
Mit Beiträgen von

C. Albus, G. Bergmann, R. Blunk, U. Brandenburg, U. Clement, G. Danzer,
H.-C. Deter, P. Diederichs, M. Eberhard, E. Fenner, H. Ferner, E. Fikentscher,
J. Finke, G. Flatten, M. Franz, R. Grabhorn, N. Hartkamp, L. Hartmann-Kottek,
A. Hendrichke, W. P. Henry, C. Herrmann, W. Herzog, G. Heuft, R. Hirsch,
R. Höh, E. Holsboer-Trachsler, P.-L. Janssen, G. Jantschek, R. Johnen,
B. Junkert-Tress, W. Kämmerer, B. Kallenbach, W. Keller, B. F. Klapp, C. Knorr,
K. Köhle, W. Köpp, M. Krausz, H.-L. Kröber, F. Kröger, U. Lamparter,
F. Lamprecht, H. Lang, G. A. Leutz, K. Lieberz, F. Ludwig-Becker, S. Mentzos,
W. Milch, J. Münch, J. Ott, A. Overbeck, G. Overbeck, V. Perlitz, A. Petzold,
E. R. Petzold, U. Petzold, U. Rauchfleisch, C. Reimer, G. Reister, A. Riehl-Emde,
C. H. Röder, R. Rohner, M. Rose, U. Rosin, S. Roßmanith, G. Rudolf, B. Schade,
H. Schepank, G. Schmid-Ott, W. Schneider, G. Scholler, W. Schüffel,
G. Schüßler, W. Senf, H. Speidel, B. Strauß, H. H. Studt, M. Teising, L. Teusch,
W. Tress, M. v. Rad, D. Wälte, H. Weiß, A. Zintl-Wiegand, S. Zipfel

Psychotherapeutische Medizin

Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychotherapie

Ein Leitfaden für Klinik und Praxis

Herausgegeben von

H. H. Studt und E. R. Petzold



Walter de Gruyter
Berlin • New York 2000

Herausgeber

Prof. Dr. med. H. H. Studt
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik,
Psychotherapie und Allgemeinmedizin
Univ.-Klinikum Benjamin Franklin
der Freien Universität Berlin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin

Prof. Dr. med. E. R. Petzold
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Universitätsklinikum der
RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen

Das Buch enthält 30 Abbildungen und 27 Tabellen

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Psychotherapeutische Medizin: Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychotherapie; ein Leitfaden für Klinik und Praxis / hrsg. von H. H. Studt und E. R. Petzold. – Berlin; New York: de Gruyter, 1999
ISBN 3-11-014498-0

© Copyright 1999 by Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, D-10785 Berlin.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren und Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Auto-

ren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, daß solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Satz: OLD-Satz digital, Neckarsteinach – Druck: Gerike GmbH, Berlin – Buchbinderische Verarbeitung: Lüderitz & Bauer GmbH, Berlin – Umschlagentwurf: Rudolf Hübler, Berlin
Printed in Germany

Autorenverzeichnis

Albus, C., Dr. med.
Institut und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9, D-50931 Köln

Bergmann, G., Priv.-Doz. Dr. med.
Psychosomatische Klinik Kinzigtal
Wolfsweg 2, D-77723 Gengenbach

Blunk, R., Dr. med.
Parkklinik
Parkstr. 12-14, D-49214 Bad Rothenfelde

Brandenburg, Ulrike., Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Sexualwissenschaftliche Ambulanz
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Clement, U., Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.
Heidelberger Institut für Systemische Forschung
Kußmaulstr. 10, D-69120 Heidelberg

Danzer, G., Priv.-Doz. Dr. med., Dr. phil.
Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin

Deter, H.-C., Prof. Dr. med.
Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik,
Psychotherapie und Allgemeinmedizin
Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin

Diederichs, P., Prof. Dr. med., Dipl.-Psych.
Corneliusstr. 12 c, D-10787 Berlin

Eberhard, Marianne, Tanztherapeutin
Schwalbenweg 6, D-51373 Leverkusen

Fenner, Elisabeth, Dr. med.
Klinikum der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Niemannsweg 147, D-24105 Kiel

Ferner, H., Dipl.-Psych.
Am Ritterkamp 6 a, D-49545 Tecklenburg

Fikentscher, Erdmuthe, Prof. Dr. med.
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatik
Julius-Kühn-Str. 7, D-06112 Halle (Saale)

Finke, J., Dr. med.
Rheinische Kliniken Essen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität GH Essen
Virchow-Str. 174, D-45147 Essen

Flatten, G., Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Franz, M., Prof. Dr. med.
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Moorenstr. 5, D-40225 Düsseldorf

Grabhorn, R., Dr. med., Dipl.-Psych.
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt a. M.
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/M.

Hartkamp, N., Dr. med.
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Bergische Landstr. 2, D-40629 Düsseldorf

Hartmann-Kotteck, Lotte, Dr. med., Dipl.-Psych.
Eichholzweg 8 a, D-34132 Kassel-Wilhelmshöhe

Hendrichke, A., Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Henry, W. P., Ph. D. Assoc. Professor
The University of Utah
Department of Psychology
715 SBS Bldg.
Salt Lake City, Ut 84112, USA

Herrmann, Ch., Priv.-Doz. Dr. med.
Georg-August-Universität Göttingen
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
v.-Sieboldt-Str. 5, D-37075 Göttingen

Herzog, W., Prof. Dr. med.
Medizinische Klinik und Poliklinik
der Ruprecht Karls-Universität Heidelberg
Schwerpunkt: Allgemeine Klinische
und Psychosomatische Medizin
Bergheimer Str. 58, D-69115 Heidelberg

Heuft, G., Prof. Dr. med.
Univ.-Klinik Münster

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Domagk-Str. 11, D-48129 Münster

Hirsch, R., Dr. med.
Sauwiese 12a, D-82234 Weßling

Höh, Ruth, Dipl.-Soz.
Tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapeutin
Saselbeckstr. 50, D-22393 Hamburg

Holsboer-Trachsler, Edith, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Str. 27, CH-4056 Basel

Janssen, P.-L., Prof. Dr. med.
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund
Marsbruchstr. 179, D-44287 Dortmund

Jantschek, G., Priv.-Doz., Dr. med.
Medizinische Universität zu Lübeck
Medizinische Klinik II/Bereich Psychosomatik
Ratzeburger Allee 160, D-23538 Lübeck

Johnen, R., Dr. med.
Eduard-Conz-Str. 20/1, D-75365 Calw

Junkert-Tress, Brigitte, Dr. med.
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Bergische Landstr. 2, D-40629 Düsseldorf

Kämmerer, W., Dr. med.
Klinik für Psychosomatische Medizin
der Henrietten-Stiftung
Schwemannstr. 19, D-30559 Hannover

Kallenbach, Bettina, Dr. med.
Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik,
Psychotherapie und Allgemeinmedizin
Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin

Keller, W., Dr. med.
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Abteilung Innere Medizin und Psychosomatik
Hohenzollernstr. 15 - 19, D-14109 Berlin

Klapp, B. F., Prof. Dr. med.
Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin

Knorr, Ch., Dr. med.
Sonnenallee 68, D-12045 Berlin

Köhle, K., Prof. Dr. med.
Institut und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie der Universität zu Köln
Josef-Stelzmann-Str. 9, D-50931 Köln

Köpp, W., Priv.-Doz. Dr. med.
Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik,
Psychotherapie und Allgemeinmedizin
Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin

Krausz, M., Prof. Dr. med.
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Psychiatrische und Nervenlinik
Martinistr. 52, D-20246 Hamburg

Kröber, H.-L., Prof. Dr. med.
Institut für Forensische Psychiatrie
der Freien Universität Berlin
Limonenstr. 27, D-12203 Berlin

Kröger, F., Prof. Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Lamparter, U., Priv.-Doz. Dr. med.
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Martinistr. 52, D-20246 Hamburg

Lamprecht, F., Prof. Dr. med.
Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Konstanty-Gutschow-Str. 8, D-30625 Hannover

Lang, H., Prof. Dr. med., Dr. phil.
Institut für Psychotherapie und Medizinische
Psychologie der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, D-97070 Würzburg

Leutz, Grete Anna, Dr. med.
Moreno-Institut für Psychodrama, Soziometrie
und Gruppenpsychotherapie
Uhlandstr. 8, D-88662 Überlingen/Bodensee

Lieberz, K., Prof. Dr. med.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
J 5, D-68159 Mannheim

Ludwig-Becker, Friederike, Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Mentzos, S., Prof. Dr. med.
Beethovenstr. 15, D-60325 Frankfurt/M.

Milch, W., Priv.-Doz. Dr. med.
Klinikum der Justus-Liebig-Universität
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33, D-35385 Gießen

Münch, J., Dr. med., Dr. phil.
Brandenburg Klinik
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
Brandenburg-Allee 1, D-16321 Bernau-Waldsiedlung

Ott, J., Prof. Dr. med., Dr. rer. pol.
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Bergische Landstr. 2, D-40629 Düsseldorf

Overbeck, Annegret, Prof. Dr. med.
Paul-Ehrlich-Str. 4 a, D-60596 Frankfurt/M

Overbeck, G., Prof. Dr. med.
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Theodor Stern Kai 7, D-60590 Frankfurt

Perltz, V., Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Petzold, A., Dr. med.
168-182 Drummond Street
NW 1, 3 HZ
London, England

Petzold, E. R., Prof. Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Petzold, Ursula, Dr. med.
Klinikum Aachen der RWTH
Lehrbeauftragte für Sozialmedizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Rauchfleisch, U., Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.
Psychiatrische Universitätspoliklinik
Petersgraben 4, Ch-4031 Basel

Reimer, Ch., Prof. Dr. med.
Klinikum der Justus-Liebig-Universität
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33, D-35385 Gießen

Reister, G., Priz.-Doz. Dr. med.
Klinik Wersbach
D-42799 Leichlingen

Riehl-Emde, Astrid, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals
Culmannstr. 8, Ch-8091 Zürich

Röder, Ch. H., Dr. med.
Griffthalerstr. 60, D-60326 Frankfurt

Rohner, R., Dr. phil., Dipl.-Psych.
Brandenburg Klinik
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
Brandenburg-Allee 1, D-16321 Bernau-Waldsiedlung

Rose, M., Dr. med.
Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin

Rosin, U., Prof. Dr. med., Dr. phil., Dipl.-Psych.
Werner-Schwidder-Klinik
für Psychosomatische Medizin
Kirchhofener Str. 4, D-79189 Bad Krozingen

Roßmanith, Siegrun, Dr. med.
Fuchsthallergasse 14, A-1090 Wien

Rudolf, G., Prof. Dr. med.
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Psychosomatische Klinik
Thibautstr. 2, D-69115 Heidelberg

Schade, Barbara, Dipl.-Psych.
Klinikum der Philipps-Universität
Zentrum für Innere Medizin/
Abteilung Psychosomatik
Baldinger Str., D-35043 Marburg

Schepank, H., Prof. Dr. med.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Psychosomatische Klinik
J 5, D-68159 Mannheim

Schmid-Ott, G., Dr. med.
Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Konstanty-Gutschow-Str. 8, D-30625 Hannover

Schneider, W., Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Zentrum für Nervenheilkunde
der Universität Rostock
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Gehlsheimer Str. 20, D-18055 Rostock

Scholler, Gudrun, Dr. med.
Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Augustenburger Platz 1, -D-13353 Berlin

Schüffel, W., Prof. Dr. med.
Klinikum der Philipps-Universität
Zentrum für Innere Medizin/
Abteilung Psychosomatik
Baldingerstr. , D-35033 Marburg

Schüßler, G., Prof. Dr. med.
Universitätsklinik für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Sonnenburgstr. 9, A-6020 Innsbruck

Senf, W., Prof. Dr. med.
Rheinische Landes- und Hochschulklinik Essen
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Virchow-Str. 174, D-45147 Essen-Holsterhausen

Speidel, H., Prof. Dr. med.
Klinikum der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Niemannsweg 147, D-24105 Kiel

Strauß, B., Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psych.
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität
Institut für Medizinische Psychologie
Stoistr. 2, D-07740 Jena

Studt, H. H., Prof. Dr. med.
Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik,
Psychotherapie und Allgemeinmedizin
Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin

Teising, M. , Prof. Dr. med.
Ludwig-Braun-Str. 13, D-36251 Bad Hersfeld

Teusch, L., Priv.-Doz. Dr. med., Dipl.-Psych.
Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität GH Essen
Virchow-Str. 174, D-45147 Essen

Tress, W., Prof. Dr. med., Dr. phil.
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Bergische Landstr. 2, D-40629 Düsseldorf

v. Rad, M., Prof. Dr. med.
Institut für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Technischen Universität München
Klinikum Rechts der Isar
Langerstr. 3, D-81675 München

Wälte, D., Dr. phil., Dipl.-Psych.
Klinikum Aachen der RWTH

Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen

Weiß, H., Prof. Dr. med.
Institut für Psychotherapie und Medizinische
Psychologie der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, D-97070 Würzburg

Zintl-Wiegand, Almut, Dr. med.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, D-68159 Mannheim

Zipfel, S., Dr. med.
Medizinische Klinik und Poliklinik
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Schwerpunkt: Allgemeine Klinische
und Psychosomatische Medizin
Bergheimerstr. 58, D-69115 Heidelberg

Vorwort

„Wie alt bist du?“ wurde ein chinesischer Bauer gefragt. „30 Jahre“ war die knappe Antwort. „Und wie lange lebst du hier?“ „150 Jahre“.

Psychotherapeutische Medizin ist ein junges Fach. Der Name des Faches ist jünger als das Alter des Bauern. 1992 hat sich der Deutsche Ärztetag in Köln für eine neue Weiterbildungsordnung entschieden, in der das Fach „Psychotherapeutische Medizin“ in den Gesamt-Kanon der medizinischen Fächer aufgenommen wurde. Dieses Fach betrifft die psychosomatischen Erkrankungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie die Methoden der Psychotherapie.

Die Geschichte des Faches ist älter. Sie ist so alt wie die Heilkunde selbst.

Der Dialog zwischen uns (H. H. S. und E. R. P.) hat ziemlich genau das Alter des chinesischen Bauern. Wir kommen beide aus der Internistischen Psychosomatik, nämlich aus den Medizinischen Universitätskliniken in Freiburg und Heidelberg.

Die Erweiterung der Medizin zur Psychosomatischen Medizin gelang in den 60er und 70er Jahren durch die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse und der Anthropologischen Medizin, in den 80er Jahren durch die Systemische Medizin (Familienmedizin).

