

Meijer, Alexander

Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 2, S. 49-54

urn:nbn:de:bsz-psydok-30855

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten *

Von Alexander Meijer

Zusammenfassung

Zu den am häufigsten zu erwartenden Problemen in der Psychotherapie von Asthmapatienten gehören ambivalente Gefühle, sowohl seitens der behandelnden Ärzte als auch der Patienten. Obwohl die psycho-physiologische Verletzlichkeit von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist, sind Asthmapatienten oft sehr sensitiv, die Liebe und Anerkennung für sie wichtiger Personen zu verlieren. Im Allgemeinen ist diese Überempfindlichkeit mit starken Abhängigkeitsgefühlen und Fügsamkeit verbunden, die mit unbeherrschten, zornigen Äußerungen einhergehen können. Anfangs sind die Gefühle der Unzufriedenheit oder Entmutigung häufig gehemmt oder negiert und werden auf somatischen Wegen abgeleitet, anstatt im psychotherapeutischen Verhältnis ausgedrückt zu werden. Zunehmende Bewußtheit über pathogene interpersonelle (Familien-)Beziehungen ist ein wichtiger Schritt im Therapieprozeß Angst, Hilflosigkeit und Depression zu überwinden, und gleichzeitig das Selbstvertrauen und die Selbstachtung zu stärken. Die Fallbeispiele verdeutlichen, daß anhaltende Besserungen durch Psychotherapie bei den Asthmapatienten in der Adoleszenz wahrscheinlicher sind, die eher zur Selbstbestimmung neigen und der Zukunft hoffnungsvoller entgegen sehen.

Einleitung

Asthmapatienten werden gewöhnlich von Allgemeinärzten und Spezialisten für innere Krankheiten, Kinderkrankheiten, Allergien und Atemwegkrankheiten behandelt. Diese Ärzte schicken ihre Patienten gewöhnlich nur ungern zur Psychotherapie und bestehen auf somatischen Theorien sogar dann, wenn der therapeutische Fehlschlag eindeutig ist. Es ist auch bekannt, daß Psy-

chotherapie von Asthmapatienten und von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten im allgemeinen schwer behandelbar sind. Die multifaktoriale Komplexität und Variabilität von bronchospastischen Anfällen lassen viele Fragen der Pathogenese offen und erfordern eine entsprechende Zurückhaltung in der therapeutischen Einstellung (1, 2). Fortschritte in der Erforschung der Geist-Gehirn-Körper-Beziehung in der allergischen Diathese haben dazu beigetragen, die Entstehung von psychosomatischen Symptomen besser zu klären (3). Wichtige Informationen über den Patienten sind vom Hausarzt zu erhalten, der gewöhnlich die psychosozialen Probleme und Lebensverhältnisse des Patienten kennt. Der Spezialist neigt dazu, sich mehr mit den physischen Aspekten und Schwierigkeiten der Krankheit zu befassen und diese zu kontrollieren und zu behandeln. Da in den meisten Fällen eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten unentbehrlich ist, sollte der Psychotherapeut nicht zu possessiv gegenüber dem Patienten sein. Ambivalente Einstellungen beim Patienten und seinen Ärzten zur Psychotherapie verlangen große Vorsicht und viel Takt während der psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere aber in den Anfangsstadien.

Die Punkte, die zum therapeutischen Prozeß gehören, können wie folgt klassifiziert werden:

a) *Faktoren, die die Überweisung beeinflussen*

Hierher gehören Befürchtungen, als geistesgestört zu gelten und vom überweisenden Arzt abgewiesen zu

* Der Verfasser möchte Dr. J. Avni, Dr. S. Silman und D. Meijer, M.A. (Oxon), M.P.H., für ihre konstruktiven Bemerkungen zum Entwurf dieses Artikels danken und Prof. D.G. Hertz für seine hilfreichen Vorschläge bei seiner Entstehung. – Diese Studie wurde vom Natalie Zucker Fund in Kinderpsychiatrie unterstützt.

werden. Es ist wichtig, die Entwicklung der Ereignisse zu kennen, die zur Überweisung zur Psychotherapie geführt haben. Es ist ratsam, bei oder vor Beginn der Behandlung Kontakt mit dem überweisenden medizinischen Personal herzustellen.

b) *Planung der Therapie*

Beim Aufstellen der „Spielregeln“ mit dem Patienten sind Probleme einzuberechnen, die oft in den verschiedenen Phasen der Behandlung von psycho-physiologischen Krankheiten vorkommen.

c) *Spezialprobleme im therapeutischen Prozeß und bei seiner Beendigung:*

Zu diesen Problemen gehören Widerstandszeichen, z.B. gelegentliches Nichterscheinen zu Beratungen und extreme Verschlimmerung der asthmatischen Symptomatik. Der Gebrauch und Mißbrauch von anti-asthmatischen Medikamenten und ihre Rolle in der Psychotherapie verdienen vorsichtige Erörterung.

