

Tabelle der Neurosendispositionen

nach Boessmann und Remmers

1. Die altruistisch-depressive Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|---|---|--|
| <p>Der oft gemütvoll veranlagte Patient zeigt ein im Allgemeinen gut angepasstes und sozial erwünschtes Verhalten, übernimmt früh und bereitwillig Verantwortung und Aufgaben, zeigt sich unkompliziert, pflegeleicht und rücksichtsvoll, weil er im besonderen Maß die Anerkennung und Liebe anderer, vor allem der Eltern, braucht. Der Patient erregt aufgrund dieser Eigenschaften leicht die spontane Anteilnahme des Therapeuten. Latent bestehen jedoch – wie Schultz-Hencke betont – Riesenansprüche und Hass auf die versagenden Beziehungspersonen. Der Patient kann seine Bedürfnisse nicht vertreten und nicht verteidigen.</p> <p>Unter Belastung und Versagung, zum Beispiel wenn der Patient nicht genügend Anerkennung und Bestätigung von außen erhält, dekompenziert er leicht, neigt dann zu gedrückter Stimmung, zum Verlust von Lebensfreude und Interesse. Es zeigt sich dann leicht ermüdbar, antriebslos, leidet an Denk-, Konzentrations-, Schlaf- und Appetitstörungen, quälender innerer Unruhe, Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und Ich-Hemmung, setzt sich vermehrt mit dem Tod auseinander, Suizidfantasien. Es kann sich auch eine oral-sadistische, fordernd-insistierende Haltung mit ausgeprägtem Neid und Missgunst zeigen (passiv-aggressive Persönlichkeit im Sinne Abrahams).</p> | <p>Nach Dührssen wurde den vitalen Ansprüchen an das Leben von den ersten Lebenstagen an die Befriedigung versagt. Die Eltern waren unfähig, die Bedürfnisse des Kindes empathisch zu spiegeln und zu befriedigen, zum Beispiel wird das Kind von einer (zum Beispiel voll berufstätigen, mehrere Kinder versorgende oder in einer wirtschaftlichen Notlage befindlichen und daher) überlasteten Mutter hastig und ungeduldig gestillt. Infolge des mangelnden Interesses der Mutter für das kindliche Omnipotenzgebaren muss sich das Kind den Gesten der Mutter anpassen. Oft unsichere Bindung, häufige Abwesenheit eines oder beider Elternteile, schwere Krankheit eines Elternteils, Verlust eines Elternteils, Parentifizierungssituation. Eltern verlegen eigene Ambitionen auf das Kind. Das Kind erwirbt die von den Eltern erwarteten Fähigkeiten (zum Beispiel Geduld, Höflichkeit, Gehorsam, Altruismus, Fleiß, Leistung), lebt aber mit dem Gefühl, dass es eher für imaginäre Eigenschaften als für sein wahres Selbst geliebt wird.</p> | <p>Mangelnde Verinnerlichung guter Objekte, dadurch keine ausreichend stabile Selbstrepräsentanzen, Introjektion ambivalenter (geliebter und gehasster) Objekte. Nach Schultz-Hencke sind vor allem orale und aggressive Antriebe gehemmt. Ständige ungesättigte Bedürfnisspannung, ohne dass die natürlichen Bedürfnisse und das Besitzstreben ausgedrückt werden können. Das orale und das aggressive Antriebsmoment sind derart bedrohlich, dass sie durch Furcht und Schuldgefühle vollständig antagonisiert werden müssen. Aufgestaute aggressive Energie findet keinen anderen Weg, als sich gegen das eigene Selbst und die bösen Introjekte zu richten (zum Beispiel in der Form von Selbstmordimpulsen). Infolge der vollständigen Abwehr erscheint der depressiv strukturierte in Versuchungs- und Versagungssituationen wehrlos. Wendung von Aggressionen gegen das Selbst, kompensatorische Überhöhung des Ich-Ideals, hohe Leistungsmaßstäbe, ein strenges, überforderndes, unnachgiebiges Über-Ich, versteckte fusionäre Sehnsucht und Abhängigkeit von einem äußeren – Liebe und Anerkennung spendenden – Objekt. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach grenzenloser Wertschätzung und emotionaler Sättigung durch ein ideales Objekt.</p> |