Der theoretische und praktische Rahmen hat sich in den letzten Jahren weiter verändert, so daß es zweckmäßig schien, das notwendige Wissen erneut zu sichten und für den Kliniker wie für den Praktiker neu aufzubereiten.

Es war die Idee von Herrn Priv. Doz. Dr. med. R. Radke vom Verlag Walter de Gruyter nach den Essentials des Faches „Psychotherapeutische Medizin“ zu fragen – gleichsam nach einem Leitfaden in Handbuchformat. So werden in diesem Buch die genannten psychogenen Krankheitsbilder praxisnah auf dem Hintergrund der Theorie der Psychoanalyse dargestellt: Die Entstehungsbedingungen aus Erb- und Umwelteinflüssen, die Entwicklung der

prämorbidem Persönlichkeitsstruktur mit ihrer Konflikt disposition und ihrer intrapsychischen und interaktionellen Psychodynamik, die Erkrankungssituation als innere Konfliktlage und äußere Lebenssituation, die Bildung der Symptome aus einem Trieb- und Abwehr geschehen und die jeweils bewährten Methoden der Psychotherapie.

Das Buch ist übersichtlich in sieben Abschnitte gegliedert: Grundlagen psychogener Erkrankungen – Neurosen – psychosomatische Krankheiten – Methoden der Psychotherapie – Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Klinik und Praxis – spezielle Problembereiche und Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung.

Dabei wurde eine weitgehende Vollständigkeit der psychogenen Krankheitsbilder angestrebt und eine breite Palette der in Klinik und Praxis bewährten Methoden der Psychotherapie dargestellt.

Die 85 Autorinnen und Autoren aus Universitäts- und Fachkliniken geben auf dem Hintergrund fundierter Kenntnisse und eigener Erfahrungen eine praxisnahe Darstellung ihrer Spezialgebiete unter Einbindung der Theorie, um den Leserinnen und Lesern dieses Buches ein psychodynamisches Denken für die Diagnostik und Psychotherapie der psychogenen Erkrankungen zu vermitteln. Fallbeispiele erhöhen die Anschaulichkeit und die Einheitlichkeit der Gliederung bei Krankheitsbildern, Psychotherapiemethoden und anderen Bereichen erleichtern die Lesbarkeit und Orientierung.

Dieser Leitfaden für Klinik und Praxis richtet sich nicht nur an die Studierenden der Medizin und Psychologie, sondern auch an die Ärzte in der Weiterbildung zur „Psychosomatischen Grundversorgung“, zum „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ und zum Erlangen der Bereichsbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“.

Unser Dank richtet sich an unsere Sekretärinnen, Frau Hackbarth in Berlin, Frau Walbert und Frau Burkhard in Aachen und an Frau Ingrid Grün-

berg, die Lektorin des Walter de Gruyter-Verlages, ohne deren Sorgfalt das Buch nicht in dieser Form entstanden wäre. Verbunden ist unser Dank mit einer Bitte an die Leserinnen und Leser um ein Feedback für das, was an diesem Buch ge-

fällt, aber auch für das, was nach kritischer Prüfung verbessert werden könnte.

Berlin/Aachen, im Februar 1999

H. H. Studt E. R. Petzold

Inhalt

1	Grundlagen psychogener Erkrankungen	1
1.1	Psychosomatische Theorien und Modelle 1	
	<i>F. Lamprecht</i>	
1.1.1	Historischer Überblick 1	
1.1.2	Das Konversionsmodell 3	
1.1.3	Theorie der De- und Resomatisierung 4	
1.1.4	Zweiphasige Verdrängung 4	
1.1.5	Das lerntheoretische Konzept 5	
1.1.6	Das Streßkonzept 6	
1.1.7	Das Situationskreiskonzept 6	
1.2	Ätiopathogenese 7	
1.2.1	Erbeeinflüsse 7	
	<i>H. Schepank</i>	
1.2.1.1	Persönlichkeit 9	
1.2.1.2	Psychopathologie 9	
1.2.1.3	Spezielle Krankheitsbilder 9	
1.2.2	Entwicklungspsychologie 11	
	<i>K. Lieberz</i>	
1.2.2.1	Genetische Einflüsse 12	
1.2.2.2	Trieb-Modell 12	
1.2.2.3	Objektbeziehung und Identifikation 12	
1.2.2.4	Kognitive Entwicklung 14	
1.2.2.5	Bindungs-Modell 15	
1.2.2.6	Selbst-Modell 16	
1.2.3	Protektive Faktoren in der Ätiopathogenese psychogener Erkrankungen 17	
	<i>W. Tress, G. Reister und M. Franz</i>	
1.2.3.1	Empirische Befunde der Protektionsforschung 17	
1.2.3.2	Protektive Prozesse 18	
1.2.3.3	Die Multidimensionalität protektiver Prozesse 19	
1.2.4	Körperbild und Körperbildstörungen 19	
	<i>R. Rohner</i>	
1.2.4.1	Grundannahmen 20	
1.2.4.2	Entwicklung von Körper-Selbst und Körperbild 20	
1.2.4.3	Beispiel: Anorexie 21	
1.2.5	Krankheitsverarbeitung (Coping) 22	
	<i>G. Schüßler</i>	
1.2.5.1	Was ist Krankheitsverarbeitung? 22	
1.2.5.2	Coping und Abwehr 24	
1.2.5.3	Krankheitsbewältigung – ein mehrdimensionales Bedingungsgefüge 25	
1.2.5.4	Klinik und Praxis 25	
1.3	Diagnostische Klassifikation 26	
	<i>W. Schneider</i>	
1.3.1	Prinzipien der operationalen psychiatrischen Diagnosesysteme 27	
1.3.2	Aufbau und Struktur des Kapitels V (F) Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10 28	
1.3.3	Kritik an der ICD-10 29	
1.3.4	Operationale Psychodynamische Diagnostik 29	
1.4	Epidemiologie psychogener Erkrankungen 30	
	<i>M. Franz, W. Tress, G. Reister, H. Schepank</i>	
1.4.1	Definition 30	
1.4.2	Epidemiologie 30	
1.4.3	Geschichtliche Aspekte epidemiologischer Forschung 31	
1.4.4	Epidemiologische Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland 32	
1.5	Verlauf 33	
	<i>H. Schepank, M. Franz</i>	
1.5.1	Follow Up-Untersuchung von 100 Zwillingen über 30 Jahre 36	
1.5.2	Spontanverlauf bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe 37	

1.6 Diagnostik	38	1.7.2 Prognostische Kriterien	55
1.6.1 Das psychoanalytische Erstgespräch	38	1.7.3 Schlußfolgerungen	56
<i>J. Münch</i>			
1.6.1.1 Anforderungen an den Therapeuten	39	1.8 Wirkfaktoren der Psychotherapie	56
1.6.1.2 Selbstdarstellung des Patienten	40	<i>H. Lang</i>	
1.6.1.3 Interaktive Prozesse zwischen Patient und Therapeut (nach Argelander)	41	1.8.1 Wirkfaktoren in den Anfängen der modernen Psychotherapie	57
1.6.2 Die psychosomatische Anamnese	42	1.8.2 Allgemeine Wirkfaktoren und Wirkmodelle	58
<i>H. H. Studt</i>		1.8.3 „Spezifität“ in der Frage der Indikation und „Passung“	60
1.6.2.1 Formen der Anamnese	42	1.8.4 „Spezifität“ im Therapeutenverhalten	61
1.6.2.2 Die Patient-Diagnostiker-Beziehung	43	1.8.5 „Spezifität“ im Patientenverhalten	61
1.6.2.3 Diagnose	43	1.8.6 Gruppentherapie	62
1.6.2.4 Diagnostisches Gespräch	44		
1.6.2.5 Fehler des Diagnostikers	46	1.9 Ergebnisforschung in der Psychotherapie	62
1.6.2.6 Das Mehrpersonengespräch	46	<i>W. Senf, M. v. Rad</i>	
1.6.2.7 Psychosomatische Anamnese	47	1.9.1 Psychotherapie als klinische und wissenschaftliche Disziplin	62
1.6.3 Verhaltens- und Bedingungsanalyse	48	1.9.2 Die Effektivität von Psychotherapie	63
<i>D. Wälte</i>		1.9.3 Differenzielle Psychotherapie-Effizienz-Forschung	64
1.6.3.1 Schemata zur Strukturierung des verhaltensdiagnostisch-therapeutischen Prozesses	49	1.9.4 Grundlagenforschung	65
1.6.4 Psychodiagnostische Testverfahren	51	1.9.5 Angewandte Psychotherapieforschung	66
<i>U. Rauchfleisch</i>		1.9.6 Planung und Durchführung von Forschungsprojekten	67
1.6.4.1 Fähigkeitstests	51	1.9.7 Plädoyer für eine klinische Forschung in der Psychotherapie	68
1.6.4.2 Persönlichkeitstests	52		
1.7 Prognose in der Psychotherapie	54		
<i>G. Rudolf</i>			
1.7.1 Prognostische Merkmale in der wissenschaftlichen Literatur	54		

2 Neurosen 70

2.1 Konfliktreaktionen	70	2.2.3.2 Reaktionen auf Folter und politische Verfolgung	77
<i>H. H. Studt</i>		2.2.3.3 Folgen der Extremtraumatisierung	77
2.2 Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	71	2.2.3.4 Hilfe für Opfer von Verfolgung und Folter	78
2.2.1 Akute Belastungsreaktion	71	2.2.4 Anpassungsstörungen	79
<i>H. H. Studt</i>		<i>H. H. Studt</i>	
2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung	72	2.3 Neurotische Entwicklungen	80
<i>W. Schüffel, B. Schade</i>		2.3.1 Schizoide Neurose	80
2.2.2.1 Krankheitsbilder	72	<i>H. H. Studt</i>	
2.2.2.2 Therapie	73	2.3.2 Depression	81
2.2.2.3 Klinik und Praxis	75	<i>H. Lang, H. Weiß</i>	
2.2.3 Psychopathologie nach Extremtraumatisierungen (politische Verfolgung und Folter)	76	2.3.3 Zwangsneurose (Zwangsstörung)	87
<i>U. Rauchfleisch</i>		<i>H. Lang, H. Weiß</i>	
2.2.3.1 Ziele der Folter	76		

2.3.4	Angstneurose – Panikstörung – Generalisierte Angststörung 91 <i>H. H. Studt</i>	2.4.2.8	Histrionische Persönlichkeitsstörung 111
2.3.5	Phobien 94 <i>H. H. Studt</i>	2.4.2.9	Selbstunsichere, ängstliche, vermeidende Persönlichkeitsstörung 112
2.3.6	Die hysterische Neurose 96 <i>H. H. Studt</i>	2.4.2.10	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung 112
2.4	Persönlichkeitsstörungen 99 <i>S. Mentzos</i>	2.4.2.11	Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung 112
2.4.1	Allgemeiner Teil 99	2.4.2.12	Zyklothyme Persönlichkeitsstörung 113
2.4.1.1	Deskriptive Definition der Persönlichkeitsstörungen (PS) 99	2.4.2.13	Selbstschädigende, sog. masochistische Persönlichkeitsstörungen 113
2.4.1.2	Psychodynamische Definition und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen 99	2.4.2.14	Abhängige (dependente) Persönlichkeitsstörung 113
2.4.2	Spezieller Teil: Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen 102	2.4.2.15	Depressive Persönlichkeitsstörung 113
2.4.2.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung 104	2.4.3	Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen 113
2.4.2.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung 106	2.5	Andere neurotische Störungen 114
2.4.2.3	Schizotypische Persönlichkeitsstörung 106	2.5.1	Neurasthenisches Syndrom 114 <i>Ch. H. Röder, G. Overbeck</i>
2.4.2.4	Dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung 107	2.5.2	Hypochondrisches Syndrom 115 <i>Ch. H. Röder, G. Overbeck</i>
2.4.2.5	Narzißtische Persönlichkeitsstörung 108	2.5.3	Dysmorphophobie 116 <i>Ch. H. Röder, G. Overbeck</i>
2.4.2.6	Andere selbstbezogene Persönlichkeitsstörungen 109	2.5.4	Depersonalisationssyndrom 118 <i>S. Mentzos</i>
2.4.2.7	Borderline- Persönlichkeitsstörungen 109	2.5.5	Sucht 120 <i>M. Krausz, H.-L. Kröber</i>
		2.5.6	Suizidversuch – Suizid 122 <i>W. Milch</i>

3 **Psychosomatische Krankheiten** 127

3.1	Herz-Kreislauf-Störungen 127	3.1.5	Essentielle Hypertonie 137 <i>H. Speidel, E. Fenner</i>
3.1.1	Rhythmusstörungen des Herzens 127 <i>Ch. Herrmann</i>	3.1.5.1	Psychologische Befunde beim Menschen 138
3.1.2	Funktionelle Herzstörungen – Herzneurose 129 <i>H. H. Studt</i>	3.1.5.2	Soziale Faktoren 138
3.1.3	Koronare Herzkrankheit: Angina pectoris und Myokardinfarkt 131 <i>Ch. Herrmann</i>	3.1.5.3	Persönlichkeit und Psychodynamik 139
3.1.4	Psychosomatische Aspekte bei Herzschrittmacher und Herzoperation 135 <i>S. Zipfel, G. Bergmann</i>	3.1.6	Synkopen 140 <i>Ch. Herrmann</i>
3.1.4.1	Herzschrittmachertherapie 135	3.2	Atemstörungen 142 <i>H. C. Deter</i>
3.1.4.2	Operationen am Herzen 135	3.2.1	Nervöses Atemsyndrom (Hyperventilationstetanie) 142
		3.2.2	Husten 144
		3.2.3	Asthma bronchiale 145

