

2.3 Psychosomatische Krankheitslehre: Verhaltensmedizinisches Modell

ULRIKE EHLERT

1 Einleitung

In den folgenden Ausführungen wird ein kurzer Einblick in das Forschungs- und Arbeitsfeld der Verhaltensmedizin gegeben. Es wird aufgezeigt, welche patho- und salutogenetischen Konzepte verhaltensmedizinischen Erklärungsansätzen von Störungen und Erkrankungen zugrunde liegen. Weiterhin werden Ansätze für Ätiologiemodelle skizziert und verhaltensmedizinische Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen Behandlungssettings beschrieben.

Was ist Verhaltensmedizin?

Die Verhaltensmedizin ist eine junge Wissenschaft, die erstmals in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts im Rahmen einer Abhandlung über die Methode des Biofeedbacks als „Verhaltensmedizin“ bezeichnet wurde. Ihr Grundprinzip liegt in der interdisziplinären, empirischen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. Dies bedeutet, dass biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Erklärung zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen sind. Diese multikausale Sichtweise erfordert die Integration unterschiedlichster wissenschaftlicher Erkenntnisse, Methoden und Techniken aus verschiedenen Teilbereichen

1. der Medizin und Biologie, wie beispielsweise der Epidemiologie, Physiologie, Biochemie, Inneren Medizin, Neurologie, und
2. der Verhaltenswissenschaften, wie beispielsweise der Psychologie, Soziologie, Ethnologie oder der Pädagogik.

Entsprechend dieser interdisziplinären Ausrichtung lässt sich die Verhaltensmedizin wie folgt definieren (vgl. Schwartz und Weiss, 1978).

Definition

Verhaltensmedizin ist das interdisziplinäre Arbeitsfeld, in dem Gesundheits- und Krankheitsmechanismen unter Berücksichtigung psychosozialer, verhaltensbezogener und biomedizinischer Wissenschaften erforscht und die empirisch geprüften Erkenntnisse und Methoden in der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation eingesetzt werden.

Mit der Begriffsverknüpfung von „Verhalten“ und „Medizin“ wird der interaktive Prozess zwischen psychischen Vorgängen – repräsentiert durch das Verhalten, das in den Verhaltenswissen-

schaften, insbesondere in der (Lern)Psychologie und Verhaltenstherapie erforscht wird, und körperlichen Vorgängen, denen sich die Medizin widmet, verdeutlicht.

Es gibt vier wichtige Aspekte, die dazu beigetragen haben, dass verhaltensmedizinische Konzepte breiten Eingang in die Diagnostik und Intervention unterschiedlichster Erkrankungen und Störungen gefunden haben.

1. Durch die empirisch geprüften Methoden der Verhaltenstherapie, insbesondere die Verhaltensanalyse und die Verhaltensmodifikation, sowie die Berücksichtigung kognitiver Faktoren bei der Erklärung von Verhalten wurde eine Vielzahl ätiologischer Modelle und Interventionsstrategien bei dysfunktionalem Verhalten entwickelt. Der Wirksamkeitsnachweis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden nicht nur bei psychiatrischen Erkrankungen, sondern beispielsweise auch bei der Behandlung von Rauchern oder übergewichtigen Patienten führte in der Medizin in den USA und in Großbritannien zu einer positiven Beachtung dieser Behandlungsmethoden.
2. Mit der Methode des Biofeedback (Verfahren, bei dem eine Person Kontrolle über physiologische Vorgänge durch optische oder akustische Rückmeldung der jeweiligen Körpersignale erlernt) erhalten Patienten eine überzeugende Einsicht in den Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen. Die zuverlässige und objektive Aufzeichnung von Veränderungsprozessen bei ausgewählten körperlichen Beschwerden wie beispielsweise der Rückmeldung von Blutdrucksenkungen durch den Einsatz von Entspannungstechniken erweist sich als eine wirkungsvolle nichtpharmakologische Therapie der essentiellen Hypertonie. Auch bei Kopfschmerzpatienten konnte durch den kombinierten Einsatz von elektromyographischem Biofeedback zur Muskelrelaxation und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken wie Psychoedukation und Stressmanagementtraining eine Symptomreduktion und eine deutliche Reduktion der Einnahme von Analgetika erreicht werden.
3. Es ist eine starke Zunahme von Erkrankungen mit multikausalen Ursachen und einem chronischen Verlauf wie beispielsweise Karzinome, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronische Schmerzzustände zu beobachten. Epidemiologische Untersuchungen verweisen auf eine Heterogenität von Ein-

flussfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Erkrankungen. Aus diesem Grund ist bei der Behandlung eine Berücksichtigung psychosozialer Faktoren zwingend notwendig. Insbesondere bei Karzinompatienten, HIV⁺-Personen und AIDS-Patienten konnte mit psychoedukativen Programmen, problemlöseorientierten Skills und Strategien zur Steigerung des Emotionsausdrucks eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Stimmungsverbesserung und eine quanti- und qualitative Steigerung immunologischer Parameter erreicht werden.

- Die höhere Lebenserwartung und die zum Teil hoch technischen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen haben zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt. Kosteneinsparungen lassen sich u.a. durch Krankheitsprävention erreichen. Prävention ist eines der grundlegenden Ziele der Verhaltensmedizin. Durch den Einsatz verhaltensmedizinischer Präventionsprogramme (z.B. Reduktion bzw. Vermeidung von Nikotinkonsum, gesundes Ernährungsverhalten) wird ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen geleistet. Weiterhin werden durch eine ganzheitliche Patientenbehandlung Kosten gespart, da vermehrt Wert auf die Krankheitseinsicht und die Therapiecompliance der Patienten gelegt wird. So zeigen verschiedene Studien, dass, wohl in Folge der breit angelegten Kampagnen gegen das Rauchen, die Anzahl rauchender Jugendlicher seit dem Jahr 2000 abnimmt.

Die Interdisziplinarität der Verhaltensmedizin beinhaltet eine große Nähe zu verschiedenen Nachbarwissenschaften. Zu diesen Nachbarwissenschaften gehören

- Neurowissenschaften (insbesondere im Bezug auf die biologischen Grundlagen der somatopsychischen Interaktion)
- Biopsychologie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie
- Psychosomatik und Medizinische Psychologie

! **Merke:** Die Verhaltensmedizin ist eine relativ junge Wissenschaft und lässt sich im Kontext eines biopsychosozialen Erklärungsmodells von Gesundheit und Krankheit als ein interdisziplinäres Arbeitsfeld definieren, das der Erforschung von Gesundheits- und Krankheitsmechanismen unter Berücksichtigung psychosozialer, verhaltensbezogener und biomedizinischer Wissenschaften dient und deren empirisch geprüfte Erkenntnisse und Methoden in der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation eingesetzt werden.

Tabelle 1: Mögliche Komorbidität zwischen einer psychischen und einer körperlichen Erkrankung

Art des Zusammenhangs

- Psychische Störung infolge einer körperlichen Erkrankung
- Psychische Störung als Therapie Nebenwirkung einer körperlichen Erkrankung
- Psychische Störung als Bestandteil einer körperlichen Erkrankung
- Körperliche Erkrankung als Folge einer psychischen Erkrankung
- Körperliche Erkrankung als Folge einer Therapie der psychischen Erkrankung
- Körperliche Erkrankung als Bestandteil einer psychischen Erkrankung
- Zwei voneinander unabhängige Erkrankungen

Beispiel

- Depression infolge einer Karzinom Erkrankung
- Psychose infolge einer Cortisontherapie bei rheumatischen Erkrankungen
- Depressive Gemüthsstimmung bei der Porphyrie
- Leberzirrhose infolge von Alkoholismus
- Dyskinesien nach Neuroleptikagaben bei psychotischen Erkrankungen
- Amenorrhö bei der Anorexia nervosa
- Knochenfraktur und Angststörung

Mit der Begriffsverknüpfung von „Verhalten“ und „Medizin“ wird die Interaktion zwischen psychischen Vorgängen – repräsentiert durch das Verhalten, das in den Verhaltenswissenschaften, besonders der Psychologie erforscht wird – und körperlichen Prozessen – denen sich die Medizin widmet – verdeutlicht.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Sowohl in unserem Sprachgebrauch als auch in der Fachliteratur werden für psychische und/oder physische Dysregulationen die beiden Begriffe „Störung“ und „Krankheit“ gebraucht.

- Wird von einer Krankheit gesprochen, so liegt eine physische Veränderung vor, die mit verschiedenen Krankheitsmerkmalen (Symptomen) einhergeht. Der Krankheitsbegriff wird auch bei psychiatrischen Erkrankungen verwendet, bei denen angenommen wird, dass körperliche (biologische) Prozesse die psychischen Auffälligkeiten verursachen.
- Eine psychische oder physische Veränderung, bei der angenommen wird, dass sie „funktionell“ ist und ihr keine biologische Verursachung zugrunde liegt, wird als Störung bezeichnet.

Die Unterscheidung zwischen Krankheiten und Störungen ist insofern willkürlich, als bei Krankheiten psychische Faktoren eine Mitverursachungsrolle spielen können und bei Störungen biologische Faktoren wie hormonelle Dysregulationen oder zentrale neurophysiologische Veränderungen beteiligt sein können. Somit ist die Unterscheidung in Krankheit und Störung willkürlich und gibt höchstens einen Hinweis auf die Gewichtung psychischer und physischer Prozesse. In diesem Sinn soll der Begriffsgebrauch von Störung und Krankheit im weiteren Text aufgefasst werden.

Körperliche Erkrankungen und psychische Störungen sind häufig eng miteinander verknüpft bzw. treten bei Patienten in Komorbidität auf. Die Unterschiedlichkeit möglicher komorbider Störungen ist in Tabelle 1 dargestellt.

Unter der Berücksichtigung des biopsychosozialen Ansatzes zur Erklärung von Störungen und Krankheiten lässt sich eine Vielzahl Faktoren definieren, die Einfluss auf diese Prozesse nehmen.

2.3 Psychosomatische Krankheitslehre: Verhaltensmedizinisches Modell

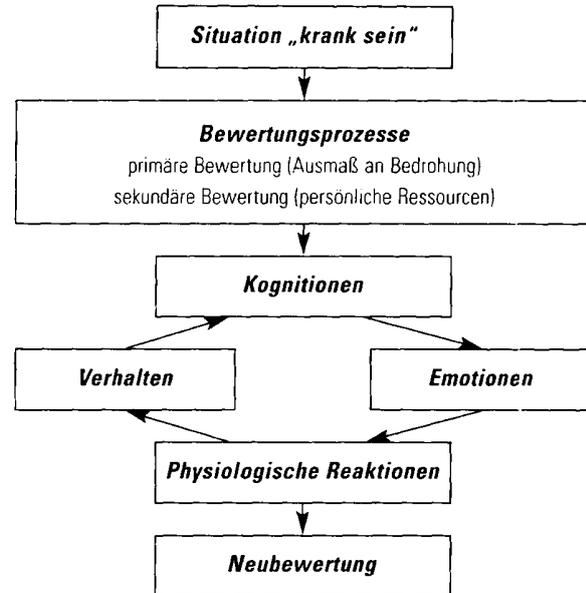
Merke: Zentrale Konzepte der Verhaltensmedizin sind Stress und damit verbundenes Copingverhalten sowie Schutz- und Risikofaktoren, die eine Fehlanpassung an Stress beeinflussen können.

2.1 Stress und Coping

Stress kann im Sinne von Lazarus und Folkman (1984) als eine Situation oder Bedingung beschrieben werden, die dazu führt, dass ein Individuum kognitive, emotionale und physiologische Reaktionen sowie ein daraus resultierendes Verhalten zeigt. Dieses Verhalten wird vom Individuum wiederum bezüglich der Verhaltenswirksamkeit sowie der emotionalen und kognitiven Effekte bewertet. Die Bewertungsprozesse eines Stressors (einer Situation) lassen sich in primäre und sekundäre Bewertungsprozesse unterscheiden. Die Primärbewertung bezieht sich auf die Abschätzung des Bedrohungsrisikos, die Sekundärbewertung auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Diese Unterteilung der Bewertungsprozesse ist eine wichtige Strategie, um intra- und interindividuelle Unterschiede im Coping mit ein und derselben Situation erklären zu können.

In Abbildung 1 ist der transaktionale Prozess zwischen Stress und Coping am Beispiel der Situation „Krankheit“ dargestellt. Kommt es infolge von Stress (akut, chronisch oder traumatisch) zu sehr ausgeprägten psychischen und physiologischen Reaktionen, so lässt sich der transaktionale Prozess wie in Abbildung 2 darstellen, wobei das individuelle Coping zu einem Zustand führt, der einen Punkt auf dem Kontinuum von psychischer und körperlicher Gesundheit bis Krankheit darstellt.