2. Die abhängige oder dependente Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|---|---|--|
| <p>Der Patient ist in regressiver, dem Alter nicht angemessener Weise anklammernd, zeigt wenig eigene Willensäußerungen und Eigeninitiative. Überausprägung primärer Fähigkeiten: naives Vertrauen und Zutrauen, Glaube, Hoffnung, Geduld, Gehorsam. Der Patient ist überaus nachgiebig und versöhnlich und hofft auf nicht endende Unterstützung und Fürsorge, wenig Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Angst, alleine zu sein und verlassen zu werden, inaktive Erwartungshaltung.</p> | <p>Das Kind erfährt während der oralen Phase genügend Zuwendung und Aufmerksamkeit, sodass sich ein primäres (naives) Urvertrauen bilden kann. Die Mutter hört mit der Fürsorge nicht auf, obwohl es entwicklungsmäßig angemessen wäre. Autonomie entwickelt sich nicht, wenn das Kind in der Separations-Individuations-Phase zwischen dem 6. und 36. Monat (so genannt von Margret Mahler in „Symbiose und Individuation“) bei einer selbstsicheren und liebenden Mutter nicht erfährt, dass es sich selbstständig bewegen (auch auf Dritte hin) und entfalten kann, ohne deshalb den Schutz und die Zuneigung der Mutter zu verlieren. Die Mutter benötigt das Kind als von ihr abhängiges Selbst-Objekt, kontrolliert es, behindert seinen Erwerb von Kompetenzen und reagiert ängstlich, wenn sich das Kind von ihr entfernt. Die abhängige Neurosendisposition, v. a. in Kombination mit Borderline-Anteilen, disponiert zu Missbrauch.</p> | <p>Innerpsychische Repräsentation guter Objekte, jedoch Fixierung an die Mutter mit bleibenden symbiotisch-fusionären Wünschen. Unzureichende emotionale Besetzung von Dritten (mangelnde Triangulierung). Abwehr von negativen Gefühlen. Unterwerfung, Verzicht auf Trotzreaktionen und Autonomie. Kritische und abgrenzende Ich-Funktionen entwickeln sich unzureichend. Ggf. Inkorporation von Nahrung und Suchtmitteln als primitive Form der Abwehr bei realer oder fantasierter Trennung vom dringend benötigten Objekt.</p> <p>Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach grenzenloser Geborgenheit bei einem immer verfügbaren und allmächtigen (koabhängigen) Objekt.</p> |

3. Die ängstliche oder vermeidend-selbstunsichere Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|---|--|--|
| <p>Der Patient ist ständig angespannt und besorgt, v. a. um die eigene körperliche Unversehrtheit. Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle, gehemmt v. a. in zwischenmenschlichen Situationen, fürchtet Kritik, Demütigung oder Zurückweisung, deshalb auch sehr vorsichtig, etwas von sich preiszugeben, aus Angst, zum Beispiel der Therapeut könnte es missbilligen. Tiefes Bedürfnis nach Liebe, Harmonie und danach, akzeptiert zu werden. Sehr intime Beziehungen zu den wenigen Personen, die seinem übertriebenen Sicherheitsverlangen entsprechen, deshalb sind expansive Strebungen eingeschränkt. Vermeidung von unbekanntem Aktivitäten und Kontakten, ungewöhnlich risikoscheu.</p> | <p>Die Herkunftsfamilie war die Hauptquelle von Unterstützung und beanspruchte volle Loyalität. Die Welt außerhalb der Familie wurde als zurückweisend angesehen. Trotz der hohen familiären Verbundenheit wies die Qualität der elterlichen Zuwendung Mängel auf, die das Kind verunsicherten. Es erlebte im Familienverband demütigende Bloßstellungen seiner Schwächen. Oder es wurde dadurch bestraft, dass es alleine eingesperrt oder von gemeinsamen Familienaktivitäten ausgeschlossen wurde. Erfahrungen von Trennung und Verlust von wichtigen Beziehungspersonen wirken sich umso stärker aus, je früher sie stattfinden. Eine besonders kritische Zeit soll die Subphase der Wiederannäherung (nach Margret Mahler ab dem 18. Monat) sein, in welcher der Konflikt des Kindes zwischen seinen Autonomietendenzen (spielerisches Sich-Entfernen von der Mutter) und seiner Trennungsangst einen Höhepunkt erreicht. Ein zu stark ängstliches und an sich bindendes Verhalten der Mutter oder umgekehrt schmerzvolle Erfahrungen von Trennung, Verlust oder unzuverlässiger Objekte behindern die Entwicklung der Objektkonstanz in der Konsolidierungsphase (ab dem 24. Monat) ebenso wie fehlende Triangulierung bei Abwesenheit des Vaters.</p> | <p>Unzureichende Objektkonstanz: das gute und sichere Bild des primären Objekts ist innerseelisch nicht so stabil repräsentiert und libidinös besetzt, dass die vorübergehende äußere Trennung vom Objekt ohne wesentliche Trennungsangst und Bedrohung für die Kohärenz des Selbst ertragen werden kann. Mangelnde Verinnerlichung stabiler Objektrepräsentanzen und damit labile Selbstrepräsentanzen¹, drohender Selbstverlust bei Trennung von dem Sicherheit spendenden Objekt, Verschiebung der Selbstverlustangst auf körperliche Symptome oder Externalisierung auf soziale Situationen. Eigene aggressive Impulse werden in eine fremde Welt projiziert, die dann als feindselig und gefährlich erlebt wird. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach absolut sicherer Bindung bei einem idealen und immer verfügbaren Objekt, das niemals durch Tod oder Trennung verloren gehen kann. Teilweise Verleugnung von bedrohlichen Themen, zum Beispiel Tod.</p> |