- 3.2.4 Rhinitis vasomotorica (Allergische Rhinitis) 148
H. C. Deter, H. H. Studt
- 3.3 Stimm- und Hörstörungen, Schwindel** 151
U. Lamparter
- 3.3.1 Dysphonie 151
- 3.3.2 Spasmodische Dysphonie 153
- 3.3.3 Psychogene Aphonie 154
- 3.3.4 Hörsturz 155
- 3.3.5 Tinnitus 157
- 3.3.6 Psychogene Hörstörung 160
- 3.3.7 Schwindel 161
- 3.4 Eßstörungen** 165
- 3.4.1 Appetitstörung 165
W. Köpp
- 3.4.2 Funktionelle Schluckstörung 166
W. Köpp
- 3.4.3 Aerophagie 167
W. Köpp
- 3.4.4 Psychogenes Erbrechen 168
W. Köpp
- 3.4.5 Anorexia nervosa 169
W. Herzog
- 3.4.6 Bulimia nervosa 173
W. Köpp
- 3.4.7 Adipositas 176
W. Köpp
- 3.5 Magen-Darm-Störungen** 179
- 3.5.1 Funktionelle Oberbauchbeschwerden (Reizmagen) 179
R. Grabhorn, G. Overbeck
- 3.5.2 Ulcus pepticum 181
G. Overbeck, R. Grabhorn
- 3.5.3 Obstipation 183
W. Keller
- 3.5.4 Diarrhoe 188
W. Keller
- 3.5.5 Funktionelle Unterbauchbeschwerden (Reizkolon) 192
G. Schmid-Ott
- 3.5.6 Colitis ulcerosa 193
G. Jantschek
- 3.5.7 Enteritis regionalis Crohn 196
W. Keller
- 3.6 Urogenitalstörungen** 203
P. Diederichs
- 3.6.1 Ätiopathogenetische Grundlagen 203
- 3.6.1.1 Libidotheorie (Urethralerotik) 203
- 3.6.1.2 Sphinkterkontrolle 203
- 3.6.2 Zur Klinik psychosomatischer Störungen und Erkrankungen des Urogenitaltrakts 204
- 3.6.2.1 Niere 204
- 3.6.2.2 Harnblase 205
- 3.6.2.3 Harnröhre 209
- 3.6.3 Psychosomatische Symptome und Erkrankungen des männlichen Urogenitaltrakts 209
- 3.7 Funktionelle Sexualstörungen des Mannes** 211
U. Clement
- 3.7.1 Krankheitsbilder 211
- 3.7.2 Epidemiologie 212
- 3.7.3 Ätiopathogenese 212
- 3.7.4 Therapie 213
- 3.8 Weibliche Sexualstörungen** 214
U. Brandenburg
- 3.8.1 Sexuelle Schmerzstörungen 214
- 3.8.1.1 Vaginismus 214
- 3.8.1.2 Dyspareunie 215
- 3.8.2 Sexuelle Phobien 215
- 3.8.2.1 Koitussphobie 215
- 3.8.3 Erregungsstörungen 215
- 3.8.4 Orgasmusstörungen 216
- 3.8.5 Störungen des sexuellen Begehrens 217
- 3.8.5.1 Sexuelle Lustlosigkeit 217
- 3.8.5.2 Sexuelle Aversion 217
- 3.8.6 Larvierte Sexualstörungen 217
- 3.8.7 Ätiologie weiblicher Sexualstörungen 218
- 3.8.7.1 Körperliche Ursachen 218
- 3.8.7.2 Psychosoziale Ursachen 218
- 3.8.8 Diagnostik und Therapie weiblicher Sexualstörungen 219
- 3.8.9 Epidemiologie weiblicher Sexualstörungen 220
- 3.9 Gynäkologische Störungen** 220
P. Diederichs
- 3.9.1 Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der Gynäkologie 222
- 3.9.1.1 Zyklusstörungen 222
- 3.9.1.2 Chronischer Unterbauchschmerz 226
- 3.9.1.3 Chronische Eileiterentzündung (Adnexitis) 227
- 3.9.1.4 Scheidenausfluß (Fluor vaginalis) 228
- 3.9.1.5 Genitaler Juckreiz (Pruritus vulvae) 228
- 3.9.1.6 Brustschmerz (Mastodynie) 229

3.9.2	Somatopsychische Reaktionen nach Auftreten von Krebserkrankungen und operativen Eingriffen	229	3.12	Endokrine Störungen	255
3.9.3	Psychosomatische Störungen in der Reproduktionsmedizin	230		<i>M. Teising</i>	
3.9.3.1	Hormonale Kontrazeption	230	3.12.1	Diabetes mellitus	255
3.9.3.2	Intrauterine Kontrazeption (Spirale)	231	3.12.2	Diabetes insipidus	257
3.9.3.3	Chirurgische Kontrazeption (Sterilisation)	231	3.12.3	Hyperthyreose	258
3.9.3.4	Schwangerschaftsabbruch	232	3.12.4	Cushing-Syndrom	258
3.9.3.5	Funktionelle Sterilität	233	3.13	Organische Psychosyndrome	259
3.9.3.6	Psychosomatische Aspekte der künstlichen Befruchtung	233		<i>H. L. Kröber</i>	
3.9.3.7	Klimakterium	234	3.14	Schlafstörungen	262
3.9.4	Psychosomatische Störungen in der Geburtshilfe	235		<i>E. Holsboer-Trachsler</i>	
3.9.4.1	Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft (EPH-Gestose)	236	3.15	Schmerzsyndrome-Schmerzkrankheiten	264
3.9.5	Hysterektomie aus nicht-onkologischen Gründen	237		<i>V. Perlitz, U. Petzold, E. R. Petzold</i>	
	<i>A. Zintl-Wiegand</i>		3.15.1	Funktioneller- oder Spannungskopfschmerz	268
3.9.5.1	Prävalenz und Indikation	237	3.15.2	Migräne	269
3.9.5.2	Langzeitfolgen und Risiken	237	3.15.3	Psychogener Schmerz	270
3.9.5.3	Reaktionen der operativen Praxis	238	3.15.4	Tumorinduzierte Schmerzen	271
3.9.5.4	Uterusentfernung als Lebensereignis	238	3.16	Selbstinduzierte Krankheitsbilder	272
3.9.5.5	Umgang und Begleitung vor und nach der Operation	239		<i>G. Overbeck, C. Röder</i>	
3.10	Hautstörungen	240	3.16.1	Koryphäen-Killer-Syndrom	272
	<i>G. Schmid-Ott, F. Lamprecht</i>		3.16.2	Münchhausen-Syndrom	273
3.10.1	Neurodermitis, atopische Dermatitis oder atopisches Ekzem	240	3.16.3	Artefakt-Krankheit	273
3.10.2	Psoriasis vulgaris	243	3.17	Das chronische Müdigkeitssyndrom	275
3.10.3	Periorale Dermatitis	245		<i>C. Albus, K. Köhle</i>	
3.10.4	Urtikaria	245	3.18	Gerontopsychosomatik	277
3.10.5	Acne excoriée (des jeunes filles)	246		<i>G. Heuft</i>	
3.11	Muskel- und Gelenkstörungen	247	3.19	Psychosomatische Aspekte bei psychiatrischen Erkrankungen	280
3.11.1	Lumbago-Ischialgie-Syndrome	247		<i>S. Mentzos</i>	
	<i>H. H. Studt</i>		3.19.1	Somatopsychische und psychosomatische Zusammenhänge bei den Psychosen	280
3.11.2	Rheumatoide Arthritis	249			
	<i>H. H. Studt</i>		3.19.1.1	Einige empirische Befunde	281
3.11.3	Psychogene Lähmungen, Tic, Torticollis spasticus und Schreibkrampf	250	3.19.1.2	„Endogene“ Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns	281
	<i>F. Lamprecht</i>		3.19.2	Die peripher-vegetativen und sonstigen somatischen Störungen bei den „endogenen“ Psychosen und das Phänomen des Syndromwechsels	282
3.11.3.1	Psychogene Lähmungen	250			
3.11.3.2	Tic	252			
3.11.3.3	Schreibkrampf	254			
3.11.3.4	Torticollis spasticus	254			

- 3.20 Psychosomatische Gesichtspunkte bei
Schwerkranken** 283
- 3.20.1 Der Patient auf der Intensivstation, der
Dialyse- und nierentransplantierte
Patient 283
*B.F. Klapp, G. Danzer, M. Rose, G.
Scholler*

- 3.20.1.1 Belastungsfaktoren infolge von
Krankheit und Behandlung auf der
Intensivstation 285
- 3.20.1.2 Anpassungs- und Abwehrprozesse bei
vital bedrohten Patienten 286
- 3.20.1.3 Der Dialyse-Patient 288
- 3.20.2 Der Krebskranke 289
B. Kallenbach

4 Methoden der Psychotherapie 294

- 4.1 Stützende Psychotherapie** 294
E. R. Petzold, D. Wälte
- 4.2 Psychoanalytische/tiefenpsychologische
Therapie** 296
- 4.2.1 Psychoanalyse und analytische
Psychotherapie 296
P. L. Janssen
- 4.2.1.1 Rahmenbedingungen und Einleitung der
Behandlung 298
- 4.2.1.2 Die psychoanalytische Beziehung als
dynamische Einheit 298
- 4.2.2 Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie 301
H. H. Studt
- 4.2.3 Analytische und tiefenpsychologisch
fundierte Gruppenpsychotherapie 304
B. Strauß
- 4.2.4 Dynamische Psychotherapie 307
K. Lieberz
- 4.2.5 Fokalthherapie –
Kurzpsychotherapie 309
H. H. Studt
- 4.2.6 Das zyklisch maladaptive Muster als
Fokus für die tiefenpsychologische
Psychotherapie 311
*W. Tress, N. Hartkamp, B. Junkert-Tress,
W. P. Henry*

- 4.3 Gesprächspsychotherapie** 314
L. Teusch, J. Finke

- 4.4 Verhaltenstherapie** 317
D. Wälte

- 4.5 Suggestive und entspannende
Verfahren** 320
W. Kämmerer, V. Perltz
- 4.5.1 Hypnose 321
- 4.5.2 Autogenes Training 322

- 4.5.3 Progressive Relaxation 324

- 4.6 Paartherapie** 325
A. Riehl-Emde

- 4.7 Familientherapie** 328
F. Kröger, A. Hendrichke, E. R. Petzold

- 4.8 Familientherapie bei Kindern und
Jugendlichen** 332
A. Overbeck

- 4.9 Psychodrama** 334
G. A. Leutz

- 4.10 Gestalttherapie** 336
L. Hartmann-Kottek

- 4.11 Körperbezogene Verfahren** 340

- 4.11.1 Körperpsychotherapie 340
H. Ferner, R. Höh
- 4.11.2 Konzentrierte Bewegungstherapie 344
R. Blunk
- 4.11.3 Funktionelle Entspannung 346
R. Johnen
- 4.11.4 Tanz- und Ausdruckstherapie 349
M. Eberhard

- 4.12 Imaginative und meditative
Verfahren** 352

- 4.12.1 Katathym-imaginative
Psychotherapie 352
E. Fikentscher
- 4.12.2 Die Oberstufe des Autogenen
Trainings 355
S. Roßmanith
- 4.12.3 Yoga 357
E. Fikentscher

4.13 Kreative Verfahren 360 <i>E. Fikentscher</i> 4.13.1 Gestaltungstherapie 360 4.13.2 Musiktherapie 363 4.14 Stationäre Psychotherapie 366 <i>G. Flatten, F. Ludwig-Becker, E. R. Petzold</i> 4.15 Zum Umgang mit dem Symptom in der Behandlung funktionell Kranker 374 <i>W. Kämmerer</i> 5 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Klinik und Praxis ____ 385 5.1 Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst in der Klinik 385 <i>W. Keller, Ch. Knorr</i> 5.1.1 Problemlage 385 5.1.2 Bedarf an psychosomatischen Konsiliaruntersuchungen 387 5.1.3 Ziele und Arbeitsweisen 388 5.2 Supervision in der Klinik 391 <i>H. Ferner</i> 5.2.1 Supervisionsaufgaben 391 5.2.2 Rahmenbedingung der Supervision in der Klinik 392 5.2.3 Grenzen und Probleme der Supervision in der Klinik 393 5.2.4 Anforderungen an den Supervisor 393 5.2.5 Nutzen externer Supervision 393 5.3 Die Psychosomatisch-Psychotherapeutische Tagesklinik 394 <i>W. Tress, J. Ott</i> 5.4 Psychosomatische Pflege 396 <i>F. Ludwig-Becker, E. R. Petzold, G. Flatten</i> 5.4.1 Geschichte der Krankenpflege 396 5.4.2 Aufgaben des Pflegepersonals 397 5.4.3 Das Aachener Modell Psychosomatischer Pflege (AMPP) 397 5.4.4 Qualitätssicherung in der psychosomatischen Pflege 398 5.4.5 Wirtschaftliche Aspekte einer konsequenten Ausbildung psychosomatischen Pflegepersonals 398	4.16 Die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie 376 <i>C. Reimer</i> 4.17 Psychiatrisch psychotherapeutische Interventionen in der Unfallchirurgie 379 <i>S. Roßmanith</i> 4.18 Psychotherapie alter Menschen 381 <i>G. Heuft</i> 5.5 Praxis für Allgemeinmedizin 399 <i>Ch. Knorr</i> 5.6 Klinik und Praxis für Innere Medizin 402 <i>G. Jantschek</i> 5.6.1 Psychosomatische Aspekte in der Klinik 402 5.6.2 Psychosomatische Aspekte in der Praxis 403 5.7 Klinik und Praxis für Psychiatrie und Neurologie 404 <i>U. Rosin</i> 5.7.1 Psychosomatische Aspekte bei psychiatrisch Kranken in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin 404 5.7.2 Psychosomatische Aspekte bei Kranken in der Praxis des niedergelassenen Facharztes für Psychotherapeutische Medizin 405 5.7.3 Psychosomatische Aspekte bei neurologisch Kranken in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin 405 5.7.4 Psychosomatische Aspekte bei neurologisch Kranken in der Praxis des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin 406 5.8 Klinik und Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe 407 <i>P. Diederichs</i> 5.8.1 Psychosomatische Aspekte in der Klinik 407 5.8.2 Psychosomatische Aspekte in der Praxis 408
---	---

5.9	Klinik und Praxis für Urologie und Andrologie 409 <i>P. Diederichs</i>	5.11.1	Psychosomatische Aspekte in der Klinik	413
5.10	Klinik und Praxis für Chirurgie 411 <i>H. Speidel, E. Fenner</i>	5.11.2	Psychosomatische Aspekte in der Praxis	414
5.10.1	Psychosomatische Aspekte in der Klinik	5.12	Klinik und Praxis für HNO-Heilkunde	415
5.10.2	Psychosomatische Aspekte in der Praxis		<i>U. Lamparter</i>	
5.11	Klinik und Praxis für Dermatologie 413 <i>G. Schmid-Ott, F. Lamprecht</i>	5.12.1	Psychosomatische Aspekte in der Klinik	415
		5.12.2	Psychosomatische Aspekte in der Praxis	416
6	Spezielle Problembereiche			418
6.1	Ethische Probleme bei Psychotherapie 418 <i>C. Reimer</i>	6.3	Begutachtung in der Psychotherapeutischen Medizin	423
6.2	Sozialmedizinische Aspekte 420 <i>U. Petzold</i>		<i>W. Schneider</i>	
		6.4	Qualitätssicherung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	426
			<i>H. C. Deter</i>	
7	Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung			431
7.1	Das Medizinstudium 431 <i>U. Rosin</i>	7.4	Psychosomatische Grundversorgung	442
7.2	Anamnesegruppen – bewußt erlebte Sozialisation zum Arzt 434 <i>A. Petzold, E. R. Petzold, W. Schüffel</i>		<i>A. Hendrichke, E. R. Petzold</i>	
7.3	Balint-Gruppenarbeit 439 <i>U. Rosin</i>	7.5	Bereich: „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“, Gebiet: „Psychotherapeutische Medizin“	445
			<i>R. Hirsch</i>	
8	Literatur			451
9	Sachregister			472

1 Grundlagen psychogener Erkrankungen

1.1 Psychosomatische Theorien und Modelle

F. Lamprecht

1.1.1 Historischer Überblick

Der Zusammenhang zwischen pathogenen Faktoren und Krankheiten und deren Verlauf ist mit ansteigendem Wissen zunehmend komplexer geworden. Allen Modellen, die wir in der Analyse von Krankheiten anwenden, liegt eine *Reduktion von Komplexität* zugrunde, so daß immer eine ungeklärte Restvarianz übrig bleibt, die je nach Krankheit unterschiedlich groß sein kann. Die Theorie, die wir anwenden, beschreibt die Sichtweise oder den Standpunkt, nachdem wir Tatsachen, Hypothesen und Modellvorstellungen zu einer Wissenseinheit ordnen, die uns Erklärungsmöglichkeiten des Zusammenwirkens von Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen am Zustandekommen von Krankheiten bieten. Es ist unmöglich, den Zustand eines Systems mit dem Grad von Vollständigkeit zu kennen, um künftige Zustände eindeutig vorherzusagen.

