Therapie sind jedoch nicht einheitlich und weniger ermutigend. Bei den alkoholabhängigen Wahnsyndromen kann die Wahnsymptomatik bei längerfristiger Abstinenz abklingen, was aber nicht regelhaft der Fall ist. Besonders schwierig erscheint die Therapie dann, wenn eine paranoide beziehungsweise anhaltende wahnhafte Störung besteht. Die Patienten sind auf Grund der dabei regelhaft vorhandenen misstrauischen Haltung und fehlender Krankheitseinsicht oft nicht ausreichend zu einer gezielten Therapie zu motivieren. Das therapeutische Vorgehen ist deshalb in erster Linie auf eine Entdynamisierung des Wahns sowie eine Verbesserung der sozialen Integrationsfähigkeit ausgerichtet. Bei chronischen Wahnsyndromen werden verschiedene psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Maßnahmen eingesetzt, eventuell in Kombination mit Psychopharmaka. Das entscheidende Element in der Therapie ist, eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu erreichen. Wahnhalte des Patienten sollten deshalb zu Beginn weder bestätigt noch in Frage gestellt werden. Stehen bei chronischen Wahnsystemen Angst und Unruhe im Vordergrund, dann ist eine längerfristige Behandlung mit anxiolytisch und sedierend wirksamen Neuroleptika, eventuell auch in Depotform, sinnvoll (Marneros, 1993).

### **Literatur beim Verfasser**

**Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzeoe**



## Pädophilie

# Wenn Kinderliebe sich verirrt

H. L. KRÖBER

Die Veranlagung, das sexuelle Interesse primär auf Kinder zu richten, ist nicht unmittelbar mit Missbrauch, Gewalt oder Straftaten gleichzusetzen. Hier gilt es exakt zwischen aktivem Ausleben der Pädophilie und der reinen pädophilen Neigung ebenso wie zwischen stabil Pädosexuellen und Gelegenheits-tätern zu unterscheiden.

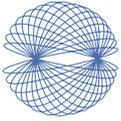
**D**as moderne Sexualstrafrecht hat nicht die Aufgabe, moralische Vorstellungen von Sitte und Anstand zu exekutieren. Es dient allein dem Schutz der sexuellen Selbstbestimmung des Einzelnen, und im Falle sexueller Übergriffe auf Kinder soll es deren ungestörte sexuelle Entwicklung gewährleisten. Sowohl Täter als auch Opfer geraten in das Blickfeld der Psychiatrie, erstere zur Beurteilung von Schuldfähigkeit und Gefährlichkeit, Kinder und Jugendliche, um beurteilen zu können, ob sie therapeutische Hilfe benötigen oder ob diese sie mehr stigmatisieren und irritieren als ihnen helfen würde. Wer in diesem Zusammenhang den vor zehn Jahren von „Stern“ und „Bild“ etablierten, eigentlich obso-

leten Begriff „Kinderschänder“ benutzt, tut weder den Opfern einen Gefallen noch wird er der Unterschiedlichkeit und unterschiedlichen Gefährlichkeit der Täter gerecht. Sachwissen hilft besser als verbale Aufrüstung. Die Bezeichnung „Pädosexuelle“ ist wohl treffender als der Ausdruck „Pädophile“.

### Häufigkeit von Strafverfahren und Art der Strafen

Pro Jahr werden in Deutschland etwa 16.000 sexuelle Übergriffe gegen Kinder angezeigt, das ist deutlich weniger als in den 50er und 60er Jahren. Dagegen hat sich die Quote der Tatverdächtigen, die tatsächlich überführt und verurteilt werden erhöht (ca. 20% der angezeigten Fälle). 2001 wurden 1.432 Erwachsene

sowie 222 Jugendliche und Heranwachsende wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern mit Körperkontakt verurteilt. Weitere 458 Erwachsene und 41 „Unter-21-Jährige“ wurden wegen sexuellen Missbrauchs ohne Körperkontakt verurteilt; sie hatten sexuelle Handlungen vor Kindern begangen oder von Kindern durchführen lassen, nicht zuletzt zur Herstellung von Fotos oder Videos. 30 dieser insgesamt 2.152 Verurteilten waren Frauen; 99% der Angeklagten sind demnach Männer; 88% sind 21 Jahre alt oder älter. 22% der verurteilten Erwachsenen kamen mit einer Geldstrafe davon, bei 51% wurde die Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt und 27% erhielten eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung. 107 Jugendliche und Heranwachsende (41%) erhielten eine Jugendstrafe, die überwiegend zur Bewährung ausgesetzt wurde, die restlichen 156 wurden mit einer mildereren Maßnahme bedacht. Die Strafen lagen aber deutlich höher, wenn Gewalt angewandt wurde und der Tatbestand der Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung erfüllt war; die Strafverfolgungsstatistik gibt jedoch in diesen Fällen keine Aus-



kunft über das Alter der Opfer (erwachsen oder Kind).

Im Jahr 2001 wurden von den verurteilten 1.890 Erwachsenen 12 (0,6%) als schuldunfähig und 175 (9,3%) als vermindert schulfähig eingeschätzt. 50 (2,6%) von ihnen wurden in einer psychiatrischen Maßregelklinik gemäß § 63 StGB untergebracht, sieben in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Täter sexuellen Missbrauchs werden also nur in einer kleinen Minderheit der Begebenheiten als psychiatrische Fälle definiert. Gegen keinen Verurteilten wegen sexuellen Missbrauchs nach den §§ 176, 176 a und b (das heißt ohne Vergewaltigung oder Ähnliches) wurde 2001 die Sicherungsverwahrung angeordnet.

### **Gelegenheitstäter und stabil Pädosexuelle**

Weniger als die Hälfte der sexuellen Übergriffe auf Kinder wird von stabil pädosexuellen Männern (Pädophilen) begangen. Die relativ zahlreichen Übergriffe auf pubertäre, aber noch nicht 14-jährige Mädchen werden dagegen überwiegend von so genannten Gelegenheitstätern begangen, die eigentlich heterosexuell orientiert sind, aber die konstante Nähe zu einem Mädchen (z. B. der Tochter der Lebenspartnerin) oder eine sonstige Gelegenheit ausnutzen, um zu sexuellen Erfolgserlebnissen zu kommen. Es können aber auch deutlich jüngere, präpubertäre Mädchen und Jungen zum Opfer werden. Bisweilen handelt es sich um das Ausweichverhalten von Männern, deren Beziehungen zu erwachsenen Partnern immer wieder scheitern und als unbefriedigend erlebt werden. In anderen Fällen sind die Betroffenen primär kontaktgestört und weichen auf Unterlegene aus, um einer vermuteten Abweisung und Kränkung durch erwachsene Partner zu entgehen. Wenn sie vor Gericht stehen, haben sie oft keine einschlägigen Vortaten; andere werden aber auch zum Beispiel wegen Vergewaltigung von Frauen verurteilt. Ihre Straftaten verdeutlichen ein breites Spektrum fehlender sozialer Rücksichtnahme – von Verkehrsdelikten über Diebstahl bis hin zu Körperverletzung und Raub. Kriminologisch entstammt der sehr kleine Teil der Männer, die im Kontext eines sexuellen Über-

griffs ein Kind töten (jährlich etwa fünf Fälle), sehr viel häufiger der großen Gruppe von bislang nur anderweitig straffälligen Gelegenheitstätern und nicht der Gruppe der stabil Pädosexuellen.

„Pädophilie“ ist in den einschlägigen diagnostischen Manualen, also ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (APA 1996), als eine stabile „Störung der Sexualpräferenz“ – der sexuellen Präferenz für Kinder in der Vorpubertät oder in einem frühen Pubertätsstadium – definiert. Es geht um das subjektive Erleben der Betroffenen und nicht allein um ihr tatsächliches Verhalten. Das bedeutet, dass es diagnostisch Pädophile gibt, die nie eine pädophile Straftat begangen haben.

Kriminologisch relevant ist insbesondere die Unterscheidung zwischen Tätern, die konstant auf Jungen ausgerichtet sind, und solchen mit Mädchen als Opfern. Die auf Knaben bezogenen Pädosexuellen sind deutlich häufiger über gemeinsame Anlaufpunkte wie Hallenbäder, Sportstadien, Spielwarenabteilungen der Kaufhäuser, Wohnheime und andere Einrichtungen für geistig behinderte Kinder, aber auch über bestimmte Kneipen miteinander vernetzt – im informellen Informationsaustausch über günstige Gelegenheiten und drohende Gefahren. Zudem betreibt ein Teil dieser Männer eine sehr bewusste Public-Relations-Arbeit, um den Gedanken der Unschädlichkeit und Straffreiheit sexueller Kontakte zu Kindern zu etablieren. Zwar begehen auch diese Männer kooperativ und gemeinschaftlich ihre Taten, jedoch eher selten und nicht systematisch. Sexueller Missbrauch ist in Westeuropa (entgegen journalistischen Verschwörungstheorien) kein Gruppendelikt, schon gar nicht ein mafiaartig organisiertes, in das hochrangige Persönlichkeiten einbezogen sind. Solche Strukturen sind weder nötig, um hochgestellten Personen pädosexuelle Übergriffe zu ermöglichen, noch aus Tätersicht sinnvoll, weil sie die Täter einer schrankenlosen Erpressbarkeit überantworten würden.

Demgegenüber sind die auf Mädchen orientierten Täter vielfältiger, ihr Tatmuster ist weniger einheitlich; es finden sich unter ihnen etwas häufiger

schwere Persönlichkeitsstörungen und sonstige sexuelle Störungen.

Nicht wenige Pädosexuelle machen geltend, sie seien auf der Suche nach einer quasi partnerschaftlichen oder pädagogischen Bindung. Ihre eigene Erlebniswelt ist auf die des Kindes ausgerichtet und sexuelle Handlungen werden nicht selten als unausweichliche Konsequenz einer angeblich gleichberechtigten Beziehung dargestellt. Tatsächlich lässt bereits die Alltagsbeobachtung die gezielte und bewusste Ausnutzung eines Gefalles an Macht und sozialer Kompetenz erkennen, und es bedarf einer ziemlichen Realitätsverleugnung um zu bestreiten, dass Körpererleben, Sinnlichkeit und Sexualität präpubertärer Kinder und Erwachsener nicht zusammengehen, dass vielmehr das Kind überrollt wird. Wo beschworen wird, wie sehr einem an der „Liebe“ des Kindes gelegen war und wie sehr man selbst es geliebt habe, wird eine ganz narzisstische Lesart von Liebe erkennbar. Dass es um die Bedürfnisse des Kindes überhaupt nicht geht, wird auch darin sichtbar, dass oft sozial besonders schwache, psychisch anfällige, gar geistig behinderte Kinder ausgewählt werden, weil man von deren Angehörigen keine Anzeige und im Notfall von den Kindern eine nur dürftige Zeugenaussage erhofft. Die „Liebe“ endet allemal, wenn das Kind aus der Altersspanne hinauswächst, in der es für den Täter sexuell reizvoll ist.

### **Gute Verhaltenskontrolle aber hohe, verzögerte Rückfälligkeit**

Bei den so genannten Gelegenheitstätern ist die Rückfälligkeit mit Sexualdelikten gering. Diejenigen Täter, die innerfamiliär die pubertierende Tochter der Lebensgefährtin sexuell missbraucht haben, werden – wenn sie bestraft werden – nur in 10% der Fälle mit neuen Delikten rückfällig. Ansonsten hängt die Rückfälligkeit von der allgemeinen Dissozialität und Deliktbereitschaft der Gelegenheitstäter ab.

Deutlich anders ist die Situation bei stabilen Pädosexuellen, also echten Pädophilen. Diese Täter werden im Durchschnitt weniger schnell rückfällig als andere Wiederholungstäter. Sie schaffen es in der Regel recht gut, Bewährungszeiten ohne erneute Straftat zu überste-

hen; bei nicht wenigen vergehen sogar fünf und mehr Jahre bis zum nächsten Rückfall. Katamnestiche Untersuchungen, insbesondere die 10-Jahres-Rückfallstudie der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden (Elz 2001, 2002) verdeutlichen aber gerade im Bereich des strafrechtlich weniger schwerwiegenden sexuellen Kindesmissbrauchs (Fälle ohne körperliche Gewalt), eine einschlägige Rückfälligkeit der Untersuchten bis ins hohe Alter. Demgemäß ist die Langzeitprognose bei stabil Pädosexuellen schlecht, denn die meisten werden eines Tages wieder rückfällig, wenn auch nur selten eine Steigerung in der Art und Intensität der begangenen Taten eintritt.

### Beurteilung der Schuldfähigkeit

In der psychiatrischen Begutachtung sind pädophile Täter mit einer psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinne eine Rarität. Durch die Lehrbücher ziehen sich die Fälle bislang sozial bestens angepasster Männer, die im Rahmen einer präsenilen Frontalhirnerkrankung, zum Beispiel Morbus Pick, plötzlich sexuell übergriffig werden. Solche Fälle sind sehr selten, die meisten betagten Probanden sind ausgesprochen vitale und gesunde ältere Herren. Bei einer Minderheit der Begutachtungsfälle imponierten neben dissozialen Verhaltensweisen andere Cluster-B-Störungen, wie narzisstische und histrionische Muster in zumeist nicht besonders eindrücklicher Intensität. Die pädophilen Neigungen waren nur selten mit anderen Paraphilien kombiniert.

Allein die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder einer abweichenden sexuellen Präferenz, hier einer Pädophilie, rechtfertigt auch nach BGH-Rechtsprechung noch keineswegs die Annahme eines Zustands, der dem Rechtsbegriff der so genannten „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ im Sinne der § 20, 21 StGB entspricht. Dieser würde eine erheblich beeinträchtigte Steuerungsfähigkeit nahe legen, die zu Strafmilderung und unbefristeter Zwangsunterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug führen kann (BGH 2002; Kröber, 1997). Nur wenn die sexuelle Devianz in eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung eingebunden ist, bestehen Voraussetzungen für

eine verminderte Schuldfähigkeit und eine psychiatrischer Unterbringung.

Die deviante, pädosexuelle Orientierung an sich schafft genauso wenig einen unbeherrschbaren Handlungsdruck wie Homosexualität oder reife Heterosexualität. Pädosexuelle sind nicht triebhafter als andere Menschen; normale Heterosexuelle haben zu Zeiten nicht minder mit ihrem sexuellen Begehren zu kämpfen. Gleichwohl ist allen auferlegt und in aller Regel möglich, sich an die normativen Vorgaben zu halten. Insofern Sexualität mit Kindern generell verboten ist, ist das Praktizieren von Sexualität für Pädosexuelle sofort von Strafe bedroht und es wird ihnen mehr Verzicht abverlangt als den meisten anderen. Das bedeutet aber keineswegs, dass dieser Verzicht nicht leistbar und – im Hinblick auf die Bedürfnisse der Kinder – nicht zumutbar wäre. Auch die Heterosexualität unterliegt bis heute vielfältigen sozialen Einschränkungen; die absolute Zahl Heterosexueller, die zum Beispiel ungewollt sexuell abstinenter leben, ist sicherlich höher als die der Pädosexuellen. Aber ihnen wird man nicht unterstellen, dass sie daher früher oder später gar nicht anders können als zu vergewaltigen.