1 In der Objektbeziehungstheorie versteht man unter Objektrepräsentanzen die verinnerlichten kognitiv-affektiven Beziehungserfahrungen eines Menschen mit relevanten Beziehungspersonen. Als Selbstrepräsentanzen wird die affektiv-kognitive Struktur der Erfahrungen der eigenen Person in Beziehungen bezeichnet.

4. Die zwanghafte (anankastische) Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|--|--|---|
| <p>Übertrieben starke und eigensinnige Ausprägung von sekundären psychosozialen Normen und Fähigkeiten: Ordnung/Pedanterie, Genauigkeit/Perfektionismus, Sparsamkeit/Geiz, Reinlichkeit, Disziplin, Höflichkeit, Fleiß. Blinder Gehorsam gegenüber Autoritäten und Prinzipien. Fürchtet, etwas falsch zu machen oder wegen einer Unzulänglichkeit angeschuldigt zu werden, ist deshalb übervorsichtig. Schwanken zwischen Unterwerfung und Rebellion gegen Autoritäten. Tendenz, andere rücksichtslos zu kontrollieren und zu beschuldigen. Unterdrückung eigener Gefühle und Bedürfnisse. Plant alles minutiös, liebt Rituale. Störungen der Ordnung oder Behinderungen der Rituale verursachen Angst. Persistenz magischen Denkens, Leistung geht vor Vergnügen.</p> | <p>Dührssen sah die Präformierung zur zwanghaften Neurosendisposition im 2. und 3. Lebensjahr, in der Phase der handelnden Weltbewältigung, in der das Kind neue motorische Möglichkeiten der Expansion, Aggression, des Festhaltens (retentive Antriebe), der Selbstbehauptung und Durchsetzung des eigenen Willens (Trotz) gewinnt. In dieser Zeit würden dem Kind zu viele Verbote, Gebote und moralisierende Ermahnungen zugemutet. Die Umwelt gewinne so einen übermäßigen, dem Entwicklungsalter unangemessenen Aufforderungscharakter hinsichtlich der Beherrschung von Blase und Darm, überhaupt der Selbstbeherrschung, Ordnung, Sauberkeit, Perfektion und des Verzichts auf Handlungsimpulse. Der eigenständige Gedankenstrom des Kindes werde zu stark durch persönlichkeitsfremd erlebte Inhalte durchkreuzt und untergrabe die Vorherrschaft der eigenen Gedankenwelt und eigenen Handlungsimpulse gegenüber diesen Inhalten. Mitunter kann ein strenger, legalistischer Erziehungsstil in eine willkürliche und rigorose Dressur des Kindes, das sich dem Willen eines oder beider Elternteile völlig unterwerfen muss, ausarten. Nach Schultz-Hencke werden unter diesen Bedingungen das natürliche „Aggredi“ im Sinne der motorischen Entfaltung, auch das Bedürfnis, Besitz zu ergreifen oder sich die Umwelt aktiv zu erschließen, gehemmt. „Eine lebhaftere Bereitschaft zum Handeln, und zwar am rechten Ort, zur rechten Zeit, in rechter Weise“, kommt nicht zustande. Infolge noch fehlender kognitiver Fähigkeit zur Kausalverknüpfung herrscht im 2. und 3. Lebensjahr ein magisches Welterleben vor, an das zwanghaft strukturierte Menschen weiter fixiert bleiben können: Personen und Gegenstände sind mit mächtigen, nicht vorhersehbaren Fähigkeiten ausgestattet. Die Welt wird allbeseelt erlebt, als hätte jeder Gegenstand ein eigenes Wünschen, Planen und Handeln und könnte durch magische Handlungen beeinflusst werden.</p> | <p>Der Zwang von außen, der die natürliche Spontaneität, den Vollzug des eigenen Willens und die Autonomieentwicklung behindert, wird zum inneren (introjizierten) Zwang. Das durch den Zwang beschädigte Selbst stabilisiert sich durch magische Rituale und sadistische Fremdkontrolle, durch die der Zwang und die angestaute ohnmächtige Wut in versteckter und sozial akzeptierter Form abgeführt werden können. Ständiger Kampf um Selbstkontrolle. Aggressive Affekte und Triebregungen in Versuchs- und Versagungssituationen müssen durch Affektisolierung, Reaktionsbildung, Intellektualisierung und Rationalisierung abgewehrt werden. Triebdurchbrüche müssen ungeschehen gemacht werden. Wenn das nicht gelingt, wird der Betroffene durch Über-Ich-Angst überwältigt. Die Entwicklung des Über-Ichs ist auf einer archaischen, strafenden Stufe stehen geblieben. Die magischen Rituale dienen auch der Beruhigung des Über-Ichs. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbehauptung gegenüber einer als übermächtig erlebten Umwelt.</p> |