Diese Schranke ist grundsätzlicher Natur und nicht eine Folge derzeitiger Unvollkommenheit unserer Beobachtungsmethoden. Sie, die Beobachtungsmethode, ist ein integraler Bestandteil der Theorie. Es gibt weder in der Physik, noch in der Medizin ideal isolierte Objekte, die einer quantitativen Erfassung zugänglich sind, sondern jede Beobachtungsmethode verändert auch den Zustand eines Systems. Bezogen auf die Psychosomatik heißt dieses nach von Weizsäcker (1947) „Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen“. Dies führte in der psychosomatischen Medizin dazu, daß zunächst anstelle der Krankheitszentrierung der *Patient* in den Mittelpunkt rückte, der Träger dieser Krankheit ist (*Patientenzentrierte Medizin*), und schließlich richtete sich die Aufmerksamkeit auf die Arzt-Patienten-Beziehung (*Beziehungszentrierte Medizin*). Tab. 1-1 zeigt die möglichen Kombinationen zwischen ursächlichen Faktoren und Krankheiten.

Die 1-zu-1-Entsprechung dürfte in der Medizin die ganz große Ausnahme sein. So hat sich auch bei vielen Infektionskrankheiten gezeigt, daß die Infektion zwar eine notwendige, aber keine ausreichende Bedingung für eine Erkrankung darstellt.

Die meisten psychosomatischen Theorien lassen sich von der Pathogenität gewisser Faktoren leiten, haben also einen rückwärts gerichteten Blickwinkel und lassen das außer acht, was als *Salutogenese* bezeichnet wird: Die Aufmerksamkeit wird auf die Faktoren gelenkt, die eine protektive Funktion gegenüber krankmachenden Einflüssen darstellen oder gesundheitsförderlich sind. Dies bedeutet eine Wendung gegen die dichotome Aufteilung von Krankheit und Gesundheit. Statt dessen spricht man von einem *Krank-Gesund-Kontinuum* (Abb. 1-1). Es ist jeweils darauf zu achten, welche Faktoren den Pfeil in die eine oder andere Richtung ausschlagen lassen.

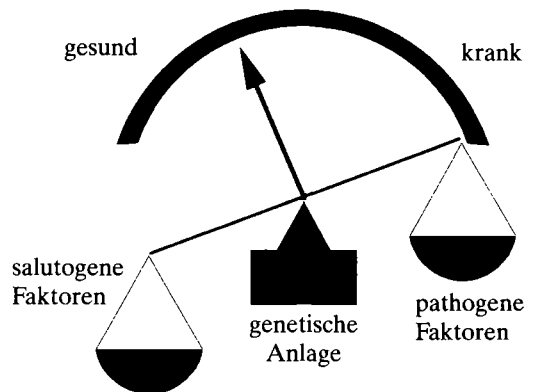


Abb. 1-1: Krank-Gesund-Kontinuum

Ebenso seien hier die *charakterologischen* Richtungen in der Psychosomatik erwähnt, die historisch bedeutsam waren und die Forschung sehr stimuliert haben. Der erste charakterologische Einteilungsversuch findet sich in der *Säftelehre* des Hippokrates mit dem leichtblütigen oder leicht ansprechbaren Sanguiniker, den aufbrausenden, affektgeladenen Choleriker, den langsam, schwer ansprechbaren Phlegmatiker und den traurig gestimmten, antriebs schweren Melancholiker. Diese Temperamentsformen disponieren zu bestimmten

Krankheiten, so finden sich z.B. beim Melancholiker gehäuft Schlaf- und Appetitstörungen, Skrupel, Depressionen, Angst und Überdruß. Diese Betrachtung fand eine Neubelebung in der *Konstitutionsforschung* dieses Jahrhunderts.

Als herausragende Vertreter seien hier Kretschmer und Sheldon genannt. Bei Kretschmer finden sich dünnleibige und schlankgliedrige Leptosomen mit Tendenz zu schizothymen Zügen, Athletiker mit starkem Knochenbau und kräftiger Muskulatur mit visköser Temperamenteigenart, d.h. Langsamkeit und Schwere in der Entstehung affektiver Erregung und den breitwüchsigen Pykniker mit der Tendenz zur Stimmungs labilität und Zykllothymie. Diesen Typen entsprechen bei Sheldon der ektomorphe, der mesomorphe und der endomorphe Habitus mit der Ausprägung zum Zerebrotoniker, zum Somatotoniker und zum Viszerotoniker. Die Realität zeigt, daß diese drei Typen bei jedem in einem anderen Mischungsverhältnis vorkommen, was dann für die Konstitution verantwortlich ist.

Diese Typologien, von Psychiatern entwickelt, waren dann auch mehr in der Psychiatrie zu Hause, während in der Psychosomatik mehr *Persönlichkeitstypen* in Verbindung mit bestimmten Krankheiten gesehen wurden, z.B. die „Unfallpersönlichkeit“, die „Hochdruckpersönlichkeit“ oder auch die „Migränepersönlichkeit“ usw. Während diese charakterologisch orientierten Betrachtungen wegen ihres statischen Charakters und den vielen Ausnahmen im Laufe der Jahre eher in den Hintergrund traten, kann man in jüngerer Zeit eine partielle Wiederbelebung der *Persönlichkeitsspezifitätshypothese* erfahren, indem

bestimmte Verhaltensweisen in den Vordergrund gestellt werden:

Beispielhaft dafür ist das Typ A-Verhalten bei den koronaren Herzerkrankungen oder auch die sog. „psychosomatische Struktur“, die zu psychosomatischen Krankheiten disponieren soll bei vorhandener Unfähigkeit, über Gefühle zu reden, ein Umstand, für den auch der Begriff „Alexithymie“ geschaffen wurde. Engels (1959) Begriff der „Pain-Prone-Personality“, die aufgrund ihrer frühkindlichen Erfahrungen zu Schmerzen disponierende Persönlichkeit, gehört ebenso dazu.

Die Hervorhebung von Persönlichkeitsfacetten und Verhaltensweisen leitet schon über zur Konfliktspezifität, da es sich hierbei in aller Regel um eine Konfliktlösung im Sinne einer Kompromißbildung handeln dürfte. Die *Alexandersche Spezifitätshypothese* (1968) allgemein formuliert, würde in etwa besagen, daß jede emotionale Spannung von einer bestimmten physiologischen Reaktion begleitet ist und somit jedem psychosomatischen Symptom eine spezifische Konfliktkonfiguration zuzuordnen ist. Im speziellen Fall würde das so aussehen (Abb. 1–2): In der Mitte ist das Selbstwertregulationsmodell mit dem Lösungsversuch des Abhängigkeits-Autonomie-Konfliktes. Das Ausleben sich selbstbehauptender, abgrenzender, feindseliger Impulse ist gebremst durch die gleichzeitigen Schuld- und Angstgefühle, während die Sehnsucht nach regressiver Verwöhnung scheitert wegen des stark ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühls und des damit verbundenen Schamgefühls mit

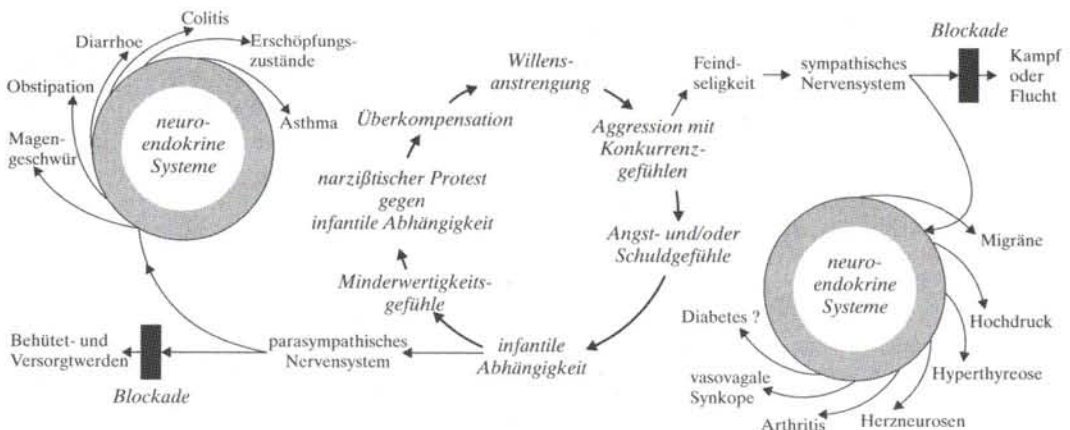


Abb. 1-2: Schematische Darstellung des Spezifitätsbegriffs bei der Ätiologie von vegetativen Funktionsstörungen. Das Schema zeigt die beiden Arten von vegetativen Reaktionen auf emotionale Zustände. Auf der rechten Seite sind diejenigen Zustände dargestellt, die sich entwickeln können, wenn die Abfuhr feindseliger aggressiver Antriebe (Kampf oder Flucht) blockiert und im Oberflächenverhalten vermißt wird; auf der linken Seite erscheinen diejenigen Zustände, die sich entwickeln, wenn die abhängigen hilfeschekenden Strebungen blockiert sind. (aus: Alexander F.: Psychosomatische Medizin. 3. unveränderte Auflage. Walter de Gruyter, Berlin, New York, p 43, 1997).

Krankheitsbildern. Da diese Konfliktkonstellationen als chronisch anzusehen sind, führen sie auch zu Haltungen, etwa zu einer oralen Erwartungshaltung beim Magengeschwür oder zu einer anal-retentiven Haltung bei der Obstipation.

Insofern gibt es auch hier eine enge Beziehung zur *Haltungsspezifität* von Graham (1966). Schwidder (1951) spricht von *Haltungsstruktur*. So fand er bei über 50 Patienten mit Magenulkus: „Keiner meiner Patienten hat es in der Kindheit gelernt, seine Besitzwünsche adäquat durchzusetzen oder auf sie zu verzichten. Meist kam es zu einem oberflächlichen, durch Ideologien verdrängten Verzicht, während Sprengstücke habgieriger Wünsche zu einer beständigen Beunruhigung werden, zu einem Spannungszustand führen. Im menschlichen Erleben zeigen sich Ungeduld, latenter Neid auf Bessergestellte (orale Haltung), hochge-

spannte Erwartung hinsichtlich einer mütterlich stärkenden Atmosphäre (passiv-orale Fehlerwartung), eine Neigung, sich da zurückzuziehen, wo man nicht in irgendeiner Weise profitieren kann mit häufigen Enttäuschtheits- und Ärgerreaktionen“.

Es ist offensichtlich, daß jedwede Spezifitätshypothese entsprechend der Kombinationsmöglichkeit 1 (Tab. 1–1) so nicht zu halten ist, man allenfalls von typischen Verläufen sprechen kann.

Zu den psychoanalytischen Modellen im allgemeinen gehört das *Konversionsmodell* (Freud 1895), das Modell der *Re- und Desomatisierung* (Schur 1955), das Konzept der *zweiphasigen Verdrängung* (Mitscherlich 1953) und die *Psychosomatische Struktur* (Marty et al. 1963).

Tab. 1-1: Der Zusammenhang zwischen Ursache und Erkrankung innerhalb des Systembegriffs *Krankheit* (Meyer 1984)

Kombinationsmöglichkeit	Ursache	Erkrankung
Kombination 1	<i>eine Ursache – eine Erkrankung</i> Tuberkelbazillus Persönlichkeitsprofil (Dunbar 1947) spezifischer Konflikt (Alexander 1951)	Tuberkulose psychosomatische Krankheit psychosomatische Krankheit
Kombination 2	<i>eine Ursache – viele Erkrankungen</i> Rauchen Immundefekt – AIDS Hoffnungs-, Hilflosigkeit (Engel u. Schmale 1972)	Lungenkarzinom Herzinfarkt Magengeschwür saprophytische Infektionen maligne Neubildung Vielzahl von Erkrankungen
Kombination 3	<i>viele Ursachen – eine Erkrankung</i> multiple Risikofaktoren	Krankheit als letzte gemeinsame Wegstrecke einer anfänglichen Vielzahl verschiedener Wege
Kombination 4	<i>viele Ursachen – viele Erkrankungen</i> Gruppe von Risikofaktoren: z. B. Bewegungsmangel, Überernährung, Rauchen	Vielzahl von Erkrankungen

1.1.2 Das Konversionsmodell

Dieses Modell wurde von Freud (1895) in den „Studien zur Hysterie“ beschrieben. Nach dem angenommenen zugrundeliegenden Mechanismus soll es zu einer libidinösen Abfuhr kommen, wobei unbewußte und verdrängte Vorstellungen vom Bewußtsein dadurch ferngehalten werden, daß sie in somatische Innervationsenergie umgewandelt werden. Hierbei ist in erster Linie die Willkürmuskulatur und das Sinneswahrnehmungssystem betroffen.