Psychologische Probleme, die durch exzessive Abhängigkeitsbedürfnisse geweckt werden, und der damit verbundene Wunsch, andere zu beherrschen, sind bei diesen Patienten oft zu beobachten. Ihr Einfluß auf Probleme der Übertragung und Gegenübertragung ist im Laufe der Psychotherapie von Asthmapatienten zu erwarten.

Faktoren, die die Überweisung beeinflussen

Eines der wichtigsten Probleme bei der Überweisung zur Psychotherapie von Asthmapatienten und von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten im allgemeinen liegt darin, daß sie sich vor allem auf somatischem Wege von psychischer Spannung entlasten. Der Patient ist sich des Zusammenhangs zwischen seinen Gefühlen und Emotionen und seinen Atmungsschwierigkeiten nicht bewußt. Gewöhnlich fällt es ihm schwer, die Tatsache zu akzeptieren, daß die somatischen Symptome auch durch seelischen Streß und Spannung hervorgerufen werden und beeinflußt werden. Sein behandelnder Arzt denkt oft genauso und kann den Patienten in seinem Widerstand noch bestärken. Der Somatisierungsprozeß wird leicht zur Abwehr eingesetzt, um unerträgliche schmerzhaft seelische Konsequenzen von Gefühlsregungen zu verhindern, die mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Entmutigung verbunden sind. Auf Grund seiner professionellen Aufgabe repräsentiert der Psychotherapeut den negierten seelischen Aspekt, der den Somatisierungsprozeß eingangsetzt. Die Furcht vor den eigenen Emotionen und Gefühlen wird leicht auf den Psychotherapeuten übertragen, noch bevor er eine therapeutische Beziehung herstellen konnte. Da unbehandelbares Asthma eher zur Psychotherapie überwiesen wird als Asthma, das auf somatische Behandlung gut anspricht, bedeutet schon diese Überweisung allein für den Patienten, daß er ein „hoffnungsloser Fall“ und „sein Leben gefährdet“ sei. Wegen dieser Vorstellung klammert er sich an den somatischen Spezialisten und fügt sich gleichzeitig widerwillig der Überweisung zur Psychotherapie. Oft haben schwere

Asthmapatienten Angst, vom Hausarzt oder Allergiespezialisten getrennt zu werden. Die Angst ist um so größer, je stärker die Abhängigkeit zwischen Patient und seinem Arzt ist. Der Überweisungsprozeß ist beim überweisenden Arzt mit Zögern und beim Patienten mit der Furcht, als geistesgestört zu gelten, verbunden. Dies wird besonders bedeutsam, wenn sich der Patient schlecht und deprimiert fühlt, was häufig vorkommt. Es ist darum richtig, ihm zu versichern und zu erklären, daß er nicht geisteskrank ist, sondern unter seelischem Streß leidet, der seine Atmungsprobleme negativ beeinflusst (4).