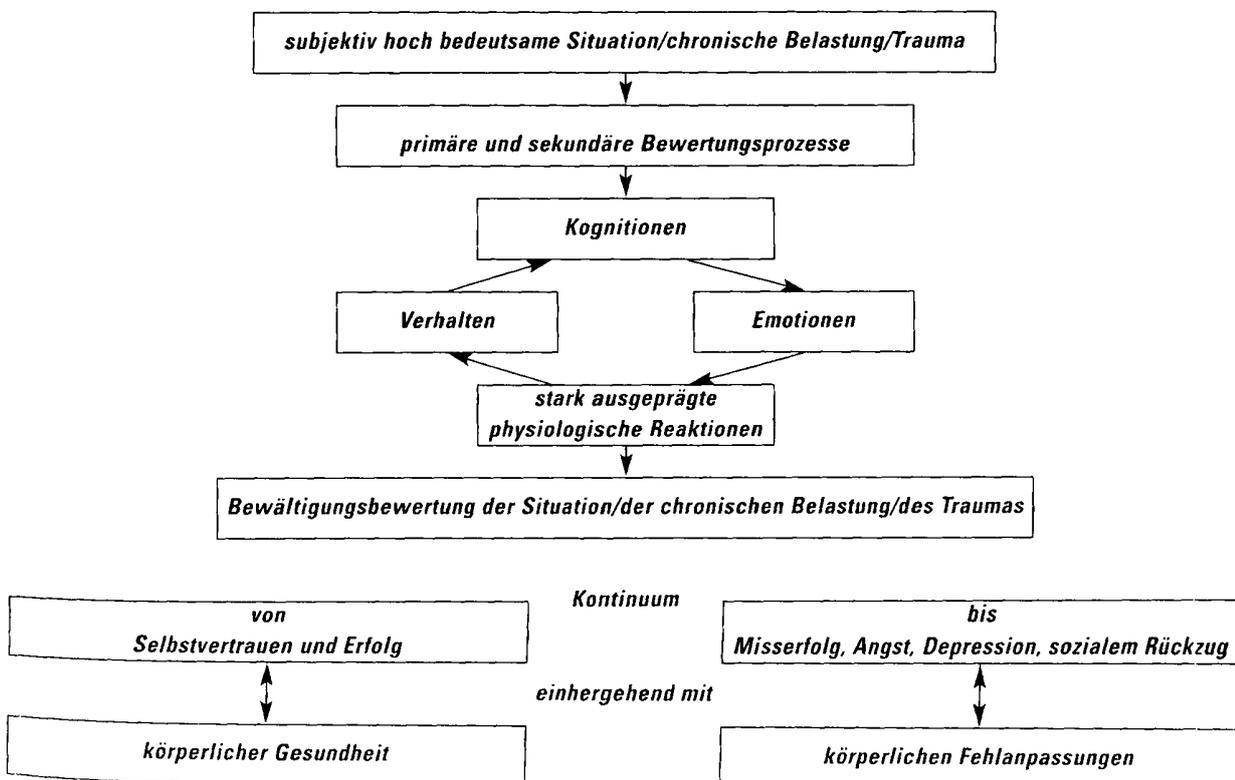
Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984)



2.2 Schutz- und Risikofaktoren

Die psychische und physiologische Anpassung an akute oder chronische Stressoren oder Traumata wird neben der Qualität der Copingstrategien von biologischen (u.a. genetischer) Fakto-

Abbildung 2: Psychische und physische Anpassung bzw. Fehlanpassung an Stress



ren, von früheren psychischen Erkrankungen sowie von emotionalen und persönlichkeitsbezogenen Dispositionen beeinflusst (vgl. dazu Rief und Nanke, 2003).

Emotionale Prozesse, die einen ungünstigen Einfluss auf die Entstehung und oder Aufrechterhaltung physiologischer Fehlanpassungen nehmen können, sind beispielsweise

1. Alexithymie
2. negative Affektivität
3. Ärger

Der Begriff der **Alexithymie** bezieht sich auf die eingeschränkte Fähigkeit, bis hin zur Unfähigkeit, Emotionen zu erkennen und zu verbalisieren. Eine **negative Affektivität** bedeutet, dass eine Person in einem hohen Maß negative Gefühle wie Schuld, Abscheu oder Nervosität empfindet. Der emotionale Vorgang des **Ärgers** stellt insofern einen Risikofaktor für Störungen und Erkrankungen dar, als Menschen in einem unangemessen hohen Ausmaß Ärger empfinden können und/oder mit Feindseligkeit sowie einem unangemessenen Ärgerausdruck in zwischenmenschlichen Situationen reagieren können.

Zu den persönlichkeitsbezogenen Dispositionen, die einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung stressabhängiger Erkrankungen nehmen können, gehören beispielsweise das so genannte **Typ-A-Verhalten**; Beispiele für protektive Faktoren sind der **Kohärenzsinn** oder ein hohes Ausmass an **hedonistischer Emotionsregulation**.

1. Typ A-Verhalten

Mit diesem Konzept von Friedman und Rosenman (1974) wurde angenommen, dass eine hohe innere Anspannung, eine starke Wettbewerbsorientierung, eine hohe Ärgerneigung und Feindseligkeit das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Neue wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass nur Teilaspekte dieses Typ A-Verhaltens mit diesen Erkrankungen in Zusammenhang stehen.

2. Kohärenzsinn

Das von Antonovsky (1987) publizierte Konzept des Kohärenzsinnns bezieht sich auf ein überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass die internale oder externe Umwelt strukturiert, vorhersagbar und erklärbar ist, Lebensereignisse/Traumata zu bewältigen sind und die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen. In verschiedenen Hochrisikopopulationen für Traumatisierung konnte nachgewiesen werden, dass ein hoher Kohärenzsinn mit einer deutlicher niedrigeren Rate an psychischer Fehlanpassung einhergeht.

3. Hedonistische Emotionsregulation

Bei diesem Konzept geht es um die Fähigkeit einer Person zur Intensivierung oder Aufrechterhaltung positiver Affekte und der Fähigkeit zur Stimmungsverbesserung bei vorliegender negativer Affektivität. Eine hohe hedonistische Emotionsregulation geht mit einer deutlich reduzierten psychobiologischen Stressreaktivität in psychosozialen Belastungssituationen einher.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Die Verhaltensmedizin hat Eingang in verschiedenste Bereiche der Medizin und Psychotherapie gefunden. Ihr Beitrag liegt zu einem in der Erklärung stressabhängiger Erkrankungen, zu anderen in der praktischen Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken in der Prävention, Intervention und Rehabilitation von körperlichen Störungen und Erkrankungen.

3.1 Verhaltensmedizin in unterschiedlichen Settings

Die Wirksamkeit verhaltensmedizinischer Maßnahmen hängt nicht unerheblich vom Zeitpunkt der Anwendung im Diagnose- und Behandlungsprozess ab. Die verschiedenen Institutionen, in denen diagnostische, beratende und therapeutische Leistungen erbracht werden, sind medizinische und psychologische Beratungsstellen zur Prävention von Störungen und Erkrankungen ambulante medizinische und psychologische Behandlungsinstitutionen, stationäre somatomedizinische und psychiatrische Akutversorgung, Fachkliniken zur Rehabilitation sowie Spezial-einrichtungen zur Palliativtherapie.

Wenngleich verhaltensmedizinische Diagnose- und Behandlungsangebote in allen genannten Versorgungsstrukturen möglich sind, konnten entsprechende Angebote bisher nur zum Teil etabliert werden. Dies führt dazu, dass bei vielen Patienten Jahre, manchmal Jahrzehnte vergehen, bis durch interdisziplinäre Zusammenarbeit die Verknüpfung psychischer und physischer Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit bzw. Störung erkannt und dem Patienten so vermittelt wird, dass diese Erklärung für ihn nachvollziehbar und annehmbar ist. Die häufig zu beobachtende Krankheitsverfestigung durch fortdauernde Diagnostik und Behandlung (iatrogene Chronifizierung) führt nicht nur zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem, sondern auch zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patienten.

3.2 Verhaltensmedizin in der Prävention, Intervention und Rehabilitation

Sowohl die Gesundheitspsychologie als auch die Verhaltensmedizin sind im Bereich der primären Prävention von Krankheiten und Störungen in hohem Maße engagiert. Ein wichtiger Arbeitsbereich der **primären Prävention** sind psychoedukative Maßnahmen z.B. zur Aufklärung über den Umgang mit Suchtmitteln, bei der Aufklärung über eine gesunde Ernährung zur Vermeidung von Übergewicht und den damit assoziierten Folgeerkrankungen oder bei der Aufklärung über die Notwendigkeit von sportlicher Betätigung zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Psychoedukation kann auch sinnvoll sein, um körperlichen Beschwerden und Erkrankungen aufgrund mangelndem Wissens über die eigenen Körperfunktionen vorzubeugen.

Sekundäre Prävention erfolgt in unterschiedlichsten Bereichen der Psychologie und Medizin. Bei der Sekundärprävention geht es darum, Personen, die sich entweder einer psychisch oder

2.3 Psychosomatische Krankheitslehre: Verhaltensmedizinisches Modell

einer körperlich belastenden Situation aussetzen müssen, möglichst gut auf diese Situation vorzubereiten, oder Personen, die bereits eine starke Belastung erfahren haben, frühzeitig psychotherapeutisch zu betreuen bzw. zu beraten, um psychische Fehlanspassungen zu vermeiden. Beispiele hierfür sind psychoedukative Vorbereitungsprogramme vor diagnostischen oder therapeutischen operativen Eingriffen wie Koronarangiographie oder Tumorentfernung. Diese Vorbereitungen beinhalten die Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen und das Einüben von Entspannungstechniken. Nachweislich können durch den Einsatz solcher Präventionsprogramme die Beschwerden der Patienten und die stationären Liegezeiten deutlich reduziert werden. Sekundär-Präventionsprogramme können auch eingesetzt werden, um psychische Fehlanspassungen an emotional stark belastende medizinische Maßnahmen wie genetische Untersuchungen und Beratungen von Hochrisikopersonen zu vermeiden.

Interventionen stellen ein besonders bedeutsames Arbeitsfeld der Verhaltensmedizin dar, wobei sich diese grob zwei Bereichen zuordnen lassen: **Mitbehandlung** körperlicher Erkrankungen und **Primärbehandlung** körperlicher Störungen.

Mit verhaltensmedizinischen **rehabilitativen und palliativen Maßnahmen** wird auf die gezielte professionelle Unterstützung (chronisch) somatisch und/oder psychisch kranker Menschen abgezielt. Mit entsprechenden verhaltensmedizinischen Maßnahmen soll ein besseres Verständnis für die jeweilige chronische Erkrankung (z.B. durch krankheitsspezifische Psychoedukation) erreicht werden oder eine verbesserte Bewältigung von Erkrankungen oder Behinderungen durch das Erlernen von Copingstrategien oder durch den Einsatz spezifisch verhaltensmedizinischer Behandlungsverfahren erreicht werden. Schließlich gilt es, die Teilnahmemöglichkeiten der Patienten am familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

! Merke: Verhaltensmedizinische Diagnose- und Interventionsmaßnahmen werden in der primären und sekundären Prävention, der Intervention sowie der Rehabilitation und Palliativtherapie eingesetzt.

3.3 Verhaltensmedizin bei einem ausgewählten Störungsbild

Es würden sich unterschiedlichste Bereiche der Verhaltensmedizin anbieten, um die Interdisziplinarität aufzeigen zu können. Als mögliche Interventionsfelder der Verhaltensmedizin seien im Folgenden exemplarisch genannt: chronische Schmerzsyndrome, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Störungen des Gastrointestinaltrakts, Krebserkrankungen, dermatologische Erkrankungen (z.B. atopische Dermatitis, Alopecia areata), immunologische Erkrankungen wie Lupus erythematoses, Rheuma oder AIDS, Fibromyalgie und chronisches Erschöpfungssyndrom, Adipositas, Diabetes mellitus, Tinnitus oder verschiedene Defizite bei neurologischen Erkrankungen. Ein Beispiel für die Interdisziplinarität bei der Aufklärung, Diagnostik und Intervention einer körperlichen Fehlanspassung sei aus dem Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe kurz skizziert.

In Zusammenarbeit mit der Geburtshilflichen Klinik des Universitätsspitals Zürich untersuchen wir in Kooperation mit Ärzten und Hebammen die Besonderheiten, die bei schwangeren Frauen vorliegen, wenn eine vorzeitige Wehentätigkeit auftritt. Zur Beantwortung dieser Fragestellung ist es notwendig, medizinisch-geburtshilfliches, immunologisches, endokrinologisches und psychologisches Wissen zu bündeln und gezielte Hypothesen zum pathogenetischen Mechanismus zu generieren. Diese Hypothesen lassen sich jedoch nur dann prüfen, wenn es für die an der Forschung und Behandlung dieser Fragestellung beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar ist, dass bei einem gewissen Prozentsatz der Schwangeren mit vorzeitiger Wehentätigkeit die Verursachung nicht ausschließlich somatisch erklärt werden kann. Die Erkenntnis, dass beispielsweise bei diesen Schwangeren bestimmte Stresshormone deutlich erhöht sind und diese Mitauslösefunktion der Wehentätigkeit besitzen, legt es geradezu nahe, belastende Alltagsereignisse oder kritische Lebensereignisse bei Schwangeren zu erheben. Allerdings ist die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Stress und körperlichen Fehlanspassungen nicht so einfach. Es zeigt sich nämlich, dass schwangere Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit nicht per se mehr Stress haben als schwangere Frauen ohne vorzeitige Wehentätigkeit, sondern dass sie ein anderes, möglicherweise ungünstiges Copingverhalten zeigen. Die Konsequenz aus diesem Befund lautet, dass schwangere Frauen sich nicht vor jeglichem Stress in der Schwangerschaft schützen müssen, sondern dass sie ihre Stressbewältigungskompetenz optimieren sollten. Dies geschieht am effektivsten, wenn ein entsprechendes Stressbewältigungstraining zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft angeboten wird, um die vorzeitige Wehentätigkeit zu präventieren. Liegt eine vorzeitige Wehentätigkeit bereits vor, so kann die betroffene Schwangere neben der notwendigen medizinischen Behandlung bezüglich ihrer individuellen psychischen Belastung beraten und ein therapeutisches Angebot zur Stressreduktion unterbreitet werden.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Was mache ich, wenn ein Patient keine Einsicht in die Psychogenese seiner Störung hat?*
→ Viele Patienten mit körperlichen Beschwerden beschreiben ihr subjektives Krankheitsmodell als stark somatomedizinisch orientiert. Es ist absolut notwendig, dieses Krankheitsmodell im ersten Schritt der Diagnostik und Intervention anzunehmen. Durch eine Provokation der individuellen Symptome (z.B. mittels eines Interviews über ein belastendes Lebensereignis) kann beim Patienten häufig Einsicht in den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung (Stress) und körperlichen Beschwerden erreicht werden. Eine derartige Symptomprovokation kann durch die Rückmeldung von Körpersignalen (Herzrate, Blutdruck) unterstützt werden.
2. *Was mache ich, wenn ich die Krankheitssymptome des Patienten gar nicht kenne?*
→ Für psychologische Psychotherapeuten ist es sicherlich notwendig, sich mit medizinischem Wissen über die jeweiligen körperlichen Erkrankungen vertraut zu machen. D.h., in der

Verhaltensmedizin tätig zu sein, bedeutet verschiedene Lehrbücher über Fragen der Inneren Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe etc. zur Verfügung zu haben und darüber hinaus den Mut zu besitzen, mitbehandelnde Ärzte über die körperliche Symptomatik des Patienten zu befragen.