Wegen des symbolischen Ausdrucksgehaltes wird nach von Uexküll (1958) auch von Ausdruckskrankheiten gesprochen. Im Unterschied zur früheren Auffassung,

nach der Konversionssymptome an eine Störung auf der ödipalen Ebene gebunden seien, geht man heute davon aus, daß Konversionssymptome auf jeder Stufe der psychosexuellen Entwicklung auftreten können. Das Konzept der Konversion ist unzulässig ausgeweitet und verwässert worden, bis hin zu jeder Form von körperlicher Störung ohne organische Ursache.

Heute werden dagegen die Konversionsstörungen als Untergruppe zu den *Somatisierungsstörungen* gerechnet (DSM-IV) oder im ICD-10 zu den *Dissoziationsstörungen* (ICD-10: F 44).

Das, was hier als Sprung vom Seelischen ins Körperliche bezeichnet wird, ist nach Alexander um

nichts rätselhafter oder erklärbarer, wie jede beliebige motorische Innervation, die eine gewünschte Vorstellung in einen Handlungsakt umsetzt, oder z.B. auch beim Lachen und Weinen.

1.1.3 Theorie der De- und Resomatisierung

M. Schur (1955) beschreibt die normalen Entwicklungs- und Reifungsvorgänge als einen fortschreitenden Prozeß der *Desomatisierung*. In der Säuglings- und Kleinkindphase ist z.B. eine Angstreaktion von einem globalen Bewegungsansturm begleitet. Erst mit der Ausreifung des Nervensystems und mit der Überwindung der primärprozeßhaften Vorstellungswelt (direkte Erregungsabfuhr, magisches Denken, Verdichtung und Austauschbarkeit der Objekte), z.B. „böses Tischbein“, wenn ein Kind sich daran gestoßen hat, bis hin zur sekundärprozeßhaften Verarbeitungsform, die die Sprachentwicklung und logisches Denken voraussetzen, kommt es zur realitätsgerechteren Verarbeitungsform. Während dieser skizzierten Entwicklung kommt es zu einer Zerreißen des psychophysischen Simultangeschehens (Mitscherlich), und mit Ausbildung der Ich-Funktion, z.B. Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, Antizipationsfähigkeit usw. zu einer fortschreitenden Desomatisierung.

Dieser erreichte Zustand ist relativ labil, so daß es unter krisenhaften Belastungen zu einer regressiven Bewegung kommen kann, die bei dem betroffenen Individuum zu einer *Resomatisierung* führt. Hierbei kann auch das sog. somatische Entgegenkommen durch eine Organminderwertigkeit für die Organwahl eine Rolle spielen. Das psychotherapeutische Anliegen hierbei wird die Bewußtwerdung und Verbalisierung von Konflikten sein, um so durch sekundär prozeßhafte Vorgänge die Desomatisierung einzuleiten.

1.1.4 Zweiphasige Verdrängung

Eng mit dem Konzept der De- und Resomatisierung ist die zweiphasige Verdrängung (Mitscherlich) verbunden. Danach kann es in einer Konfliktsituation, wenn die psychischen Abwehrmechanismen versagen (Phase I), zu einer Entschärfung des konflikterregenden Affektes dadurch kommen, daß er im Symptom (Phase II = Resomatisierung) ersatzhaft befriedigt wird. Diese Resomatisierung ist mit einer Entdifferenzierung der psychischen Organisationsstruktur verbunden und führt zu globalen und weniger dif-

ferenzierten Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Die Handlungsmöglichkeiten des Ichs sind eingeschränkt, die Aufmerksamkeit hat sich parallel dazu vom Konflikt auf das neue Körpersymptom verschoben. Der neurotische Konflikt stellt somit eine notwendige, aber keine ausreichende Voraussetzung für das Körpersymptom dar. Die mit der Resomatisierung einhergehende Regression führt zu einem Verlust bereits erreichter Mechanismen der Affektbewältigung. Auslösend ist häufig ein phantasierter oder realer Objektverlust.

Das damit einhergehende vorherrschende Gefühl ist das der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Diese Beobachtung trug dem Umstand Rechnung, daß man bei vielen Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten vor Ausbruch der Erkrankung affektive Auffälligkeiten im Sinne von Depression, Verzweiflung, Kummer und eine Haltung des Aufgebens finden kann. Dieser Komplex des Aufgebens und Aufgegebenseins „Giving up – Given up“ ist ebenfalls von Engel (1968) deutlich herausgearbeitet worden. Während die Hilflosigkeit mit dem Verlust an Befriedigungsmöglichkeiten, die von einem außerhalb des Selbst liegenden Objekt ersehnt werden, mehr ein Verlust an Ich-Autonomie meint, hat die Hoffnungslosigkeit mehr mit dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit zu tun, sich die gewünschte Befriedigung zu verschaffen. Die hiermit verbundenen physiologischen Prozesse sollen, solange das „Giving-up“ abgewehrt wird, durch eine Sympathikusaktivierung (Flight-Fight) bestimmt sein und im Endstadium des „Given-up“ durch ein sich schonendes Rückzugsverhalten (Conservation withdrawal) mit einem Überwiegen des Parasympathikus abgelöst werden.

Eine hiervon unabhängige Entwicklung stellt die infantile Persönlichkeit von Ruesch (1948), die französische psychosomatische Schule (Marty, de M'Uzan, David 1963) und das Alexithymie-Modell (Nemiah, Sifneos 1970) dar. Alle beschreiben ähnliche Phänomene. Psychosomatische Patienten sollen sich danach von neurotischen Patienten und normalen Menschen dadurch unterscheiden, daß sie in einer stereotypen Art und Weise in einer Art Überbesetzung des Realen ganz konkretistisch mit ihrer Umwelt umgehen. Das damit einhergehende Denken, als „Pensée opératoire“ bezeichnet, sei automatisch mechanistisch, phantasiearm und kennzeichnet ein Individuum, welches sich selbst und sein Gegenüber stereotyp als projektive Reduplikation sieht und auf dessen Realpräsenz angewiesen ist, da es angeblich nicht zu einer echten Übertragungsbeziehung kommt. Das Verhalten dieser Patienten ist also durch die Symptomtrias *operatives Denken*, *projektive Reduplikation* und *Phantasiearmut* charakterisiert.

Der Begriff der *Alexithymie* kennzeichnet die Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und über Gefühle zu reden (Sifneos) und hebt diesen Aspekt der „psychosomatischen Struktur“ hervor. Die Alexithymie-Diskussion, die Ende der 70er Jahre ihren Höhepunkt hatte, hat dazu geführt, die Alexithymie einmal als schichtenspezifisches Merkmal (Unterschicht-Patienten haben verstärkt psychosomatische Leiden), dann als Untersuchungsartefakt (Patienten-Interview im Hörsaal) und schließlich als Abwehrvorgang zu verstehen, nach diesem habe das Realitätsprinzip über das Lustprinzip gesiegt. Wünsche, Phantasien, Träume haben keinen Platz mehr, die Energie sei von jeglicher Libido befreit, die dann einsetzende motorische Unruhe und Anspannung ohne libidinöse Erregungsabfuhr wird schließlich durch physische Erschöpfung beendet.

Die besondere Schwierigkeit in der Behandlung solcher psychosomatisch strukturierten Patienten liegt darin, daß der Psychotherapeut sich vom Patienten nicht wahrgenommen oder sogar ausgeschlossen fühlt und immer wieder zu Phantasien angeregt wird, zu denen der Patient keinen Zugang hat. Die Kombination von sog. nonverbalen Verfahren (funktionelle Entspannung, konzentrierte Bewegungstherapie und Musiktherapie z.B.) hat sich in diesem Zusammenhang bei psychosomatischen Patienten als sehr vorteilhaft erwiesen. Für die „psychosomatische Struktur“ gilt in unserer Tab. 1–1 die Kombination 3, nämlich, daß sozusagen vielerlei Ursachen zu der letzten gemeinsamen Wegstrecke einer psychosomatischen Erkrankung führen können.

1.1.5 Das lerntheoretische Konzept

Spätestens seit Pawlows Versuchen mit seinen Hunden war bekannt, daß physiologische Abläufe (hier Speichelsekretion) durch bedingte Reflexe gelernt werden konnten. Diese Versuche sind vielfach repliziert und ausgeweitet worden, auch auf andere physiologische Abläufe, bis hin zur konditionierten Immunsuppression. Es lag daher nahe, Funktionsstörungen auch als fehlgelerntes Verhalten aufzufassen. Als Beispiel sei hier die *Depression als gelernte Hilflosigkeit* (Seligman 1975) erwähnt. Auch bei vielen anderen Störungen praktisch in allen Organsystemen lassen sich sowohl bei der Entwicklung, wie auch bei der Aufrechterhaltung fehlgeleitete Lern- und Konditionierungsprozesse nachweisen.

Neben der klassischen Konditionierung werden auch *operante* Lernprozesse bei der Regulation autonomer physiologischer Abläufe nachgewiesen. Die unkonditionierten Reflexe und die

durch sie ausgelöste unkonditionierte oder respondente Verhaltensreaktion ist jeweils durch die individuelle physiologische Grundausrüstung determiniert, wobei durch die glatte Muskulatur und das vegetativ gesteuerte Endokrinium diese Prozesse variiert werden. Dabei können auch sehr komplexe Reaktionsmuster entstehen, die alle autonomen Reaktionsweisen umfassen. Neben diesen unkonditionierten Reaktionsabläufen können natürlich auch klassische konditionale Reaktionen erfolgen durch die wiederholte Paarung eines konditionierten mit einem unkonditionierten Reiz, wie z.B. das Klingelzeichen beim Futterangebot im Pawlowschen Hundeversuch.

Faßt man so eine physiologische Störung als fehlgelerntes Verhalten auf, so muß es auch Modifikationsmöglichkeiten dieses Verhaltens geben, eine Aufgabe, die sich die Verhaltenstherapie zum Ziel gesetzt hat. Zunächst kommt es zu einer ausführlichen Analyse der verschiedenen Reizsituationen, die hierarchisch gegliedert nach Reaktionsstärke dann dem Patienten dargeboten werden. Hierbei unterscheidet man ein sog. *in vivo-Vorgehen* z.B. durch reale Exposition angstausslösender Situationen, von einem *in sensu-Vorgehen*, bei welchem die konditionierten Reize auf der Vorstellungsebene angeboten werden. Hierbei kommt es im günstigen Fall zu einer Desensibilisierung oder – durch alleinige Darbietung des konditionierten Reizes, ohne den unkonditionierten Stimulus – zu einer Extinktion, d.h. zu einem Ende der konditionierten Reaktion. Eine direkte Exposition mit der am stärksten angstausslösenden Situation wird als Reizüberflutung (*Flooding*) bezeichnet. Hierbei muß man sich über die zu erwartenden physiologischen Begleitreaktionen im klaren sein. Bei der sog. *Gegenkonditionierung* (Wolpe 1958) kommt es zu einer reziproken Hemmung der unerwünschten Reaktion. Auf diesem Prinzip beruhen alle Entspannungstechniken. Im Rahmen operanter Lernprozesse kommt auch das operante Modell positiver und negativer Verstärkung zur Anwendung.

Ein weiteres wichtiges Verfahren innerhalb der Verhaltenstherapie stellt die Rückmeldung physiologischer Prozesse mittels elektronischer Geräte und deren gezielte Beeinflussung (Biofeedback) dar.

Das lerntheoretische Paradigma und das im folgenden zu besprechende Streßkonzept sind Beispiele für die vierte Kombinationsmöglichkeit in Tab. 1–1, nämlich

daß viele Ursachen zu vielen verschiedenen Erkrankungen führen können.

1.1.6 Das Streßkonzept

Kaum ein Begriff aus unserem Fachgebiet hat einen solchen Eingang in die Alltagssprache gefunden, wie das Wort *Streß*. Selye (1946) versteht unter Streß eine sehr komplexe Reaktion auf belastende Faktoren (Stimuli oder Stressoren), die unspezifisch, aber auch individualspezifisch sein können. Zu den Stressoren können sowohl *körperliche* (z.B. Fieber, Krankheit, Gifte), *psychische* (traumatische Ereignisse, besondere Daueraffekte wie z.B. Ärger, Angst, Ungeduld) und *Umfeldfaktoren* (z.B. Lärmbelästigung, enger Lebensraum, Umweltverschmutzung usw.) gehören.

Selye baute auf Cannons Notfallreaktion auf. Cannon (1928) betonte die plötzlich notwendig werdende Aktivität mit der Erregung des sympathischen Nervensystems bei sog. „Emergency States“ und gleichzeitiger Inhibition des parasympathischen Systems. Selye glaubte aus seinen Beobachtungen schließen zu können, daß es neben spezifisch organismischen Veränderungen bei jeder Krankheit auch generelle vegetative Reaktionen gibt, die anzeigen, daß das innere Gleichgewicht (Homöostase) gestört ist. Es sind die länger einwirkenden äußeren und inneren Stressoren, die dann zu dem phasenspezifischen Ablauf führen, der Ausdruck des empfundenen Stresses ist, was Selye als das *generelle Anpassungssyndrom* bezeichnet hat.

Dieses gliedert sich in *drei Phasen*: Am Anfang steht die *Alarmreaktion* mit erhöhter Sympathikusaktivität mit Noradrenalin- und Adrenalin-Ausscheidung und der Erregung des Hypophysen-Nebennierenrindensystems. Wenn diese Phase überstanden wird, kann es zu einer *Anpassung* an die veränderten Bedingungen kommen, was aber mit einer erhöhten Widerstandskraft, aber auch mit einem erhöhten Leistungsaufwand verbunden ist. Dieses Widerstandsniveau kann aber nur für eine beschränkte Zeit durchgehalten werden. Wirken die Stressoren unvermindert weiter ein, kommt es zur dritten und letzten Phase, nämlich zur *Erschöpfung*, wenn die Anpassungsreserven verbraucht sind. In dieser Phase kann es zum Tod des Organismus kommen, oder aber zu dem Auftritt von Krankheiten, sog. Adaptationskrankheiten, wozu Selye die meisten Krankheiten rechnet (z.B. Magengeschwür, Hypertonie,

Asthma, Rheuma, allergische Reaktion usw.). Allen gemeinsam ist, daß auf an sich nur potentiell und partiell schädliche Einwirkungen durch inadäquate Anpassungsversuche die Gesamtsituation noch verschlechtert wird. Es ist aber eine Illusion zu meinen, daß das Individuum hier frei wählen könnte. Auch kann man hieran sehen, daß eine Vielzahl von verschiedenen Erkrankungen durch gleiche psychotherapeutische Maßnahmen (z.B. Streßreduktionsprogramme) profitieren können.