### Therapiemöglichkeiten

Nicht selten wird die Frage einer Therapie nur dann aktuell, wenn es darum geht, Strafen zu vermeiden. Sicherlich aber gibt es Pädosexuelle, deren therapeutische Bemühungen von echten Änderungswünschen getragen und auch erfolgreich sind. Verhaltenstherapeutische Versuche sind allemal sinnvoller als das alleinige "Wegschließen". Es ist dabei nicht zu erwarten, dass sich die sexuelle Orientierung des Pädosexuellen ändert oder sich entsprechende Wünsche einfach verflüchtigen. Ziel der Umstrukturierung des Verhaltens ist vielmehr der Versuch, mit der Pädosexualität im Alltag umzugehen: Ungeschönte Analyse des bisherigen Verhaltensstils, strikte Vermeidung von Kontakten zu Kindern, Verzicht auf sexuelle Stimulierung und Praxis, Umstrukturierung von Alltags- und Freizeitverhalten. Diverse Kurztherapien unterschieden sich in ihren Auswirkungen jedoch kaum von unbehandelten Fällen (Hanson et al.,

1993). Inzwischen haben sich neuere verhaltenstherapeutische und pharmakologische Angebote etabliert (Barnard et al., 1989; Berner, 2000; Rose und Moesler, 2000), die etwas mehr Hoffnung machen.

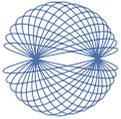
### Augenmaß bei der Opfertherapie

Von den Pädophilennetzwerken werden die Auswirkungen pädosexueller Handlungen an Kindern mit der Kernbehauptung bagatellisiert, niemand werde geschädigt und den meisten Kindern würde es gefallen. Beides ist gesichert falsch und sexuelle Übergriffe sind natürlich auch dort zu verbieten, wo sie von den Kindern „nur“ als eklig, widerwärtig, Angst machend, irritierend oder beschämend erlebt werden, ohne dass die Kinder dauerhafte Schäden davontragen. Der „dauerhafte“, gar schwere Schaden kann nicht das Kriterium staatlichen Schutzes sein. Andererseits ist es falsch und brutal, jedes Opfer sexuellen Missbrauchs als lebenslang geschädigt darzustellen und zu pathologisieren. Auch die Indikation von psychotherapeutischen Maßnahmen muss mit Bedacht gestellt werden: Stellen sie sich vor, sie seien als Kind im Kinodunkel von einem Grabescher belästigt und im Genitalbereich berührt worden und ihr Bericht hätte die Folge, dass sie zwei Jahre lang jeden Dienstag um 16.00 Uhr zum Psychologen müssen.

Es gibt deutliche Unterschiede in den bleibenden Folgen für Opfer sexueller Straftaten je nach Art und Ablauf des Übergriffs. Insofern hilft die Kenntnisnahme wissenschaftlicher Untersuchungen wie derjenigen von Mullen (1997), wonach bei nichtgewaltsamen sexuellen Übergriffen die große Mehrheit der Kinder keine Dauerschäden erlitt. Therapeutische Hilfen benötigen eher Kinder mit starken sexuellen Gewalterlebnissen, die ein hohes Maß an Angst und Ohnmacht haben. Aber auch hier ist genau abzuwägen, wieviel Hilfe zur Selbsthilfe das Kind benötigt und wünscht.

### Literatur beim Verfasser

**Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber, Berlin**



## Liebe – Sexualität – Gesellschaft

## Sexualität im kulturellen Wandel

CH. VOGEL



© Bilderbox, A-Theming

Der umfangreiche Wertewandel in der Gesellschaft hat auch das Wesen der Sexualität neu geprägt. Doch nicht nur zum Positiven, wie es scheint.

**D**er Begriff des kulturellen Wandels der Sexualität stand in den letzten Jahren im Brennpunkt der sexualwissenschaftlichen Literatur in Deutschland. Er wurde als spät modernes Sexualverhältnis (Schmidt, 1998), als postmoderner Gebrauch der Sexualität (Baumann) und als neosexuelle Revolution (Sigusch, 1996; 1998) mit möglichen Folgen für die Psychotherapie (Strauß, 1999) beschrieben.

Gelebte Sexualität ist das Resultat aus den biologischen Grundlagen sexueller Entwicklung auf somatischer Ebene, der individuellen psychosexuellen Entwicklung auf psychologischer Ebene und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie epochalen Prägungen des Diskurses über Sexualität auf soziologischer Ebene. Wie Kernberg 1995 in seinem Buch über „Liebesbeziehungen – Normalität und Pathologie“ schrieb, bedeutet Liebe „Die Enthüllung der Freiheit des Anderen. Das widersprüchliche Wesen besteht darin, dass das Begehren nach Erfüllung durch die Zerstörung des begehrten Objekts strebt, während die Liebe entdeckt, dass dieses Objekt unzerstörbar und nicht austauschbar ist“.

Laut des jungianischen Schweizer Psychoanalytikers Schellenbaum, sei es ein ideologisches Vorurteil, wenn aus der sexuellen Genussfähigkeit zwangsläufig auch die seelische Liebesfähigkeit abgeleitet wird oder umgekehrt. Das Seelische drücke sich zwar immer körperlich aus und der Körper reagiere andererseits auf alle seelischen Regungen, aber eine unbeholfene sexuelle Begegnung könne unter Umständen die Seele besser ausdrücken und stärker ergreifen

als der gelungenste Orgasmus. Das ausschließliche Festmachen des Eros in der Sexualität sei völlig unerotisch. Das Wesen des Eros sei „Einswerdung“, wo Menschen sich begegnen.

Aus psychoanalytischer Sicht wurzelt die Liebe einerseits in dem Begehren der Sinnlichkeit, andererseits in der Sehnsucht nach Rückkehr in die ungetrennte Beziehung zur Mutter. Die Psychoanalyse meint, dass wir uns dann verlieben, wenn wir uns unbewusst von einem Wiedererkennen bestimmter elementarer Eindrücke aus den frühesten Erfahrungen der Mimik, Gestik und des Geruches leiten lassen. Durch die Übertragung kommt es zur Neuaufgabe und Nachbildung von Elementen früher Beziehungen in der gegenwärtigen. Letztendlich wird dies auch in der Übertragungsliebe der therapeutischen Beziehung deutlich. Die Liebe zur vergangenen Epoche taucht im Zuge der Analyse in der Beziehung zum Analytiker wieder auf und löst bei diesem – bei gelungener analytischer therapeutischer Beziehung – die Gegenliebe aus.

#### Literarisches Bild nicht das Maß des Normalbürgers

Literaten sehen dies mitunter pointierter: So schrieb Erich Kästner in seinem Roman „Fabian – die Geschichte eines Moralisten“, der im historisch sehr bewegten Berlin von Herbst 1930 bis Frühsommer 1931 entstand und die damaligen Verhältnisse auch intensiv abbildete: „Die Liebe ist ein Zeitvertreib, man nimmt dazu den Unterleib.“ Kästner schildert die Geschichte eines Germanisten und arbeitslosen Werbefachmanns, der befangen in seiner unabge-

lösten Beziehung zu seiner Mutter nicht nur den aggressiven Komponenten losgelöst gelebter Sexualität hilflos gegenübersteht, sondern auch den sich zu spitzenden gesellschaftlichen Widersprüchen, die schließlich den Faschismus hervorbrachten. Durch einen Sprung in das Wasser, den er unternahm, um einen Jungen zu retten, stirbt er – der Nichtschwimmer – am Schluss des Romans.

Den Umgang mit Sexualität in der Öffentlichkeit der 50er Jahre schildert Buchloh, 2002, an einigen Beispielen in seiner Monografie „Pervers, jugendgefährdend, staatsfeindlich, Zensur in der Ära Adenauer als Spiegel des gesellschaftlichen Klimas“. Darin wird sowohl die Geschichte des Gesetzes über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften wie auch die der freiwilligen Selbstkontrolle der Filmwirtschaft nachgezeichnet. Aus heutiger Sicht erstaunt, wenn beispielsweise die Staatsanwaltschaft Koblenz 1962 feststellte, dass die Novelle „Katz und Maus“ von Günter Grass Schilderungen „sexualbezogener Vorgänge“ enthält, die „nicht nur als offensichtlich schwer jugendgefährdend, sondern auch als geeignet angesehen werden können, das Scham- und Sittlichkeitsgefühl normal empfindender Menschen in geschlechtlicher Hinsicht zu verletzen“. Grass wird vom Vorwurf der Verbreitung unzüchtiger Schriften mit dem Argument freigesprochen, dass sich die moderne Literatur ohnehin nicht mehr an den Normalmenschen richte und dessen sittliches Empfinden auch nicht länger als Richtschnur ihrer Be- oder Verurteilung dienen könne. Wie schnell sich ein Wandel vollzog, zeigt die 1966 erstaufgeführte Verfilmung – übrigens mit den Brandt-Söhnen Lars und Peter in den Hauptrollen.

### Schuldpruch für gleichgeschlechtliche Liebe

Die freiwillige Selbstkontrolle trat am 18. Juli 1949 an die Stelle der alliierten Militärzensur, die am 15. Juli desselben Jahres ihre Tätigkeit beendet hatte. Diese freiwillige Selbstkontrolle verbot 1950 die Aufführung des 1945 von Roberto Rossellini gedrehten Films „Roma, città aperta“, der als Hauptwerk des italienischen Neorealismus gilt. Im Februar

1996 kam der Film schließlich in die deutschen Kinos. Die Aufführung des Films „Anders als Du und ich (§ 175)“ wurde von der freiwilligen Selbstkontrolle 1957 mit der Begründung verboten, dass ein Film das Thema Homosexualität nur dann behandeln dürfe, wenn er dabei die Auffassung des deutschen Volkes zum Ausdruck bringe, dessen „sittliches Empfinden“ jedoch damals „die Homosexualität noch verurteilte“.

Diese Beispiele mögen verdeutlichen, welcher Wandel sich im öffentlichen Diskurs über Sexualität in Deutschland in den 60er Jahren vollzog. Studentenrevolte, Feminismus und Homosexuellenbewegung sind die beispielhaften drei Strömungen, die massive Veränderungen in der gesellschaftlichen Abhandlung über Sexualität und auch in den sich damit beschaffenden Wissenschaften und schließlich der gelebten Sexualität verursachten.

Verfolgt man den Umgang mit Homosexualität, so wird der kulturelle Umschwung besonders offensichtlich: Angefangen mit der oben zitierten Entscheidung der freiwilligen Selbstkontrolle, über die 1974 von Dannecker und Reiche veröffentlichte soziologische Untersuchung „Der gewöhnliche Homosexuelle“ bis hin zu den juristischen Veränderungen des § 175, kann heutzutage ein homosexuelles Paar – zumindest in großstädtischen Regionen – ein offenes und ungestörtes Leben führen.

### Skepsis gegenüber sexuellem Überangebot und Liberalismus

Ungeachtet dieser befreienden Erschütterungen, zu denen auch die Anerkennung der Frau als eigenständiges sexuelles Wesen gehört, haben die genannten Autoren, insbesondere Sigusch, die veränderte öffentliche Darstellung der Sexualität in den letzten Jahren – vom Befreienden hin zum Gewaltsamen und

Bösen – detailliert, fundiert, aber auch recht pessimistisch beklagt. Sigusch ist der Auffassung, dass Sexualität nicht mehr die große Metapher der Lust und des Glücks, sondern negativ mystifiziert sei als Quelle und Tatort von Unfreiheit, Ungleichheit der Geschlechter, Gewalt, Missbrauch und tödlicher Infektion. Sigusch formuliert mehrere Mechanismen, die seiner Auffassung nach die neosexuelle Revolution kennzeichnen:

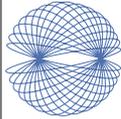
- Dissoziation der sexuellen Sphäre,
- Dispersion der sexuellen Fragmente,
- Diversifikation der sexuellen Beziehungen.

Die Dissoziation der sexuellen Sphäre beschreibt die Trennung des Sexuellen vom nur noch Erotischen und die Sezierung der Sexualität in Infantile versus Reife, Perverse versus Normale, Sinnlichkeit versus Zärtlichkeit, Prostitution versus Monogamie. Vor allem in den 70er Jahren sei die Dissoziation der sexuellen von der geschlechtlichen Sphäre erfolgt mit grundsätzlicher Problematisierung des Mann-Frau-Verhältnisses. Schließlich sei die Separation der Sphäre des sexuellen Erlebens von der Sphäre der körperlichen Reaktion zustande gekommen. Dies sei verbunden mit der zunehmenden Medikalisation und abzulesen an Phänomenen wie Cyber Sex. Schließlich gehöre hierzu die Dissoziation der Sphäre der Libido von der Sphäre der Destruo.

Unter Dispersion der sexuellen Fragmente versteht Sigusch die Zerstreuung der Sexualität in einzelne Partikel, Segmente und Lifestyles, wie sie nicht nur im Internet, sondern auch in traditionellen Massenmedien praktiziert wird.

Die Diversifikation der sexuellen Beziehungen meint die Vervielfältigungen der alten Sexual- und Geschlechtsformen zu einem bunten Ensemble nebeneinander agierender Bewegungen.





Dies steht im Zusammenhang mit der Auflösung traditioneller familiärer Strukturen, aber auch anderer interpersonaler Bindungen.

Sehr pessimistisch schließt Sigusch seine Thesen über die neosexuelle Revolution. Er hält unseren Alltag von sexuellen Reizen ebenso überflutet wie entleert und meint, Erotik und Lust seien durch übertriebene kulturelle Inszenierungen stärker zerstört als durch die alte Unterdrückung mittels Verbote.

#### **Chance zur Besinnung aufs Wesentliche**

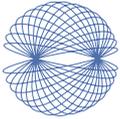
Was bedeutet dies alles für uns als Psychiater, die sich letztendlich täglich auf vielfältige Weise mit dem Thema Sexualität beschäftigen müssen – sei es in der Behandlung funktioneller Sexualstörungen oder devianter Sexualität, als ein Faktor im Hintergrund vielfältiger psychopathologischer Phänomene, als Nebenwirkung von verabreichten Medikamenten, im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen oder bei Störungen der Geschlechtsidentität. Trotz der Allgegenwärtigkeit sexueller Thematiken in der Öffentlichkeit ist es in anderer Form wieder schwieriger geworden, das, worum es wirklich geht zu thematisieren. Liest man als Beteiligter im Gutachterverfahren für tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie eingereichte Anträge, so fällt das weitgehende Verschwinden sexueller Entwicklung aus der biografischen Anamnese zugunsten von frühen Traumatisierungen auf. Werden sexualmedizinische Spezialprechstunden abgehalten, so ist das zu erfahren, was über die Inanspruchnahme sexualmedizinischer Beratungsstellen bereits veröffentlicht ist, nämlich die Zunahme der Lustlosigkeit als zentrales Problem. Es begegnet einem die Überfrachtung der Partnerbeziehung mit idealisierten Ansprüchen an dauerhafte Verliebtheit, Vollkommenheit des Partners und dauernde sexuelle Attraktion.