5. Die histrionische oder hysterische Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|---|---|--|
| <p>Oft attraktiver Patient. Schönheit wird benutzt, um sich Anstrengung zu ersparen. Theatralische Pose, aufdringliches Dramatisieren von oberflächlichen, labilen Affekten, Selbstdarstellung, ständig beschäftigt mit der äußeren Erscheinung und mit der eigenen Wirkung, Diskrepanz zwischen gespielter Rolle und wirklichem Sein. Hinter der koketten Fassade innere Leere und tiefe Vertrauenslosigkeit in die Welt. Angst, nicht beachtet zu werden, will im Mittelpunkt stehen, daher übertrieben verführerisch, will eine starke, liebende und umsorgende Person mit der eigenen Attraktivität an sich binden und kontrollieren, leicht beeinflussbar und erlebnishungrig.</p> <p>Nach Schultz-Hencke fehlen der infantilen Expansivität die notwendige Struktur und Rationalität. Die Irrationalität drückt sich in der Sprache aus, mit welcher der hysterisch strukturierte „Schindluder“ betreibt. „Eulenspiegelerei und Clownerie beherrschen Erleben, Ausdruck und Handeln.“ Hysterisch strukturierte spielen planlos die Rolle anderer. Sie leben „im fremden Gewand“. Die Patienten wollen anders erscheinen als sie sind. Sie inszenieren sich, weil sie sich so, wie sie sind, als unzureichend erleben. Sie identifizieren sich mit anderen, die sie als stärker, attraktiver, erfolgreicher usw. ansehen. Benjamin spricht von einem kränklichen Untertyp, der gelernt hat, durch Klagen und Unfähigkeit wirkungsvoll warmerherzige Fürsorge hervorzulocken.</p> | <p>Freud vermutete die Entstehung der hysterischen Disposition in der ödipalen Phase (4. bis 5. Lebensjahr). Heute sind sich die meisten Autoren einig, dass auch präödipale Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen. Die Inszenierung im fremden Gewand lässt sich biografisch erklären aus der Erfahrung des Kindes, von den Eltern nicht um seiner selbst willen, sondern dafür geliebt zu werden, dass es den elterlichen Ambitionen, z. B. besonders hübsch auszusehen oder ungewöhnlich unterhaltsam zu sein, entspricht (Winnicotts Begriff des „falsches Selbst“). Insgesamt erfährt das Kind von den Eltern eher eine oberflächliche und wechselhafte Gefühlsbindung. Der klassisch-psychoanalytische Prototyp einer Hysterikerin ist die attraktive Frau, die als Kind von ihrem ebenfalls als attraktiv erlebten Vater bewundert und bevorzugt wurde. Auch sie bewunderte und bevorzugte ihren Vater. Die Beziehung war durch Flirten geprägt, jedoch nicht inestruös wie bei Borderline-Persönlichkeiten. Die histrionisch strukturierten Patienten lernten als Kind, dass es wichtiger ist, attraktiv zu sein als kompetent, um Einfluss auf wichtige andere zu haben. Benjamin weist darauf hin, dass manche Patientinnen als Kind ihre Attraktivität einsetzen mussten, um andere Familienmitglieder vor gewaltsamen Übergriffen eines z. B. alkoholkranken Vaters zu schützen. Dührssen sieht wie Freud die histrionische Strukturbildung im 4. bis 5. Lebensjahr. Sie weigert sich jedoch, „diese sehr komplexen Vorgänge überbetont mit dem Sexualleben des späteren Erwachsenen in Verbindung zu bringen“. Bei der Suche nach der erfolgreichsten Rolle gelange das Kind zu keinem klarem Gefühl vom eigenen Ich (einschließlich der eigenen Geschlechtsrolle) und vom Wesen der umgebenden Menschen und ihrer Beziehungen untereinander. Das Kind wechsele u. U. dauernd die Fassade, z. B. als Jungen gewünschte Mädchen versuchen, mit jugenhaftem Benehmen die Anerkennung der Eltern zu gewinnen. Begünstigend für die histrionische Strukturentwicklung wirken sich unklare familiäre Generationsgrenzen, emotionale Bündnisse zwischen einem Elternteil und dem Kind gegen den anderen Elternteil und Loyalitätskonflikte aus.</p> | <p>Nach Schultz-Hencke ist das „liebende, sexuelle“ Antriebserleben im Sinne einer bejahenden Zuwendung und zärtlichen Kontaktsuche gehemmt, und gleichzeitig drängt es nach Erfüllung. In diesem Spannungsfeld von Versuchung und Versagung kann sich kein ausreichend rationales Weltbild entwickeln, wie es sich im 4. und 5. Lebensjahr normalerweise auf dem Wege der Realitätsprüfung herausbildet. Die resolute Erforschung der Welt, wie sie wirklich ist, einschließlich der Ergründung der Geheimnisse der Sexualität und der Herkunft der Kinder, ist beeinträchtigt. Durch die emotionale Verstrickung mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil sind die kognitive, realitätsprüfende Ich-Entwicklung sowie die Reifung des Über-Ichs und Ich-Ideals, die über die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil fortschreiten sollten, eingeschränkt. Die urtümliche Produktivität frühkindlicher Fantasie und Intuitivität findet mangels ordnender und planender Ratio sowie mangels klarer Wertorientierung keinen Boden. Die Patienten emotionalisieren alltägliche Ereignisse, um einer quälenden inneren Leere (des falschen Selbst) zu entgehen. Dissoziative Symptome symbolisieren Hilflosigkeit infolge einer unvollständigen Symbioseablösung. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Versorgung durch ein ideales, starkes und durch Verführbarkeit kontrollierbares Objekt.</p> |