Schon früh hat sich sowohl im Tier- als auch in Menschenversuchen gezeigt, daß die Kontrollierbarkeit des Stressors zur Streßminderung beiträgt, während die Ungewißheit über den Streß den Streß erhöht. Das Konzept der *individualspezifischen Reaktion* (Lacey 1967) versucht der Tatsache Rechnung zu tragen, daß verschiedene Individuen auf gleiche Stressoren sehr unterschiedlich reagieren. In diesem Zusammenhang gehört auch der Begriff des „Strain“ (Zander 1978), worunter das Streßpotential aus inneren Konflikten und somit die subjektive Erlebnisweise auf einen äußeren Stressor verstanden wird. Dies ist deshalb so wichtig, weil ein und derselbe Stressor sehr unterschiedliche Bedeutung haben kann, so kann der Verlust eines Partners für den einen eine Befreiung darstellen, für den anderen kann das Leben sinnlos werden. Es kommt also auf die jeweilige Bedeutung an (s.a. Situationskreiskonzept), die einem Stressor zugeteilt wird.

Auch für psychoanalytische Gesichtspunkte gibt es in der Streßforschung zahlreiche Hinweise. So hat sich in bestimmten frühen Entwicklungsphasen gezeigt, daß sowohl Überstimulation als auch Unterstimulation im Sinne einer Deprivation zu erhöhter Streßreagibilität und Vulnerabilität führen kann. Daß es auch auf ein bestimmtes Maß an Streß, der als positive Herausforderung erlebt und als Eustreß bewertet wird, für die gesunde Ich-Entwicklung ankommt, ist ebenso bedeutsam, wie nicht zu bewältigende Stressoren (Distress) in frühen Lebensphasen eine gesunde Ich-Entwicklung behindern können. Die generellen und spezifischen zur Krankheit führenden Faktoren werden heute auch als *Superhighway for disease* bezeichnet (Psychosomatic Medicine 1995). Dahinter dürfte sich das von Selye schon in den 40er Jahren beschriebene generelle Anpassungssyndrom verbergen.

1.1.7 Das Situationskreiskonzept

Wenn man den Menschen nicht als ein durch seine Haut begrenztes Individuum betrachtet, sondern versucht, seine spezifische Umwelt, die ihn wie

eine unsichtbare Hülle umgibt und die er z.T. selber konstruiert, zu sehen, ergeben sich daraus weitreichende Implikationen für die psychotherapeutische Medizin. Der Biologe Jakob von Uexküll (1909) hat mit seinem *Funktionskreis* die Voraussetzung für den dann von Thure von Uexküll (1988) erarbeiteten *Situationskreis* geschaffen.

In dem Funktionskreis ist das Individuum auf seine jeweils artspezifische Art und Weise in seine Umwelt eingepaßt. Die Gesamtheit der wahrnehmbaren Reize bilden die sog. *Merkwelt*, die abhängig ist von der artspezifischen Ausstattung und dem jeweiligen Erregungszustand, d.h. für einen hungrigen Frosch sieht die Umwelt anders aus, als für einen gesättigten. Dieser Merkwelt stehen artspezifische Verhaltensweisen gegenüber, die die *Wirkwelt* des Individuums ausmachen. Diese sog. Eigenwelten sind bei den Tieren von einer Art auf die andere nicht übertragbar, z.B. ist eine Fliegenwelt von einer Giraffenwelt sehr verschieden und sie sind wesentlich geschlossener als beim Menschen, für den eine zwangsläufige Zuordnung von Merk- und Wirkwelt nur in eingeschränktem Maße besteht. Der heranwachsende Mensch entwickelt sich in einem Prozeß, der von einer fortschreitenden Unabhängigkeit gegenüber seiner Umwelt gekennzeichnet ist. Im Funktionskreis ist Psychisches und Physiologisches unmittelbar aneinander gekoppelt. Es gibt keine Spielbreite der Handlungsmöglichkeiten, Bedeutungszerteilung und Bedeutungsverwertung folgen zwangsläufig aufeinander.

Im Situationskreis dagegen ist zwischen Bedeutungszerteilung und Bedeutungsverwertung die Phantasietätigkeit und das Probehandeln dazwischengeschaltet. Vorläufige Deutungen im Zusammenhang mit einem aufgetauchten Problem können in der Phantasie auf ihre Brauchbarkeit hin abgeklopft werden. Erst wenn die spielerische Phantasie einen Lösungsweg zeigt, setzt sich die Bedeutungsverwertung in aktives Handeln um. Es ist also dieser Zwischenschritt der Bedeutungserprobung, welcher den Situationskreis vom Funktionskreis unterscheidet (Abb. 1–2). Die zunächst hypothetische Bedeutungsunterstellung kann durch Probehandeln in der Vorstellung auf plausible Lösungsmöglichkeiten hin abgetastet werden, ehe die effektorische Sphäre in Gang gesetzt wird.

Die Bedeutungszerteilung durch das Individuum ist entscheidend mitbestimmt dadurch, wie es

Veränderungen in seiner persönlichen Umwelt wahrnimmt. Das zu beurteilen setzt Mitteilungsbereitschaft des Patienten voraus und auf Seiten des Arztes die Bereitschaft, sich einzulassen. Von Uexküll und Wesiack (1988) haben nun dieses Situationskreiskonzept in das *biopsychosoziale Modell* von Engel integriert unter Einbeziehung moderner systemtheoretischer Gesichtspunkte und der Semiotik:

Der Mensch wird als offenes System gesehen, ausgestattet mit einem hierarchischen Aufbau von Regelkreisen, die durch Aufwärts- und Abwärtseffekte sich gegenseitig beeinflussen können. Lebende Systeme reagieren nun nicht einfach in mechanisch physikalischer oder chemischer Art und Weise, sondern kodieren alle Veränderungen der Rezeptoren zu Zeichen, die das System über die Bedeutung für seine biologischen Bedürfnisse informieren (Bedeutungszerteilung). Dies kann nun über die zelluläre Ebene bis zur Organ-, Organismus- und Umweltebene in der Sprache der Semiotik beschrieben werden, was die Chance zu einem neuen, die Eigensprache unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen überwindenden Kommunikationsaustausch führen dürfte. Das hier skizzierte Modell ist aber im engeren Sinne kein psychosomatisches, sondern beschreibt eine Theorie der Humanmedizin.

1.2 Ätiopathogenese

1.2.1 Erbeeinflüsse

H. Schepank

Die Frage nach dem *Einfluß von Erbfaktoren* auf psychische Merkmale beim Menschen ist überwiegend und dezidiert eine *differentiell psychologische*; d.h. Ziel ist die Erkundung erblich determinierter Unterschiede zwischen den Menschen. Zur Debatte stehen nicht menschenpezifische Reaktionsweisen oder Krankheitspotentiale etwa im Vergleich zum Tier.

Zwar maß schon S. Freud (1856–1939) der von ihm sog. Konstitution ein Gewicht bei der Entstehung psychogener Erkrankungen bei. Seine Forschung richtete sich jedoch auf die (insb. frühkindlichen) Umwelteinflüsse und ihre Folgen in der intrapsychischen Entwicklung.

Die *humangenetische Forschung* – durch Sir Francis Galton (1822–1911) eröffnet – gewann Bedeutung, seit H. W. von Siemens (1924) eine verlässliche Unterscheidung von ein- und zweieiigen Zwillingen ermöglicht hatte. Die *Zwillingsforschung* in den folgenden Jahrzehnten ist von einseitigen Interpretationen – Überbewertung wie

Ignoranz – und von methodischen Mängeln nicht verschont geblieben.

Es besteht heute kein Zweifel: Alle faßbaren *Erbfaktoren* sind letztlich in den *Genen* und *DNA-Ketten* verankert. Unstrittig ist aber auch: Umschriebene oder globale psychologische und soziodynamische Faktoren nehmen Einfluß auf den Entwicklungsablauf, auf die Gesundheit/Krankheit von Einzelindividuen. Forschungstechnisch und erkenntnistheoretisch besteht derzeit noch eine große Kluft zwischen den ganz *seltenen*, klar herauskristallisierbaren und durch *nur ein* (rezessives oder dominantes) *Gen* bzw. *einen Chromosomendefekt* verursachten *Krankheitsbildern* einerseits, und den außerordentlich *häufigen psychogenen Erkrankungen*. Sie werden nämlich durch viele (*genetische und Umwelt-*) *Faktoren* verursacht. Diese Diskrepanz ist auch nicht durch einen allzu global verstandenen ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Ansatz zu überbrücken, oder durch philosophische Diskurse über das Leib-Seele-Problem.

Die meisten psychogenen Erkrankungen bereiten besondere *forschungstechnische Probleme*:

- Sie bewegen sich *ohne klare Grenzziehung* auf einem breiten und kontinuierlichen Spektrum zwischen den Extremen einer nur minimalen Befindlichkeitsstörung bis zu schwersten Ausprägungsgraden mit vitaler Bedrohung. Die *klassifikatorische Abgrenzung* von „gesund“ und „krank“ ist nicht naturgegeben.
- Die *Erscheinungsbilder wechseln* bei ein und demselben Individuum im Langzeitverlauf zwischen somatischen, psychischen und charakterologischen (Verhaltens-) Manifestationen. Im Gefolge eines phänomenologischen *Symptomwandels* wechselt auch die *Inanspruchnahme*: Sie erstreckt sich von somatischen Spezialisten über psychosoziale Beratungsstellen bis zu ordnungsstaatlichen Institutionen. All das erschwert sehr eine verlässliche und klassifikatorisch eindeutige epidemiologische Bestandsaufnahme.

Für die in diesem Buch beschriebenen verschiedenartigen psychogenen Erkrankungen wird sich nur ganz vereinzelt ein Zugang von Seiten der Molekularbiologie eröffnen (z.B. bei umschriebenen motorischen Störungen wie Ticks und Stottern, oder der Anorexia nervosa). Das forschungsstrategisch beste Design liefert der *Vergleich von eineiigen (EZ) mit zweieiigen (ZZ)*

Zwillingspaaren. Dieses Naturexperiment der grundsätzlich immer erbgleichen EZ, im Vergleich mit den nur zur Hälfte erbgleichen ZZ bietet eindeutig die beste Chance, unsere Erkenntnis zu erweitern. Allerdings erfordert die Anwendung methodische Sorgfalt und bei der Interpretation eine strenge Berücksichtigung der Begrenzung aller Aussagen.

Zur *methodischen Sorgfalt* bei der Datengewinnung gehören:

1. Eine transparente Sampling-Methode;
2. eine persönliche Eiigkeitsdiagnostik;
3. hinreichend lange Beobachtungszeiten, wobei insbesondere die Risikoperiode zu berücksichtigen ist;
4. und schließlich bei psychogenen Erkrankungen besondere Kompetenz der Diagnostiker.

Für die Interpretation von Erbe-Umwelt-Designs gelten vor allem *folgende Grundsätze* und Einschränkungen:

- Genealogische (Familien-) Untersuchungen, Adoptionsstudien und auch alle Zwillingsforschungsergebnisse sind nur *generalisierbar* auf die *jeweilige Ursprungspopulation*; hiesige heutige Untersuchungen gelten also nur für den hiesigen und heutigen Genpool, und auch nur für die aktuelle Umweltkonstellation.
- Der – oft unkritisch geforderte – *Vergleich von getrennt und gemeinsam aufgewachsenen* eineiigen Zwillingspaaren bringt keine eindeutigen Erkenntnisse für die Frage der Determinierung psychogener Erkrankungen, weil es sich im Fall der frühkindlichen Trennung dann regelmäßig um Extremformen abweichender Umwelten handelt, die nicht repräsentativ sein können.
- Eine punktgenaue Quantifizierung von *Varianzanteilen der Erbllichkeit versus Umweltfaktoren* für die Entstehung einer Krankheit ist nur dann seriös, wenn das Gesamtsample eine echte Zufallsstichprobe aus der „normal gesunden“ Bevölkerung darstellt, mit entsprechend breiter Streuung der genetischen, wie auch der Umweltdeterminanten, vor allem auch der demographischen Variablen Lebensalter, Geschlecht und sozialer Status. Eine solche Untersuchung existiert bisher weltweit nicht. Um die genetische Streuung richtig abschätzen zu können, müßte auch das für die

Verteilung der Gene bedeutsame *Partnerwahlverhalten* (assortative mating) bekannt sein: Für einige Persönlichkeitsfaktoren gilt nachweislich das Muster „gleich und gleich gesellt sich gern“ (z.B. bezüglich des IQ); in anderen Traits (z.B. beim sog. Temperament) dürften sich oft „Gegensätze anziehen“.

1.2.1.1 Persönlichkeit

Aus den forschungsstrategisch bevorzugten skandinavischen, angloamerikanischen und anglosächsischen Ländern sind in den letzten Jahrzehnten einige Daten an sehr umfangreichem Zwillingsprobandengut erarbeitet worden. Sie haben jedoch weniger Relevanz für die Psychopathologie. Faktorenanalytische Modelle und Intelligenzuntersuchungen konnten eine hohe genetische Determination von fünf *maßgeblichen Persönlichkeitsbereichen* (sog. Big Five) nachweisen. Als genetisch gesteuert wurde sogar beschrieben: das religiöse Erleben, das Partnerschafts-/Scheidungsverhalten oder die selbstkonstellierten Life-events.

1.2.1.2 Psychopathologie

Die guten psychotherapeutischen und diagnostischen Versorgungsressourcen in Deutschland und frühzeitige sorgfältige Dokumentation ermöglichten eine (in dieser Form wohl nicht wiederholbare) Untersuchung an *Zwillingen* aus einem besonders *breiten Spektrum psychogener Erkrankungen* in den 60er Jahren.

Frau Heigl-Evers (1980/81) in Göttingen untersuchte 50 Zwillingspaare aus einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn); synchron und mit gleicher Methodik untersuchte der Autor in Berlin ebenfalls 50 Zwillingspaare aus einer ambulanten Psychotherapieinstitution (Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der VAB/AOK Berlin). Wegen der damals noch einheitlichen zentralisierten Krankenversicherungs- und Versorgungssituation beansprucht das Berliner Sample *Repräsentativität für die Inanspruchnahmeklientel* der Gesamtgruppe psychogener Erkrankungen bei Erwachsenen sowie bei Kindern/Jugendlichen.