Man hört die daraus häufig erwachsende tiefe Enttäuschung, verbunden mit einer schwindenden Bereitschaft mit der scheinbaren Unvollkommenheit zu leben und der ewigen Suche nach dem die vollkommene Befriedigung versprechenden

„Lebensabschnittspartner“. Gelingt in der Sexualität das, was Kernberg für die Liebe als Entdeckung der Unzerstörbarkeit definierte oder Schellenbaum mit dem Begriff des „Nein in der Liebe“ charakterisiert, nämlich das Aushalten der Differenz ohne sich des anderen bemächtigen zu müssen, so ist Wesentliches erreicht. Obwohl die pessimistischen Auffassungen zu verstehen sind, bin ich der Meinung, dass uns die Entwicklung der letzten 40 Jahre viele Möglichkeiten gegeben hat, die Differenz zu erkennen, zu akzeptieren und sie unseren Patienten auf der individuellen Ebene zu vermitteln sowie auch den negativen Mystifikationen im öffentlichen Diskurs etwas entgegenzusetzen.

#### **Literatur beim Verfasser**

**Dr. med. P. Christian Vogel, München**



# Liebe in der Arzt-Patienten-Beziehung

## Eine Charakterisierung anhand von sechs Falldarstellungen

A. KRAUTSCHIK

Wer psychotherapeutisch tätig ist, kennt das Problem: Die Übertragungsliebe der Patienten. Verfügt der Therapeut nicht über ausreichende Disziplin, ist er nicht in ein System reifer Liebe eingebunden, läuft er Gefahr der verführerischen Übertragungsliebe beziehungsweise den Verlockungen zur regressiven Gegenübertragung zu erliegen, wie die Fallbeispiele von Adelheid Krautschik eindrucksvoll illustrieren.

**Fallbericht 1:** In einer Balintgruppe stellte ein Frauenarzt eine Patientin vor, die offensichtlich in ihn verliebt war. Sie brachte ihm Blumen mit, selbst gekochte Marmelade, Wein, obwohl er sich vehement dagegen wehrte. Seit einiger Zeit lauerte sie ihm auch außerhalb der Praxis auf. „Und gestern Abend das Schärfste“, sagte er, „sitzt sie im Dunkeln in meinem Auto. Das steht immer unabgeschlossen im Hof hinter der Praxis, startbereit für Notfälle“. Der Kollege hatte ein paar Belegbetten im Krankenhaus. Als er nach der Sprechstunde in sein Auto stieg, saß sie auf dem Beifahrersitz und wollte nicht aussteigen. Nun hatte er einen wirklichen Notfall. Er konnte sie nicht anders loswerden, als zu ihr nach Hause zu fahren, mitten auf der Straße vor dem Haus demonstrativ beide Türen offen stehen zu lassen, bis sie sich endlich bequemte auszusteigen.

Kaum war der Kollege fertig, meldete sich ein anderer Gynäkologe: „Ich

glaub, die kenn ich!“, und er erzählte zur Gaudi der Gruppe, wie sie ihn schon während seiner Oberarztzeit in der Klinik belagert hatte. Dort wurde sie zweimal durch ihn entbunden und als er sich niederließ, war sie natürlich eine seiner ersten Patientinnen und ungeheuer erfinderisch im Entwickeln immer wieder anderer Symptome.

Sie werden sich fragen: Was hat das mit Liebe zu tun? Gewiss: Von einer erwachsenen Form der Liebe, die dem Andern gut tun will, kann bei einer solchen Patientin kaum die Rede sein, auch nicht von einer Sehnsucht nach partnerschaftlicher Gegenseitigkeit. Es geht um Verliebtheit um eine selbstbezogene, suchthafte Abhängigkeit, die vom Andern was „kriegen“ will, egal wie und sei es durch listige Verführung und Manipulation, durch Theater und rücksichtsloses Geschrei. Sie will Zuwendung wie ein hungriges Baby sein Fläschchen. Aus den entsprechenden Defiziten früherer Babyzeiten stammt diese Sehnsucht vieler erwachsener Menschen, die sie zu befriedigen suchen, oft um jeden Preis und ohne Rücksicht auf Verluste, wenn ihnen eine Person begegnet, deren Verhalten Regression also Infantilisierung begünstigt. Eine solche Person ist der Arzt natürlich in besonderem Maße.



Sigmund Freud hat diese Form der Verliebtheit bei seinen Patienten als „Übertragungsliebe“ bezeichnet, also als eine auf den Therapeuten „übertragene“ Form früherer Liebe. Er fand sie zunächst bei seinen hysterischen Patientinnen und bezog die „Übertragung“ auf die Enttäuschung des kleinen Mädchens ob seiner „ödiipalen“ Verliebtheit in den frühen Vater. Die soeben beschriebene Szene aus der Balintgruppe habe ich gewählt, um zu zeigen: Frauenärzte sind neben Psychotherapeuten und Psychiatern von solchen Heimsuchungen durch infantile Übertragungsliebe am häufigsten betroffen. Da ich besagte Patientin nur aus dem Bericht der beiden Balintkollegen kenne, möchte ich eine andere aus meiner frühen psychotherapeutischen Praxistätigkeit vorstellen: Wie ich

Nachdruck aus: Krautschik A: Die Übertragungsliebe in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Höffken D, Holzbach E (Hrsg.): Psychiatrie außerhalb der Psychiatrie. Peeters, Leuven (2003): 143–54. Der geringfügig veränderte Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber beziehungsweise des Verlags Peeters Publishers.



© Bilderbox, A-Theming

als Anfängerin naiv auf ihr „Agieren“ hereingefallen bin. Zuvor in zwei Jahren psychosomatischer Kinderambulanz an der Universitätsklinik war mir dergleichen nie begegnet und vom Krankheitsbild Borderline-Syndrom war damals nirgends die Rede. Was Freud bei seinen hysterischen Patientinnen beobachtete und durch die unglückliche Liebe kleiner Mädchen erklärte, halten wir heute für eine Störung, die auf noch frühere Beziehungsdefizite zurückzuführen ist, also weniger auf die Fixierung auf den Vater als allgemein auf den sehr frühen Mangel an verbindlicher Beziehungsbefriedigung.

**Fallbericht 2:** Bald nach meiner Niederlassung vor 40 Jahren meldete sich Karin K., eine blasse 18-jährige Büroange-

stellte mit stets wirren dunklen Locken, beschwörend betörend mich anblickenden Bernsteinaugen und mit einem affektierten Lachen, das mal ironisch, häufiger aber herausfordernd klang. Überhaupt: Herausforderung war das, was sie schon ausstrahlte, wenn sie mir nur auf dem Stuhl gegenüber saß.

Sie klagte über Konflikte mit ihrer Mutter. So was war mir von der Universitätsklinik bestens bekannt. Die Mutter, mit der sie als einziges Kind zusammenlebte, war Kriegswitwe. Mutter und Kind waren im Krieg wegen der Bombenalarms auf Land verschickt worden. Früheste Erinnerungen drehen sich um die lesbischen Beziehungen der Mutter, vor denen die Patientin größte Abscheu hatte. Ich denke, sie fühlte sich daneben zu kurz gekommen. Nun in der therapeutischen Beziehung zu mir entwickelte die Patientin eine heftige Mutterübertragung, in der sie all den Hass auf die frühe Mutter und eigene lesbische Wünsche austobte.

So verkündete sie mir eines Tages triumphierend, sie habe in Bonn Frau R. besucht, ihr Grüße von mir bestellt und erfahren, dass ich als Studentin für die damals frisch verwitwete Vermieterin der „Sonnenschein“ gewesen sei. Die habe ihr richtig was vorgeschwärmt von mir. Dass die Patientin hier ihre Eifersucht auf die lesbischen Beziehungen ihrer Mutter agierte, vermochte ich vor lauter Ärger (also meiner Gegenübertragung!) nicht zu erkennen. Wie war die Patientin an die Adresse von Frau R. gekommen? Ganz einfach: Als ich während einer gemeinsamen Sitzung einmal kurz das Zimmer verließ, hatte sie in meinem offenen Bücherregal in einem alten Psychologielehrbuch meine

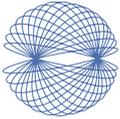
Studentenadresse entdeckt und schleunigst notiert.

Ein andermal hatte ich einen Vortrag über sexuelle Aufklärung vor den Eltern Oberhausener Schulkinder zu halten. Ein Dienstwagen der Stadt Oberhausen mit einem Vertreter des Jugendamtes holte mich ab. Wer saß bereits im Fond? Karin K.! Sie hatte bereits die Erlaubnis der Städtischen Behörde, studienhalber meinen Vortrag hören zu können.

Wieder ein andermal lief Karin K. schreiend durch das Haus: „Frau Doktor, geben Sie mir eine Spritze, ich halte das Leben nicht mehr aus! Töten Sie mich bitte! Geben Sie mir eine Spritze!“ Weinend kamen meine Söhne – vier und fünf Jahre alt – aus ihrem Schlafzimmer gelaufen.

Am zweiten Weihnachtstag hatte die Patientin die Trennung von mir nicht ausgehalten, sie klingelte, drang Schaum erbrechend in das Haus ein, stürzte im Flur hin, hatte Weinbrand und Waschpulver in suizidaler Absicht eingenommen. Ich blieb bei den erschrockenen Kindern, während mein Mann, praktischer Arzt, der über und über Besudelten ein Bad machte und die noch Benommene anschließend nach Hause fuhr. Später behauptete Karin K., mein Mann habe sie im Auto sexuell missbraucht.

Nach vergeblichen Versuchen, eine private Beziehung zu mir zu erreichen, brach Karin K. immer wieder die Behandlung ab. Natürlich war ich erleichtert, aber immer wieder verstand sie es, mit neuen bedrohlichen Symptomen und Mitleid erheischenden Versprechungen mir das Gefühl zu geben, ich sei der einzige Mensch, der sie noch ret-



ten könne. Nach dem sechsten Therapieabbruch erklärte ich ihr, ich könne zwar verstehen, dass ein Kind, das sich von Vater und Mutter verlassen fühlt, später lieber einer Therapeutin dasselbe antut anstatt mit ihr über den damaligen Verlust zu trauern. Dies Ausagieren werde die alten Wunden aber nicht heilen. Wenn sie die Therapie ein siebtes Mal abbreche, sei sie auch für mich beendet. Aber endgültig!

Bald war es wieder so weit: Diesmal spielte die Patientin einen besonderen Trumpf aus: Sie hatte mir sechs Wochen lang nur erfundene Träume erzählt, und ich, die eine Psychotherapeutin sein wollte, hatte alle aufgeschrieben und nichts gemerkt! So eine lohne sich nicht für ihr sauer verdientes Geld! (Anfang der 60er Jahre, zahlte keine Krankenkasse psychotherapeutische Leistungen.) Mit ihrem ironischen Lachen zog die Patientin davon. Bitter für mich in jener Zeit, in der die Psychotherapie auch von den meisten Arztkollegen als Therapie für eingebildete Krankheiten belächelt wurde!

Aber wo bleibt die Liebe? Die brach erst so richtig aus, als ich mich in der Folgezeit strikt weigerte, die Patientin zu empfangen. Sie überzog mich mit Telefonterror, bis ich nicht mehr an das Telefon ging, was schwierig war, da mein Mann praktischer Arzt und eine Hilfe nicht immer im Haus war. Mit Vorliebe rief sie nachts und sonntags an und dann, wenn mein Mann Bereitschaftsdienst hatte und später, als er 1971 gestorben war und ich seine Praxis übernommen hatte und noch später, als Karin K. – um Psychotherapeutin zu werden wie ich – das Abendabitur machte und in Berlin einen Studienplatz für Medizin bekam und dann von ihren Alkoholentziehungskuren aus und schließlich wieder aus der mütterlichen Wohnung im Ruhrgebiet, meist betrunken, zuletzt vor etwa einem Jahr, um mir zu sagen, keiner habe sie je so verstanden wie ich – so offensichtlich pathologisch kann die Liebe in der Arzt-Patient-Beziehung aussehen!



**Fallbericht 3:** Vielleicht stellen Sie sich nun vor, so etwas begegne einem nur bei weiblichen Patienten und nur bei offensichtlich gestörten Familien. Keineswegs! Den dritten, nun männlichen Patienten, kannte ich aus der Allgemeinpraxis meines Mannes, die ich 1971 nach seinem Tod übernommen hatte. Die Familie von Klaus Z. wohnte in einem Haus, das der Praxis gegenüber lag. Die Mutter putzte unsere Praxis, eine gänzlich unauffällige, fleißige Frau aus einer ebensolchen Familie. Klaus Z. war damals bei der Bundeswehr. Hatte er Wochenendurlaub, kam er regelmäßig

Montagsmorgens, um sich wegen seiner Osteomyelitis am Schienbein krankschreiben zu lassen. So gewann er einen Tag Urlaub, bis er vom Standortlazarett abgeholt wurde.

Ein oder zwei Jahre später – ich hatte inzwischen die Allgemeinpraxis verkauft – kam er nach einem Suizidversuch (mit 90 Aponal®). Im Bericht der Psychiatrie stand als Diagnose: Neurotische Depression und Leberschaden. Empfehlung: ambulante Gruppentherapie.

In den ersten zwei Gruppensitzungen redete eine Adipöse pausenlos von ihren diversen erfolgreich überstandenen Liebesabenteuern und Selbstmordversuchen. Sie war kaum zu stoppen. Sie war der Star. Endlich wurde die Gruppe ungeduldig, nicht aber Klaus Z., der andere Selbstmordpatient. Er, der Hagere, Unscheinbare, Schweigsame gab mir beim Gehen einen 17-Seiten-langen Brief. Es war später Abend, ich war müde von einem übervollen Patiententag. Nach der siebten Briefseite konnte ich die eilige Schrift kaum noch entziffern, verstand nichts mehr, ging erschöpft zu Bett. Um 4.00 Uhr klingelte es Sturm. Im Bademantel öffnete ich die Tür: Da stand im Regen völlig durchweicht, bekleidet mit nichts als Jeans und T-Shirt, mein Patient und bat um Einlass. Ich führte ihn in die Praxis. Ob ich den Brief gelesen hätte? Nein, sagte ich, nur sieben Seiten! Er will ihn

zurück und bekommt ihn zurück. Ob er nicht mit mir schlafen könne? Er schaut mich an wie ein großer Junge, flehend. Oh Gott, was nun? Ich Witwe Mitte 40, er anfang 20, von der Freundin verlassen, deshalb der Suizidversuch und nun erregt, verstört. Meine Söhne, 16 und 14, schlafend im Dachgeschoß. Der Patient mit Leberschaden in Psychotherapie. Da kommen Medikamente und Einweisung über Psych-KG nicht in Betracht. Also muss ich ihn dazu bringen, dass er freiwillig in die Psychiatrie geht! Er aber will nicht. Ich verstand allzu gut, dass er sich über der Dicken, die keinen anderen zu Wort kommen ließ, zu kurz gekommen fühlte, dass deren drastische Männergeschichten den von der Freundin Verlassenen angemacht hatten, dass er sich noch allzu gut an meine wohlwollenden Krankenschreibungen erinnerte. Ich hängte ihm eine warme Decke um, gab ihm pflanzliche Beruhigungsmittel und versuchte es voller Sorge immer wieder mit der freiwilligen Psychiatrieeinweisung. Vor allem aber gab ich ihm immer wieder wohlwollend mein Verständnis kund für seine Enttäuschung über die Gruppe, betrauerte mit ihm die Umstände, anstatt seine Beziehung zu mir – Wut wie auch Liebe – anzusprechen: Dies Eisen war mir selbst zu heiß! Als es schließlich 6.00 Uhr morgens und ich todmüde war, gab ich ihm die restlichen Beruhigungstabletten und rief ein Taxi. Dem Fahrer schärfte ich ein, zu warten, bis der Patient im Haus war und ihn keinesfalls allein auf der Straße stehen zu lassen.