3. *Wie lange dauern verhaltensmedizinische Interventionen?*
→ Die Dauer der Intervention hängt zum einen von der Symptomatik, zum anderen von dem Behandlungssetting ab. Beispielsweise finden im Rahmen der akuten stationären Behandlung (Allgemeinkrankenhaus, Spital der Grundversorgung) verhaltensmedizinische Sitzungen primär zur Differenzialdiagnostik und Therapieindikation sowie zur Einleitung einer Intervention statt. Im Rahmen ambulanter Interventionen oder im Rahmen der Rehabilitation kann auf eine strukturierte und transparente kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention fokussiert werden.

5 Prüfungsfragen

1. Was ist das Besondere an der Verhaltensmedizin, z.B. im Vergleich zur Psychosomatischen Medizin?
2. Was bedeutet Verhaltensmedizin?
3. In welchen Versorgungsbereichen kann die Verhaltensmedizin eingesetzt werden?
4. Welche Faktoren sollten bei der Beurteilung von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt werden?
5. Was bedeutet das Konzept Kohärenzgefühl?
6. Was bedeutet das Wort Stress im Zusammenhang mit verhaltensmedizinischen Ätiologiemodellen?
7. Wie sind psychische und physische Prozesse bei Krankheiten miteinander verknüpft?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Antonovsky A: Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass, 1987
- Friedman M, Roseman RH: Type A behavior and your heart. New York: Knopf, 1974
- Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal and coping. Berlin: Springer, 1984
- Rief W, Nanke A: Psychologische Grundkonzepte der Verhaltensmedizin. In: Ehlert U (Hrsg.). Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 2003, 95-132
- Schwartz GE, Weiss SM: Behavioral medicine revisited: An amended definition. J Behav Med 1978;1:249-251

b) weiterführende Literatur

- Ehlert U (Hrsg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 2003
- Flor H, Birbaumer N, Hahlweg K (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D. Klinische Psychologie. Band 3: Grundlagen der Verhaltensmedizin. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Flor H, Hahlweg K, Birbaumer N (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D. Klinische Psychologie. Band 4: Anwendungen der Verhaltensmedizin. Göttingen: Hogrefe, 2001

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

JOACHIM KÜCHENHOFF

1 Einleitung

Das folgende Kapitel will eine systematische Einführung in Konzepte der psychoanalytischen Psychosomatik geben. Nachdem in der *Einleitung* der Aufgabenbereich der psychoanalytischen Psychosomatik umrissen worden ist, werden im *zweiten Teil* die Modelle, die z.T. chronologisch entstanden sind, in einer übersichtlichen Ordnung nebeneinander vorgestellt. Dabei wird der Beitrag, den die 4 Hauptrichtungen der psychoanalytischen Theorie zur Psychosomatik beisteuern, hervorgehoben. In der Darstellung wird besonderer Wert darauf gelegt zu zeigen, welches Erklärungspotenzial die Modelle für den Kommunikations- oder Zeichenwert der Symptombildung haben. Aus den Modellen werden praktisch relevante Konzepte des psychotherapeutischen Umgangs mit psychosomatischen Patienten abgeleitet; sie werden im *dritten Teil* explizit dargestellt und anhand von Beispielen beleuchtet werden.

Was ist psychoanalytische Psychosomatik?

Das Aufgabengebiet der psychoanalytischen Psychosomatik beschränkt sich nicht auf die Untersuchung einzelner psychosomatischer Krankheitsbilder wie Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Ulkuskrankheit etc. Es ist viel umfangreicher und umfasst mindestens 5 Schwerpunkte von Grundlagenforschung und Klinik:

1. die Untersuchung und Behandlung seelischer Einflussfaktoren auf körperliche Krankheiten (psychosomatische Erkrankungen im eigentlichen Sinne; psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten etc.),
2. die Untersuchung und Behandlung von seelisch bedingten Körperfunktionsstörungen (somatoforme Störungen),
3. die Untersuchung und Behandlung der seelischen Folgen körperlicher Erkrankungen (somatopsychische Folgen von Krankheiten),
4. die Untersuchung und Unterstützung der Krankheitsverarbeitung,
5. die komplexe Erfassung psychosomatischer Wechselwirkungen auf allen Ebenen der Forschung und der Behandlung.

! **Merke:** Die psychoanalytische Psychosomatik untersucht und behandelt seelische Einflüsse auf körperliche Erkrankungen, seelische Folgen körperlicher Erkrankungen und psychosomatische Wechselwirkungen in ihrer ganzen Komplexität.

Der psychosomatischen Medizin stellte sich immer neu die Aufgabe, das *Leib-Seele-Verhältnis* zu bestimmen; je nach den philosophischen Grundlagen wurden unterschiedliche Lösungsvorschläge gemacht. Eine Antwort ist der *ganzheitliche* oder *holistische* Ansatz, der entweder gar keinen Unterschied von Leib und Seele akzeptiert oder das Verhältnis von Körper und Seele als ein Komplementärverhältnis wechselseitiger Erläuterung und wechselseitiger *Stellvertretung* ansieht (von Weizsäcker, 1949/86). Eine andere ist die *systemtheoretische Perspektive*, die in Körper und Seele emergente, nach ihrer Etablierung schließlich autopoetisch regulierte Systeme sieht, die durch „Bedeutungskoppelungen“ miteinander verbunden werden (von Uexküll, 1990). *Informationstheoretische Konzepte* gehen von einer Sprache der Kommunikation und Funktionalität aus, die von der Ebene der Einzelzelle bis zum Körper im Kontext seiner sozialen Umwelt reicht; durch diese gemeinsame Sprache für biologische, psychologische und soziologische Prozesse, so wird postuliert, würden dualistische Ansätze gleichsam unterlaufen (Weiner, 1991). Eine *phänomenologische Tiefenhermeneutik* (Danzer, 1995) integriert die drei Phänomenebenen des somatischen, des sozialen und des kulturellen Leibs in einen mehrperspektivischen Ansatz, der naturwissenschaftliche, phänomenologische und tiefenpsychologische Zugangsweisen in einem kritisch reflektierten Wechselspiel erlaubt. Dieser Mehrebenen-Ansatz kann als kennzeichnend für die gegenwärtige psychoanalytische Psychosomatik gelten.

Die *psychoanalytische* Psychosomatik steuert für die psychosomatische Medizin psychoanalytische und tiefenpsychologische Aspekte für die Theoriebildung, die Forschung und die Behandlung bei und verknüpft diese mit den anderen für die Psychosomatik relevanten Wissenschaften, zunächst mit der klinischen Medizin, aber auch mit der Neurobiologie, der Sozialpsychologie und Soziologie, der Zeichentheorie u.a. Psychoanalytische Psychosomatik ist auf Interdisziplinarität ausgelegt. Worin liegt ihr spezifischer Beitrag?

Psychoanalytische Psychosomatik hat, nach den Worten von Weizsäckers, eines ihrer Pioniere, zur Aufgabe, das Subjekt in die Medizin einzuführen. Das subjektive Erleben umfasst nicht nur die bewussten Einstellungen, sondern ist vom Zusammenspiel oder Widerstreit bewusster Gedanken, unbewusster Wünsche, Beziehungs- bzw. Abgrenzungserfahrungen bestimmt. Subjektivität ist immer leibliche Subjektivität. Krankheit ist ein Ausdruck des Leidens an dieser leiblichen Subjektivität. Körperliches kann Seelisches vertreten, der Körper kann zum Signifikanten, zum Ort der Aussage des unbewussten Subjekts, wer-

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

Tabelle 2: Modelle der Symptomenese: die Zeichenfunktion und kommunikative Funktion des psychosomatischen Symptoms

Modell	Zeichenfunktion	Kommunikative Bedeutung	Klinisches Beispiel	Abschnitt
Konversion	symbolische Funktion des Körpers	unbewusste Besetzung des Anderen	Hysterie	2.1.
Affektäquivalent	indexikalische Funktion des Körpersymptoms	Kommunikation von psychosozialen Stress	somatoforme Störung	2.2.
Repräsentationsdefizit	Ausdruckslosigkeit des Körpersymptoms	Schutz vor (phantasmatischer) Überwältigung in Beziehungen	Alexithymie	2.3.
Körper als Objekt	Umgang mit dem Körper als Ausdruck verinnerlichter Objektbeziehungen	Entlastungen der äußeren Objekte von abgespaltenen Affekten	Hypochondrie Selbstverletzung	2.4

ges vorgestellt; es ist, wie wir wissen, überaus erfolgreich für das Verständnis hysterischer oder hysteriformer Störungen gewesen. Freud blieb mit Bedacht ganz im Bereich der Psychologie. Diese Selbstbeschränkung hatte Folgen, die psychoanalytische Psychosomatik hatte ihre große Bedeutung zunächst darin, die seelischen Mechanismen, die zur Erschließung des psychosomatischen Überganges beitragen, immer weiter – und bis heute anhaltend – auszudifferenzieren.

Eine kleine, alte Fallvignette soll den Begriff der Konversion erläutern. Sie stammt aus Freuds „Studien zur Hysterie“, es handelt sich um den Fall Cäcilie (Freud, 1895/1952, S. 245-251). Cäcilie litt an einer Gesichtsneuralgie. „In diesem Zusammenhang kam es endlich auch zur Reproduktion der Gesichtsneuralgie. Als ich die traumatische Szene hervorzurufen versuchte, sah sich die Kranke in eine Zeit großer seelischer Empfindlichkeit gegen ihren Mann versetzt, erzählte von einem Gespräche, das sie mit ihm geführt, von einer Bemerkung seinerseits, die sie als schwere Kränkung aufgefaßt, dann faßte sie sich plötzlich an die Wange, schrie vor Schmerz laut auf und sagte, das war mir wie ein Schlag ins Gesicht. – Damit war aber auch Schmerz und Anfall zu Ende“ (S. 247). Freud fährt fort: „Kein Zweifel, daß es sich hier um eine Symbolisierung gehandelt hatte; sie hatte gefühlt, als ob sie ein Schlag ins Gesicht wirklich bekommen hätte.“ Hier findet sich die ursprüngliche Fassung von der Symbolisierung durch den Körper, die Freud die „Konversion durch Symbolisierung“ nennt. Das Körperzeichen Trigeminusschmerz steht in einer Ähnlichkeitsbeziehung zur verdrängten psychischen Bedeutung, die Verbindung zwischen Zeichen und Gegenstand wird durch die Sprachmetaphorik „Schlag ins Gesicht“ gestiftet.

! Merke: In der Konversion wird konflikthafte seelisches Erleben körperlich-symbolhaft ausgedrückt.

Die Symbolisierung in der Konversion wird als Charakteristikum der hysterischen Symptombildung angesehen; der verdrängte Erlebnisinhalt, der in der Symptombildung wiederkehrt, hat einen ödipalen, infantil-sexuellen Inhalt. Bereits O. Fenichel (1945/1983) hat dieses Konzept der Symbolisierung durch Konversion auf andere, in früheren Entwicklungsabschnitten situierte Konflikte ausgeweitet (sog. prägenitale Konversionsneurosen). Mit Hilfe der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2006) lassen sich heute solche Konflikte klar beschreiben, z.B. als Konflikte zwischen Autarkie und Versorgung(swünschen) und zwischen Dominanz und Unterwerfung.

Auch sie können durch Körpersymptome symbolisch ausgedrückt werden; oft wird dann die beschreibende Diagnose einer somatoformen Störung gestellt. Die Darstellung seelischer Unversorgtheit, z.B. durch ständige dyspeptische Beschwerden, die mit hohem Leidensdruck und appellativ dem Hausarzt immer neu geklagt werden, kann als eine Art primitiver Symbolisierung aufgefasst werden. Das Symptom (die ständig wiederholte Klage von Magenschmerzen) kann Symbolqualität haben. Der seelische Hunger wird durch die dyspeptischen Beschwerden und den drängenden Anspruch auf Hilfe dargestellt.