6. Die emotional instabile Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biograf. Anamnese | Psychodynamik |
|---|--|--|
| <p>Einerseits krankhafte Angst, verlassen zu werden, und erstaunliche Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, andererseits Neigung zu Streit und impulsivem Verhalten ohne Rücksicht auf die Konsequenzen, mit Wutausbrüchen und Gewalttätigkeit, wenn der Liebespartner dem Bedürfnis nach protektiver Behütung nicht ausreichend entspricht. Mangelnde Ausdauer und Selbstkontrolle, verminderte Angsttoleranz, imperativer Charakter der Triebbedürfnisse, Dominanz des Primärprozesses, unberechenbare Stimmungsschwankungen, innere Leere, kein klares Selbstbild, Identitätskonfusion, keine klaren Ziele. Hohe Ambivalenz in oft instabilen Beziehungen mit häufigen Krisen, dramatisch wechselnde Übertragungen: Der Idealisierung folgt leicht die totale Abwertung. Äußerst labiles Gleichgewicht, Stabilität in der Instabilität, kleine Störungen können zur Dekompensation führen, dann Neigung zu paranoiden Vorstellungen und dissoziativen Symptomen, doch erhaltene Realitätsprüfung, Pseudostabilität durch Ausgleichssymptome (zum Beispiel Sucht, Essstörung) oder durch pathologische, aber stabile Beziehungen zur Außenwelt, Selbststabilisierung hat Vorrang vor allen anderen Bedürfnissen, reduzierte Empathie, Labilität des Selbstkonzepts.</p> | <p>Nach Benjamin seifenoperähnliches Chaos in der Herkunftsfamilie mit ständigen Dramen, in den ersten Lebensjahren bereits traumatische Erfahrungen von Trennung und Verlassenwerden, Gewalt, Misshandlung oder Missbrauch. Stark wechselndes und unberechenbares Verhalten der primären Beziehungspersonen: Inniger symbiotischer Zuwendung und Verwöhnung folgt schroffe Zurückweisung, Missachtung oder Abwertung. Streben nach Autonomie, Kompetenz und Glück wird in der Familie als Illoyalität bewertet und sanktioniert. Liebe, Fürsorge und Zuwendung wurden in der Familie gewährt, wenn sich der Patient krank und schwach zeigte.</p> <p>Es werden also durchaus gewisse emotionale Kompetenzen (z. B. Geduld, Zärtlichkeit, Vertrauen, Glaube, Liebe) erworben, welche eine partiell gute und intensive Beziehungsfähigkeit bedingen. Aber in diese partiell vorhandenen emotionalen Qualitäten konnten die entgegengesetzten negativen Affekte nicht integriert werden. Der wichtige Entwicklungs- und Reifungsschritt, dass der geliebte andere in einer Person auch der Versagende und Gehasste sein kann (M. Kleins depressive Position), wird nicht vollzogen bzw. wieder rückgängig gemacht.</p> | <p>Aufgrund von genetischen Prädispositionen und Erschütterungen in der Loslösungs-/ Individuationsphase bis etwa zum vierten Lebensjahr werden die Fusion guter und befriedigender Objekt-Repräsentanzen mit guten Selbst-Repräsentanzen sowie die Spaltung von guten und bösen Objekt- und Selbst-Aspekten nicht phasengerecht und vollständig aufgelöst. Schwer wiegende orale Frustrationen rufen schon früh bedrohliche Affekte von Wut, Hass und Neid hervor. Zum Selbstschutz und zur Abschirmung gegen aversive interpersonelle Erfahrungen findet weiter Spaltung statt: Gute, befriedigende und böse, versagende Anteile derselben Person werden als zwei verschiedenen Personen zugehörig erlebt. Durch Verleugnung der bösen Anteile wird das gute Bild nicht zerstört, das der Patient als spiegelndes, zur Fusion dienendes Selbst-Objekt braucht. Durch Projektion werden eigene negative, d. h. aggressive Selbstanteile als Feindseligkeit der Beziehungspersonen erlebt. Nach Benjamin findet eine Internalisierung der interpersonellen Interaktionsmuster und Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie statt. Verinnerlichtes Chaos bedingt die Instabilität, verinnerlichtes Verlassenwerden und Introjekte des Missbrauchers und Aggressors erklären die Tendenz zur Selbstgefährdung und Selbstschädigung. Eigene aggressive Anteile infolge Identifikation mit dem Aggressor werden projiziert und in anderen Personen bekämpft. Infolge der Spaltungen der Objekt- und Selbst-Repräsentanzen kommt es zur Fragmentierung des Selbst, damit zur Selbst-Objekt-Diffusion, zu Abhängigkeit oder autistischem Rückzug.</p> <p>Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach einem idealisierbaren dauerhaften Objekt, das vom inneren Chaos und der Wucht der widersprüchlichen Affekte des Patienten unanfechtbar ist und dennoch vollkommene Fürsorge und Bindungssicherheit gewährt.</p> |