Um 9.00 Uhr rief mich – beim Friseur – die Kripo an: Der Patient sei um 8.00 Uhr vom Dach des Mietshauses in dem er wohnte gesprungen und sofort tot gewesen. Vorher habe er noch Unmengen von Milch getrunken. Der Beamte war mit meiner bereitwilligen, detailreichen Auskunft zufrieden, tröstete mich sogar noch, versprach auch, nach dem Brief zu fahnden, der vielleicht weitere Erkenntnisse bringen könnte. Ich dachte an eine differenzialdiagnostische Klärung dieser abnormen Erlebnisreaktion, hinter der sich möglicherweise eine paranoide Verliebtheit verbarg, dachte an seine Enttäuschung durch die Freundin, Wut auf einen Rivale: Gefühle, für die er weder Ventil

noch Ersatz in der Therapie hatte finden können. Ich dachte aber auch an meine sehr realen sexuellen Witwennöte, die der sexuell ebenfalls frustrierte junge Mann gewittert haben mochte, der mich seit seiner Soldatenzeit sicher geschätzt hatte, und das vielleicht nicht nur wegen meiner Krankenschreibungen. Was für Phantasien mag mein bereitwilliges Verhalten bei ihm, der mein Sohn hätte sein können, ausgelöst haben?

Die Botschaft, die die bisherigen Krankengeschichten nahebringen sollten, lautet: Arzt-Patient-Beziehungen begünstigen die Übertragungsliebe – also infantile Formen von Verliebtheit. Normalerweise sind sie unerwünscht und behindern ärztliches Handeln. Deshalb brauchen Arzt-Patient-Beziehungen im Allgemeinen einen festen Rahmen, der emotional gesteuerte Übergriffe seitens der Patienten erschwert. Solch ein Rahmen ist äußerlich gewährleistet durch die Anwesenheit von Praxispersonal, durch andere Patienten in Rufweite, durch eine Trennung von Praxis- und Privaträumen. Der innere Rahmen wird bestimmt von eindeutig ärztlichem Rollenverhalten, verlässlichen Terminen, klaren Absprachen. Die psychotherapeutische Arzt-Patient-Beziehung verzichtet aber oft ganz bewusst auf den Schutz durch den absichernden äußeren Rahmen, um Regression und Übertragung des Patienten zu begünstigen, das heißt um die neurotisch traumatisierte Kindheit wieder zu beleben und sie so der Therapie zugänglich zu machen. Umso wichtiger ist es, das ausagierende Übertragungsverhalten beim Patienten anzusprechen, damit es bewusst und steuerbar werden kann, nicht muss wie der Fall der Borderline-Patientin Karin K. zeigte.

Bei Klaus Z., dem Suizidpatienten, kam ich zuletzt zu einem Punkt, der mir für alles medizinische, vor allem sexualmedizinische Handeln besonders wichtig erscheint: die eigene Befriedigung. Das sicherste Antidot gegen ein Mitagieren des Arztes bei der Übertragungsliebe eines Patienten (die womöglich durch einen unbefriedigten Arzt völlig unbewusst provoziert wird!) ist, dass dieser sich sicher eingebunden weiß, in ein System verlässlicher, umfassender Liebe.

### Wenn der Arzt sich verliebt ...

Was aber geschieht, wenn Arzt oder Ärztin sich doch verlieben? Wenn Ärzte ihre sexuellen Wünsche ausagieren, wissen sie: Sie machen sich strafbar. Was ihren Patienten straffrei gestattet ist, ist ihnen seit Hippokrates verboten. Und was geschieht, wenn sie dabei ein Kind zeugen? Oder wenn die Patientin – vielleicht als Ausgeburt ihrer Übertragungsliebe – das nächstgeborene Kind für das Kind ihres Psychotherapeuten hält? Von einem solchen Fall erfuhr ich vor über 20 Jahren bei einer Paartherapie – veröffentlicht 1982 in den „Mitteilungen der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin“.

**Fallbericht 4:** In diesem Fall war folgendes geschehen: Ein kinderlos verheirateter Arzt und eine vom Ehemann enttäuschte Patientin, Mutter von drei Töchtern, begannen nach einer gescheiterten Paartherapie eine sexuelle Beziehung. Beide hatten sich über den Ehemann der Frau geärgert, auf dessen Ejaculatio praecox die Behandlung abgestellt war. Die Frau wünschte diese Behandlung. Der Mann aber schämte sich und blieb nach dem ersten Gespräch weg. Die Behandlung war also gescheitert und wurde offiziell beendet. Bald darauf trafen sich der kinderlose Arzt und die sexuell frustrierte Patientin zufällig wieder. Sie erlebten nun ein gemeinsames Glück nicht nur in einer gemeinsamen sexuellen Befriedigung, sondern auch durch ein vermeintlich gemeinsames Kind. Auf der Ebene unbewusster Sehnsüchte mag für den Arzt die Vorstellung einer späten, unverhofften Fruchtbarkeit ähnlich beglückend gewesen sein wie für die Patientin die Vorstellung, ein Kind von dem klugen, verständnisvollen Arzt zu haben und sich damit an dem in ihren Augen „egoistischen“ Mann insgeheim rächen zu können. Jedenfalls hatten beide – Patientin wie Arzt – erstaunlicherweise kaum Zweifel daran, dass das Kind aus ihrer gemeinsamen Beziehung stamme, obwohl die Patientin zur Zeit

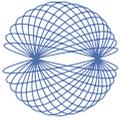
der Empfängnis auch sexuelle Beziehungen zu ihrem Ehemann hatte und die Frau des Arztes aus einer ersten Ehe ein Kind besaß, nicht aber aus der zweiten Ehe mit ihm.

16 Jahre nach der gescheiterten Erstbehandlung kam die Patientin wegen eines unüberwindlichen Ekels gegenüber dem Ehemann zu mir. Sie hatte mehrere Selbstmordversuche gemacht, den letzten im Anschluss an den „Rat“ eines Nervenarztes, sich scheiden zu lassen. Das offensichtliche Eingeständnis des Arztes, dass ihre Ehe nicht mehr zu ändern sei, machte die Situation für die berufslose, katholische Frau ausweglos. Sie hatte diesem Arzt von der immer noch sporadisch bestehenden Beziehung zu ihrem früheren Psychotherapeuten erzählt. Der Rat zum Handeln trieb sie in einen ausweglosen Konflikt. Verständnisvolles Mitgefühl wäre hier hilfreicher gewesen als die Vorstellung, dass da „doch endlich mal was geschehen“ müsse. Mir erzählte die Patientin wohlweislich nichts von alledem. So schlug ich ahnungslos eine Paartherapie vor – genau wie 16 Jahre zuvor der Kollege. Diesmal waren beide Eheleute einverstanden und kamen regelmäßig. Ein halbes Jahr später – in der Weihnachtspause – rief mich die Frau plötzlich an:



Sie dachte wieder an Selbstmord, und nun erzählte sie mir ihr „Geheimnis“ – am Telefon, also unter Ausschluss des Mannes. Wie damals bei meinem Kollegen begann sie nun ihr Komplott mit mir: Sie berichtete, dass ihre vierte Tochter gar nicht von ihrem Mann, sondern von dem früheren Psychotherapeuten sei, der sich aber um sie und das nun 15-jährige Kind kaum noch kümmere. Ich

stellte es der Patientin frei, ob und inwieweit sie ihrem Mann je von ihrem Fehltritt erzählen werde, obwohl mich dieses Komplott im Rahmen der vereinbarten Paartherapie stark belastete. Erst anderthalb Jahre später – zwei Jahre nach Beginn der Paartherapie – erfuhr der Ehemann durch seine Frau von ihrer immer noch bestehenden Beziehung



zum früheren Therapeuten und dass die vermeintlich gemeinsame vierte Tochter gar nicht sein Kind, sondern das Kind dieses Arztes sei. Am gleichen Tag, an dem die Frau ihr Geheimnis gestand und er ihr verzieh, konnte sie zum ersten Mal nach dreieinhalb Jahren wieder die sexuelle Beziehung mit ihrem Mann aufnehmen und wenige Tage danach die zuletzt nur noch lose Beziehung zu ihrem früheren Arzt abbrechen. Unmittelbar nach ihrem Geständnis verlor sie nicht nur den Ekel gegenüber dem Ehemann, auch das fünfte Kind, der einzige Sohn, der bis dahin ihr Sorgenkind gewesen war, entledigte sich ganz plötzlich des Bettnässens, seiner ängstlichen Babyhaftigkeit und seiner Schulschwierigkeiten. Bis dahin hatte die Patientin eine sehr zwiespältige Beziehung zu dem Kind gehabt, denn bis zu Beginn dieser letzten Schwangerschaft hatte sie acht Jahre lang insgeheim gehofft, der Arzt werde sie vielleicht eines Tages doch noch heiraten. Seit sie ihre Ehe und damit diesen Sohn akzeptieren kann, gibt es zwischen den Eltern nun Schwierigkeiten wegen der vierten Tochter, also dem „Kind des Arztes“. Die Patientin kann bis heute diese unbewiesene Vorstellung nicht aufgeben – so sehr ist sie auch jetzt noch an Sehnsüchte fixiert, die bis in die früheste Kindheit (und zu Vorstellungen von ihrem für sie großartigen Vater) reichen. Diese infantilen Sehnsüchte konnte sie mit Hilfe des früheren Arztes ausagieren, und darum kann sie sie heute so schwer als solche wahrnehmen. Gerade aber auf solche Veränderung der Wahrnehmung kommt es beim psychotherapeutischen Wandlungsprozess an.

Die Beziehungen des Ehepaares sind nach mehreren depressiven Krisen des Mannes heute so „glücklich“ wie noch nie in der bald 30-jährigen Ehe. Das Paar ist zärtlich-liebevoll einander zugetan, spricht von seinen „Flitterwochen“. Sexuelle Begegnungen sind zwar selten, aber stets für beide beglückend. Während der Therapie wurden die ersten Enkel geboren. Trotz alledem wünschen beide weiterhin Psychotherapie: Denn trotz der Versöhnung wirft der Konflikt um das „Kind des Arztes“ seine Schatten auf die sonst so glückliche Beziehung.

Der Kollege soll bald nach Beginn dieses sexuellen Verhältnisses zu seiner ehemaligen Patientin seine psychotherapeutische Praxis aufgegeben haben. Es sieht so aus, als sei er im Rahmen einer zwischenmenschlichen Dreiecksbeziehung nicht nur das Opfer einer unglücklichen Patientenehe, sondern auch seiner eigenen Fruchtbarkeitssehnsucht geworden.

**Fallbericht 5 und 6:** Aber es kann auch ganz anders ausgehen. Die nächsten Fallberichte beschäftigen sich mit zwei Arzt-Patient-Beziehungen eines Ehepaares, in denen jeweils sehr unterschiedliche Formen der Liebe eine Rolle spielen. Zunächst geriet der Mann als Arzt in eine sexuelle Abhängigkeit von einer Patientin. Seine Frau hingegen wurde als Patientin von ihrem Arzt heftig begehrt, dem es aber gelang, die Arzt-Patienten-Beziehung zu disziplinieren.

Zunächst suchte mich der Mann, ein Allgemeinarzt in einer Nachbarstadt, als Psychotherapeutin auf. Er war verzweifelt: Er betrog seine Frau seit sieben Monaten mit einer Patientin. Ihm war klar, dass seine Frau es längst wusste, sie musste an ihrem Arbeitsplatz, das heißt am Empfang seiner Praxis, mit ansehen, wenn seine Patientin beim Verlassen des Sprechzimmers ihn, den Doktor, küsste. Er konnte es nicht verhindern, wollte es nicht. Er konnte nicht mit seiner Frau darüber sprechen, wollte sich ja längst von der Patientin lösen, schaffte es aber nicht. Er war bedrückt: In seiner Familie „tut man so was nicht“ – zumal: Seine Frau hatte im PJ kurz vor dem dritten Staatsexamen ihr eigenes Medizinstudium abgebrochen, um mit ihm gemeinsam die Praxis, seine Praxis, aufzubauen. Sie hatte mit ihm zwei Kinder – nun 16 und 13 Jahre – war ungeheuer fleißig, unentbehrlich in der Praxis, perfekt als Hausfrau und Mutter, nur im Bett mitunter zu erschöpft – zumal sie seit Jahren eine schwere Operation längst hätte machen lassen sollen, sich aber für unabkömmlich hielt. Die Geliebte, 20 Jahre jünger als er und seine

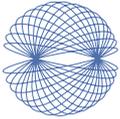
Frau, wohnte wieder mit den Kindern bei ihren Eltern, seit sich ihr Ehemann eine Geliebte ins Haus holte. Der beliebte Allgemeinarzt bewohnte mit seiner Familie ein repräsentatives Haus, fuhr entsprechende Autos, machte exotische Reisen. Er machte einen verzweifelten Eindruck. Es sah so aus, als wolle er zu seiner Frau zurück, schaffte es aber nicht. Soweit der erste Besuch. Ich schlug eine Paartherapie vor, die schon nach wenigen Sitzungen scheiterte. Er kam von der heiß begehrten Patientin nicht los. Das Paar beschloß: Sie wollte weiterhin zu mir kommen, er sich in einer anderen Nachbarstadt einen eigenen Psychotherapeuten suchen. Auf dessen Empfehlung zog er in eine eigene Wohnung. Die außereheliche Beziehung dauert fast drei Jahre, bis die Ehefrau schließlich die Schlüssel des gemeinsamen Hauses einforderte, die Arbeit in der „gemeinsamen“ Praxis niederlegte und die Scheidung einreichte.