2.2 Affektäquivalente

Nicht jede Symptombildung entsteht durch Konversion. Schon Freud behauptet anlässlich der o.g. Fallbeschreibung nicht, dass sich die Beschwerden, unter denen Cäcilie leidet, alle auf Symbolisierung zurückführen lassen. Freud beschreibt das erste Auftreten des Gesichtsschmerzes so: Cäcilie habe unter einem schwerwiegenden und unlösbaren Konflikt gelitten, der habe abgewehrt werden müssen. Sie habe zu dieser Zeit gleichzeitig unter leichten, rein organisch bedingten Zahn- und Gesichtsschmerzen im Rahmen einer Schwangerschaft gelitten, beide Schmerzen hätten sich psychisch miteinander verbunden, und so konnte diese Neuralgie in Freuds Worten zum „Merkzeichen einer bestimmten psychischen Erregung“ werden. Es ist die Gleichzeitigkeit, die zeitliche Nachbarschaft, die beide Elemente miteinander verknüpft, so dass später der somatische Schmerz den psychischen Schmerz vertreten bzw. auf ihn hinweisen kann. Das Symptom ist nicht Symbol eines Konfliktes, sondern Anzeichen für ihn, es übernimmt eine indexikalische Funktion. Der Index (lateinisch für Zeigefinger) verweist auf den bezeichneten Gegenstand wie der Zeigefinger auf das Objekt, es ist ein Zeichen im Sinne eines Anzeichens, eines Hinweises, zwischen Zeichen und Bezeichnetem existiert aber keine inhaltliche Verbindung. Freud nennt das „Konversion durch Gleichzeitigkeit“ (a.a.O., S. 248). Die Erkenntnis von der indexikalischen Funktion von Körpersymptomen ist implizit in einigen bedeutenden Konzepten der psychosomatischen Theorie enthalten. Wichtig ist das Modell der Affektäquivalente oder Affektkorrelate, das ebenfalls auf O. Fenichel zurückgeht und vor allem auf somatoforme Störungen anwendbar ist. Normalerweise spüren wir unsere emotionalen Reaktionen ganzheitlich; Emotionen werden körpernah erlebt, d.h., sie sind mit Körperzuständen verknüpft. Das Modell der Affektäquivalente besagt nun, dass bei somatoformen Störungen belastende seelische Ereignisse nicht durch ganzheitliche Affektreaktionen beantwortet werden. Die funktionelle Affektreaktion bleibt erhalten, während die seelischen

Vorstellungen verdrängt werden (Fenichel, 1945/1983). Der Betroffene kann merken, dass „etwas nicht stimmt“, die Körpersymptomatik kann als Anzeichen für eine psychische Belastung, nicht aber als verdichtete Darstellung eines psychischen Konfliktes entziffert werden. Das Modell der Affektäquivalente ist dadurch aktuell, dass die aktuellen Konzepte der Säuglingsforschung, vor allem von D. Stern (1992), es entwicklungspsychologisch gut fundieren; Stern unterscheidet die Affektrepräsentanzen von den sensomotorischen, den Interaktions- und Ereignisrepräsentanzen. Er schreibt den Affekten also eine eigene Repräsentation zu; eine weitere Repräsentanz sorgt für die ganzheitliche Speicherung einer Erlebnissituation, die auch in den ersten Lebensmonaten, also längst vor der Sprachentwicklung, keimhaft intentionale und narrative Strukturen hat; Stern spricht von protonarrativer Hülle, die die ganzheitliche Speicherung besorgt. Das alte Modell der Affektäquivalente müsste für die Somatisierungsstörung dann etwa so umschrieben werden, dass Interaktions-, sensomotorische und interaktive Repräsentanzen sich von einander trennen und in einem zweiten Schritt einander vertreten können.

! **Merke:** Körperliche Funktionsstörungen, z.B. bei somatoformen Störungen, können als Affektkorrelate verdrängter Vorstellungen aufgefasst werden.

2.3 Alexithymie

Das Konversionsmodell wurde in der Frühzeit der psychoanalytischen Psychosomatik unkritisch ausgeweitet. Die grenzenlos werdende Symbolauslegung körperlicher Vorgänge hat die Glaubwürdigkeit der psychoanalytischen Psychosomatik lange beeinträchtigt. Freud selbst hat dieser Gefahr früh entgegen gearbeitet und dem Konversionsmodell das Modell der *Aktualneurose* entgegengesetzt. Sie ist keine Psychoneurose, das heißt, der psychische Konflikt wird nicht seelisch be- und ausgearbeitet, und sie entsteht in der Unmittelbarkeit und Aktualität z.B. einer Triebstauung, die keine Entlastung durch die „spezifische oder adäquate Aktion“ (Freud, 1895, S. 334) findet, so dass die Energie „abnorm verwendet“ wird, nämlich für die Produktion von Körpersymptomen wie Schwindel oder unsinnigen Ängsten. Das Paradigma der Aktualneurose ist also dadurch charakterisiert, dass die Ebene der psychischen Repräsentation und Verarbeitung kurzgeschlossen wird und seelische Belastung sich unmittelbar in Körpersymptome umwandelt. Die neurosen- oder konfliktpsychologische Perspektive hatte ihre offensichtlichen Grenzen; sie setzte voraus, dass das Subjekt über einen ausgebildeten psychischen Apparat verfügt, z.B. auch ein Ich, das zur Verdrängung als strukturierter Abwehrleistung fähig ist. Diese Voraussetzung kann nicht immer gelten. Anhand der Ich-Beteiligung am Krankheitsgeschehen unterscheidet T. von Uexküll (1963) *Ausdruckskrankheiten* (in seinen Worten: aus Motivkonflikten durch Konversion entstanden), *funktionelle Syndrome* (ebenfalls aus Motivkonflikten entstanden, aber ohne vollständige Abwehr und Ich-Abschirmung) und *Bereitstellungskrankheiten*, bei denen der Affekt ohne Ich-Vermittlung – in seinen Worten: ohne adäquate Motive – zu einer andauernden körperlichen Bereitstellungsreaktion führt, die selber krank macht.

Dieses Modell einer somatischen Reaktion aufgrund einer Unfähigkeit zur psychischen Repräsentation von Erfahrungen führt später zum Modell der Alexithymie. Die offensichtlichen Defizite psychosomatischer Patienten, in der Situation des klinischen Gesprächs ihre Selbst- und Fremdbilder affektiv und differenziert zu beschreiben, die „Desaffektation“ (McDougall, 1985), die *Normorientiertheit* und Entsubjektivierung ihrer Schilderung legten es nahe, Strukturpathologien und Ich-Einschränkungen psychosomatischer Patienten zu untersuchen. P. Sifneos (1975) hat die Armut des Gefühlsausdrucks als *Alexithymie* bezeichnet, P. Marty (1963) stellte das ausschließlich technisch-rationale Denken (*pensée opératoire*) in den Mittelpunkt, in dem die Patienten nur äußere Handlungszusammenhänge, nicht aber innere Haltungen und Betroffenheiten beschreiben.

! **Merke:** Mit Alexithymie wird eine Einschränkung der Ich-Leistungen mancher psychosomatischer Patienten beschrieben, die es schwer haben, ihr persönliches Erleben differenziert darzustellen.

Mit dem Alexithymiemodell ist ein Repräsentationsdefizit somatisierender Patienten angesprochen. Das Symptom hat weder symbolische noch indexikalische Funktion, sondern ist bedeutungslos und markiert lediglich eine Leerstelle im Kontext der seelischen Verarbeitungskapazitäten. Allerdings ist die Schlussfolgerung, letztendlich einen biologischen Mangel als Grund des alexithymen Sprachverhaltens anzunehmen, nicht zwingend. Alexithyme Pathologie kann auch als – allerdings archaischer – Abwehrvorgang begriffen werden. Die Unfähigkeit zur Repräsentation von Erfahrungen resultiert in diesem Modell aus einer Zerstörung von Repräsentation, die wiederum immer noch eine psychische Leistung, nicht nur ein Defizit ist.

Dieses Konzept einer Zerstörung repräsentierender Funktionen ist vor allem bei der psychodynamischen Erforschung von Psychosen entwickelt worden. Vor allem W.R. Bion (z.B. 1962) hat frühzeitig die Notwendigkeit erkannt, eine psychoanalytische Theorie der Repräsentation zu erstellen, die er „Theorie des Denkens“ nennt. Bion hat in einer eigenen, z.T. eigenwilligen Sprache beschrieben, wie psychische Repräsentanz entsteht. Bion unterscheidet (bewusste und unbewusste) psychische Erfahrungen, die in einen psychischen Symbolzusammenhang integriert werden, die also seelisch verarbeitet, psychisch „verdaut“ werden (sog. Alpha-Elemente), von unverdauten, nicht integrierbaren psychischen Erfahrungen, die nicht in einen Symbolzusammenhang eingelassen werden können (sog. Beta-Elemente). Es sind psychisch isoliert bleibende, nicht weiter verarbeitbare Affektzustände und panikartig besetzte Vorstellungen, denen bestimmte Eigenschaften von unbewussten Symbolen im neurosenpsychologischen Sinne fehlen, z.B. das Gefühl, dass sie selbst erschaffen worden sind. Sie bleiben Fremdkörper des eigenen Erlebens, sie sind nicht mit einer A's-ob-Qualität ausgestattet, die es erlaubt, Symbole als Bestandteil des eigenen Innenlebens zu erkennen. Ihnen fehlt auch überhaupt der Zeichencharakter in dem Sinne, dass es hier eine Unterscheidungsmöglichkeit zwischen dem Symbol und dem Objekt geben könnte. Von den nicht integrierbaren psychischen Erfahrungen, den Beta-Elementen, geben Wahnideen oder Halluzinationen von schizophrenen kranken Patienten eine plastische Anschau-

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

ung. Alexithym erscheinende psychosomatisch kranke Patienten wehren solche archaischen Erfahrungen gerade dadurch ab, dass sie Erfahrungen nicht mehr repräsentieren. Die aktive Vernichtung von Repräsentationen wurde von einigen Autoren (z.B. J. McDougall) als Verwerfung bezeichnet.

J. McDougall geht von schwersten entwicklungspsychologischen Belastungen später psychosomatisch reagierender Patienten aus. Sie nimmt an, dass die frühen Ängste des Kindes vor dem Verschlungen-werden von einer übermächtigen Mutter, durch das Fehlen des Dritten, in der Regel des Vaters oder der Geschwister, bei später psychosomatisch reagierenden Patienten nicht relativiert und bewältigt werden. Es gibt kein Verlangen der Mutter nach dem Vater; stattdessen wird das Kind von der Mutter überbesetzt, es wird benötigt, um die Mutter narzisstisch zu reparieren und narzisstische Defizite der Mutter auszugleichen. Die bei manchen psychosomatischen Patienten so auffallenden Trennungsängste verweisen auf diese Defizite in der Bindung an mehrere wichtige Bezugspersonen. Diese archaischen Ängste psychosomatischer Patienten gleichen im Kern denen von psychotischen Patienten. Sie werden allerdings ganz anders abgewehrt. Der psychotische Patient versucht, Zusammenhänge zwischen den Repräsentanzen seiner seelischen Innenwelt zu lösen und diese Repräsentanzen nach außen zu verlagern, um sich im Wahn ihrer zu entledigen. Der psychosomatische Patient hingegen projiziert die angsterregenden isolierten Repräsentationen (Beta-Elemente) nicht in die Außenwelt, sondern verwirft sie. Zum Schutz gegen die Wiederkehr der Objektbeziehungen errichten alexithym reagierende psychosomatische Patienten nach McDougall einen sterilen Raum, einen Raum der Leere, die im Kontakt als Alexithymie erscheint, und die Schutzraum gegen die übermächtigen Objekte ist. Die verschiedenen Repräsentanzen werden „einfach aus der Kette der Symbolisierungen ausgeschlossen, jede Besetzung von ihnen restlos abgezogen“ (McDougall, 1985, S. 370). Die Folge dieses Ausschlusses aus der symbolischen Ordnung ist, dass die archaischen Affekte, nun ganz im Sinne der Aktualneurose, über den Körper abgeführt werden, der organisch erkrankt. Der Patient versucht also, die Monster, die Beta-Elemente, zu verlieren, indem er sie verleugnet. Im Beharren darauf, dass es nur eine Realität und keine Phantasie, die diese Realität relativieren könnte, gibt, in der Annahme, dass es keine zwischenmenschlichen Unterschiede der Erfahrungen und der Perspektiven gibt, sucht er die Erfahrung der angsterregenden isolierten Repräsentationen, der Beta-Elemente, zu entgehen.

! **Merke:** Alexithymie muss nicht als Defizit der Persönlichkeit, sie kann auch als Abwehrvorgang verstanden werden.