Der behandelnde Arzt kann die Sorge äußern, daß die Psychotherapie dem empfindlichen, deprimierten und ängstlichen Patienten schaden könnte. Die Verwechslung der Ursache mit der Wirkung der Psychotherapie ist gut bekannt. Der Hausarzt wird die psychotherapeutischen Bemühungen ernsthafter unterstützen, wenn ihm ihre Ziele klargemacht werden, und wenn er erkennt, daß der Psychotherapeut die biologischen Aspekte der Krankheit voll respektiert und in ihr keine psychiatrische Krankheit sieht. Sehr oft ist es nötig, seine Einschätzung des Einflusses gewisser psychopathogener Faktoren im Leben des Patienten zu bekräftigen. Der Psychotherapeut darf die Verbindung zwischen dem Patienten und den ihn behandelnden Ärzten nicht unterschätzen. Gefühle von feindseliger Abhängigkeit gegenüber dem überweisenden Arzt sind bei der Überweisung in Betracht zu ziehen, da sie leicht auf den Psychotherapeuten übertragen werden und Widerstand gegen seine Behandlung wecken. Der Psychotherapeut sollte deswegen die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt vor der Überweisung gut kennen. Bei manchen Überweisungen aus einem Kibbuz entdeckten wir, daß es die Krankenschwester war, die die Initiative zur Überweisung ergriffen hat, und daß der Arzt nur formal mitgewirkt hatte. In der Dreiecksbeziehung Arzt-Schwester-Patient können sich Reibungen finden, die dann im psychotherapeutischen Verhältnis ausagiert werden, wo man sie nur im Bezugssystem des neu begonnenen Verhältnisses zum Psychotherapeuten interpretiert hätte. Mit dem Zeitpunkt der Überweisung sind nicht selten Änderungen im Verhältnis zwischen dem Patienten und der überweisenden Stelle verbunden. Für die Herstellung einer sinnvollen therapeutischen Beziehung ist es zweifellos wichtig zu wissen, wie sich der Überweisungsprozeß vollzog.

Der Behandlungsplan

Die Planung der Behandlung muß die Erfahrung berücksichtigen, daß ein anfänglich guter Kontakt mit psychosomatischen Patienten in der Therapie nicht unbedingt ein gutes prognostisches Zeichen für eine fruchtbare Psychotherapie sein muß. Hinter Hilflosigkeitsgefühlen und dem Wunsch, Hilfe zu finden, lauern oft Ambivalenz, unterdrückter Zorn, Depression und schützende Abwehr, die verleugnete Mutlosigkeit und seelische Qual verdecken soll (6). Es ist sehr wichtig, daß der Therapeut erkennt, daß er vom Patienten kaum die

nötige Einsicht in den Zusammenhang zwischen somatischen und psychologischen Problemen erwarten kann, obwohl der Patient intellektuell behaupten kann, ihn zu begreifen. Sorgfältige Therapie, die mit Einsicht arbeitet, erfordert viel Geduld, und es sollte den somatischen Aspekten mehr Aufmerksamkeit als in gewöhnlicher Psychotherapie geschenkt werden. Wenn der Therapeut vorzeitig Verbindungen zwischen somatischen und seelischen Ereignissen herstellt, kann dies störende Widerstände wecken, auch wenn der Patient scheinbar mitspielt. Das Symptom selbst kann mit einem verstärkten Bedürfnis des Patienten besetzt werden, seelische Spannungen und Konflikte durch sein physisch vorgeprägtes und empfindliches somatisches System auszudrücken. Es ist deshalb ratsam, den Patienten durch den Therapeuten auf eine Einstellung vorzubereiten, die den Ausdruck von Gefühlen und Erregungen sowohl physischer als auch psychologischer Art einschließt. Dies ist ein zentraler Punkt in der Behandlung von psychosomatischen Zuständen (7). Es ist unbedingt nötig, daß der Patient fühlt, daß der Therapeut sich seiner annimmt und als Mensch mit ihm sympathisiert. Dies gilt besonders im Zusammenhang mit der Äußerung von Unzufriedenheit und Zorn, die ermuntert werden muß. Der Psychotherapeut eines Asthmapatienten sollte immer in Betracht ziehen, daß die somatischen Symptome *nicht immer* Ausdruck seelischer Spannungen sind, sondern daß manchmal ausschließlich physische oder chemische Agentien wirksam sind.