Gesprächsthema des getrennten Paares wie auch der psychotherapeutischen Sitzungen blieb über die Scheidung hinaus ihr vormaliger Mann, der beliebte Hausarzt: sein Unvermögen, sich zu entscheiden und mit der von ihm „so nicht gewollten“ Situation fertig zu werden, seine zunehmende Depression. Die Frau machte sich kaum Sorgen um ihre eigene Zukunft, immer noch nur um ihn, als sei er eines ihrer Kinder. In dem Maße, in dem seine Stimmung sank, steigerte sich die ihre.

Sie überlegte, Psychotherapeutin zu werden oder psychologische Beraterin, jedoch nicht mehr seine! Ihre gehobene Stimmung war aber wohl weniger der Erfolg meiner Psychotherapie als vielmehr der ihrer zahlreichen Verehrer, die sich um die Wette um die bildhübsche Mittvierzigerin bemühten. Auch sie war – wie ihr gewesener Mann – konservativ erzogen worden und machte es Männern ent-

sprechend schwer, ihr näher zu kommen: für eine Frau dieses Alters in dieser Situation hierzulande ungewöhnlich. War sie libidinös gestört? Eher erklärte sich





ihre Erschöpfbarkeit durch eine Erkrankung, die sicher nicht zufällig bald nach der Hochzeit einsetzte.

Damit bin ich bei der zweiten angekündigten Arzt-Patient-Beziehung, bei der ebenfalls Liebe im Spiel war – aber eine völlig andere: Während der langjährigen Betreuung meiner Patientin durch Fachärzte einer Spezialklinik begegnete ihr immer wieder ein Arzt, der sich – am Anfang von ihr unbemerkt – mehr für die Frau als nur für die Patientin interessierte. In der eigenen Eheproblematik gefangen, interpretierte sie seine besondere Zuwendung als der quasi Kollegin geltend. Charmante Flirtversuche des

Arztes bemerkte sie zwar, erreichten sie aber nicht, lösten kein Echo aus. Nachdem die Patientin bei einer Verabschiedung auf ein zu „körperliches Verhalten“ abwehrend reagierte, kam es nie wieder dazu. In unregelmäßigen Abständen rief der Arzt sie an, stellte Möglichkeiten, sich zu treffen, in den Raum, drückte aber jeweils gleichzeitig aus, darauf vorbereitet zu sein, dass sie ohnehin wieder ablehnen würde, was er bedauerte. Als die Patientin mir von dem Verhalten des Arztes berichtete, empfand ich Empörung. Als sich die Patientin nach langem Zögern endlich zur Operation entschloß, zu der gerade dieser Arzt ihr seit langem geraten, wozu er sie, den Erfolg versprechend, fast gedrängt hatte, wendete sich das Blatt. Der Arzt fand ab sofort zu einer sachlichen Arzt-Patient-Beziehung zurück. Er delegierte erforderliche körperliche Untersuchungen, zog bei Besprechungen Dritte hinzu, war bei Visiten betont korrekt. Bei einem späteren Besuch im Krankenzimmer – beispielsweise am Abend oder am Wochenende – in privater Kleidung, war er aber liebenswürdig besorgt. Auf der Station fädelt er für die Patienten Privilegien und eine besonders zugewandte Betreuung durch das Pflegepersonal ein. Erst bei ihrer Entlassung, als sie sich bedankte, erfuhr sie von einer schwatzhaften Schwesternschülerin, dass sie ja wohl die VIP-Patientin des

Oberarztes gewesen sei. Durch diese unaufdringliche, für die Patientin gerade weil sie ohne Partner lebte, wichtige Zuwendung weckte der Arzt endlich ihr Interesse an ihm. Nach der Entlassung erfolgten gelegentliche Anrufe, auf die die Patientin freundlicher und zugewandter reagierte. Bei der ersten postoperativen Kontrolle übergab er die Patientin einem Kollegen, weil er sie in seiner Funktion als Arzt eindeutig nicht mehr sehen wollte. Nach dem Abschlussgespräch lud er sie kollegial-freundschaftlich in das Krankenhauskasino ein. Der vom Verlauf des Kontrolltermins noch verdutzten Patientin erklärte er, dass er sich



wünschen würde, da sie ja nun nicht mehr seine Patientin sei, sie demnächst in privater Atmosphäre treffen und kennen lernen zu können. Zum ersten Mal erfuhr sie, dass er die Betreuungssituation seit langem jeweils als „Gefahr“ empfunden hatte. Bei einem Telefonat in der Folgezeit knüpfte er daran an und machte aus der „Gefahr“, die in der Arzt-Patientin-Beziehungssituation lauerte, eine „Verlockung“, der er gerne zukünftig nicht mehr widerstehen wollte. Ein Treffen sollte geplant werden. Auf mich wirkte die Patientin, als sie mir davon berichtete, freudig neugierig gespannt.

Dieser hochspezialisierte Organmediziner, der von uns Psychotherapeuten vielleicht heute noch denkt, wir wären die Spezialisten für eingebilddete Krankheiten, der aber im bedrohlichen Augenblick seine Eroberungsgelüste aufgeben konnte, zugunsten eines disziplinierten ärztlichen Engagements für eine Patientin, die er zwar als Frau nicht bekam – die er als Arzt aber nicht an den Tod verlieren wollte: Dieser Kollege beweist – anders als der „beliebte Hausarzt“, von dem sich meine Patientin gerade erst hatte scheiden lassen, eine ärztliche Haltung gegenüber seiner Patientin, die erwachsene Reife verriet. Das würde jener Sympathie entsprechen, von der Freuds Lieblingsschüler Sandor Ferenczi sagte: „Ohne Sympathie keine Heilung“ – womit eine Zuwendung ge-

meint ist im Sinne von Mit-Gefühl, Mit-Leiden, verwandt dem Ein-Fühlen, der Empathie: Ich denke, jener Organspezialist hat bewiesen, dass er von dieser reifen Form der „Liebe in der Arzt-Patient-Beziehung“ etwas versteht. (...)

### Resümee

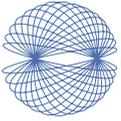
Ich hoffe, diese sechs Arzt-Patient-Beziehungen aus meiner Praxis konnten meine Überzeugung illustrieren, dass alles psychologische und sexologische Know-how für die Therapie nicht ausreicht, wenn der Therapeut nicht über sehr viel Disziplin, Einfühlbarkeit und eine erwachsene Liebesfähigkeit verfügt, die ihm befriedigende, verlässliche Liebesbindungen außerhalb der professionellen Arzt-Patient-Beziehungen ermöglichen und innerhalb von Arzt-Patient-Beziehungen einen guten Schutz vor dem bunten Spektrum der Übertragungslieben gewährleistet.

Oft frage ich mich: Wie sollen Ärzte, die selbst durch frühe Liebesdefizite traumatisiert sind, die selbst nur unreife, fragmentarische, unzuverlässige Liebe zu geben vermögen, die auch als Erwachsene zu Hause oft keinen Rückhalt durch Liebe erwarten können, – wie sollen sich solche Ärzte der verführerischen Übertragungsliebe ihrer Patienten und den Verlockungen regressiver Gegenübertragung entziehen können?

Meine Hoffnung gilt den Balintgruppen. Ich begann mit eigenen Gruppen nach vier Kollegensuiziden innerhalb nur eines Jahres unter den niedergelassenen Kollegen meiner Stadt (180.000 Einwohner). Ich verstehe Balintgruppen vor allem als Selbsthilfegruppen für ärztliche Einzelkämpfer das heißt als Schutz vor infantiler Übertragungsliebe der Patienten und der entsprechenden ärztlichen Gegenübertragungsliebe – also als eine professionelle Ergänzung zum privaten Liebesleben.

### Literatur bei der Verfasserin

**Dr. Dr. med. Adelheid Krautschik**  
Sommerfeld 15, 45481 Mülheim



## Psychiatrie in der Literatur

# Dieter Wellershoffs „Der Liebeswunsch“

D. HÖFFKEN



© Bilderbox, A-Theming

Liebe und Psyche sind die entscheidenden Zutaten aus denen Dieter Wellershoff seinen Roman „Der Liebeswunsch“ geformt hat. Das psychiatrisch Interessante dieses Buches sind die Lebensgeschichten der Beteiligten, die ihre Liebeswünsche prägen und letztlich dafür sorgen, dass sie an diesen Wünschen scheitern.

In dem Roman geht es um zwei Paare: Marlene und Paul, und Anja und Leonhard. Die Männer waren Jugendfreunde. Paul wurde Chirurg, heiratete und bekam zwei Töchter. Leonhard wurde Richter und verlobte sich mit der Internistin Marlene. Paul spannte seinem Freund Leonhard die Verlobte aus, ließ sich scheiden und heiratete Marlene. Das Arztehepaar Marlene und Paul lebt in einer Luxusvilla, die Marlene geerbt hatte.

Hier beginnt der Roman: Marlene und Paul fahren in Urlaub und Anja betretet die Villa. Sie ist Literaturstudentin jenseits der Bafögsemester und lebt von solchen Jobs. Bei der Schlüsselübergabe trifft sie Leonhard, den Richter und ehemaligen Verlobten Marlenes, der die Freundschaft trotz der für ihn schmerzlichen Vorgeschichte aufrecht erhalten hat. Die beiden kommen sich näher und grüßen bei der Schlüsselrückgabe als Verlobte. Schon bald geht es auf die Hochzeitsreise nach Italien. Die Studentin ohne Zukunftsperspektive hatte sich zu einer Versorgungsehe entschlossen und Leonhard schien das ganz recht zu sein. In der Hochzeitsnacht beißt sich die erfahrene Anja auf die Lippe, um

### Belletristik in der Psychiatrie

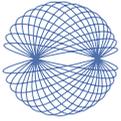


Wellershoff D:  
**Der Liebeswunsch.**  
Kiepenheuer  
& Witsch, Köln  
(2000), geb.  
ISBN 3-462-02939-8

nicht über den ängstlich-unerfahrenen Leonhard zu lachen.

In Florenz zeigt Leonhard, was Anja gar nicht sehen und erklärt, was sie gar nicht hören will. Anjas leise Signale des Unbehagens nimmt er nicht wahr. Anja resigniert und fügt sich.

In Italien wird Anja schwanger, sie bringt Sohn Daniel zur Welt und gerät in eine Wochenbettdepression, die lange medikamentös behandelt werden muss. Leonhard reagiert mit Unverständnis, als sie eine Tätigkeit als Lektorin bei einem Rundfunksender annimmt, die offenkundig antidepressiv wirkt.



Ich gebe jetzt eine Leseprobe: Daniel geht bereits in den Kindergarten. Anja reflektiert ihre Situation: „Für mich ist das Leben ein fremder, gleichgültiger Film mit blassen, undeutlichen Bildern. Er wird von einer Frau gespielt, die mir in allem gleicht und die ich nicht bin. Ich sehe mich in ihr und bin es nicht, als glitte ich unsichtbar neben ihr her.“

Warum bin ich so gereizt? Alle scheinen Leonhard anders zu sehen als ich. Er hat Freunde, er ist ein geschätzter Mann. Das strenge Gesicht meiner Mutter blüht auf, wenn sie ihn sieht! ‚Du hast das große Los gezogen, Anja!‘ Ich habe den Mann geheiratet, der die Wahl meiner Mutter ist!

Doch, doch ich liebe mein Kind, ich überschütte es mit meinen Zärtlichkeiten. Manchmal spürte ich, dass es ihm zu viel wurde. Er machte sich steif und senkte den Kopf, wenn ich ihn an mich drückte und fragte, ob er mich so lieb habe, wie ich ihn. Seine Antwort klang gehorsam, aber ich hörte einen kleinen verschüchterten Trotz heraus. Ich ließ ihn los und sagte: ‚Dann spiel schön‘, und sah ihm nach, wie er weglief, froh meiner erpresserischen Umarmung entkommen zu sein. Jedes Mal hatte ich dann Schuldgefühle. Mit mir stimmt etwas nicht. Ich, die dieses beneidenswerte Leben führte, war unsicher, konfus, unausgeglichen, undankbar – das machte mich mir selber fremd. Wer war ich eigentlich, dass ich so wenig aus meinem Leben zu machen verstand? Was war los mit mir? Ich wusste es nicht, sah nur, dass ich mein Glückssoll nicht erfüllte und gab mir Mühe, es zu erreichen. Ich gab mir Mühe mit Daniel, mit dem Haushalt, mit dem gesellschaftlichen Leben. Und ich gab mir Mühe, wenn ich mit Leonhard schlief.

Ich habe Angst, dass ich alles zerstöre, hoffe immer, dass ich mich wieder fange. Ich weiß nicht wie.“

### **Intensivierte Kontakte**

Was Anja in ihren Selbstreflexionen beschäftigte, war Leonhard und Marlene nicht entgangen. Um Anja zu stabilisieren wurden Viererkontakte intensiviert. Regelmäßige Theaterbesuche und Romméabende fanden statt. Am Tag nach einem solchen Abend verunglückte Daniel. Während das Wasser für seinen Kakao auf dem Herd steht, wird Anja durch einen Anruf vom Sender abgelenkt. Daniel greift danach und zieht sich schwere Verbrennungen zu. Die umsichtige Haushaltshilfe ruft den Notarzt. Mit Blaulicht geht es ins Krankenhaus. Als Anja es wieder verlässt, bekommt sie einen Angstanfall. Leonhard kommt vom Gericht ins leere Haus, er ruft Marlene an und erfährt von dem Unfall. Er telefoniert mit dem Krankenhaus. Anja kehrt betrunken zurück und will ihm erzählen. „Nicht nötig, ich hab schon telefoniert“, sagt er. „Scheiße!“ schreit sie ihn an, „Warum willst du nicht mit mir reden?“ Folgsam ließ sie sich ins Bett schicken. Er wollte nicht hinterher laufen und um Versöhnung bitten, denn auch dafür wäre er am Ende bestraft worden.

Anja möchte etwas mit Marlene besprechen und lädt sie zum Essen ein. Sie sagt: „Ich komme mit Leonhard nicht mehr zurecht, ich hab keine Lust mehr mit meiner Mutter zu konkurrieren, weder bei Leonhard, noch bei Daniel.“ Und dann fragt sie plötzlich: „Warum hast du ihn verlassen?“ „Wegen Paul“ ist die kurze Antwort. Dann fahren sie zum Tee in die Luxusvilla. Paul kommt nach Hause und freut sich über Anjas Anwesenheit. Marlene muss ins Krankenhaus zum Nachtdienst und ermuntert Anja, noch etwas da zu bleiben, obwohl die Gestik der beiden sehr deutlich Liebeswünsche verrät. Ich habe einen Fehler gemacht, denkt sie und schwankt zwischen Klinikalltag und Phantasien über das, was die beiden jetzt treiben.