2.4 Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung

Die Objektbeziehungstheorie ermöglicht es, die unbewussten Objektvorstellungen zu untersuchen, und dies ist besonders fruchtbar dort, wo Selbst- und Objektbilder einerseits verändert, andererseits verlagert, z.B. projiziert werden. Bei schweren Persönlichkeitsstörungen, z.B. vom Borderline-Typ, werden Selbst- und Objektvorstellungen in meist oppositionelle dichotome Bilder

gespalten. Auf diese Weise wird eine bedrohliche, verwirrende Beziehungswelt vereinfacht und übersichtlich gemacht, an die Stelle vielfältiger Differenzierung der Selbstvorstellung und an die Stelle abgeschatteter Fremdbilder treten polare Schwarz-Weiß-Bilder. Da sich auf diese Weise Eigenschaften, z.B. gute und schlechte, nicht mehr vermischen, werden gute Beziehungen bewahrt, die sonst wegen der Dominanz destruktiver Phantasien gefährdet würden. Für die Psychosomatik relevant ist nun, dass die abgespaltenen Selbst- und Objektbilder auf den Körper projiziert werden können. Es entsteht ein Körperdialog; ein Teil des Körpers oder der ganze Körper wird „objektalisiert“, d.h. wie ein Objekt behandelt, und dieser Teil übernimmt in der Phantasie des Kranken Eigenschaften des Objektes. Diese Projektion auf den Körper ist für die Dynamik von zwei Beschwerdebildern besonders wichtig, nämlich die der hypochondrischen Störung und der von selbstverletzendem Verhalten.

Der *hypochondrische Patient* erlebt seinen krank gewählten oder sorgenvoll überwachten Körper(teil) wie ein Objekt. Er geht mit ihm um wie mit einer Bezugsperson seiner Phantasie, so dass ein „Körperdialog“ entsteht, der wichtige Beziehungserfahrungen des Patienten versteckt ausdrückt. So kann die starke Hinwendung hypochondrischer Patienten auf den eigenen Körper so verstanden werden, dass dem erkrankten Körperteil die Zuneigung und Liebe entgegengebracht wird, die der Patient gern für sich beanspruchen würde, die er aber nicht beanspruchen zu können meint, sei es, dass er sie als unerfüllbar oder als unmäßig betrachtet. In der hypochondrischen Thematik sind in diesem Fall Versorgungswünsche aufgehoben. Der Umgang mit dem eigenen Körper kann aber auch bei hypochondrischen Störungen einen gleichsam hasserfüllten Körperdialog anzeigen. Der Körper wird unter Umständen durch unsinnig wiederholte diagnostische Eingriffe zahlreichen Misshandlungen ausgesetzt. Dann könnte ein zentrales Thema des Patienten sein, dass Hassimpulse, die gegen andere nicht geäußert werden dürfen, am eigenen Körper ausgelebt werden. Die therapeutische Konsequenz ist es hier also, auf die destruktiven Beziehungs- und Erlebnisformen hypochondrischer Patienten zu achten und sie zu bearbeiten. Sie können ihre Wurzeln in lebensgeschichtlich erlebter Destruktivität haben.

Klinisch immer wichtiger für die psychosomatische Medizin wird das *selbstverletzende Verhalten*, das viele Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigen, bei denen die Impulskontrolle eingeschränkt ist. Die Motivation zur Selbstschädigung ist vielgestaltig; sie kann auch – obgleich dies überraschend und paradox klingt – selbstbewahrende Züge annehmen. Dieser Aspekt wird im nächsten Abschnitt dargestellt. Andererseits kann die Selbstverletzung, wie bereits K. Menninger (1938/1974) dies ausdrückte, ein „fokaler Selbstmord“ sein, eine Attacke gegen das eigene Körperselbst. Das Selbst ist in dem Selbstverletzungsverhalten zweigeteilt. Der eine Anteil der Person beschädigt den anderen. Dabei kann der aktiv schädigende Anteil unbewusst mit einem inneren Objekt verbunden sein, das als strafend, sadistisch, grausam erlebt worden ist, und der geschädigte Körperteil repräsentiert das diesen Angriffen schutzlos ausgelieferte Selbst. Aber es kann auch andersherum sein; dann ist der aktive Anteil der aggressive Selbstanteil, der sich gegen ein Objekt richtet, das durch einen Anteil des eigenen Körpers

repräsentiert ist. Der funktionale Sinn dieser am eigenen Körper verdeckt ausgetragenen Beziehungserfahrungen liegt darin, die realen äußeren Beziehungen vor allzu großen Ansprüchen, vor allem aber vor allzu destruktiven Angriffen zu bewahren. Die realen Beziehungen werden auf Kosten der Beziehung zum eigenen Körper emotional entlastet und damit gesichert.

! Merke: Die Objektbeziehungstheorie ermöglicht es, den Umgang mit dem eigenen Körper als versteckte Beziehungsinszenierung zu verstehen.

Grenzen zusammenfällt; das Ich wird zunächst als körperlich angesehen. In präpsychotischen oder psychotischen Zuständen und in anderen psychischen Verfassungen, in denen das Selbstkohärenzerleben bedroht ist, immer dann also, wenn das Erleben der Ich-Grenzen fragil wird und Selbst- und Objektbilder zu verschwimmen drohen, soll die Markierung der Körpergrenzen durch das (selbst zugefügte) Schmerzerleben das Erleben der Ich-Grenzen wiederherstellen.

! Merke: Selbst zugefügte körperliche Leiden können auch protektive Funktionen haben und die Selbstkohäsion fördern.

2.5 Körpersymptom und Selbstkohärenz

Sowohl die hypochondrischen Störungen als auch selbstverletzendes Verhalten können aber auch als Beispiele für die Bedeutung des selbstpsychologischen Zugangs zum Verständnis von Körpersymptomen dienen. Die erhöhte Aufmerksamkeitszentrierung auf den Körper oder die körperliche Symptomatik dient der Steigerung des Körpererlebens, damit des Selbst- oder Ich-Erlebens, das in der lebensgeschichtlichen Entwicklung anfänglich ein körperliches Erleben gewesen ist. Auf dem Umweg einer vermehrten Besetzung des eigenen Körpers kann so ein intensiviertes Selbstgefühl entstehen. Dies ist wichtig bei all jenen psychopathologischen Störungen, die mit einer Bedrohung des Selbstgefühls einhergehen.

Bei Patienten, die unter einer Identitätsdiffusion leiden, wie sie für Borderline-Patienten typisch ist, kann die (z.B. hypochondrische) Hinwendung auf den eigenen Körper einen Versuch darstellen, die Selbstkohärenz wiederherzustellen. Die erhöhte Aufmerksamkeitszentrierung auf den Körper intensiviert das eigene Selbsterleben. Bei identitätsgefährdeten Patienten kann z.B. in der hypochondrischen Symptombildung ein Selbstheilungsvorgang gesehen werden. Die drohende Fragmentierung des eigenen Selbstbilds kann durch die Überbesetzung des eigenen Körpers aufgefangen werden.

Menschen, die sich selbst schneiden oder brennen, tun dies aus mehreren Motiven, die unter selbstpsychologischen Gesichtspunkten verständlich zu machen sind:

- Selbstverletzungsverhalten als Reaktion auf dissoziative Erlebnisse

In der Dissoziation wird die Einheitlichkeit des bewussten Erlebens zerrissen; die dissoziativen Phänomene schränken den kommunikativen und Handlungsspielraum sehr ein und können als ausgesprochen quälend erlebt werden. Selbstverletzungen stellen starke körperliche Reize dar, die geeignet sind, die Besetzungen auf einen Punkt, nämlich das Erleben körperlichen Schmerzes, zu versammeln und so die Dissoziation des Bewusstseins durch eine Vereinheitlichung des Erlebens aufzuheben.

- Selbstverletzungsverhalten als Unterstützung des Erlebens der Selbstgrenzen

Freud hat zu Recht darauf hingewiesen, dass das Selbst-, für Freud: das Ich-Erleben anfänglich mit dem Erleben der Körper-

Das Denken in Modellen und die Aufgabe von Spezifitätsannahmen

Immer wieder war im Verlauf der Wissenschaftsgeschichte der psychoanalytischen Psychosomatik die Versuchung groß, eine neue Erkenntnis für die Lösung aller psychosomatischen Grundsatzzfragen zu halten. Vor allem der konflikt- und später auch der ichpsychologische Ansatz wurden dementsprechend als ein Schlüssel zum spezifischen Verständnis des psychosomatischen Problems (miss)verstanden. Diese hartnäckige Insistenz auf Spezifitätskonzepten, die das psychosomatische Phänomen mit einem Schlag erklären könnten, wurde in einer mühsamen Trauerarbeit, aber schließlich doch erfolgreich korrigiert (Küchenhoff, 1994). Die engen Spezifitätskonzepte werden abgelöst durch ein Projekt, das ich „konstellative Psychosomatik“ genannt habe und das unter Verzicht auf die globale Spezifitätsfrage Spezifitätsmodelle in einem kleineren Umfang entwickelt und überprüft. Die klinische Psychosomatik kann von den o.g. Modellen profitieren und prüfen, welches Modell im Einzelfall am besten geeignet ist, die Erkrankung eines Patienten zu verstehen und die adäquaten Therapieschritte einzuleiten.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Die Behandlung psychosomatisch kranker Menschen hat die psychoanalytischen Therapiemethoden ebenso bereichert wie umgekehrt die Psychosomatik von der Psychoanalyse profitiert hat. In der Psychotherapie körperlich kranker Menschen muss eine Vielzahl therapeutischer Bedingungen berücksichtigt werden:

- der körperliche Zustand der Patienten
- die somatopsychischen Veränderungen, also die Krankheitsauswirkungen auf das Befinden
- die Persönlichkeitsstruktur, und damit die ichfunktionalen Voraussetzungen der Patienten für eine Psychotherapie
- die Psychodynamik des Körpersymptoms

Schwere akute Krankheit kann eine aufdeckende oder konfrontative Psychotherapie im engeren Sinne ausschließen, weil die Belastbarkeit der Patienten reduziert ist. Dies gilt nicht für eine stützende psychotherapeutische Begleitung, die in der Regel im Rahmen der ärztlichen psychosomatischen Grundversorgung erfolgen kann. Sie kann gerade in den gravierendsten Krankheitsphasen angezeigt sein. Zu warnen ist jedenfalls nachdrücklich vor dem Reflex, akut kranke Menschen für zu krank für ein psychotherapeutisches Gespräch zu halten. Gerade für Menschen, die es sonst gewohnt sind, nicht auf die eigene Befind-

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

lichkeit zu achten, kann eine Ausnahmesituation, wie sie durch akute Krankheit vorgegeben ist, ein therapeutisches Fenster darstellen, d.h. eine Zeit, in der freimütiger als üblich über Persönliches gesprochen werden kann.

Die somatopsychischen Wirkmechanismen zu berücksichtigen ist für jede Psychotherapie mit körperlich kranken Menschen wesentlich. Ansonsten besteht die Gefahr, dass seelische Besonderheiten vorschnell der Persönlichkeitsstruktur und gewachsenen Lebenserfahrungen zugeschrieben werden. Psychotherapie mit körperlich kranken Menschen kann heute in keinem Fall „körperlose Seelenmedizin“ sein, die in Frontstellung zur „seelenlosen Körpermedizin“ (von Uexküll) betrieben wird.

! **Merke:** Zur einer vollständigen psychosomatischen Betrachtungsweise gehört es, die somatopsychischen Rückwirkungen körperlicher Krankheit zu verstehen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit psychosomatisch kranken Menschen muss sich sodann nach den Möglichkeiten der Persönlichkeitsstruktur richten, Affekte wahrzunehmen, zu verarbeiten, Selbst- und Objektvorstellungen differenziert zu entwickeln, mit anderen zu kommunizieren und sich in einem therapeutischen Prozess zu binden. Spezifischer muss die Psychodynamik des Körpersymptoms, wie sie im theoretischen Teil beschrieben wurde, therapeutisch berücksichtigt werden.

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über diese Dimensionen. Sie unterscheidet zusätzlich zwischen den therapeutischen Zielen und den Techniken für ihre praktische Umsetzung. Diese Unterscheidung ist gerade für die psychoanalytische Psychosomatik wichtig. Während sich die Planung der Therapieziele eng an psychoanalytische Konzepte anlehnen kann, weil diese für Therapieplanung und -durchführung gut geeignet sind, muss die konkrete Technik der Psychotherapie wie immer im Umgang mit somatisierenden Patienten flexibel sein. Gerade diese Kreativität in der Entwicklung neuer und patientenadäquater Settings macht den Reiz der Psychotherapie mit psychosomatisch kranken Menschen aus.

Die Tabelle dient der übersichtlichen Darstellung verschiedener Verfahren. Sie darf nicht als strikte, exklusive Zuordnung der Dimensionen aufgefasst werden. Es werden lediglich wichtige Konstellationen einander zugeordnet und damit Schwerpunkte gebildet, indes aber keine spezifischen Verbindungen von Struktur, Körperdynamik und therapeutischem Vorgehen postuliert.