Der therapeutische Prozeß

Der therapeutische Prozeß braucht das Medium einer warmen therapeutischen Beziehung. Infantile Reaktionen des Patienten entstehen oft aus der Angst vor Hilflosigkeit und aus inneren Konflikten, aus dem Wunsch, gleichzeitig abhängig und autonom zu sein (8). Der Therapeut wird in seinem Interesse am Patienten auf die Probe gestellt und sollte sich auf alle Arten von Vorwürfen vorbereiten, daß es ihm an Interesse am Patienten mangelt. Gewöhnlich lauert dahinter stillschweigend das Thema von verlorenen Objekten oder die Furcht vor der Verweigerung von Liebe. Es ist von entscheidender therapeutischer Bedeutung, daß der Patient die infantilen Aspekte seiner Wünsche, Erwartungen und Erfüllung seiner Bedürfnisse einsieht. Ein anderer wichtiger Punkt ist die Art der Reaktion auf Enttäuschungen, die oft unreif ist. Vor allem ist es entscheidend, die Selbstachtung und Selbstsicherheit des Patienten auf eine realistische Selbsteinschätzung hin zu verbessern. Die Stärkung der Selbstachtung wird die seelische Spannung und depressive Gemüthsstimmung vermindern, die eine wichtige Rolle in der psychosomatischen Symptombildung spielen. Sehr oft findet man eine defensive Neigung, aus dem Gefühl intensiver innerer Unzufriedenheit und geringer Selbstachtung andere zu kritisieren. Der Patient hat ein chronisches Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Liebe und fürchtet doch ständig, sie zu verlieren. Diese Sorge bringt den Patienten zu einer nachgiebigen Einstellung.

Sie kann darin bestehen, daß er Harmlosigkeit und guten Willen zur Schau trägt und übertriebene Sauberkeit und Pünktlichkeit beweist. Das ist eine der Formen, in denen sich der Wunsch ausdrückt, Konflikte und Kritik zu vermeiden; er paßt sich den Forderungen anderer an, um die so dringend nötige Anerkennung zu erringen. Diese Haltung wird nur dann durch Widerstand ersetzt, wenn die Ichstärke wächst und die Selbstachtung sich verbessert (9). Die Unterdrückung von feindseligen Gefühlen, die oft aus einer hochgradigen Empfindlichkeit stammt, und die Furcht vor den Folgen der freien Äußerung sind höchstwahrscheinlich wichtige ätiologische Komponenten der ungesteuerten Äußerung von Feindseligkeit, die bei psychosomatischen Patienten häufig beschrieben wurde (10).

Die Ichstützung ist gegen die Wellen von Depression nötig, die dann auftreten, wenn der Patient erlebt, daß Selbstgenügsamkeit erst einmal Verarmung und Verlust bedeutet. Doch im letzten Teil der Behandlung gewinnt der Patient größeres Selbstvertrauen und Selbstachtung aus den verbesserten interpersonellen Beziehungen und seiner ausgeglicheneren Stimmung. Viele dieser Aspekte in der Psychotherapie von Asthmapatienten illustrieren die folgenden Fallbeschreibungen.

Klinische Fallbeschreibungen

Phil, ein 13jähriger Junge, war ein eineiiger Zwilling. Beide Zwillinge litten seit dem 9. Lebensmonat an Asthma. Der Zwilling Bruder hörte mit 12 Jahren auf zu leiden, während Phil etwa zweimal monatlich Asthmaanfälle hatte. Obwohl Phil anfangs aggressiver und erfolgreicher war, veränderte sich die Situation, als sein Bruder größer und stärker wurde. Die Mutter und auch der Großvater mütterlicherseits litten an Asthma. Phil liebte seinen Vater und sagte über seine Mutter „Sie verwöhnt mich wie ein Baby und pflegt mich gern, wenn ich krank bin.“ Gleichzeitig erwähnte er, daß sein Bruder, der viel selbständiger war, ihn sehr ärgerte. Der Vater, ein Epileptiker, war ein leichtsinniger Spieler. Die Eltern zankten sich oft und heftig. Phil, der fühlte, daß seine Mutter sein asthmatisches Keuchen überbetonte, indem sie ihn wie ein Baby behandelte, stand bei den elterlichen Streitigkeiten oft auf ihrer Seite. Doch wollte er sich nicht gegen seinen Vater stellen. Seine ödipalen Probleme und seine Beschäftigung mit Sexualität kamen in vielen Träumen zum Ausdruck. Er träumte, er stünde mit einer Kindergruppe auf einem Berg und wollte auf einer Trompete blasen und begänne plötzlich zu keuchen. Eine große Zahl seiner Keuchanfälle traten nachts oder am frühen Morgen auf.