Leonhard hat Zahnschmerzen und kann nicht schlafen. Gegen vier geht er ins Wohnzimmer, kocht sich Tee und liest „De bello gallico.“ Er hört ein Geräusch an der Haustür, schaut nach und sieht Anja hereinkommen, die Schuhe in der Hand, um sich in ihr Bett zu schleichen. „Wo kommst du her?“ Fragt er. „Ich konnte nicht schlafen und hab‘ einen Spaziergang gemacht“ und verschwindet in ihrem Schlafzimmer. Misstrauisch bleibt Leonhard zurück und denkt über die „unendliche Auslegbarkeit menschlichen Lebens“ nach. Im Lauf des Tages erfährt er, dass Marlene Nachtdienst hatte. Sollte Anja bei Paul gewesen sein?

### **Zweiter Betrug**

„Er konnte sich nicht vorstellen, was sie zueinander führte, aneinander fesselte. Es musste etwas sein, was sie als einmalig, überwältigend erlebten, Küsse und Berührungen, die alle anderen Erfahrungen auslöschten, und an die er nie heranreichte, er, ein plumper, unbeholfener Mann, der sich seit seiner Jugend, als er sich selbst zu sehen begann, an seinen Defiziten vorbeigeschwindelt hatte, indem er alles andere für wichtiger erklärte, und er nun zum zweiten Mal erlebte, dass Frau und Freund ihn hintergingen.“

Paul hat ein kleines Appartement gemietet. Orgien der Leidenschaft finden dort statt. Das Doppelleben ist stressig. Paul erträgt es besser, weil er im Beruf und bei Marlene fester verankert ist. Anja nimmt zunehmend Alkohol, um Angst und Schuldgefühle zu bewältigen. Leonhard findet versteckte Flaschen und Marlene das Liebesnest.

### **Letzte Stationen**

Marlene konfrontiert Paul und informiert Leonhard. Paul trennt sich von Anja, kündigt das Apartment und versucht, seine Ehe zu retten. Leonhard schreibt Anja einen Abschiedsbrief: Sie

möge das Haus verlassen, sie bekäme dann 20.000 DM Übergangsgeld und 1.800 DM monatlichen Unterhalt, ihre Mutter könne – mindestens zunächst Sohn und Haushalt übernehmen. Anja lässt sich darauf ein, in der Hoffnung, dass Marlene sich ebenfalls trennt und Paul zu ihr kommt. Dem ist es jedoch in der Beziehung längst zu eng geworden. Er tröstet sich mit einer Kollegin, die sich um ihn bemüht. Anja verliert zunehmend den Boden der Realität: Sie fährt ihren Polo zu Schrott und verliert den Führerschein wegen Trunkenheit am Steuer. Sie nimmt Zufallsbekanntschaften mit in ihre Wohnung, wird dabei bestohlen und schließlich gekündigt. Als Leonhard Landgerichtspräsident wird, taucht sie – uneingeladen – im Minirock beim Festakt auf, betrinkt sich und erzählt jedem, der es hören will, dass sie Leonhards Frau ist. Mit Mühe gelingt es Marlene, einen Eklat zu verhindern. Entgiftung, Entziehung sind die nächsten Stationen. Die letzte ist ein Hochhaus am Strand. Im vierzehnten Stock hat sie ein Zimmer gemietet. Sie wartet auf ein Wunder. Als keins geschieht und das Geld alle ist, stürzt sie sich vom Balkon.

### **Dramatische Konstellation**

Das psychiatrisch Interessante dieses Romans ist weder in der Klinik, noch im klinischen Vorfeld, sondern in den Lebensgeschichten der Beteiligten und deren Zusammenspiel enthalten. Wie bewältigen Sie Ihre Liebeswünsche oder wie scheitern Sie daran?

Das Wichtigste im Leben sind die Menschen, denen wir begegnen und der Zeitpunkt, zu dem das geschieht.

Vordergründig begegnen sich zwei Menschen: Anja und Leonhard. Hintergründig trifft ein Mensch „Anja“ auf ein Dreieck: Leonhard, Marlene und Paul. Bei der schnellen Ehe und Elternschaft ist der Hintergrund wichtiger als der Liebeswunsch. Für Anja ist die Ehe eine

Alternative zum gescheiterten Studium. Für Leonhard ist es die Herstellung von Symmetrie: Er versucht, aus seinem Lebensdreieck mit der dramatischen Vorgeschichte ein Viereck – eine Paarfreundschaft – zu machen. Diese Konstellation ist Liebeswünschen nicht förderlich, sie macht die Bewältigung schwierig, und die Gefahr des Scheiterns ist ausgesprochen groß. Paul hatte seinem alten Freund (Leonhard) die Verlobte Marlene ausgespannt, und dieses Drama wiederholt er jetzt mit seiner Frau. Der Liebeswunsch ist instrumentalisiert zum Siegeswunsch über den Freund – Rivalen. Der Liebesrausch ist auch ein Siegesrausch. Die Wiederholungsmacht dieses Erlebnismusters zerbricht drei Ehen und treibt einen Menschen in den Tod. Paul ist Täter, aber die drei anderen sind nicht nur Opfer, sondern auch Mittäter. Oder sollten wir vom Spieler und den Mitspielern reden? Es geht nicht um Schuld und Sühne, sondern um Ursache und Wirkung! Aber was treibt ihn, und wieso spielen alle mit?

Spieler und Mitspieler werden getrieben von Erlebnismustern, die in der Kindheit gewachsen sind, ein Leben lang wirksam bleiben und in Versuchs- oder Versagungssituationen, bei Kränkungen oder Verlassenwerden zum Fallstrick werden. Es liegt nahe, zuerst das zerstörerische Erlebnismuster Pauls zu ergründen. Aber wir erfahren nichts über seine Lebensgeschichte. Der Roman erzählt nicht, warum der Täter zum Täter wird, wohl aber, warum das Opfer zum Opfer und Mittäter wird.

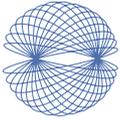
### **Pathogenes Erlebnismuster**

Bei der Suche nach Anjas pathogenem Erlebnismuster beginne ich mit einer kleinen, scheinbar nebensächlichen Episode, die von Marlene erzählt wird: „Anja fragte, ob wir uns zum Mittagessen treffen könnten. Wir verabredeten uns

für halb eins in einem italienischen Restaurant. Ich saß schon dort, als sie Minuten später eilig herein kam. Während wir uns umarmten, entschuldigt sie sich für ihr Zuspätkommen. Sie habe leider in der Nähe keinen Parkplatz gefunden. ‚Macht doch nichts‘, sagte ich und lächelte sie an. ‚Ach ich bin so gedrillt worden, mich immer für alles bei jeder Gelegenheit zu entschuldigen. Ich hasse das, aber ich kann nicht anders.‘“

Die zweite Episode ist nicht nebensächlich. Es geht um das Scheitern ihrer Diplomarbeit: „Ihre Schwierigkeiten begannen, wenn sie abends in ihre kleine Dachwohnung kam und sie nach einem schnell zubereiteten und achtlos herunter geschlungenen Abendessen sich an ihren Schreibtisch setzte, um ihre seit langem stagnierende Magisterarbeit ein Stück voran zu bringen. Die Aufgabe war ehrgeizig formuliert, sie wollte versuchen, in den Landschaftsmetaphern und Szenerien von drei Romanautoren unterschiedliche Geistes- und Seelenlandschaften zu erkennen. Sie hatte lange Listen der Motive zusammengestellt, kam aber nicht weiter, weil die Bedeutungen zu unbestimmt blieben und einander überlagerten. Als sie versuchte, diese Schwierigkeiten in einem Vorwort zu beschreiben, schien das auf den Nachweis hinaus zu laufen, dass ihre Arbeit sinnlos sei. Kurz hatte sie das in aller Schärfe gesehen und sich am nächsten Tag wieder in Einzelheiten vergraben. ‚Es wird schon werden dachte sie‘. Manchmal, wenn sie morgens in ihrer Dachkammer aufwachte, erschien es ihr unmöglich aufzustehen. Nur die Person, der ihre Mutter gesagt hat: ‚Ich weiß, Anja, du wirst mich nicht enttäuschen‘, richtete sich mühsam auf.“

Die Gemeinsamkeit dieser beiden Episoden ist, dass ein Ziel nicht erreicht wird: Kein Parkplatz hier, keine klaren Motivbedeutungen dort. Darauf reagiert



sie mit einer tiefen ängstlichen Unruhe. In der nebensächlichen, aber aktuellen Parkplatzepisode ist diese Unruhe zu spüren, bei der wichtigen, aber nicht mehr aktuellen Diplomarbeit wird sie verleugnet, „Es wird schon werden“ und das führt zu einer Art Lähmung, zu einem Depressionsrückzug. Die verinnerlichte Stimme der Mutter hindert sie daran, im Rückzug zu versinken, aber auch, die notwendigen Konsequenzen zu ziehen: Ihre Bedenken mit Freunden, dem zuständigen Dozenten oder einer Beratungsstelle zu klären. Marlene spürt die tiefe Unruhe und durchschaut, dass sich in der Parkplatzepisode dasselbe Erlebnismuster aktualisiert, das Anja in der Beziehung zu Leonhard so destruktiv unter Druck bringt.

#### **Das Drama des begabten Kindes**

Der tiefenpsychologische Therapeut wurde mit Archäologen, Nussknackern und Gärtnern verglichen. Diese Bilder zeigen wesentliche Aspekte, aber das Wichtigste ist sein Spürenkönnen, sein Einfühlungsvermögen. Mit der scheinbar unwichtigen Parkplatzepisode habe ich begonnen, weil Marlene hier spürt, dass es die verinnerlichte Stimme der Mutter ist, die Anja im Examen und der Ehe scheitern lässt und die sich auch bei ihr – Marlene – in dieser kleinen Episode reaktualisiert. Es handelt sich um „Das Drama des begabten Kindes“, die Mutter missbraucht das Kind zur Befriedigung eigener Bedürfnisse. Je begabter das Kind, je besser erkennt es Mutters Bedürfnisse und desto destruktiver wird die Verwicklung. Es entsteht ein falsches Selbst, das nicht an eigenen, sondern an Mutters Bedürfnissen orientiert ist. „Ich habe den Mann geheiratet, der die Wahl meiner Mutter ist.“ Vor diesem Hintergrund wird Anja zur Mittäterin Pauls: Ähnlich wie die Tätigkeit beim Sender, wirkt der Seitensprung gegen die depres-

sive Lähmung. Die Folgen sind allerdings sehr verschieden. Die Tätigkeit kann sie in ihr Lebensgefüge einbauen, der Seitensprung zerstört es, weil der Liebesrausch auch Siegesrausch war, nicht nur für Paul, wie bereits gesagt, sondern auch für Anja. Dieses belegt folgende Phantasie, die in Anja aufsteigt, als sie im Liebesnest auf Paul wartet: Sie öffnet ein geheimes Fenster in der Zeit und dort, weit weg sieht sie sich – ein kleines Mädchen auf den Armen ihres Vaters, der mit ihr vor aller Augen tanzt, denn sie sind auf einem Fest. Sie sind der Mittelpunkt dieses Festes. Alle anderen Paare sind stehen geblieben und schauen ihnen zu.“ Diese Phantasie zeigt, dass Paul für Anja nicht nur der attraktivere Mann und der bessere Liebhaber war, sondern auch eine Reaktualisierung des Vaters. Marlene und Leonhard können nur noch staunend zusehen, wie Anja und Paul tanzen. Paul rettet sie aus der destruktiven Beziehung zu Leonhard, so wie der Vater im „Drama des begabten Kindes“ die Tochter im Tanz auf seinen Armen – aus der destruktiven Beziehung zu ihrer Mutter hätte retten können, wenn er nicht genau in diesem Alter die Familie verlassen hätte. Weil sich Kindliches und Aktuelles so innig durchmischen, Paul mit dem Vater und Leonhard mit der Mutter verschmelzen – wie Landschaften und Stimmungen in ihrer Examensarbeit verliert Anja die Möglichkeit aktiver Lebensbewältigung, sie wartet passiv auf den Retter, der sie auf den Arm nimmt und zum Mittelpunkt der Welt macht. Sein Fernbleiben führt in eine traumatische Situation, die sie nicht bewältigen kann.

#### **Persönliche Defizite**

Auch Paul droht an seinen Liebeswünschen zu scheitern. Ohne die Verankerung bei Marlene und die nicht erreichte Chefarztposition, stabilisiert er sein

Selbstwertgefühl in flüchtigen Liebesbeziehungen, die seiner Vitalität und Reputation deutlich Abbruch tun. Als ihm eine Frau begegnet, die ihn an Anja erinnert, zieht er sich eine Woche in das denkwürdige Apartment im vierzehnten Stock zurück. Ob die Klausur zu einem Neuanfang führt, erfahren wir nicht.

Auch Marlene und Leonhard reflektieren ihre Mittäterschaft. Leonhard denkt an „die Defizite, an denen er sich immer wieder vorbeigemogelt hat“, und Marlene fragt sich, warum sie Anja einlud, mit Paul im Hause zu bleiben, als sie zum Nachtdienst musste. Sie bringt es damit zusammen, dass sie Paul seiner ersten Frau ausgespannt hat. All das bleibt im Halbdunkel. Schließlich bewältigen die beiden ihren Liebeswunsch durch eine Wiederannäherung bei körperlicher Distanz: Ein Hohelied der Freundschaft zu einem hohen Preis, dem Verzicht auf Zärtlichkeit und Sexualität.

Das Wichtigste im Leben sind die Menschen denen wir begegnen. Das gilt auch für die Begegnung mit Therapeuten, die bei der Bewältigung der Dramen „begabter Kinder“ helfen können, wenn aus den wichtigen Begegnungen tragfähige therapeutische Beziehungen werden. Diese verpassten Gelegenheiten sollen jetzt reflektiert werden.

#### **Krisenhafte Situationen**

Die erste Krise in Anjas Leben, von der der Leser erfährt, ist das Scheitern der Magisterarbeit. Vermutlich hat sie nie einen Mentor oder Freund um Rat gebeten: Ein begabtes Kind muss doch seine Probleme selber lösen. Die meisten Hochschulen haben psychotherapeutische Beratungsstellen, wo ähnliche Fälle wohl bekannt sind, und hier wäre es zu diesem Zeitpunkt vielleicht schon in wenigen Sitzungen gelungen, Problembewusstsein für das falsche Selbst zu wecken. Dies hätte einen realistischen Umgang mit den anstehenden Fra-

gen ermöglicht: Vielleicht hätte sie gemerkt, dass die Trennlinien zwischen Motiven und Stimmungen hinreichend scharf waren, das Verwischen der Grenzen nur auf ihren Perfektionsanspruch die innere Stimme der Mutter – zurückzuführen war. Vielleicht war aber auch das Thema zu modifizieren oder es musste eine ganz neue Arbeit her? Vielleicht wäre aber bei den psychotherapeutischen Beratungsgesprächen auch herausgekommen, dass sie gar nicht Willens oder in der Lage war, das Studium abzuschließen, dass es nur die verinnerlichte Mutter war, die sie trieb. „Du wirst mich nie enttäuschen, Anja“. Die Tätigkeit beim Sender hätte sie Jahre früher finden können, und eine gesicherte Existenz hätte sie davor bewahrt, in eine Abhängigkeit wie bei Leonhard zu geraten.