Von den insgesamt 100 Zwillingspaaren waren 36 EZ- und 64 ZZ-Paare. Es ergab sich pauschal bei Erfassung der *psychogenen Symptomatik* eine *Konkordanzrate von 31,43 % bei den Eineiigen*,

versus 16,11 % bei den Zweieiigen. Das Ergebnis ist statistisch hoch signifikant. Es wurde auch mit einer anderen Methode, der Quantifizierung der *Neurosenschwere* und Erfassung der *Intrapaar-differenz* nachgewiesen: Sie war bei den Eineiigen signifikant niedriger als bei den Zweieiigen.

Interessant ist das Ergebnis, wenn man die drei großen Gruppen psychogener Krankheitssymptomatik – charakterneurotische, psychoneurotische und organoneurotische Symptome – differenziert. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden *Konkordanzraten*, bezogen auf die jeweils kumulativ über das bisherige Leben erfaßten Symptome der entsprechenden Kategorie bei den einzelnen Zwillingspaaren (Tab. 1-2).

Tab. 1-2: Konkordanzraten der unterschiedlichen Symptommanifestationen bei 100 Zwillingspaaren (= 200 Probanden) aus Berlin und Tiefenbrunn nach EZ (Eineiige Zwillinge), ggZZ (gleichgeschlechtliche Zweieiige Zwillinge) und PZ (Pärchenzwillinge). (Aus: A. Heigl-Evers, H. Schepank 1980/81).

	Symptome		Konk.-Raten
	konk.	disk.	
EZ	37	36	50,68 %
ggZZ	7	54	11,50 %
PZ	6	50	10,91 %
EZ	46	89	34,10 %
ggZZ	30	111	21,30 %
PZ	27	106	20,30 %
EZ	66	200	24,81 %
ggZZ	46	214	19,69 %
PZ	31	210	12,86 %

Es wird ersichtlich, daß

- die stärkste genetische Komponente sich bei den *charakterneurotischen* Symptomen manifestiert,
- eine mittelstark aber noch statistisch sehr signifikante bei den *psychoneurotischen*,
- eine nur relativ schwache und gerade noch eben signifikante bei den (meist funktionellen) *organoneurotischen* Symptomen.

1.2.1.3 Spezielle Krankheitsbilder

Von zahlreichen anderen Forschern wurden an klinischen Subgruppen – verständlicherweise mit jeweils wesentlich kleineren Zwillingsspatienzen – auch für *einzelne psychoneurotische Erkrankungsgruppen*, wie Depressionen, Zwangs-

neurosen, frei flottierende Ängste, Panik-Angst-Attacken oder verschiedene Phobien, Konkordanzraten bei den EZ um 20 % bis 40 % gefunden. Die Werte für ZZ lagen um 5 % bis 15 %. Andere Kollegen äußerten sich in neueren Arbeiten bezüglich depressiver Neurosen zurückhaltender. Das entspricht auch unseren neuesten Ergebnissen in einer 30-Jahre-Langzeit-Follow-up-Untersuchung der 50 Berliner Zwillingspaare.

Trotz der engen klinischen Nähe zur Depression zeigte eine von mir (1974) zusammengetragene Sammelkasuistik für vollendete **Suizide** nur geringe (17 %) Konkordanzraten bei den Eineiigen und 0 % bei den Zweieiigen. – Geht man der beschriebenen Kasuistik im einzelnen nach, so zeigt sich, daß unter den konkordanten Eineiigen die Psychosen erheblich überwiegen.

Bei **dissozialem** abweichenden **Verhalten** ist eine Differenzierung erforderlich, wie sie – F. Vogel (1961) drastisch ausdrückt: „Gelegenheit macht Diebe, aber nicht Rückfallverbrecher und Schwerstkriminelle. Sie werden geboren.“ Hochgradig **antisoziales Verhalten** scheint stärker genetisch determiniert zu sein, als leichtere Formen von Verwahrlosung (Schepank 1996). Basale *genetisch mitdeterminierte Persönlichkeitsfaktoren* wie Ich-, Steuerungs- und Bindungsschwäche, Frustrationsintoleranz und emotionale Instabilität sind zwar sehr komplexe, aber für Verhaltensdeviationen mitbestimmende Faktoren.

Alkoholismus, an zahlreichen Zwillings- und auch Adoptionsstudien evaluiert, zeigt – selbstverständlich auch hier neben pathogenen Umwelteinflüssen – deutliche *genetische Determinanten*. Für den Alkoholismus liegen bereits solide Befunde vor über biologische Verbindungsglieder zwischen der phänomenologischen Manifestation eines Verhaltens und seiner Basis in den Genen:

- die erbliche und in Ostasien häufige Variante des Alkoholabbaus im Körper durch *Acetaldehyddehydrogenase* und
- die von Propping (1977) an Zwillingen nachgewiesenen unterschiedlichen *erblichen EEG-Varianten*, die sich durch Alkohol synchronisieren lassen und damit zum Alkoholismus prädisponieren.

Auch für die Kerngruppe der **männlichen Neigungshomosexualität** – eine nicht als krankhaft anzusehende Variante sexueller Reaktion, aber

wegen ihrer Konsequenzen doch von klinischer Relevanz – halte ich die noch immer umfangreichsten Serien von Kallmann (1952) und von Habel (1950) mit *Konkordanzraten für EZ von 100 % bzw. 66 %* gegenüber denen bei ZZ mit 25 % bzw. 0 % noch immer für aussagekräftig. Zu betonen ist, daß Homosexualität bei Frauen individuellentwicklungspsychologisch sowie psychodynamisch anders gelagert ist: Sie manifestiert sich meist erst später im Leben und zeigt sich im Verlauf flexibler. Das hat jüngst auch die Minnesota-Zwillingstudie bestätigt.

Noch zu wenig bekannt sind die Ergebnisse über die **Anorexia nervosa**: Die Londoner Gruppe um Crisp und Holland (1985) fand in den 80er Jahren zeitgleich mit und völlig unabhängig von uns – hohe *Konkordanzraten um 50 % für die EZ* und unter 10 % für ZZ.

Die **psychosomatischen Funktionsstörungen** oder Erkrankungen im engeren Sinne wurden schon früher untersucht. Neuere Untersuchungen sind sehr selten. Hallgren (1960) konnte auch eine deutliche genetische Komponente für die *Enuresis* erarbeiten. Auch für das *Stottern* konnten in Zwillings- und genealogischen Studien genetische Komponenten nachgewiesen werden.

Genaue Prozentangaben der *Heritabilität versus Umweltbedingtheit* erscheinen mir nach heutigem Erkenntnisstand unseriös. Ausgefeilte mathematische Rechenoperationen stehen im Kontrast zu der oft ungenügenden Validität und mangelnden methodischen Sorgfalt bei der Datenerhebung oder bereits beim Sampling.

Die *Erbe-Umwelt-Interaktion* ist höchst komplex. Plomin (1990) diskutiert die komplizierten Zusammenhänge zwischen Erb- und Umweltfaktoren, die nicht einfach additiv kombinierbar sind, etwas überpointiert und spricht von „the nature of nurture“: Der *genetisch* so oder anders ausgestattete Mensch formt, sucht, selektiert sich seine spezielle passende Umwelt. Wir wissen heute: schon der „kompetente“, aktive Säugling beeinflusst die Reaktion der Mutter durch sein eigenes Verhalten; damit gestaltet er einen wichtigen Anteil an seiner unmittelbaren, ihn wiederum prägenden Umwelt.

Ich gebe deshalb nur eine aus meiner Literaturkenntnis und persönlichen Erfahrung in einer 30jährigen Langzeitstudie erarbeiteten *ungefähr-additiven Modellvorstellung* einer Ergänzungsreihe.

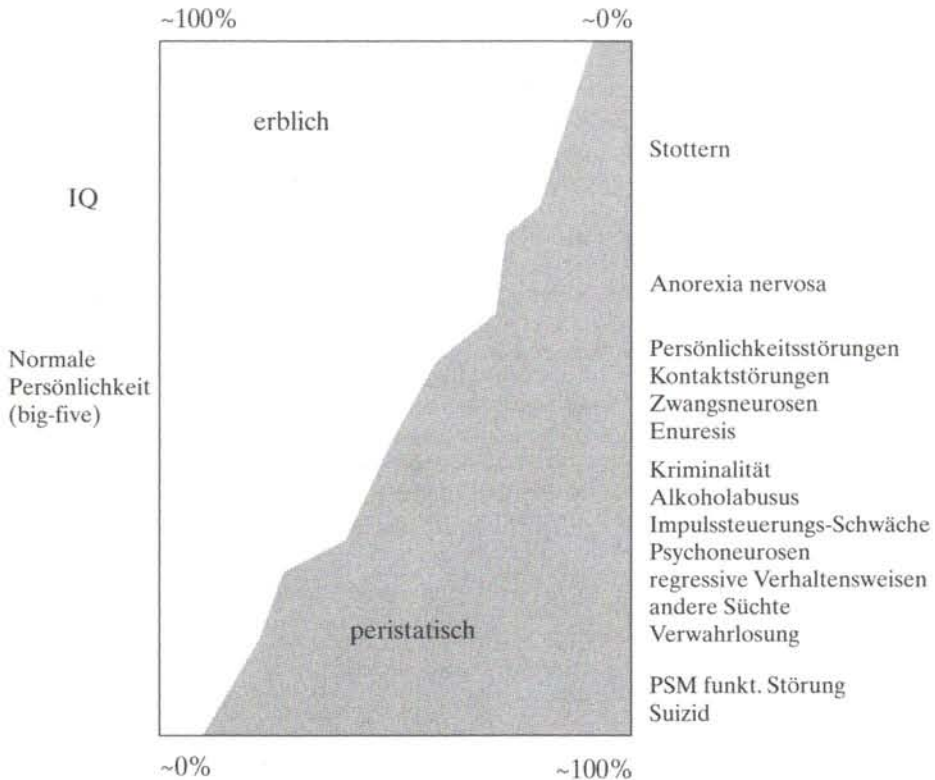


Abb. 1-3: Ergänzungsserie der Erbe- und Umweltanteile psychogener Symptommanifestationen (in der Abb. rechts: von unten nach oben zunehmende genetische Determination).

1.2.2 Entwicklungspsychologie

K. Lieberz

Die unterschiedliche Fähigkeit der Menschen, sich ihre Gesundheit zu erhalten, führt zu der Frage nach der *individuellen Disposition und Vulnerabilität* für Erkrankungen im allgemeinen und seelische Krankheiten im besonderen. In zahlreichen Untersuchungen ist eindrucksvoll belegt worden, daß das Geheimnis der individuellen Vulnerabilität weit in die Kindheit zurückreicht.

Die Bedeutung der Kindheit und Jugend für die spätere seelische Gesundheit ist nicht zu unterschätzen. Jeder Mensch durchläuft einen Entwicklungszyklus von Integration in seine Gruppe, von Individuation im Schutze seiner Gruppe sowie von Tradierung und Erhalt des biologischen und sozialen Erbgutes (Generativität). Diese Entwicklung geht in Form kritischer Schritte vor sich. Erikson (1971) hat dieses epigenetische Entwicklungsmodell in folgendes Schema gebracht:

I	Säuglingsalter	Urvertrauen vs. Mißtrauen
II	Kleinkindalter	Autonomie vs. Scham und Zweifel
III	Spielalter	Initiative vs. Schuldgefühl
IV	Schulalter	Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl
V	Adoleszenz	Identität vs. Identitätsdiffusion
VI	Frühes Erwachsenenalter	Intimität vs. Isolierung
VII	Erwachsenenalter	Generativität vs. Selbstabsorption
VIII	Reifes Erwachsenenalter	Integrität vs. Lebens-Ekel

1.2.2.1 Genetische Einflüsse

Die Bedeutung genetischer Einflüsse für die Kindesentwicklung und seelische Gesundheit war nie umstritten. Sowohl Freuds *Triebtheorie* (1892–1924) wie auch *Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung* (1977) oder Bowlbys *Bindungstheorie* (1969) folgen biologisch vorgegebenen Entwicklungsthemen. Weitere Würdigung erfuhr die genetische Anlage des Kindes im Rahmen der neueren Säuglingsbeobachtungsforschung, die das Neugeborene als erstaunlich fertiges und gut ausgestattetes Wesen (z.B. Sinnesorgane, Affekte) entdeckte.

1.2.2.2 Trieb-Modell

In seinem Bestreben, Verhalten in der biologischen Ausstattung des Menschen zu fundieren, entwickelte Freud seine „Triebtheorie“.

Phasen der Triebentwicklung

- intentionale Phase
- orale Phase
- anal-aggressive Phase
- urethrale Phase
- phallisch-narzisstische Phase
- ödipal-genitale Phase
- adoleszente genitale Phase

Er postulierte verschiedene aufeinanderfolgende kindliche Entwicklungsphasen mit jeweils wechselnden „erogenen“ Leitonen und Arten von Objektbeziehungen. Diese frühen Manifestationen der „Sexualität“ sah er mit etwa 6–7 Jahren von einer „Latenzperiode“ abgelöst, in der sich die gegen die Triebregungen gerichteten Kräfte entwickelten. Die dann einsetzende Pubertät ist gekennzeichnet durch Konflikte zwischen den erstarkenden Triebkräften und Ängsten und Abwehrhaltungen.

Im **oralen Stadium** sind die Erfahrungen um das Nahrungsbedürfnis herum zentriert, und das Ziel besteht in der „Einverleibung“ (orale Introjektion, primäre Identifikation) „nährender“ Objekte. Schultz-Hencke (1951) hob die Bedeutung des *Intentionalen*, des allgemeinen neugierigen Sich-Zuwendens zur Welt in dieser Phase hervor, in der das Such- und Orientierungsverhalten des Menschen seine besondere affektive Tönung erhalte. Seiner Meinung nach hat auch das sich ent-

wickelnde *Liebesstreben* hier seine ersten Wurzeln im Kontakt- und Zärtlichkeitsaustausch mit den primären Pflegepersonen.