Ein anderer Traum zeigte eine Schulszene, in der er ein Mädchen, mit dem sie viel spielten, mit einem Besenstiel schlug. Er fühlte sich sehr schuldig und machte sich Sorgen um die Reaktion seiner Mutter und begann zu keuchen. Diese beiden Träume erzählte er in der einzigen Sitzung, an der auch sein Bruder teilnahm. Jener

machte folgende Bemerkung: „Phil hat eigentlich Angst anderen Menschen wehzutun und benutzt oft das Wort Entschuldigung.“ Phil gab sofort zu, daß sein Bruder aggressiver sei, und fragte, ob sich sein Asthma bessern würde, wenn er aggressiver wäre. Der Therapeut wies wiederholt darauf hin, daß seine Mutter ihn anscheinend so behandelte, als ob er schwach wäre. Phil sagte: „Ich fehlte selten in der Schule und bin kaum krank.“

In einem anderen Traum trug er kurze Hosen. Seine Mutter sagte: „Wenn du groß wirst, werden deine Beine stärker und muskulös sein.“ Phil sagte: „Das heißt, sie sagt ich bin mager. Im Traum ging ich hinaus, und sagte etwa, ich glaube meine Beine sind stark.“ Früher hatte der Großvater der Mutter das Gefühl vermittelt, sie sei schwach. Sie beschrieb ihn als herrschsüchtig und aufdringlich; er mische sich sogar in ihr Familienleben ein. Beispielsweise hatte ihr Vater, ohne es mit ihr zu besprechen, die Möbel in ihrem Haus umgeräumt. Sie ihrerseits behandelte Phil ungefähr so, wie ihr Vater sie behandelt hat.

Phil erwähnte oft seine Voreingenommenheit mit Sexualität. Er kritisierte Jungen, die sexuell aktiv waren, aber in seinen Träumen wurde sexuelle Anziehung von Mädchen deutlich. Er sprach von einem Jungen, der „sex-verrückt“ war und von einem Mädchen, das ihm nachlief. Danach erzählte er einen Traum, in dem eine Klassenfreundin mit einer kleinen roten Schlange spielte, die sie anlächelte. Sie wollte die Schlange streicheln und sagte „hab keine Angst“. Danach war er gelangweilt. Sein Vater und ihr Vater sprachen zusammen und dann ging er mit seinem Vater nach Hause. Als er nach Schlangen gefragt wurde, bemerkte er, „eine Schlange ist gemein“. Der nächste Traum handelte von einem Skorpion, der seinen Vater biß. Seine Mutter kümmerte sich nicht und Phil ging eine Krankenschwester suchen. Danach träumte er, daß seine Schwester „in gefährliches Wasser lief und fünf Meter tief versank“. Phil versuchte sie zu retten. Er beatmete sie künstlich, legte sie ins Bett und ließ sie allein. Später geschah etwas Ähnliches mit seiner Mutter, aber er half ihr nicht. „Ich kümmerte mich nur um meine Schwester.“ Dieser Traum erschien, nachdem Mutter und Schwester die Familie verlassen hatten, und die Jungen es vorgezogen hatten, beim Vater zu bleiben. Phil sagte, daß seine Mutter oft die Beherrschung verlor, und er häufig krank und unglücklich war, als sie noch bei ihnen lebte. Er bemerkte, daß sein Großvater seine Mutter genauso beherrschte wie sie ihn. Er sagte: „Ich tat alles, worum sie mich bat, putzte den Boden und machte Hausarbeiten; ich war ein braver Junge.“ Die alles durchdringenden Gefühle von Phil waren Hilflosigkeit, Schwäche und Angst, wegen Feindseligkeit und sexueller Interessen bestraft zu werden. Er begann zu verstehen, warum seine Mutter das Bedürfnis hatte, ihn von ihr abhängig und ihr gefügig zu machen. Er konnte seine Gefühle des Ärgers und der Entmutigung nicht zum Ausdruck bringen, da er fürchtete, Liebe und Unterstützung zu verlieren. Im Laufe der Therapie wuchs sein Selbstvertrauen, und seine Stimmung besserte sich. Er wurde aktiv, rivalisierte mit Gleichaltrigen und seine Leistungen

standen mehr im Einklang mit seiner ausgezeichneten Begabung.