Die zweite Krise hat ihren Ort im Ehebett. Sie betrifft nicht nur Anja, sondern auch Leonhard. Durch übende Sexualbehandlung hätten die beiden gemeinsam Befriedigung finden können. Funktionelle Sexualstörungen sind Kommunikationsstörungen. Die Überheblichkeit der erfahrenen Anja und der Leistungsdruck des unerfahrenen Leonhard sind Hindernisse für die Lustphysiologie. Werden sie erkannt, können sie meist auch vermieden werden, und eine bessere Verständigung im Bett ermöglicht oft auch eine bessere Verständigung in schwierigen Lebenssituationen.

Die dritte Krise ist erkennbar in Anjas Selbstreflexionen: Ihr erpresserisches Verhalten beim Sohn, der Abscheu gegen Leonhard und dem Film, zu dem das eigene Leben geworden ist. Zu diesem Zeitpunkt ist von gezielter Kurztherapie, wie sie in den ersten beiden Krisen erwähnt wurden, kaum noch etwas zu erwarten. Das Drama des begabten Kindes lässt sich nicht mehr ausschließlich an äußeren Situationen wie Examensarbeit und Sexualität therapeu-

tisch bearbeiten, jetzt müssen die Reaktualisierungen des pathogenen Erlebnismusters in der Therapeut-Patient-Beziehung das Arbeitsfeld werden. Die ausgegrabenen Seelenlandschaften der Kindheit, die geknackten Nüsse der Auslösesituationen müssen erkennbar werden, in dem, was sich zwischen Patient und Therapeut im Hier und Jetzt abspielt. Dann können auch draußen destruktive Muster vermieden und neue Lösungen erprobt werden.

In der Folgezeit tritt der Alkoholmissbrauch in den Vordergrund. Alle Therapie wird zunächst hier ansetzen müssen. Die Prognose ist ungünstiger, aber auch während einer Entgiftung oder eines Entzugs kann es zu therapeutischen Begegnungen kommen, die eine Wende ermöglichen.

#### **Therapeutische Ansatzpunkte**

Zweifellos ist Anja, das Opfer, die Kränkste von den Vieren. An zweiter Stelle kommt Paul, der Täter. Die therapeutischen Möglichkeiten sind hier geringer, weil der Täter nicht an seinen Taten, sondern an den Folgen leidet. Ansonsten wird Pauls Krankheit kaum erkennbar, solange er bei Marlene und im Beruf verankert war. Nachdem er verlassen wurde und sein Ziel nicht erreichte, droht er zu dekompensieren. Er geht in Klausur, und hier ist die Chance eines Neuanfangs, der ihm aber ohne therapeutische Hilfe in einer Langzeitbehandlung kaum gelingen dürfte.

Als dritter folgt Leonhard, er hat eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Krankheitswert dürfte dieser Störung aber kaum zukommen, doch therapeutische Möglichkeiten gibt es sehr wohl. Er hat sich an seinen Defiziten vorbeigemogelt. Sich zu stellen, hätte die Frage einer Therapie nach sich gezogen. Die bei Anja erwähnte Paartherapie wäre eine Chance gewesen. Er findet zu Marlene zurück und mogelt sich weiter an

seinen Defiziten vorbei, indem er das hohe Lied der Freundschaft singt. Bei allem Respekt vor dieser Freundschaft kann der Psychiater die dahinter verborgenen Defizite nicht übersehen.

Marlene ist die Gesundeste. Ihre Mittäterschaft im ursprünglichen Dreieck erklärt sie – weitgehend zu Recht mit den Moralvorstellungen ihrer Generation, den 60ern. Ihr Beitrag zum zweiten Teil der Tragödie, als sie Anja und Paul ermunterte, zusammen im Haus zu bleiben, ist ihr ein Rätsel. Aber deshalb geht man nicht in Therapie. Doch warum findet sie in Leonhard nur den Freund und nicht auch den Mann wieder? Verzichtet sie auf Sexualität oder sucht sie ihre Befriedigung woanders? Mogelt sie sich auch an Defiziten vorbei, die verborgen geblieben sind? Oder ist es gesund, wenn ihr nach dem, was hier geschehen ist, die Lust an der Lust vergangen ist?

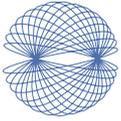
---

**Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Höffken, Mühlheim**

---

Nachdruck von: Höffken D: Psychiatrie in der Literatur (Am Beispiel von Dieter Wellershoffs: Der Liebeswunsch). In: Höffken D, Holzbach E (Hrsg.): Psychiatrie außerhalb der Psychiatrie. Peeters, Leuven (2003): 97–103

Der geringfügig veränderte Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber beziehungsweise des Verlags Peeters Publishers.



© Archiv

links: Antonio Canova (1787–1800);  
Mitte: „Psyché et l'Amour“ (1798),  
François-Pascal-Simon Gérard;  
rechts: „Psyché abandonnée“ (1785–  
1790), Augustin Pajou

# Amor und Psyche

A. ZACHER

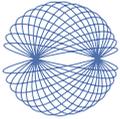
Die Erzählung von Amor und Psyche gilt als eine der schönsten Liebesgeschichten aller Zeiten. Dass dieser Stoff nicht nur viele Künstler zu zahlreichen Motiven inspirierte, sondern nahezu jeden in den Bann zieht, liegt sicherlich an dem ewig währenden Zauber von Schönheit und Liebe.



der Weltliteratur ungebrochen. Das Werk ist gespickt mit humoristischen Einfällen und beherbergt als gestaltendes Grundprinzip eine lebensbejahende Sinnlichkeit, die einem ob ihrer ausufernden Phantasie an manchen Stellen wirklich zum Lächeln bringt. Die griechische Vorlage der Geschichte handelt von der kuriosen Odyssee eines jungen Mannes namens Lucius, der durch ein Missgeschick in einen Esel verwandelt wird.

„Aufgepasst, Leser, du wirst dich amüsieren!“ Schon der erste Satz der „Metamorphosen“ des Apuleius, die auch unter dem Titel „Der goldene Esel“ bekannt sind, verspricht eine spannende und kurzweilige Lektüre. Und es bewahrheitet sich: Bis heute ist die Faszination dieses ersten Schelmenromans

Der in Madaura geborene Schriftsteller Apuleius erweiterte wohl um 170 nach Christus seine Vorlage erheblich indem er Zaubermärchen, burleske Erzählungen, Spukgeschichten und nicht zuletzt das Märchen von „Amor und Psyche“ hinzufügte, das bis heute den eigentlichen Ruhm seiner Metamorphosen begründet und in Literatur, Kunst



## Alkoholabhängig: Anxiolyse ohne Suchtpotenzial

Seit den 1950er Jahren hat sich der Alkoholkonsum in Deutschland annähernd vervierfacht. Jeder Bundesbürger trinkt im Durchschnitt jährlich zwölf Liter reinen Alkohol; dies entspricht 150 Litern Bier oder 30 Litern Wein pro Jahr. Die Zahl der Alkoholabhängigen wird auf zweieinhalb Millionen geschätzt. Hinzu kommen noch etwa fünf Millionen, die auf dem Weg in die Alkoholabhängigkeit sind.

Alkoholabhängige Patienten haben in bis zu 40% der Fälle ausgeprägte Angststörungen. Bei dieser Patienten-

gruppe birgt die konventionelle anxiolytische Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen große Gefahren, denn sie ist vom Abhängigkeitspotenzial dieser Medikamente besonders bedroht. Es gilt als medizinischer Kunstfehler, solchen Patienten Benzodiazepine zu verordnen. Hier bietet sich das Non-Benzodiazepin-Anxiolytikum Buspiron (Bespar®) zur Therapie an. Es besitzt kein Abhängigkeitspotenzial und eignet sich deshalb ideal für die Behandlung von Angststörungen bei alkoholabhängigen oder -gefährdeten Patienten.

Das Präparat benötigt zur Entfaltung seiner angstlösenden Wirkung etwas mehr Zeit als Benzodiazepine, zeigt aber dann im Allgemeinen eine stabile und sichere Wirkung. Zusätzlich weisen Studienberichte darauf hin, dass Buspiron das Verlangen nach Alkohol reduziert und dessen Konsum vermindert.

Zur Begleitung der Therapie mit Buspiron gibt es die Patientenbroschüre „Angstfrei leben“ an, die unter der Fax-Nummer (0 69) 4 78 73 46 angefordert werden kann.

Nach Informationen von  
Hormosan Pharma, Frankfurt/Main

### Ehrenpreis Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Erstmals hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BAPK) gemeinsam mit dem Pharma-Unternehmen Bristol-Myers Squibb den mit 3.000 EUR dotierten Ehrenpreis Familien-Selbsthilfe Psychiatrie verliehen. Im Rahmen der diesjährigen Informationstage des BAPK „Selbsthilfe braucht Verstärkung“, ging die Auszeichnung an das Ehepaar Bräunling aus Karlsbad in Baden-Württemberg für ihr Projekt „Schiller 33“, hinter dem sich die Vereinsgründung „Schiller 33“ e.V. mit wertvollem Freizeitangebot sowie die Einrichtung einer Begegnungsstätte für psychisch Kranke verbirgt. Das Votum der unabhängigen Jury erklärt sich vor allem dadurch, dass Frau Bräunling – neben ihrem selbstlosen hohen persönlichem und zeitlichem Einsatz – ihr Elternhaus für mehrere betreute Wohnungen und als Begegnungsstätte für psychisch Kranke bereitgestellt hat.

„Der Ehrenpreis Familien-Selbsthilfe Psychiatrie steht dem Preisträger zur freien Verfügung und wird von nun an jährlich ausgeschrieben“, erklärt Thomas Schick, Pressereferent von Bristol-Myers Squibb. Das Unternehmen, das in diesem Jahr den ersten Vertreter einer neuen Generation atypischer Antipsychotika zur Therapie der Schizophrenie eingeführt hat, unterstreicht mit dem Preis sein Engagement im Bereich der Angehörigen-Selbsthilfe.

Nach Informationen von  
Bristol-Myers Squibb, München

## Moderne Atypika verbessern Schizophrenie-assoziierte affektive und negative Symptome

Atypische Antipsychotika werden in der Behandlung von Schizophreniepatienten laut internationaler Leitlinien als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Besonders im Bereich von Kognition, Depression und Negativsymptomatik scheinen die modernen Neuroleptika Vorteile gegenüber den klassischen Präparaten zu bieten. Wie die Ergebnisse einer auf dem 24. Kongress des Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologium (CINP) in Paris vorgestellten Studie zeigen, beeinflussen jedoch nicht alle Atypika die oft problematischen Negativsymptome wie Motivationsverlust und Sprachverarmung gleichermaßen. Sowohl eine achtwöchige Vergleichsstudie mit einem anderen Atypikum als auch eine Extensionsstudie über ein Jahr, belegten für Ziprasidon (Zeldox®) eine signifikante Symptomverbesserung anhand der PANSS-Negativ-Subskala. Auch Depressionen, die im Umfeld der Schizophrenieerkrankung häufig auftreten, konnten deutlich verringert werden. Darüber hinaus erhält oder verbessert Ziprasidon vor allem kognitive Funktionen wie verbale Fähigkeiten, Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis und Exekutivfunktionen.

Die günstigen Effekte der Atypika in kognitiven Funktionsbereichen sind nach Worten von Prof. Dr. Wolfgang Fleischhacker, Innsbruck, vermutlich

auf mehreren Ebenen vorteilhaft. Erste klinische Studien wiesen eine Korrelation mit der Lebensqualität der Patienten nach und dürften daher auch die Compliance und Therapietreue verbessern.

Prof. Dr. Fernando Cañas, Madrid, empfahl, Ziprasidon im oberen Dosisbereich von täglich 120 mg (60 mg bid) oder 160 mg (80 mg bid) einzunehmen. Diese gut tolerierte Dosis, die erst im Anschluss an die Zulassungsstudien ermittelt wurde, stützt sich auf die Ergebnisse neuerer Untersuchungen, in denen Tagesdosen zwischen 80 mg und 160 mg einen nahezu linearen Anstieg der Symptomverbesserung dokumentieren und auch extrapyramidal motorische Wirkungen (EPS) nicht zunehmen. Die Bildgebung mittels PET weist im oberen Dosisbereich eine 65–70%ige Besetzung der Dopamin (D2)-Rezeptoren nach. Bei dieser Rate werde der antipsychotische Effekt nicht durch EPS überlagert, die erst bei einer Besetzung um mehr als 80% vermutet werden.

Die geringe Gefahr extrapyramidalen Effekte durch Ziprasidon wird mit der ausgeprägten Bindungsaffinität der Substanz zum 5-HT<sub>2A</sub>-Rezeptor in Zusammenhang gebracht, die mit einem Verhältnis von 10:1 deutlich höher ist als zum D2-Rezeptor.

Nach Informationen von Pfizer, Karlsruhe

## Depression: SSNRI lindert psychische und körperliche Symptome

Der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin hat nicht nur eine gute anti-depressive Wirkung, sondern erzielt auch hohe Remissionsraten. Zudem lindert der Wirkstoff effektiv Schmerzen und Angstsymptome, die oft als Begleitsymptomatik der Depression auftreten. Nur bei etwa einem Drittel aller depressiven Patienten wird mit den bislang verfügbaren Antidepressiva eine Remission, definiert durch einen Wert  $\leq 7$  auf der Hamilton-Depressionsskala (HAM-D17), erreicht. „Patienten, die noch unter Restsymptomen leiden, haben ein 50–80%ig höheres Rückfallrisiko als solche mit kompletter Remission“, erklärte Prof. Dr. Max Schmauß, Augsburg, auf einem Diskussionsforum der Firma Lilly in Bad Homburg.