3.1 Konversion: Therapeutische Ziele und Techniken

Die Behandlung der Konversion kann als die Domäne psychoanalytischer Therapie im eigentlichen Sinne gelten. Die unbewusste Dynamik der Körperinszenierung erschließt sich nur auf dem Wege einer intensiven therapeutischen Beziehungsarbeit, innerhalb derer unbewusste Szenen identifiziert und verstanden werden können, die mit der Körpersymptomatik verknüpft werden können. Das Setting kann dabei variabel sein, die Behand-

Tabelle 3: Strukturelle Voraussetzungen psychosomatischer Störungen und ihre psychotherapeutischen Konsequenzen

Strukturelle Voraussetzungen	Dynamik des Körpersymptoms	Therapeutische Ziele	Techniken
gut oder mäßig integrierte Struktur	Konversion	Aufdecken der unbewussten Trieb-Abwehr-Dynamik	psychodynamisches Setting mit Übertragungsbearbeitung und Deutung
		Bearbeiten des sekundären Krankheitsgewinns	s.o.; Arbeit am therapeutischen Rahmen, der den sekundären Krankheitsgewinn nicht fördern darf
	Affektäquivalent	Schambearbeitung im Gesundheitsprozess Förderung der Introspektion Förderung von Krankheitseinsicht	Hilfestellungen bei der Symptomaufgabe wiederholte Bearbeitung von Auslösesituationen, Förderung der Affektwahrnehmung Erweiterung (nicht Widerlegung!) der subjektiven Krankheitsüberzeugungen
gering integrierte Struktur	Beziehungsinszenierung am Körper	Konfliktbearbeitung	s. unter Konversion
		Aufhebung von Spaltung	Bewusstmachen des Körperdialogs
	Regulierung des Selbst-erlebens	Förderung der Nähe-Distanz-Regulierung Verstehen der Symptomatik und Hilfe zur Spannungsregulierung	Integration vor allem negativer Affekte in die therapeutische Beziehung Arbeit am therapeutischen Rahmen Identifizierung der Identitätsstörung
gering integrierte und desintegrierte Struktur	Defizite an psychischer Repräsentation von Erfahrungen	Schutz vor Überwältigung durch Affekte	positive Bewertung der Selbstverletzung psychosomatische Brückentherapien (Kreativtherapien) Verbesserung des Körpererlebens
		Förderung der Affektwahrnehmung und -verarbeitung Ermöglichen von Übergangserfahrungen	Containing in der therapeutischen Beziehung

lung wird vornehmlich in der konventionellen therapeutischen Zweierbeziehung stattfinden, kann aber auch in teilstationären oder vollstationären Psychotherapiesettings angeboten werden.

Die Indikation zur aufdeckenden psychoanalytischen Therapie wird nicht aufgrund der Symptondiagnose gestellt. Nicht jede hysterische Konversion ist auf diesem Weg behandelbar; ebenso wenig ist es ausgeschlossen, bei schweren organdestrutiven Störungen an eine psychoanalytische Therapie im eigentlichen Sinne zu denken, dann nämlich, wenn die Ich-Stärke der Patienten und die Bereitschaft und Ausdauer des Therapeuten es zulassen, sich den archaischen Affekten zu stellen, die in einer solchen Analyse zu verarbeiten sind.

Klinisches Beispiel

Frau C. litt an Asthma bronchiale und Colitis ulcerosa, außerdem an der Unfähigkeit, stabile Partnerschaften einzugehen. Beziehungen scheiterten immer, wenn sie den Versuch machte, mit einem Partner zusammenzuziehen. Sie musste immer dann mit überfallartig auftretenden Einsamkeitsängsten fertig werden, die ab und zu zu unkontrollierten Affektausbrüchen dem Partner gegenüber führten.

Als die analytische Beziehung enger wurde, litt die Patientin unter schweren Zornesausbrüchen, sie beschuldigte den Therapeuten, er habe sie in Therapie genommen, um sie gefügig zu machen, um sie zu unterwerfen und zu erniedrigen. In diesem Kontext lebten die initial abgeflauten somatischen Symptome wieder auf, aber in einer situativ an die Übertragung gebundene Form. Die Patientin hatte wieder Durchfälle, aber nur unmittelbar vor den Therapiestunden; sie ließen sich als somatisierte Schreie verstehen, gleichsam als drückten sie aus, „wenn ich den Therapeuten liebe, nützt er meine Zuneigung für sein eigenes Begehren aus und macht mich für seine Zwecke mit Gewalt gefügig“. Die Durchfälle symbolisierten die Angst der Patientin, in der Beziehung zum Therapeuten die Kontrolle zu verlieren, beschämt und ausgenommen zu werden. Erst jetzt wurden die destruktiven Übertragungsmuster deutlich, die sich biografisch zurückverfolgen ließen.

Mit dieser schwer psychosomatisch kranken Patientin war eine Analyse durchaus möglich, vor allem deshalb, weil die Patientin über viele Bereiche hoher Ich-Stärke verfügte, ungewöhnlich klug und sehr introspektionsfähig war. Eine Besonderheit lag in der Heftigkeit der in der Übertragung mobilisierten aggressiven Affekte, eine therapeutische Belastung, nicht aber eine prinzipielle Hürde.

Es reicht freilich nicht aus, bei hysterischen Konversionsstörungen den unbewussten Sinn der Symptomatik aufzudecken und dann auf den Heilungsprozess zu vertrauen. Hier – und nicht nur hier, sondern auch in anderen Bereichen psychosomatischer Therapie – muss zweierlei beachtet werden:

• Der sekundäre Krankheitsgewinn und seine psychotherapeutische Bedeutung

Die körperliche Krankheit, die durch Konversion entsteht, hat nicht nur einen hohen primären, sondern u.U. auch einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn. Die Tatsache, als körperlich kranker Mensch zu gelten, entlastet von vielen familiären, beruflichen und anderen Verpflichtungen. Besonders pro-

blematisch wird es dann, wenn die Therapie selbst unter dem Diktat eines sekundären Krankheitsgewinnes steht. Jeder Hausarzt kennt das Problem der Wiederholungsuntersuchungen bei somatisierenden Patienten, die z.B. einen unbewussten Versorgungswunsch befriedigen können, ohne dem Patienten in irgendeiner Weise zu helfen. Dass solche sekundären Krankheitsgewinne auch im Rahmen der Psychotherapie auftreten können, wird oft übersehen. Wenn Sonderstunden, verlängerte Sitzungszeiten etc. nach Maßgabe des körperlichen Leidens erfolgen, wird es für manche Patienten schwer sein, auf diese verdeckte, aber massive Befriedigung regressiver Wünsche zu verzichten.

• Die Aufgabe des Symptoms und das Schamproblem als therapeutische Aufgabe

Eine Konversionsdynamik hat ihren guten Sinn darin, dass das Leiden auf den Körper verlagert und damit in einer Gesellschaft, die körperliches vor psychischem Leiden privilegiert, leichter akzeptabel ist. Die Abwertung seelischen Leidens spielt für die psychosozialen Zusammenhänge vieler Patienten eine große Rolle. Die Aufdeckung der seelischen Wurzeln schweren körperlichen Leidens kommt damit einer Selbstentlarvung nahe; die Patienten fürchten den Vorwurf der anderen (oft ein projizierter Selbstvorwurf), etwas vorgetäuscht zu haben, einen Konflikt dramatisiert zu haben, das Mitgefühl anderer erschlichen zu haben etc. Deshalb gehört in der Behandlung der Konversionsstörung die symptombezogene Therapie oft zur Psychotherapie. Einem an einer psychogenen Lähmung leidenden Patienten neben der Psychotherapie eine Krankengymnastik zu verordnen, kann über die Wahrnehmung der körperlichen Funktionstüchtigkeit hinaus eine psychosozial akzeptable Brücke sein, auf der die Patienten den Weg zur Gesundheit beschreiten können.

! **Merke:** Die Behandlung von Konversionsstörungen kann durch den sekundären Krankheitsgewinn und durch Schamängste erschwert sein.

3.2 Affektäquivalente: Therapeutische Ziele und Techniken

Vorwiegend bei Patienten mit den weit verbreiteten somatoformen Störungen ist das Modell der Affektäquivalente nützlich. Um die somatisch fixierten Krankheitsüberzeugungen zu flexibilisieren, sind vor allem beim Beginn der Therapie folgende Maßnahmen wichtig:

- Die Diagnose muss schnell und richtig gestellt werden.
- Die Patienten müssen, wenn die Diagnose gestellt ist, rasch für eine psychotherapeutische Abklärung gewonnen werden.
- Diese Motivationsarbeit wird immer schwerer, je mehr Zusatzuntersuchungen, vor allem eingreifende medizinische Wiederholungsuntersuchungen zur letzten und allerletzten Absicherung getätigt werden.
- Die psychotherapeutische Behandlung beginnt mit der klaren Aufklärung über die Natur des Krankheitsbildes, nicht als Bloßstellung, sondern als Beruhigung einerseits, als Anregung, psychische Konflikte oder Belastungen ernst zu nehmen und zu ergründen, andererseits (vgl. Henningsen et al., 2002).

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

Es gibt mittlerweile gut eingeführte Verfahren der psychoanalytischen Beratung oder der psychoanalytischen Kurztherapie, die sehr hilfreich sind und kostengünstig eingesetzt werden können (Küchenhoff, 2005). Der Arbeitsgruppe um F. Creed z.B. sind gründliche und empirisch gut fundierte Studien zur Therapie des *irritable bowel syndrome* zu verdanken (Guthrie, Creed et al., 1993). Psychodynamische Kurzzeitverfahren sind hier auch nach strengen empirischen Standards effektiv gewesen. – Entscheidend wichtig für jedes Psychotherapieverfahren mit somatoform erkrankten Patienten ist die Identifizierung des Grundkonfliktes, die den Patienten von der seelischen Dimension der Beschwerden zu überzeugen vermag.

! Merke: In der Behandlung somatoformer Störungen sind Wiederholungsuntersuchungen, die medizinisch nicht begründet sind, strikt zu vermeiden.

Klinisches Beispiel

Frau F. war 5 Jahre lang bei Kieferorthopäden in ergebnisloser Behandlung wegen einer Arthromyopathie, wegen schmerzhafter Gelenk- und Muskelbeschwerden im Kiefergelenkbereich. Im Verlaufe von nur 5 Gesprächen war es möglich, eine sie sehr belastende Ehesituation zu besprechen, die sie klaglos, gleichsam mit zusammengebissenen Zähnen ertrug, und dieses wehrlose Ertragen war aus ihrer Biografie verständlich zu machen. Sie lernte, wie sie sich mehr Raum nehmen konnte bzw. was sie hinderte, vor allem ihrem Ehemann gegenüber fordernder und konfrontativer aufzutreten. Sie beendete in symptomatisch gut gebesserem Zustand die Kurztherapie.

Es gibt eine wichtige Komplikation in der psychotherapeutischen Behandlung dieser Patientengruppe im Vergleich zu anderen Patienten mit neurotischer Organisation. Es braucht einige Zeit, zum Verständnis der Symptomatik durchzudringen, weil die Ursachenattribution somatogen ist. Es macht einen Unterschied, ob die Symptomatik im seelischen Erleben auftritt und damit der seelischen Bearbeitung leichter zugänglich ist oder ob die Körperfunktionen betroffen sind. Die Verständigung über ein solches Somatisierungssymptom ist wesentlich schwieriger.

Klinisches Beispiel

Frau S. war wegen vielfältiger funktioneller und Arbeitsstörungen in die Psychotherapie gekommen. Sie lebt im Alter von 25 Jahren seit einigen Jahren in einer eigenen Wohnung, ist aber äußerlich wie innerlich noch immer sehr eng und ambivalent an ihre Eltern gebunden. Diese ermöglichen ihr materiell alles, dennoch bleibt gerade diese materielle Verwöhnung ein Problem; ihre Mutter stellt sich ihr als das permanente Opfer der Familie dar, so dass Frau S. bei jedem Lösungsschritt ein sehr schlechtes Gewissen zurückbehält. Sie entwickelt heftige Durchfälle im Sinne von funktionellen Unterbauchbeschwerden, und zwar immer dann, wenn sie die Möglichkeit hätte, sich zu lösen, z.B. wenn sie eine Reise unternimmt, aber auch wenn sie sich mit den Eltern aggressiv auseinandersetzen könnte. Die Durchfälle ließen sich in der Therapie wie ein Affektäquivalent verstehen, sie verwiesen auf eine Abgrenzungsproblematik, auf einen Konflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie, die (Lösungs-)Aggression wird nur

als Durchfall ausgedrückt, der zugleich die Impulse zur Loslösung konterkariert: Wenn es Frau S. körperlich schlecht geht, geht sie nach Hause zurück und wohnt nicht mehr in ihrer Wohnung, sondern im Haus der Eltern. – Die Verständigung darüber war schwer. Frau S. war lange der Überzeugung, dass allein eine Laktoseintoleranz oder ein viraler Infekt für die immer wiederkehrenden Beschwerden verantwortlich war. Es ließ sich nicht mit einem Mal, nur anhand einer Durchfallepisode, sondern nur anhand der sich im Laufe eines Therapiejahres unabweislich wiederholenden Verknüpfung von Abgrenzungswünschen, Hassgefühlen und Durchfall dieser Zusammenhang allmählich eröffnen (Technik einer wiederholten Bearbeitung der Auslösesituationen).

Ein Grundprinzip der psychoanalytischen Psychotherapie mit Patienten, die chronifizierte Somatisierungsstörungen haben, ist die Unterstützung der *Affektwahrnehmung und -regulation*. Wie ist es praktisch umsetzbar?