Ein anderes Beispiel einer Adolescenten ist Lily, die im Alter von sieben Jahren in Behandlung war und aus eigener Initiative zehn Jahre später wiederkam. Sie war sehr befangen, scheu und deprimiert. Ihre Minderwertigkeitsgefühle konnten auf die Kritik ihrer Mutter zurückgeführt werden, die selbst Perioden von Verstimmung und schlechter Laune durchmachte. Andauernde Streitereien zwischen den Eltern mit schweren Beschuldigungen von bewiesener Untreue, entfremdete sie auch etwas von ihrem Stiefvater, zu dem sie immer eine bessere Beziehung gehabt hatte. Ihre Anfälle von Entmutigung und Depression waren mit Asthmakeuchen verbunden. Sie wußte, daß beide Eltern während Krisenzeiten in Behandlung waren. Ihr gefügiger Charakter half ihr nicht, ihre kontrollierende und abweisende Mutter zu befriedigen. Die Mutter sah sich selbst in Lily und verdarb ihr das Leben, wie es ihre zankenden Eltern mit ihr gemacht hatten. Erst vor kurzem begannen die lang getrennten, alten Eltern wieder zusammenzuleben. Die Verkettungen über die drei Generationen waren evident (11). Das asthmatische Keuchen erweckte bei ihrer Mutter immer Schuldgefühle gegenüber Lily, deren starke Hemmungen es ihr nicht erlaubten, ihre Entmutigung und ihren Ärger zum Ausdruck zu bringen. Gewöhnlich wußte sie keinen Weg, ihre Mutter zu beschwichtigen und zufriedenzustellen. In der Behandlung erkannte sie, daß ihre Mutter im allgemeinen aus Beweggründen handelte, die nicht das Geringste mit ihr zu tun hatten. Allmählich begann sie ihre Einsichten in die Vergangenheit, die Persönlichkeit und die Beziehungsschwierigkeiten ihrer Mutter dazu zu benutzen, zwischen ihren eigenen und den Problemen der Mutter zu unterscheiden und sich von ihr zu lösen. Im Laufe der Therapie wurde sie mutiger und entwickelte ihre eigene Individualität mit vielen Begabungen und der Fähigkeit, gute Beziehungen herzustellen. Durch realistische Selbsteinschätzung wuchs ihr Selbstvertrauen. Ihre sozialen Kontakte verbesserten sich, und sie beendete das Gymnasium mit ausgezeichneten Noten. Damals hatten die Keuchattacken ganz aufgehört. Danach ging sie zur Armee und wurde in ein verantwortungsvolles Amt gewählt. Sie arbeitete sehr gut in der Armee und hatte gleichzeitig eine enge Beziehung zu einem stillen, introvertierten jungen Mann. Nach Beendigung des Armeedienstes lebte sie mit ihm zusammen, doch das nahe und exklusive gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis ängstigte sie immer mehr. Schließlich beendete sie das Verhältnis und war im Zweifel, ob sie den Kontakt wieder aufnehmen sollte. Obwohl sie genug Freunde an der Universität hatte, wo sie mit anderen Studenten in einer Wohnung lebte, fühlte sie sich einsam. Also beschloß sie, die Therapie wieder aufzunehmen und konnte mehr als je Nutzen daraus ziehen. Ihre verlängerte Post-Separations-Depression und das schwere asthmatische Atmen klangen ab. Sie konnte ihre Beziehung zu dem jungen Mann realistisch betrachten und sich über ihre gewonnene Freiheit freuen. Mit der Mutter kann sie sich aggressiv auseinandersetzen.

Diskussion und Schlußfolgerungen

Zweifellos sind die Familienkonstellationen der beschreibenden Asthmapatienten verschieden. Man findet eine große Vielzahl psychopathologischer Familiensituationen, ergänzt durch verschiedene Grade von individueller psychophysiologischer Auffälligkeiten für Asthma. Schwere Familiendisharmonie und Familienspaltung sind gutbekannte psychopathologische Bedingungen überhaupt. Obwohl dies in allen dargestellten Fällen festzustellen war, ist es keineswegs typisch für Asthma (13).

Die dargestellten Fälle der Adolescenten illustrieren einige der häufigsten mit Asthma verbundenen Merkmale (14, 15, 16, 17). Jedoch entwickeln nicht alle Kinder mit allergischer Symptomatologie Asthma. Asthma tritt meistens vor dem Alter von sechs Jahren auf, obwohl es in jedem Alter beginnen kann. So wie die allergische Symptomatologie stark durch familiär-konstitutionelle Disposition in Verbindung mit Umweltfaktoren, wie Kuhmilch oder Medikamenten beeinflusst wird, so wirken bei Asthma auch psychologische Umwelt- und Anlagefaktoren. Psychosomatische Modelle, mit denen man Asthma nach psychologischen Faktoren in der Persönlichkeit des Patienten vorauszusagen versuchte, mußten in den letzten Jahren allmählich aufgegeben werden. Wir haben auch keine universellen physiologischen Prädiktoren für Asthma, obwohl hohe Risikofaktoren beschrieben wurden (18).