7. Die paranoide Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biograf. Anamnese | Psychodynamik |
|--|---|--|
| <p>Eine einsame Gestalt voller Hass und Angst, die den Hass und die Angst anderer auf sich zieht. Funktioniert äußerlich, zum Beispiel in der Schule, gut, fürchtet aber, von anderen angegriffen oder beschuldigt zu werden. Bezieht alles auf sich, als ob die ganze Welt gegen einen wäre. Neutrale oder freundliche Handlungen werden als feindselig oder abwertend fehlinterpretiert. Eigenes Versagen und eigene Schuld können nicht eingestanden werden, sucht die Verantwortung bei anderen. Übertrieben verletzlich, nachtragend und misstrauisch mit der Neigung, sich zu verschließen. Die Betroffenen können umgekehrt zu den wenigen, die vermeintlich auf ihrer Seite stehen, überzogenes Vertrauen zeigen. Brauchen dann ständig die Bestätigung, verstanden zu werden.</p> | <p>Die elterliche Betreuung war nüchtern und kontrollierend bis feindselig, sadistisch strafend und erniedrigend. Mangel an empathischer Spiegelung des Kindes, ggf. bei gleichzeitiger Bevorzugung der Geschwister. Das Kind wurde wie ein kleiner Erwachsener behandelt und für bestimmte Aufgaben funktionalisiert. Es wurde für Fehler und Missgeschicke in vollem Umfang verantwortlich gemacht und mit unverhältnismäßigen Strafen (zum Beispiel tage- oder wochenlange Nichtbeachtung) belegt. Seine Bedürfnisäußerungen, sein Weinen und erst recht der Ausdruck von Aggression wurden unterdrückt. Es erhielt möglicherweise Anerkennung für gewisse Kompetenzen (sekundäre Fähigkeiten wie Fleiß, Leistung, Genauigkeit), aber nie eine Selbstbestärkung in dem Sinn, ein guter und liebenswerter Mensch zu sein. Die Eltern waren oft selbst misshandelte Kinder und zeigten selbst eine projektive Abwehr (zum Beispiel Ausländerhass).</p> | <p>Durch frühe emotionale Mangel-erfahrungen konnte kein solides Urvertrauen entwickelt werden. Die Feindseligkeit des Umfeldes, die nicht bewusst werden darf, wird introjiziert. Auch die eigenen feindseligen Selbstanteile und aggressiven Impulse gegen die Betreuungspersonen als Reaktion auf frühe emotionale Mangel-erfahrungen, Kränkungen und erlittenes Unrecht dürfen nicht bewusst werden und müssen durch Projektion und Externalisierung auf fremde Personen abgewehrt werden. Stavros Mentzos (1984) sieht in der nicht psychotischen projektiv-paranoiden Abwehr „allgemein-menschliche Versuche der Selbstversicherung und des Selbstschutzes gegenüber zwischenmenschlichen Unsicherheiten und Konflikten bei brüchigem Selbstbild und Selbstwertgefühl“. Das persistierende regressiv-unbewusste Bedürfnis hinter dem Misstrauen ist das nach einem optimal spiegelnden, in gleicher Weise wie man selbst fühlenden und denkenden (Alter Ego), damit vollkommen vertrauenswürdigen und das eigene Selbst bestärkenden Objekt, mit dem, symbiotisch verbunden, man gegen alle Feindseligkeit der Welt gewappnet ist.</p> |