In einer doppelblinden, multizentrischen Studie wurde mit 60 mg/d Duloxetin eine Remissionsrate von 44% erzielt (Detke MJ et al., 2002, J Clin Psychiatry 63: 308–315). Unter Placebobehandlung waren nach neun Studienwochen dagegen nur 16% der Probanden beschwerdefrei ( $p < 0,001$ ). Eine günstige Wirkung hat die Substanz auch auf die Angstsymptomatik gezeigt, eine häufige Komorbidität depressiver Störungen. Bereits nach zwei Therapiewochen verbesserte sich die Angststörung unter dem

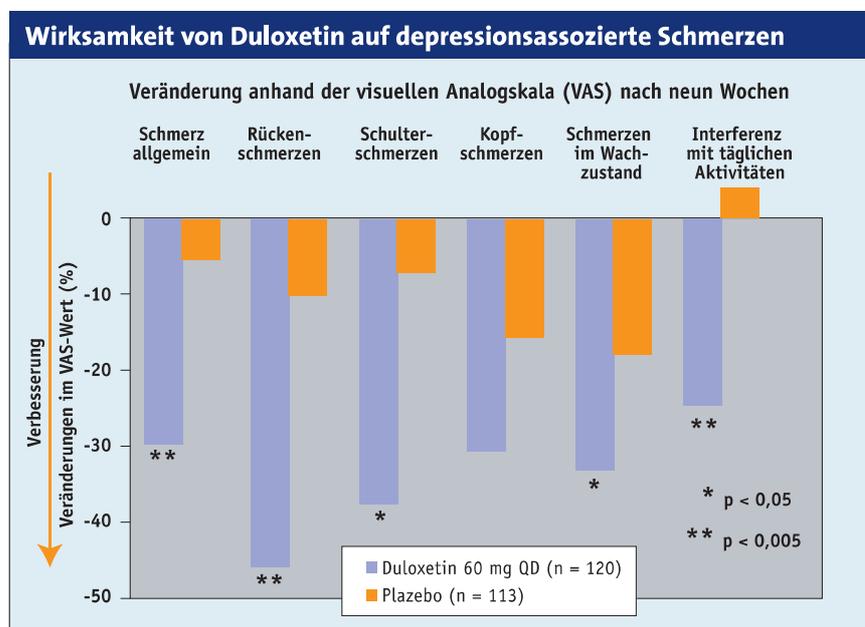
SSNRI signifikant gegenüber Placebo [ $p < 0,05$ , Dunner DL et al: *Depress Anxiety* 18 (2003): 53–61].

„Nahezu alle Patienten mit Restsymptomen klagten auch über körperliche Beschwerden“, so Schmauß. Rücken-, Schulter- und Kopfschmerzen treten am häufigsten auf. Im Vergleich zu den Ausgangswerten konnte eine neunwöchige Behandlung mit 60 mg/d Duloxetin in einer plazebokontrollier-

ten Studie verschiedene schmerzhafte Beschwerden signifikant verbessern (s. Abb.). Der Psychiater ergänzte: „Duloxetin hat sich in Tagesdosen bis zu 120 mg als gut verträglich erwiesen. Gewichtsveränderungen unter der Therapie fallen mit einer mittleren Zunahme von 1 kg über ein Jahr eher moderat aus.“ (sw)

### 8. Bad Homburger ZNS-Gespräche „Neue medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieoptionen bei Depression“

Bad Homburg, 4. September 2004  
Veranstalter: Lilly, Bad Homburg



## René-Schubert-Medaille für Antidementivum

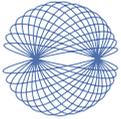
Im Gedenken an Prof. Dr. René Schubert, der 1973 den ersten deutschen Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität Erlangen-Nürnberg einrichtete, verleiht die Zeitschrift „Der Hausarzt“ jährlich die gleichnamige Medaille für innovative Medikamente im Bereich der Geriatrie. Schuberts Engagement galt als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie nicht nur der reinen Wissenschaft, sondern vor allem auch alten Menschen und ihren spezifischen Bedürfnissen.

Im Rahmen des 27. Deutschen Hausärztetags am 22. September 2004

in Potsdam, ging die diesjährige Auszeichnung an den innovativen Acetylcholinesterase-Hemmer Aricept® (Donepezil), der einen entscheidenden Fortschritt in der Therapie der Alzheimer-Demenz gebracht hat. Das Medikament beeinflusst objektiv und subjektiv sowohl Symptomatik als auch Krankheitsbild positiv, verbessert die Lebensqualität der Patienten entscheidend und vermindert damit auch den Pflegeaufwand für Betreuende. Darüber hinaus kann die frühzeitige Behandlung mit diesem Medikament eine demenzbedingte Heimweisung um nahezu zwei Jahre verzö-

gern. Auch bezüglich Patientencompliance sowie Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil ist Donepezil optimal auf die Bedürfnisse des älteren Organismus zugeschnitten, so die Jury. Die hohe Wirksamkeit und sehr gute Verträglichkeit – auch in der Langzeittherapie und bei fortgeschrittener Demenz – belegen zahlreiche nationale und internationale Studien. Donepezil, das seit 1997 gemeinsam von den Unternehmen Eisai und Pfizer vermarktet wird, ist mittlerweile in 80 Ländern zur symptomatischen Therapie der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz zugelassen.

Nach Informationen von Eisai, Frankfurt



## ADHS bei Erwachsenen: Komorbiditäten beeinträchtigen den Alltag

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt. Aufmerksamkeitsstörungen, übermäßige Impulsivität und motorische Hyperaktivität, die Hauptsymptome der ADHS, werden zwar meist als Erscheinungen des Kindesalters angesehen, „Verfolgt man jedoch Patienten mit ADHS katamnestisch, sieht man, dass die Symptomatik bei 10–60% der Betroffenen nicht während der Adoleszenz sistiert, sondern als Teil- oder Vollbild auch im Erwachsenenalter weiter besteht“, berichtete Prof. Dr. Michael Rösler, Homburg/Saar. Die Betroffenen sind einer Vielzahl gesundheitlicher und sozialadaptiver Risiken ausgesetzt, die berufliche und persönliche Entwicklung sind oft stark beeinträchtigt.

Erwachsene entwickeln neben den Kardinalsymptomen der ADHS weitere Symptome wie Desorganisiertheit, emotionale Dysregulation, mangelnde Stresstoleranz und Störungen der Affektkontrolle. „Die ADHS tritt nur selten allein auf“, führte Rösler aus, „meist kommen weitere Komorbiditäten vor“. Etwa ein Viertel der Patienten entwickelt Angststörungen, dissoziale Persönlichkeitsstörungen treten bei 15–20% und depres-

sive Störungen bei bis zu 40% der ADHS-Erkrankten auf. Auch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch ist mit bis zu 50% sehr häufig.

ADHS ist Rösler zufolge eine Störung, die nachhaltig in die gesamte Biografie der Erkrankten eingreift. Schul- und Berufsabschlüsse der Betroffenen bleiben hinter denen gesunder Kontrollpersonen zurück, die Arbeitsleistungen werden schlechter beurteilt, sie sind häufiger von Arbeitsplatzwechseln und Kündigungen betroffen. ADHS-Kranke erleiden zudem mehr und schwerwiegendere Unfälle.

„Mit einem multimodalen Therapieansatz, der eine psychoedukative und

psychotherapeutische Behandlung sowie eine Pharmakotherapie einschließt, kann die Erkrankung effektiv behandelt werden“, so Rösler. In zwei plazebokontrollierten, multizentrischen Studien reduzierte der Noradrenalinwiederaufnahmehemmer Atomoxetin die Symptome der ADHS bei erwachsenen Patienten nach einer zehnwöchigen Behandlung signifikant besser als Plazebo ( $p < 0,001$ ). (sw)

8. Bad Homburger ZNS-Gespräche  
„ADHS bei Erwachsenen“

Bad Homburg, 4. September 2004  
Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH,  
Bad Homburg

## Bipolare Störungen: DenkMal an Fortbildung!

Rund 15% der Patienten mit bipolaren Störungen sterben durch Suizid. Die Ursache: Bipolare Störungen werden meist – wenn überhaupt – erst viel zu spät erkannt. Bis zur richtigen Diagnose und zum Behandlungsbeginn vergehen im Durchschnitt 12,5 Jahre. „Das muss sich ändern!“, appelliert Dr. Matthias Dobmeier, Psychiatrische Tagesklinik Cham. Warum die Diagnose bipolarer Erkrankungen extrem schwierig ist, begründet Dobmeier damit, dass ein Mensch, dem es gut geht, keinen Arzt aufsucht und sich die Patienten oft nur in depressiven Episoden, nicht aber in hypomanischen Phasen vorstellen. Mit einer Prävalenz von 5% sind bipolare Erkrankungen ein häufiges Krankheitsbild; bei jedem dritten depressiven Patienten ist mit einer bipolaren Störung zu rechnen. Deshalb sei jeder depressive Patient nach manischen oder hypomanischen Episoden zu befragen. Und auch Angehörige und Freunde sollten mit in die Anamnese einbezogen werden.

Wie bipolare Erkrankungen von unipolaren Depressionen zu unterscheiden sind, wichtige Aspekte zum Krankheitsbild und welche Therapieoptionen heute zur Verfügung stehen, vermittelt

anschaulich und praxisnah die von den Firmen Janssen-Cilag und Organon gesponserten Fortbildungsreihe „DenkMal bipolar“. Es handelt sich dabei um aktive Veranstaltungen an besonderen DenkMal-Orten: Jeder Teilnehmer ist aufgerufen, interaktiv per TED seine Meinung zu äußern, in Gruppen Erfahrungen auszutauschen und vorgestellte Fallbeispiele zu diskutieren.

Die DenkMal-Veranstaltungen richten sich vor allem an Fachärzte für Psychiatrie aus Klinik und Praxis. Je nach Landesärztekammer werden für die Teilnahme vier bis sechs CME-Punkte vergeben. Nächster Termin ist der 4. Dezember 2004 in Dortmund; die Veranstaltungsreihe wird 2005 fortgesetzt.

Anmeldungen über: Agentur primus swot GmbH, Dr. Jens Kuhlmann, Tel. (07 11) 93 15 03 98, Fax (07 11) 93 1503 95, E-Mail: j.kuhlmann@primus-swot.de

Nach Informationen von  
Janssen-Cilag, Neuss

### Erweiterte Produktpalette

Mit dem Neuroleptikum Sulpirid Sandoz® 200 mg Tabletten ergänzt Sandoz Pharmaceuticals seit September sein Angebot an ZNS-Präparaten. Das Benzamidderivat Sulpirid hat sich bereits bei akuter und chronischer Schizophrenie im Erwachsenen- und Kindesalter bewährt.

Durch einfache Halbierung lässt sich das Medikament individuell dosieren; für patientenspezifische Einnahmehinweise ist ein Dosierfeld auf der Packung vorgesehen. Sulpirid Sandoz® 200 mg Tabletten ist in Packungsgrößen zu 20 (N1), 50 (N2) und 100 (N3) Tabletten erhältlich.

Nach Informationen von  
Sandoz Pharmaceuticals, Ismaning

---

## Serviceprogramm PEPS bei Schizophrenie: Wegweiser für Patienten und Angehörige

Auf dem diesjährigen Kongress des Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) stellte das Unternehmen Sanofi-Synthelabo ein Schulungsprogramm für schizophrene Patienten, ihre Angehörigen und Betreuer vor, das in Kooperation mit der European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI) entwickelt wurde. Dieses „Patient Empowerment Programme for Schizophrenia“ (PEPS) vermittelt verständlich und umfassend grundlegende Kenntnisse über die Erkrankung, zeigt Therapiemöglichkeiten auf und ermöglicht einen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen. Der aktive Umgang mit der Krankheit soll die Therapiecompliance der Patienten verbessern und ihnen erlauben, selbst einen wesentlichen Beitrag zur Krankheitsbewältigung

zu leisten und sich im Alltag bestmöglich orientieren zu können.

„EUFAMI freut sich, die PEPS-Initiative unterstützen zu können, die mit unserem Hauptziel in Einklang steht, Informationen zur Unterstützung psychisch Kranker und ihrer Familien anzubieten, sich für ihre Anliegen einzusetzen und für sie eine möglichst vollständige gesellschaftliche Integration zu ermöglichen“, so Susan Kirkwood, Vertreterin von EUFAMI in der PEPS-Steering-Gruppe. Dafür stellt PEPS 19 Informationsbroschüren zur Verfügung, die unter der Leitung eines internationalen Komitees aus Psychiatern, Schizophreniepatienten, ihren Familien und Betreuern erstellt wurden. Diese Ratgeber beleuchten jeweils gezielt ein einzelnes Thema rund um die Schizophrenie und richten sich nicht nur an Patienten

und Angehörige. „Sie können auch Ärzten eine wertvolle Hilfe sein, um mehr über die Schizophrenie und ihre Bedeutung in der Gesellschaft von heute zu erfahren“, erläuterte Dr. Marc de Hert, University Psychiatric Centre, Saint Josef, Belgien. Fokusgruppen verschiedener Länder haben die Broschüren inzwischen adaptiert und bieten sie bereits heute oder in naher Zukunft auch in ihrer Landessprache an.

Die Informationsbroschüren können unter dem Stichwort PEPS-Programm kostenlos angefordert werden unter: [info.deutschland@de.sanofi-synthelabo.com](mailto:info.deutschland@de.sanofi-synthelabo.com)

---

Nach Informationen von  
Sanofi-Synthelabo, Berlin

## Langzeittherapie der Depression: Größere Compliance bei informierten Patienten

Bei vielen depressiven Patienten ist eine Langzeitbehandlung notwendig, sei es weil Rückfälle drohen oder die Symptome nur unzureichend abgeklungen sind. Innerhalb eines halben Jahres erleiden 50% der Kranken ein Rezidiv, konstatierte Prof. Dr. Ulrich Hegerl, München. Bei jedem fünften mit Major-Depression wird die Krankheit chronisch. Daher wird bei allen Patienten eine vier- bis sechsmonatige Erhaltungstherapie auch bei Ersterkrankung empfohlen. Leitlinien von Fachgesellschaften sehen eine mehrjährige Behandlung vor, wenn in der Anamnese mehr als zwei depressive Episoden bekannt sind.

Für die Akut- und Langzeitbehandlung gelten selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bei den meisten depressiven Störungen als Substanzen der ersten Wahl. Zwischen den einzelnen Vertretern gibt es bei der Wirkung jedoch deutliche Unterschiede, erklärte Prof. Dr. Gerd Laux, Wasserburg. Es wird angenommen, dass ein

Antidepressivum mit dopaminergere Wirkung die psychomotorischen und kognitiven Funktionen eher bessern kann als eine Substanz ohne diese Eigenschaft. Sertralin (Zoloft®) hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin von allen SSRIs am stärksten. Verschiedene Studien an Probanden und älteren depressiven Patienten haben einen positiven Einfluss von Sertralin auf die kognitive und psychomotorische Leistung bestätigt. Die alten Menschen werden wieder reaktionsfähiger und konzentrierter. Ihr Gedächtnis bessert sich und ihre Vigilanz nimmt zu.

Bei der manchmal mehrjährigen Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen ist es hilfreich, ein Krankheitskonzept der Depression zu vermitteln. Hegerl verwendet dazu das Bild einer Medaille mit zwei Seiten, die die psychischen und physischen Aspekte der Depression darstellen. Beide Seiten konkurrieren nicht miteinander, sondern ergänzen sich. Die Patienten verstehen

dann eher, dass eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie am erfolgreichsten ist und kooperieren langfristig besser. Ohne solche stützende Aufklärung setzen nach einem Monat zwischen 30% und 68% der Patienten ihr Antidepressivum wieder ab. Hegerl hat daher eine Homepage eingerichtet beziehungsweise Videos und CD-Roms produziert, anhand derer sich die Patienten zu Hause in Ruhe informieren können. Die Informationen im Internet sind abrufbar unter: [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) (kg)

---

Medienforum Sertralin: „**Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis – Erfolgskriterien der antidepressiven Therapie**“  
München, 25. Mai 2004  
Veranstalter: Pfizer Neuroscience,  
Karlsruhe