Asthmatogene Faktoren und Situationen unterscheiden sich nicht nur bei verschiedenen Personen, sie sind auch bei ein und derselben Person nicht gleichbleibend. Ein hoher Grad von psycho-physiologischer Empfindlichkeit kann durch eine innere Vergrößerung der einwirkenden Stimuli erklärt werden, wie *Petrie* (19) sie beschreibt. Diese hochgradige Empfindlichkeit ist oft mit emotioneller Unreife des Asthmapatienten verbunden. Das Bedürfnis nach Nähe und Abhängigkeit wird durch ähnliche Bedürfnisse eines anderen Individuums ergänzt, woraus dann ein pathologisches Abhängigkeitsverhältnis entsteht. Gewöhnlich hatte der Patient eine ähnliche Beziehung in früher Kindheit erlebt (15, 20). Wie in jedem anderen Abhängigkeitsverhältnis entwickeln sich Gefühle von Feindseligkeit und Schuld, so daß dann die Beziehung von Patienten entweder als überprotektiv oder abweisend empfunden wird.

Diese Charakteristika scheinen Entsprechungen über die Familiengenerationen hinweg zu haben, die die Psychodynamik verständlicher machen (11). Die typische Furcht, Unterstützung und Liebe wichtiger Menschen zu verlieren, stellt eine psychologische Verletzbarkeit dar aufgrund von geringer Selbstachtung und Streß, beides Bedingungen für Asthma.

Bei Adolescenten erwies sich die Entwicklungsstufe als ein starker Verbündeter im psychotherapeutischen Prozeß. In dieser Stufe suchen Jugendliche oft selbst aktiv nach einer Lösung emotionaler Konflikte, unterstützt durch intellektuelle und affektive Persönlichkeitsanteile in Richtung auf eine Selbst-Psychotherapie (21, 22, 23). Der Therapeut kann bei diesem Synthetisierungsprozeß

bei der zukunftsorientierten Planung einer sinnvollen, kreativen Existenz mit selbstgewählten Zielen und Lebenspartnern behilflich sein. Wenn die inneren Hilfsquellen schwach oder gehemmt sind, kann eine unproduktive, verlängerte Adoleszenz mit frühen Entwicklungsfixierungen entstehen. Dies verringert die Aussicht einer effektiven psychotherapeutischen Intervention in einer späteren Lebensperiode sehr. Das Bewußtsein der wachsenden physischen Kräfte in der Adoleszenz trägt meistens eine Steigerung der Hoffungsgefühle und des Glaubens an der Fähigkeit in sich, konstruktive Lösungen für emotionale Konflikte zu finden.

Alternative Quellen anstelle der elterlichen Gefühlsbindungen sind entscheidend für die Bahnung eines psychotherapeutischen Weges zur Objektivierung langdauernder emotionaler Probleme und ihrer konsequenten Lösung. Ein zentraler Punkt in der Behandlung von Asthmapatienten ist der Leidensdruck und ihre Angst vor Einsamkeit und Hilfslosigkeit. Es ist bekannt, daß Antidepressiva oft einen deutlich wohltuenden Einfluß auf Asthmapatienten haben und sowohl Asthma als auch Depression bessern (24). Selbstverständlich fordern die spezifischen psychologischen Aspekte des individuellen Asthmapatienten den größten Teil unserer Aufmerksamkeit. Enge Zusammenarbeit zwischen dem Psychotherapeuten und dem das Asthma behandelnden Arzt ist entscheidend für den Verlauf und die Wirksamkeit unserer Behandlung.

Summary

Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients

Amongst the frequent problems to be anticipated in the psychotherapy of asthmatic patients are ambiguous feelings on the part of both the treating physicians and the patients. Though psycho-physiological vulnerability varies, asthmatic patients like others are often highly sensitive to the loss of love and appreciation from meaningful figures. This hypersensitivity is generally associated with strong feelings of dependency and compliance, which may alternate with unregulated expression of anger. Initially, feelings of dissatisfaction or frustration are often inhibited or denied and diverted through pre-existing somatic pathways instead of finding expression in the psychotherapeutic relationship. Increased awareness of pathogenic family and other interpersonal relationship patterns is an important step in the process of relieving anxiety, helplessness and depression with concomitant increase in self reliance and self esteem. The case vignettes illustrate that persistent improvement during psychotherapy in asthmatic patients is more likely in adolescence, a time when a developmental trend towards independence and strong innate hope for the future are powerful allies.