8. Die narzisstische Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|--|--|---|
| <p>Wunsch nach bewundernder Liebe, Rücksichtnahme und Unterstützung. Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung, Leistung, Unfehlbarkeit und das eigene Talent. Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht und Schönheit. Überzeugung, besonders und einmalig zu sein. Erwartung besonders bevorzugter Behandlung. Ausnutzen von Beziehungen. Oft Mangel an Empathie, arrogante Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Gefühle anderer werden nicht anerkannt. Gleichzeitig extreme eigene Verletzlichkeit gegenüber Kritik und Zurückweisung. Wenn andere die Unterstützung versagen oder eigene Schwächen offenkundig werden, kippt das Selbstkonzept in Richtung massiver Selbstvorwürfe.</p> | <p>Übertriebene Vergötterung und Verwöhnung des Kindes durch die Eltern. Keine ausreichende Frustration und Realitätskonfrontation: Seine Majestät, das Kind, wird von der wirklichen Welt entthront (primär verwöhnte Kinder sind sekundär frustrierte). Die Eltern verlegen eigene unerfüllte (narzisstische) Wünsche und Ambitionen auf das Kind. Das Kind wird für imaginäre Eigenschaften geliebt. Gefahr, die Gunst der Eltern zu verlieren, wenn es Erwartungen nicht entspricht.</p> | <p>Keine ausreichenden Erfahrungen, wirklich um seiner selbst willen geliebt zu werden. Daher Mangel an echter Selbstliebe und Selbstwertgefühl. Ein wahres Selbst mit klarem Selbstbild konnte sich nicht entwickeln. Die scheinbare Vitalität, Autonomie und Kohärenz des Selbst wird mit einer Überhöhung des eigenen Größenselbst erreicht. Objektbeziehungen dienen der Selbsterhöhung und Selbstbestärkung. Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach bedingungsloser Bewunderung und grenzenloser Bestätigung durch eine hochrangige andere Person, zum Beispiel Therapeut.</p> |

9. Die passiv-aggressive oder negativistische Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|--|---|--|
| <p>Negativistische Einstellungen und passiver Widerstand gegenüber Forderungen nach angemessener Leistung, zum Beispiel durch Verzögerungsmanöver: arbeitet scheinbar vorsätzlich langsam und schlecht, vergisst Pflichten. Abneigung gegen soziale oder berufliche Routineaufgaben. Mürrisch und streitsüchtig, wenn etwas von ihm verlangt wird, was er nicht tun möchte. Wechsel zwischen feindseligem Trotz und Reue. Klage, von anderen missverstanden und missachtet zu werden, glaubt, seine Tätigkeit besser auszuüben, als andere es glauben. Kritik und Verachtung gegenüber Autoritäten. Klage über eigenes Unglück und Neid auf andere, die offensichtlich mehr Glück haben.</p> | <p>Verlust eines als paradiesisch erlebten (oder auch nur fantasierten) Primärzustandes: Die anfängliche bevorzugte Fürsorge und Verwöhnung des Kindes wurde durch eine abrupte Veränderung unterbrochen, zum Beispiel die Geburt eines Geschwisterchens, dadurch neue und harte Leistungsanforderungen. Strenge Bestrafung von Wutäußerungen und von Autonomiestrebungen, die den Interessen der Eltern zuwiderliefen. Zentrale Themen sind Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit.</p> | <p>Der abrupte Verlust anfänglicher Bevorzugung stellt eine narzisstische Kränkung dar, die weder durch Trauer noch durch Wutäußerung verarbeitet werden kann. Die Trauer wird abgewehrt durch eine geheime Aufrechterhaltung des Anspruches auf fortgesetzte Bevorzugung. Die Wut wird z.T. masochistisch gegen das eigene Selbst gerichtet, z.T. in Form versteckten passiven Trotzes gegen die Umwelt und vor allem gegen Autoritäten. Dadurch Selbstsabotage (zum Beispiel Verhinderung von beruflichem Aufstieg) und Wiederholung der alten Frustrationssituation und Bestätigung des negativen Weltbildes.</p> <p>Persistierendes regressiv-unbewusstes Bedürfnis nach Wiederherstellung des paradiesischen Primärzustandes vollkommener oraler und narzisstischer Befriedigung.</p> |