• Die Durcharbeitung der Affekte in der therapeutischen Beziehung

Wenn somatisierende Patienten sich überhaupt darauf einlassen können, therapeutische Hilfe anzunehmen, bringen sie ihre Gefühlswelt in die therapeutische Beziehung mit, und dort können die Gefühle benannt werden. Oft genug allerdings können sie diese weder benennen noch selbst wahrnehmen. Hier ist die Gegenübertragung des Therapeuten das entscheidende Instrument, um Gefühle zu erkennen und aufzugreifen. Die Gegenübertragung hilft, aus der Monotonie eines therapeutischen Gespräches z.B. herauszuhören, dass der Patient sich durch sie vor einem als übermächtig und überwältigend erlebten Anderen schützen muss. In diesem Fall könnte die Gegenübertragung so aussehen, dass der Therapeut auf die manifeste affektive Monotonie des Gespräches mit einer – für ihn selbst höchst ungewohnt und heftigen – Ablehnung reagiert oder die Phantasie bekommt, er wolle dem Patienten lieber als mit Worten mit allen möglichen medizinischen Instrumenten zu Leibe rücken. Hier könnte es sich um eine komplementäre Gegenübertragung (Racker, 1960/1982) handeln, die den Therapeuten in die Position des Anderen, also hier des bedrohlichen Objektes, stellt, so dass die Objektbeziehung in der Übertragung erlebbar wird. – Das Grundprinzip ist es also, die Affekte des Patienten zu erspüren, wobei es sekundär ist, wo sie aufgesucht werden, am leichtesten ist dies aber in der emotionalen Nähe der therapeutischen Beziehung.

• Die Körperbeschwerde als der affektive Fokus der Patienten

Der andere Ort, an dem die Affekte von Patienten mit Somatisierungsstörungen aufbewahrt sind, sind oft die Körperklagen selbst und nicht die therapeutische Beziehung. Geht es also um die Affektbearbeitung, dann müssen die Körperbeschwerden als *das* mögliche Angebot ernst genommen werden. Was uns der Patient über seinen Körper mitteilt, kann dann zum Ausgangspunkt genommen werden, um über sein Erleben zu sprechen.

! Merke: Bei chronischen somatoformen Störungen muss die Körperklage des Patienten validiert und als die dem Patienten mögliche affektive Äußerung ernst genommen werden.

3.3 Beziehungsinszenierung am Körper: Therapeutische Ziele und Techniken

Der nächste Gesichtspunkt schließt sich hier unmittelbar an. Oben war beschrieben worden (2.4), dass bei gering integrierter psychischer Struktur, z.B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Spaltungsprozesse und Projektionen eine Rolle spielen können. Gerade wenn emotionale Erregungen und destruktive Impulse aus der (realen) Beziehung herausgehalten werden sollen, können diese auf das Verhältnis zum eigenen Körper, auf den Umgang mit dem eigenen Körper umgeleitet werden, durch den eine Beziehungsfacette ausgedrückt und ausgelebt wird, in einem „Körperdialog“.

Klinisches Beispiel

Frau R. leidet unter chronischen Unterleibsbeschwerden mit ausgeprägten Beckenschmerzen. Dabei klagt sie eigentlich nicht, sondern beschimpft ihren Unterleib geradezu, die Maßnahmen, die sie zur Schmerzlinderung ergreift, sind in keiner Weise fürsorglich, sondern gleichen eher Selbstbeschädigungsattacken, sie nimmt wiederholt zu heiße Bäder, schlägt sich gegen den Bauch auf der Höhe der Gebärmutter etc. Sie ist bereits mehrfach diagnostisch laparotomiert worden, sie hat ihre jeweiligen Gynäkologen rasch zu einer invasiven Diagnostik, d.h. zu einer „Strafaktion“ verführt. Bei dieser Patientin bestand ein masochistisches Beziehungserleben auf dem Boden einer durch Missbrauch traumatisierten Kindheit.

Wie gestaltet sich der therapeutische Umgang mit einem solchen Körperdialog? Am wichtigsten ist, dass die Entzifferung einer Objektbeziehung im Körperdialog ein neues Verständnis für die Aktionen eines sich selbst verletzenden oder hypochondrischen Patienten gestattet. Dieses Verständnis ist für die Steuerung der Gegenübertragung wichtig, die bei diesen Patienten leicht aggressiv entgleisen kann. Der Nutzen für die Therapie liegt zunächst nicht in einer spezifischen Technik, sondern in der Stabilisierung der therapeutischen Beziehung.

Die Perspektive „Körperdialog“ kann als heuristisches Prinzip eingesetzt werden, um bislang unerkannte Objektbeziehungsanteile zu identifizieren. Konkret läuft dies oft darauf hinaus, den Patienten in seinen destruktiven Phantasien besser kennen zu lernen. Als therapeutische Konsequenzen ergeben sich daraus die Beachtung, das Ansprechen und Durcharbeiten aggressionsvermeidender Tendenzen von Beziehungen und die Förderung einer nicht in Schwarz-Weiß-Schemata verharrenden Sicht von anderen.

! **Merke:** Der Umgang mit dem eigenen Körper als „Körperdialog“ zu verstehen kann wertvolle therapeutische Fenster eröffnen.

3.4 Die Regulierung des Selbsterlebens: Therapeutische Ziele und Techniken

Wenn Selbstverletzungsgagieren zur Steuerung des Selbsterlebens eingesetzt wird, ist es vom Therapeuten zunächst zu „positivieren“ (Benedetti, 1992), d.h., seine selbsterhaltende oder ich-

grenzverstärkende Funktion muss gewürdigt werden. In einem nächsten Schritt können die situativen Anlässe bestimmt werden, die das Selbsterleben labilisiert und in Frage gestellt haben. Besonderer Wert kann auf repetitive, daher charakteristische situative Anlässe gelegt werden. Sie werden Gegenstand einer therapeutischen Ich-Stützung: Wenn es dem Patienten gelingt, diese Situationen zu antizipieren, wird er eine Chance haben, sie zu vermeiden, zumindest sich affektiv vor und in ihnen zu schützen. Wenn sie nicht zu vermeiden sind, wird es wichtig sein, alternative Maßnahmen zu überlegen, die die selbstschützenden und selbsterhaltenden Funktionen übernehmen können, ohne aber zugleich eine objektiv verletzende oder schädigende Auswirkung zu haben. Das Spektrum solcher Hilfsmaßnahmen ist groß und kann mit dem Patienten gemeinsam ausgearbeitet werden. Entscheidend ist die Einbettung solcher praktischen Maßnahmen in den Kontext der Selbstfürsorge (vgl. Küchenhoff, 1999).

3.5 Defizite in der psychischen Repräsentation von Erfahrungen: Therapeutische Ziele und Techniken

Klinisches Beispiel

Herr S. ist ein schizoider Patient, der aus einer orthopädischen Klinik mit der Diagnose „therapieresistente, organisch nicht erklärbare Schmerzen im linken Oberarm bei Zustand nach Operation einer Epikondylitis radialis humeri“ überwiesen wird. Seit einem Jahr ist er wegen Schmerzen im linken Ellenbogengelenk krankgeschrieben, er hat keine Kraft in der linken Hand, kann den Arm nicht mehr durchstrecken, orthopädische Operationen waren erfolglos. Einziges Anliegen des Patienten ist es, wieder in seinem Beruf – er ist Zimmermann – arbeiten zu können. Bis zum Beginn der Ellenbogenbeschwerden litt er 11 Jahre lang unter rezidivierenden Gastroduodenalulcera. Herr S. schildert sein Leben als normal und durchschnittlich, subjektive Krankheitstheorien fehlen, er hat keine Introspektionsmöglichkeiten. Allerdings macht er den Therapeuten mit seinen Erzählungen betroffen, er mobilisiert Mitgefühl, kann es aber nicht annehmen. – Die Schmerzen haben begonnen, als Herr S. erstmals mit einer Frau zusammengezogen war. Aus der Biografie wurde deutlich, wie der Patient im Laufe seiner Entwicklung eine schizoide Steppenwolfexistenz aufgebaut hatte, um den äußerlich furchtbar beengten, innerlich leeren familiären Beziehungen zu entgehen. Mit dem Zusammenziehen bricht offenbar die schizoide Abwehr zusammen, Herr S. wird mit der eigenen Sehnsucht nach einem wirklichen Zuhause konfrontiert, das er niemals erlebt hatte.

Die psychodynamischen Hypothesen konnten mit dem Patienten nicht besprochen werden. Eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne kam nicht in Frage, da der Patient unmotiviert und ohne Introspektionsmöglichkeiten war. Er hatte nur das Anliegen, gesund zu werden, um wieder arbeitsfähig zu sein. Folgendes Setting wurde gewählt: Herr S. ging in krankengymnastische Behandlung und alle 2-3 Wochen zusätzlich zu kurzen Psychotherapiegesprächen zu einem (anderen) Therapeuten. Diese Gespräche waren zunächst allein auf seine Erfahrungen mit dem linken Arm in der Krankengymnastik

2.4 Psychosomatische Krankheitslehre: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Modelle

zentriert. Der Therapeut wählte als Fokus, sich mit dem Anliegen des Patienten, Bewegungsfreiheit im linken Arm zu gewinnen, zu solidarisieren. In seinem Verständnis war in dieser konkreten Frage zugleich implizit das Lebensthema des Patienten angesprochen: Bewegungsspielraum zu haben – diese Metaphorik wurde allerdings nicht gedeutet. Allmählich nahm der Patient Erfolge und Rückschläge in der Behandlung wahr, er konnte nach und nach kleine situative Belastungen im Vorfeld einer KG-Stunde identifizieren, er lernte auf diese Weise, auf seinen Arm zu hören. Dabei war die therapeutische Dreiecksituation eine große Entlastung für ihn. Im Verlaufe eines Jahres wurde es ihm möglich, den Arm im Sinne eines Übergangsobjektes zu benutzen.

Das psychodynamische Verständnis der Alexithymie hat dazu verholfen, das Konzept psychotherapeutisch nutzbar werden zu lassen. Wenn alexithymes Verhalten als – freilich verzweifelte – Abwehrleistung verstanden wird, kann ein therapeutischer Prozess eingeleitet werden. Die Therapie muss sich der Abwehrstruktur des Patienten erst einmal anpassen, das alexithyme Verhalten fordert dazu heraus, neue Wege des Zugangs zu diesem Patienten zu finden. Erst in späteren Phasen einer Psychotherapie kann man verstehen, gegen welche Bedrohungen diese verzweifelte Abwehr gerichtet ist, dass die Patienten über keine Möglichkeiten verfügen, Nähe und Distanz zu ihren inneren Objekten zu finden, dass sie sich einerseits von den inneren Objekten oder den signifikanten Bezugspersonen, auf die die Eigenschaften der inneren Objekte übertragen werden, verschlungen, andererseits aber wieder völlig verlassen fühlen und dass sie zu keiner Balance zwischen den Verlassenheitsängsten und den Ängsten, verschlungen zu werden, finden (Green, 2000).

Die therapeutischen Angebote müssen den Repräsentationsdefiziten der Patienten entgegenkommen; es geht therapeutisch nicht sogleich darum, Indexfunktionen des Symptoms, also die Auslösesituation, gezielt zu bearbeiten, es geht nicht darum, Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen Symptom und psychischem Erleben, also deren symbolische Qualität herauszufinden, sondern es geht um eine Strukturierungsaufgabe, nämlich die symbolische Funktion des Unbewussten, die Alpha-Funktion, wiederherzustellen oder verworfene psychische Repräsentanzen reintegrierbar zu machen. Es steht ein großes Repertoire therapeutischer Verfahren zur Verfügung:

• Technik: Containing-Funktion des Therapeuten

Anders als in einer konfliktzentrierten Therapie hat der Therapeut die Aufgabe, den Patienten bei der Verarbeitung und Integration von Affekten zu begleiten. Er übernimmt für diese unverdaulichen (Beta-) Elemente eine sog. „Containing-Funktion“: Er öffnet sich dem Erleben des Patienten, vor allem den Erlebnisfragmenten, die dieser projizieren, in den anderen auslösen muss. Er versteht die Gegenübertragungsreaktionen als Affektkommunikation des Patienten und wird darauf bedacht sein, diese Wahrnehmungen gleichsam stellvertretend für den Patienten aufzubewahren, in ihrer (zerstörerischen) Kraft zu begrenzen (Doppelsinn des Wortes Containing!) und die „ausgelagerten“ Selbstanteile dem Patienten im Fortgang des Gesprächs wieder zurückzuerstatten.

• Technik: Herstellen von Übergangsräumen

Das innere „Verstummen“, die Unmöglichkeit zur Repräsentation von Erfahrungen entsteht dadurch, dass die wichtigsten Bezugspersonen entweder als psychisch zu weit entfernt oder als zu nah und bedrängend erlebt werden. Winnicotts (1971) Konzept des Übergangsraumes kann als Leitfaden für dieses Ziel dienen, mit dem Patienten einen Spielraum möglicher Erfahrung für die Bildung psychischer Symbole zur Verfügung zu stellen.

Mittlerweile sind diese Fragen nach den seelischen Räumen, den „mental spaces“, den Übergangsräumen, den „belüfteten Räumen“ (Green, 2000), den „psychic retreats“ etc. allgemeine Fragestellungen der Psychoanalyse geworden. Den Verlust von solchen Räumen der inneren Lebendigkeit als Abwehrphänomen zu verstehen und ihn auf die Bedrohlichkeit intersubjektiver Früherfahrungen rückbeziehen zu können, das ist das Anliegen vieler zeitgenössischer Theoretiker, z.B. hat André Green (2000) gerade für die Somatisierung das emotionale, existenzielle Dilemma von Intrusion und Separation und seine Folgen für die Repräsentationsfähigkeit beschrieben.