Literatur

- (1) *Alexander, A. B.* (1980): The treatment of psychosomatic disorders. Bronchial asthma in children. In: *B. B. Lahey, A. E. Kazdin* (Eds.): *Advances in clinical child psychology*. Vol. 3, pp.

265–310. Plenum Publ. Corp. – (2) *Sperling, M.* (1968): Asthma in children. In: *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 7: 44. – (3) *Rogers, M. P., Dubey, D. and Reich, P.* (1979): The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: a critical review. In: *Psychosom. Med.* 41: 147. – (4) *Wolberg, L. R.* (1980): Handbook of short-term psychotherapy. New York: Thieme-Stratton, Inc. – (5) *Knapp, P. H., Mushatt, C. and Nemetz, S. J.* (1966): Asthma, melancholia and death. In: *Psychosom. Med.* 28: 114. – (6) *Aitken, R. C.* (1972): The treatment of psychopathology in bronchial asthmatics. In: *Ciba Foundation Symp.* 8: 375. – (7) *Latimer, P.* (1979): Psychophysiological disorders. In: *Psychol. Med.* 9: 71. – (8) *Williams, J. S.* (1975): Aspects of dependence-independence conflict in children with asthma. In: *J. Child Psychol. Psychiat.* 16: 199. – (9) *Freund, E., Hurwich, S. B., Meijer, A., Kagan, H. and Groen, J. J.* (1987): Ziele und Methoden einer Heimbehandlung von asthmatischen Kindern. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 19: 98. – (10) *Knapp, P. H.* (1957): Sources of tension in bronchial asthma. In: *Psychosom. Med.* 19: 466. – (11) *Meijer, A.* (1976): Generation chain relationship in families of asthmatic children. In: *Psychosomatics.* 17: 213. – (12) *Klein, M.* (1952): Developments in psychoanalysis. London: Hogarth. – (13) *Meijer, A.* (1981): A controlled study on asthmatic children and their families. Synopsis of findings. In: *Isr. J. Psychiatry Rel. Sci.* 18: 197. – (14) *Meijer, A.* (1975): Psychological factors in maternal grandparents of asthmatic children. In: *Child Psychiat. Hum. Dev.* 6: 15. – (15) *Meijer, A.* (1978): Sources of dependency in asthmatic children. In: *Psychosomatics.* 19: 351. – (16) *Meijer, A.* (1979): Emotional disorders of asthmatic children. In: *Child Psychiat. Hum. Dev.* 9: 161. – (17) *Meijer, A.* (1980): Maternal feelings towards asthmatic children. In: *Child. Psychiat. Hum. Dev.* 11: 33. – (18) *Meijer, A.* (1976): High risk factors for childhood asthma. In: *Ann. Allergy.* 37: 119. – (19) *Petrie, A.* (1978): Individuality in pain and suffering. 2nd ed. The University of Chicago Press. – (20) *Parker, G., Lipscombe, P.* (1979): Parental overprotection and asthma. In: *J. Psychosom. Res.* 23: 295. – (21) *Anthony, J.* (1974): Self-therapy in adolescents. In: *Feinstein, S. and Giovacchini, P.* (Eds.): Adolescent Psychiatry, Vol. III. New York: Basic Books Inc. – (22) *Creer, T. L.*: Selfmanagement training for children with bronchial asthma. In: *Psychother. Psychosom.* 32: 270. – (23) *Staudenmaier, H.* (1981): Evaluation of a self-help education exercise program for asthmatic children and their parents. In: *J. Asthma. Res.* 18: 1. – (24) *Avni, J. and Bruderman, I.* (1969): The effect of amitriptyline on pulmonary ventilation and the mechanics of breathing. In: *Psychopharmacologica.* 14: 184.

Ansch. d. Verf.: Dr. Alexander Meijer, Hebrew University, Medical School, 48 Bayitvegan Street, 96427 Jerusalem, Israel.