10. Die pseudounabhängige Neurosendisposition

| Psychischer Befund | Biografische Anamnese | Psychodynamik |
|---|--|--|
| <p>Der Patient zeigt sich betont autonom, autark, willensstark und durchsetzungsfähig. Will am liebsten alles allein entscheiden und machen. Nimmt nur ungern Hilfe an. Lässt keine Anlehnungs- und Bindungswünsche zu. Schützt sich übermäßig dagegen, von anderen abhängig zu werden. Abhängigkeits- und Anlehnungswünsche werden nur indirekt sichtbar, wenn der Patient aufgrund einer oft psychosomatischen Symptomatik auf fremde Hilfe angewiesen ist.</p> | <p>Die primären Objekte stehen infolge z. B. Überforderung oder Berufstätigkeit beider Elternteile nur unzureichend für die Anlehnungs- und Abhängigkeitswünsche des Kindes zur Verfügung. Möglicherweise erfordert auch ein krankes oder behindertes Geschwisterkind den größten Teil der Zuwendung der Eltern.</p> <p>Die Eltern erwarten vom Kind früh ein hohes Maß an Selbstständigkeit. Durch selbstständiges Verhalten gelingt es dem Kind, Zuwendung und Anerkennung der Eltern zu gewinnen.</p> | <p>Durch die mangelnde phasengerechte Spiegelung kindlicher Anlehnungs-, Abhängigkeits- und Versorgungsbedürfnisse werden diese gehemmt oder abgespalten. Die Autonomieentwicklung erfolgt beschleunigt und forciert. Die Aggression des Kindes infolge der Frustration seiner Abhängigkeitswünsche kann sich durch ein besonders eigensinniges und schwer beeinflussbares Verhalten Bahn brechen. Das Auftreten von psychosomatischen Symptomen mit einem erhöhten Bedarf des Patienten nach Zuwendung und Versorgung kann als Zusammenbruch der Abwehr der Abhängigkeitswünsche gewertet werden.</p> |

Behandlungsvereinbarung

Um einen geeigneten Behandlungserfolg zu erreichen, möchten wir folgende Vereinbarungen treffen:

Auftrag: Wir haben bisher folgende Zielsetzungen der Therapie miteinander vereinbart und werden uns beide darum bemühen, an diesen Zielen zu arbeiten:

Wenn sich im Verlaufe der Therapie die Zielsetzung ändert, werden wir dies miteinander beraten.

Vorgehensweise: Folgende dafür geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und voraussichtliche Dauer der Behandlung haben wir miteinander besprochen:

Anmerkung: Sollte sich im Laufe der Therapie ergeben, dass andere Behandlungsmaßnahmen notwendig oder zweckmäßig sind, werden wir dies neu vereinbaren.

Besonderheiten: Folgendes haben wir darüber hinaus miteinander besprochen, z. B. Vorteile und Nachteile, Wirksamkeit und Risiken der Behandlung:

Kosten der Behandlung: Zu Beginn des Quartals ist für gesetzlich versicherte Patienten die Krankenkassen-Chipkarte oder eine Überweisung erforderlich; ohne Überweisung fällt bei Erwachsenen nach den gesetzlichen Regelungen ggf. eine Praxisgebühr an. Die ersten Sitzungen zum Kennenlernen (probatorische Sitzungen dienen auch dem Herausfinden der geeigneten Behandlung) übernimmt die Krankenkasse direkt, dann muss vom Patienten ein Antrag an die Krankenkasse gestellt werden. Die Formblätter dazu erhalten Sie von Ihrem Therapeuten. Beigelegt wird in einem verschlossenen Umschlag ein Bericht an den Gutachter der Krankenkasse, in dem die Notwendigkeit der Behandlung von dem Therapeuten begründet wird.

Terminabsagen: Wenn ein Termin abgesagt werden muss, vereinbaren wir, dies bis spätestens 24 Stunden vorher zu tun. Wir haben dafür die Telefonnummern ausgetauscht. Bei mehrfachen unentschuldigtem Absagen kann die Therapie ggf. nicht mehr fortgeführt werden, bzw. wir vereinbaren folgendes Vorgehen:

Unterschrift des Patienten
(bzw. bei Kindern der Eltern/Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Therapeuten