• Technik: Subjektive Krankheitstheorie

In diesen Spielraum können der kranke Körper und die Tatsache der u.U. organdestrutiven Krankheit mit ihren biopsychosozialen Folgebelastungen bei psychosomatischen Patienten in verschiedener Weise einbezogen werden. *Subjektive Krankheitstheorien* haben darin eine große therapeutische Funktion, dass sie die Krankheit in den Kontext der eigenen Lebensgeschichte einordnen helfen. Solche Phantasien über die Erkrankung, die oft die Form von Ursachenmodellen annehmen, dürfen nicht als Hinweis auf die tatsächlichen Ursachen aufgefasst werden. Vielmehr sind sie Verarbeitungsmodalitäten, oft genug auch erste phantasmatische Annäherungen an die Krankheit, die auf diese Weise in eine Selbsterzählung eingebunden wird. Sie erhält so sekundär eine symbolische Bedeutung, sie unterliegt einer sekundären Konversion.

• Technik: Körpertherapie als Brückentherapie

Manchmal reicht es nicht aus, in der beschriebenen Weise einen therapeutischen Raum durch das Gespräch zu eröffnen, weil die Patienten sich gegen diese Möglichkeit sperren. Wenn die Begegnung im Gespräch zu bedrohlich ist, muss ein Übergangsraum anders eröffnet werden. Und hier können sich (neben kunsttherapeutischen oder musiktherapeutischen) körpertherapeutische Maßnahmen anbieten, z.B. die konzentrierte Bewegungstherapie. Ihre Aufgabe ist es, eine „psychosomatische Brückentherapie“ vorzuschlagen, also eine Brücke zwischen Körper und seelischem Erleben in der konkreten Erfahrung des eigenen Körpers in Gemeinschaft mit anderen zu bauen. Die „psychosomatische Brückentherapie“ führt ein Medium in die Therapie ein, trianguliert den therapeutischen Raum, um frühe Ängste des Patienten vor Verschmelzung, Aufgesogenwerden etc. zu vermeiden und ein für die Ich-Entwicklung des Patienten optimales Milieu zu schaffen. Vorsichtige Körpertherapieverfahren wie die KBT (Stolze, 2002) entlasten vor allzu dichten Beziehungserfahrungen. Der Körper bietet sich für Übergangserfahrungen geradezu an, einerseits wegen der starken Erlebnisnähe körperlicher Erfahrungen, aber auch weil der Körper einmal als Subjekt, einmal als Objekt erlebt werden kann,

weil einmal seine funktionalen und handlungsbezogenen, ein andermal seine phantasie- und erlebnisbezogenen Möglichkeiten im Vordergrund stehen können, weil der Körper einerseits der Abgrenzung von, ein andermal der Berührung und der Bezo-genheit zu anderen dient. Körpererfahrungen sind vieldeutig, d.h. eben auch: vielseitig deutbar. An sie können sich ganz unterschiedliche Bedeutungen anknüpfen, und gerade dadurch kann der Körper die Funktion erfüllen, die Winnicott dem Übergangs-objekt zuschreibt.

! Merke: Die Psychotherapie alexithymer Patienten zielt darauf ab, die Fähigkeit zur psychischen Repräsentation zu fördern. Dies kann auf verschiedene Weise geschehen, durch Einbeziehung der Gegenübertragung, durch nonverbale Spielräume, durch die therapeutische Arbeit mit subjektiven Krankheitstheorien.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Sollten die somatische und die psychotherapeutische Behandlung somatisierender Patienten auf verschiedene Personen aufgeteilt werden, oder soll ein Arzt beide Funktionen übernehmen?*

→ In jedem Fall ist es wichtig, Psychotherapie und Somatotherapie miteinander zu verbinden. Der Psychotherapeut und der Hausarzt, wenn beide an der Therapie beteiligt sind, sollten sich miteinander austauschen, und der Patient sollte davon wissen. Dabei kann es nicht um das Ausplaudern von in der Psychotherapie berichteten Vertraulichkeiten gehen, sondern darum, keinen leibseelischen Dualismus in die Behandlung einzuführen: Der Psychotherapeut darf den körperlichen Zustand seines psychosomatischen Patienten nicht übersehen, der Hausarzt muss geplante Maßnahmen mit dem Psychotherapeuten abstimmen, damit die medizinische Diagnostik und Therapie nicht den Zielen der Psychotherapie entgegenlaufen. Wenn die gleiche Person Psychotherapie und Somatotherapie übernimmt, ist der ganzheitliche Zugang gewahrt.

2. *Wenn Spezifitätskonzepte in der Psychosomatik keine Bedeutung mehr haben, wie entscheidet der Psychotherapeut dann über die Wahl des geeigneten Therapieverfahrens?*

→ In der Behandlung von psychosomatischen Patienten ist keine einfache Schematisierung möglich, nach dem Muster: Der Colitis-ulcerosa-Patient ist höchst trennungssensibel, daher sind bindende enge therapeutische Beziehungen zu vermeiden, o.Ä. Die individuelle Diagnostik von psychischem Konflikt und dem Integrationsniveau der seelischen Struktur sind unabdingbare Voraussetzungen der Entscheidung für ein bestimmtes Therapieverfahren.

3. *Wie verhält sich der Psychotherapeut, wenn im Verlaufe der Psychotherapie eines Patienten mit somatoformen Störungen dieser ein weiteres Mal eine medizinisch-diagnostische Abklärung seines Beschwerdebildes verlangt?*

→ Schon von Anfang an sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass dieses Problem in der Behandlung entstehen kann und dass er bereit sein muss, über diesen Wunsch in

der Therapie zu reden. Die Tatsache, dass er das o.g. Verlangen dem Psychotherapeuten gegenüber äußert, ist also bereits ein positiver Aspekt, da der Patient den Therapeuten – in wie drängend erlebter Weise auch immer – einbezieht. Das gilt es zunächst einmal zu würdigen.

- Sodann sind 2 Fragen zu beantworten: Warum tritt dieses Verlangen jetzt, in dieser Phase der Therapie auf? Welches Verlangen des Patienten wird im Rahmen der Psychotherapie nicht befriedigt? Worin erlebt der Patient die Therapie als mangelhaft?

- Manchmal wird eine selbstverletzende Tendenz auf dem Wege oft sich wiederholender invasiver medizinischer Eingriffe vom Patienten agiert. Wie sonst bei selbstverletzendem Verhalten ist eine Rahmenvereinbarung wichtig, die die Grenzen der Toleranz des Psychotherapeuten aufzeigt und die Behandlung absichert.

4. *Wie sehr sollte der Psychotherapeut auf die Körperklagen des somatisierenden Patienten eingehen?*

→ Der Psychotherapeut muss diese Klagen ernst nehmen. Sie sind oft der affektive Fokus des Patienten, schon deshalb müssen sie ernst genommen werden.

- Die Art und Weise, wie der Patient über seine Krankheit und seine Beschwerden spricht, enthält viele Informationen über sein Selbstbild und über seine Beziehungsvorstellungen. U.a. wird der Grad der Selbstachtung und Selbstfürsorge des Patienten in ihnen deutlich.

- Immer lohnt es sich, (nicht nur, aber immer auch) die Klagen auf ihre Übertragungsbedeutung hin zu befragen.

5. *Soll der Psychotherapeut die Psychotherapie von Patienten mit organdestraktiven schweren Körperkrankheiten in akuten Krankheitsphasen unterbrechen?*

→ Nein, nicht prinzipiell. Manchmal wird, z.B. durch Spitaleinweisung, eine Unterbrechung unvermeidbar. Dennoch ist die Aufrechterhaltung der Beziehung gerade in solchen Krisenzeiten bedeutsam. Unter Umständen muss ein Unterschied zwischen der psychotherapeutischen Arbeit im engeren Sinne und der Bewahrung des therapeutischen Kontaktes gemacht werden. Jene kann (notgedrungen) aufgeschoben werden, diese sollte in jedem Fall angestrebt werden.

6. *Welche Bedeutung hat die Bearbeitung subjektiver Krankheitstheorien in der Psychotherapie von psychosomatischen Patienten?*

→ Subjektive Krankheitstheorien haben einen großen Stellenwert in der Psychotherapie von psychosomatischen Patienten. Ihnen kommt eine Schlüsselposition in folgenden Fällen zu:

- Wenn alexithyme Patienten Phantasien über ihre Krankheit entwickeln, kann dies ein erster Versuch der psychischen Integration der Krankheit und des somatisierten Leidens sein. Die subjektive Krankheitstheorie wird gleichsam zum ersten Versuch einer Ausweitung der seelischen Innen- und Phantasieräume.

- Das Wesen mancher somatoformer Störungen, z.B. der hypochondrischen Störungen, besteht in einer Fehlattri-bution ihrer Einschränkungen. Die therapeutische Aufgabe liegt in der verstehenden Aufwertung dieser Fehlattri-bution, indem ihr subjektiver Sinn verstanden wird, und in der Flexi-bilisierung der Krankheitsüberzeugungen und Ursachentheorien.

5 Prüfungsfragen

1. Die psychoanalytische Theorie lässt sich in 4 Hauptrichtungen unterteilen: Triebpsychologie, Objektbeziehungstheorie, Ich-Psychologie und Selbst-Psychologie. Welche praktisch-therapeutischen Perspektiven ergeben sich aus jeder dieser 4 Hauptrichtungen für die Behandlung psychosomatischer Patienten?
2. Was verstehen Sie unter dem Begriff Alexithymie? Welche therapeutischen Handlungsanweisungen ergeben sich aus dem Alexithymie-Konzept?
3. Geben Sie zwei Beispiele für einen Körperdialog psychosomatischer Patienten, also für die Art und Weise, wie Objektbeziehungen sich in der Beziehung zum eigenen Körper widerspiegeln können!
4. Definieren Sie den Begriff der Konversion. Unterscheiden Sie aus psychodynamischer Perspektive einen engen und einen weiten Konversionsbegriff. Unterscheiden Sie den psychopathologischen Begriff der Konversionsstörung (z.B. in der ICD-10) von dem psychodynamischen Konversionsbegriff!
5. Was verstehen Sie unter einer subjektiven Krankheitstheorie? Wie lässt sich eine subjektive Krankheitstheorie psychotherapeutisch beeinflussen?
6. Welche Funktionen kann das psychosomatische Symptom für die narzisstische Homöostase, also die Regulierung des Selbsterlebens, übernehmen? Unterscheiden Sie dabei das Selbsterleben von der Selbstwertregulation. Untersuchen Sie selbstverletzendes Verhalten unter den Gesichtspunkten des Selbst- und des Selbstwerterlebens!
7. Definieren Sie den Begriff des „Übergangsraumes“. Durch welche Settingvariablen können Übergangserfahrungen in der Psychotherapie psychosomatischer Patienten gefördert werden?
8. Welche Rolle spielt die Gegenübertragung in der Ausübung therapeutischer Containing-Funktionen? Nehmen Sie Stellung zu der Frage, inwieweit und unter welchen Umständen Gegenübertragungsphantasien dem Patienten mitgeteilt werden.

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Huber, 2006
- Benedetti G: Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992
- Bion WR: Learning from experience. London: Karnac, 1962
- Danzer G: Psychosomatische Medizin. Konzepte und Modelle. Frankfurt: Fischer, 1995
- Fenichel O: Psychoanalytische Krankheitslehre. Berlin, Wien: Ullstein, 1945/1983
- Freud S: Studien über Hysterie. GW 1, 75-312. Frankfurt: Fischer, 1895/1952
- Green A: Geheime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis. Gießen: Psychosozial Verlag, 2000

- Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B: A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. Br J Psychiatry 1993;163:315-321
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C, Rudolf G: Somatoforme Störungen – Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer, 2002
- Küchenhoff J: Spezifitätsmodelle in der psychosomatischen Medizin – Rückblick auf eine alte Kontroverse. Z Psychosom Med Psychoanal 1994;40:236-248
- Küchenhoff J: Selbstfürsorge und Selbstzerstörung. Gießen: Psychosozial Verlag, 1999
- Küchenhoff J: Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Stuttgart: Schattauer, 2005
- Marty P, de M'Uzan M: La pensée opératoire. Rev Franc Psychoanal 1963;27:345-356
- McDougall J: Plädoyer für eine gewisse Anormalität. Frankfurt: Suhrkamp, 1985
- Menninger K: Selbstzerstörung. Frankfurt: Suhrkamp, 1974
- Racker H: Übertragung und Gegenübertragung. Basel: Reinhardt, 1982
- Sifneos P: Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical diseases. Psychother Psychosom 1975;26:65-70
- Stern D: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta, 1992
- Stolze H: Die konzentrierte Bewegungstherapie. Berlin: Springer, 2002
- von Uexküll T: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek: Rowohlt, 1963
- von Uexküll T (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1990
- von Weizsäcker V: Psychosomatische Medizin. Gesammelte Schriften. Frankfurt: Suhrkamp, 1949/1986
- Weiner H: Der Organismus als Leib-seelische Funktionseinheit – Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. Psychother Psychosom Med Psychol 1991;41:465-481
- Winnicott DH: Playing and reality. London: Tavistock, 1971

b) weiterführende Literatur

- Ahrens S, Schneider W: Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2002
- Küchenhoff J: Körper und Sprache. Heidelberg: Asanger, 1992
- Küchenhoff J, Wiegerling K: Leib und Körper. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008
- Rudolf G: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme, 2000
- Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Stuttgart: Schattauer, 1998