Im zweiten Lebensjahr rückt die **Analerotik** in den Vordergrund und wird zum Prototyp für *anale Objektbeziehungsmuster*. Diese sind ihrer Orientierung nach ambivalent, sie können Zärtlichkeit ebenso wie Feindlichkeit und Verachtung zum Ausdruck bringen. Im retentiven Antriebserleben entwickelt sich die notwendige Ergänzung zum rezeptiven Pol des *Besitzstrebens* und eine erste Erfahrungsgrundlage für das allgemeine Leistungsverhalten. Das menschliche *Geltungsstreben* ist an das sich in diesem Lebensabschnitt stürmisch entwickelnde motorisch-expansive Element gebunden. Entscheidende Weichen für Selbstentwicklung, Selbstabgrenzung, Selbstbehauptung und Werkfreude werden jetzt gestellt.

Die **urethrale Phase** wird in enger Verbindung zur weiteren Entwicklung des aggressiven Verhaltens gesehen und das Urinieren als Äquivalent aktiven Eindringens oder aber als „Fließenlassen“ mit passiver Selbstaufgabe oder Ausschaltung von Kontrollen aufgefaßt. Diese Zeit ist bestimmt von dem Bedürfnis frei zu sein von Zwang und sich seiner Willkür zu überlassen. Sie ist zudem eng mit dem Geltungsstreben verbunden, und es kommt jetzt zur breiteren Entfaltung von Konkurrenzmöglichkeiten.

Diese Entwicklung leitet über zur **phallischen Phase**, die nach klassischer psychoanalytischer Auffassung mit dem Höhepunkt des sog. *Ödipuskomplexes* zusammenfällt. Zunehmende genitale Empfindungen verstärken die Freude am Erleben des eigenen Körpers und verschaffen lustbetonte Tröstungsmöglichkeiten. Das kindliche *Liebesstreben* erfährt jetzt entscheidende Impulse. Im Zusammenhang mit den durch die wachsenden sprachlichen Fähigkeiten verbundenen Fortschritte im kognitiven Bereich entwickeln sich Neugier und Wißbegierde und damit der Realitätssinn.

1.2.2.3 Objektbeziehung und Identifikation

Die psychoanalytische Triebtheorie war von Beginn an durch ihre enge Verflechtung mit den Objektbeziehungsschicksalen gekennzeichnet.

Ambivalenzen in den kindlichen Objektbeziehungen haben ihre Wurzeln bereits in den *präödipalen* Erfahrungen des Kindes. Mahler (1978) versuchte,

Präödipale Objektbeziehungsphase (nach Mahler)

- Autistische Phase
- Symbiotische Phase (2.–6. Monat)
- Separations-Individuationsphase (7.–36. Monat)
 - Subphase der Differenzierung (7.–9. Monat)
 - Subphase der Übung (10.–14. Monat)
 - Subphase der Wiederannäherung (15.–24. Monat)
 - Subphase der Konsolidierung (25.–36. Monat)

die präödipale Lücke in den psychoanalytischen Vorstellungen über die kindlichen Objektbeziehungen und ihrer Verinnerlichung (Identifizierungen) zu füllen. Sie verfolgte dabei den Weg des Kleinkindes aus der von ihr postulierten frühen Phase der Symbiose mit der Mutter hin zur Entwicklung zunehmender Individuation mit abschließender emotionaler Objektkonstanz. Diese Entwicklung kulminiert krisenhaft in der Phase der Wiederannäherung, in der das Kind starke Ambitendenzen erkennen läßt: einerseits gesteigerte Trennungsangst, andererseits verstärkte Ablösungsbemühungen. Diese krisenhafte präödipale Konflikthaftigkeit und die daraus resultierenden Lösungsmuster finden ihren Niederschlag in der Bestimmung einer individuell optimalen Distanz zur Mutter und beeinflussen die Kompetenz zur Lösung späterer Konfliktsituationen.

Der *Ödipuskomplex* wurde von Freud nach mannigfaltiger Kritik an seiner ursprünglichen Konzeption schließlich als ein auf die Elternteile gerichteter und an ihnen entwickelter *Ambivalenzkonflikt* beschrieben, von dessen Ausgang das Verhältnis von Liebe und Haß in den Objektbeziehungen eines Menschen abhängig ist. Außerdem muß das Kind in dieser Zeit zu einer festen Geschlechtsidentität finden. Die Entwicklung des Über-Ich sah Freud im Gefolge des Ödipuskomplexes durch Identifizierung mit einem oder beiden Elternteilen entstehen.

Der Verinnerlichungs- oder *Identifizierungsprozeß* beinhaltet in Abhängigkeit von der kindlichen Entwicklungsphase zunächst mehr eine primitive Verinnerlichung affektiver Beziehungsqualitäten. Er führt dann über eine schon aktivere Stufe kindlichen Imitationsverhaltens zu

echten *Ich- und Über-Ich-Identifizierungen*. Archaische Identifizierungen sind wegen der besonderen magischen Qualität kindlichen Erlebens auf den frühen Entwicklungsstufen von nachhaltiger Einprägsamkeit. Mit zunehmender motorischer und kognitiver Entwicklung weitet das Kind seinen Aktionsradius aus und bezieht auch außerfamiliäre Identifikationsfiguren in sein Leben ein. Durch die langsame Synthese zahlreicher partieller und selektiver Identifizierungen gelangt es schließlich zu einer eigenen Identität – ein Prozeß, der erst im frühen Erwachsenenalter einen vorläufigen Endpunkt erreicht, ohne jedoch jemals ganz aufzuhören.

Von zentraler Bedeutung für diesen Prozeß der Identitätsbildung ist die Entwicklung der *Geschlechtsidentität*. Dieser Prozeß beginnt nicht erst mit der ödipalen Phase. Freilich ist für das Kind beiderlei Geschlechts erst mit Erreichen der Objektkonstanz die Grundlage dafür gelegt, seinen Aktionsradius auszudehnen. Der Vater rückt nun stärker in den Vordergrund. Mit der ödipalen Phase verstärkt sich die unterschiedliche Entwicklung für Jungen und Mädchen. Jungen müssen im Gegensatz zu Mädchen nun einen Identifikationswechsel vornehmen.

In der *Latenzphase* stellen konstante Leistungsanforderungen große Ansprüche an die aktive Gestaltung der Objektbeziehungen. Die jetzt zu beobachtende verstärkte Hinwendung zur gleichgeschlechtlichen Altersgruppe dient der Konsolidierung der Geschlechtsidentität und fördert Selbstbeherrschung und Selbststeuerung.

Die frühe Adoleszenz wird bestimmt von der Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen. Die Akzeptanz dieser Veränderungen hängt in erster Linie von der Stabilität der Geschlechtsidentität ab. Dabei ist der Jugendliche in noch sehr narzißtischer Weise mit sich selbst beschäftigt. Der Weg von der Eigenliebe zur Liebe zu einem anderen Menschen führt über die Liebe zu einem Menschen, der dem Selbst gleicht.

In der mittleren Adoleszenz werden die bisher eher idealisierten Vorstellungen von den Eltern realistischer. Die Ablösung von der Familie und der Prozeß der Selbstfindung, der über die Jugendlichengruppe schließlich zu Unabhängigkeit und Eigenständigkeit führt, hat jetzt gewöhnlich eine größere Bedeutung als die Entwicklung von Liebesbeziehungen oder die Suche nach heterosexueller Befriedigung. Das Interesse für das an-

dere Geschlecht erwächst nicht allein aus dem Geschlechtstrieb, sondern aus dem narzißtischen Bedürfnis nach Anerkennung, die der Jugendliche zur Erhaltung und Stärkung seines Selbstwertgefühles braucht.

Die späte Adoleszenz steht im Zeichen der Entwicklung einer dauerhaften und bleibenden Identität. Die Zugehörigkeit zur Gruppe des eigenen Geschlechts nimmt weiterhin eine Schlüsselstellung bei der Bildung einer stabilen Identität ein. Auch die in diesem Alter zu beobachtende Intoleranz gegen nicht der eigenen Gruppe Zugehörige dient der Festigung der Eigenidentität.

Im jungen Erwachsenenalter ist der Mensch fähig, sich echten Bindungen und Partnerschaften hinzugeben und hierfür auch Opfer zu bringen. Die weitere Entwicklung führt zur zeugenden Fähigkeit, welche eine Erweiterung der Ich-Interessen und die liebevolle Besetzung dessen, was gezeugt wurde, beinhaltet. Im letzten Lebensabschnitt erreicht der Mensch, der die Sorge für Dinge und Menschen in irgendeiner Weise auf sich genommen hat, *Ich-Integrität*. Dies bedeutet die Hinnahme des einmaligen und einzigartigen Lebensweges als etwas Notwendigem und Unersetzlichem. Verzweiflung entspricht einem Gefühl, daß die Zeit zu kurz ist für den Versuch, ein neues Leben zu beginnen und andere Wege der Integrität zu suchen.

1.2.2.4 Kognitive Entwicklung

Im Gegensatz zu Freud konzentrierte Piaget sein Interesse auf die Entwicklung *logischer Strukturen* als Konstituenten des rationalen Denkens.

Als allgemeine **Faktoren der geistigen Entwicklung** sieht Piaget:

1. die *Reifung*
2. *Übung und Erfahrung*
3. die *sozialen Interaktionen* und Übermittlungen
4. einen Prozeß der *Selbstregulierung*.

In diesem Entwicklungsmodell wird ein *dreistufiger Prozeß der kognitiven Entwicklung* postuliert.

Ausgehend von angeborenen motorischen Reflexen kommt es zur Ausbildung von *Assimilations-schemata*, wobei das Kind für den Einbau neuer Erfahrungen nur in dem Maße empfänglich ist (und bleibt), wie sie an bereits aufgebaute Strukturen assimilierbar sind. Dieses System der sensorischen Assimilationsschemata führt zu ei-

Stufen der kognitiven Entwicklung nach Piaget

1. die senso-motorische Stufe (0–1 ½ oder 2 Jahre) (Stadium 1–6)
2. Phase der konkreten Operationen (2–11 Jahre)
 - a) voroperatorische Stufe (2–7 Jahre)
 - b) konkreteroperatorische Stufe (7–11 Jahre)
3. Phase der formalen Operationen (11–15 Jahre)
 - a) Unterstufe der Organisation
 - b) Unterstufe der Leistungsfähigkeit

ner Art Logik des Tuns und schafft Ordnungs- und Verbindungsstrukturen als Grundlage künftiger Denkopoperationen. So führt die Entwicklung von einer ursprünglichen Welt ohne Gegenstände zum Aufbau eines Schemas des *permanenten Gegenstandes*. Dieses ist verbunden mit der Entwicklung raumzeitlicher Strukturen, die wiederum die Basis höherer Denktätigkeit abgeben. Die Objektbeziehungen bilden sich in enger Verbindung mit dem Schema der permanenten Gegenstände.

Die zunehmende Koordination von Schemata bringt eine Kohärenz. Assimilation und Akkommodation erhalten die Kontinuität. Sie funktionieren während des ganzen Lebens. Sie werden unter dem *Äquilibrationsprozeß* subsumiert, durch den der Organismus zunehmend wirksamere Gleichgewichtszustände erreicht.

Mit der Entwicklung der *semiotischen Funktion* tritt das Kind in die Phase der konkreten Operationen ein. Die Entwicklung von bildlichen Vorstellungen und Symbolisierungen erfolgt durch Nachahmung, Spiel, Zeichnen, Vorstellung und Sprache. Die Entstehung der Symbolfunktion ermöglicht eine Fortentwicklung der inneren Repräsentation, so daß sich das Denken von der direkten Wahrnehmung abzulösen beginnt. Die Sprache tritt ungefähr gleichzeitig mit den anderen Formen des semiotischen Denkens auf. Sie vervielfacht die Potenzen des Denkens in Umfang und in der Geschwindigkeit. Sie stellt nicht den Ursprung der Logik dar, sondern wird im Gegenteil durch diese strukturiert. Sie ist ein wichtiges Instrument im Dienste der Intelligenzentwicklung.

Es dauert 5–6 Jahre, bis der Übergang von der Aktion zur Operation vollzogen ist. Das erste

Hindernis für die Operation ist die Notwendigkeit, das, was auf der Ebene der Aktion erworben war, auf der neuen Ebene der Vorstellung zu rekonstruieren. Als zweites beinhaltet diese Rekonstruktion eine *Dezentrierung*. Diese erstreckt sich nicht nur auf ein physisches, sondern auch auf das soziale Universum (Ich als ein Objekt wie andere, Selbsterkenntnis etc.). Das Kind wird fähig zur *Kooperation*, d.h. sein Denken ist nicht mehr ausschließlich selbstbezogen. Damit eine Interaktion zustande kommt, müssen die Individuen ihre gegensätzlichen Zentrierungen koordinieren. Wesentliche Entwicklungsimpulse gehen von sozialen Kommunikationskonflikten aus.

In der dritten Phase der formalen Operationen löst sich der Mensch vom Konkreten zugunsten von Interessen, die sich auf das Mögliche, das Unaktuelle und die Zukunft richten. Diese Transformation des Denkens bereitet die Adoleszenz vor. Die Wirklichkeit wird nicht mehr in ihren begrenzten und konkreten Aspekten, sondern aufgrund einer beliebigen Zahl oder aller möglichen Kombinationen betrachtet, was die deduktiven Fähigkeiten der Intelligenz beträchtlich verstärkt. Es gelingt jetzt ein System zu entwickeln, das alle Möglichkeiten (einschließlich der Inversion und Reziprozität) berücksichtigt.

Da *moralisches Denken* natürlich auch Denken ist, hängt fortgeschrittenes moralisches Denken von fortgeschrittenem logischen Denken ab. Es gibt eine horizontale Folge von Entwicklungsschritten vom logischen Denken über die soziale Wahrnehmung zum moralischen Urteilen und schließlich zum moralischen Verhalten. Mit Colby und Kohlberg (1978) können drei verschiedene Stadien der Entwicklung des Gerechtigkeits sinns unterschieden werden: *Präkonventionelles Niveau* (bis 9 Jahre), *Konventionelles Niveau* (Mehrheit der Jugendlichen und Erwachsenen), *Postkonventionelles Niveau* (Minderheit der Erwachsenen >20 Jahre).

1.2.2.5 Bindungs-Modell

Bowlby (1969) geht in der von ihm formulierten Bindungstheorie davon aus, daß *Bindungsverhalten* sich als angeborene Verhaltensqualität im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen, zunächst der Mutter-Kind-Interaktion, entwickelt. Aus den unterschiedlichen Erfahrungen, die dabei gewonnen werden, lassen sich unterschiedliche *Bindungsqualitäten* ableiten. Die Verinnerli-

chung unterschiedlicher Bindungserfahrungen geht einher mit der Verinnerlichung von Objektqualitäten, Subjektqualitäten und Interaktionsqualitäten, d.h. kommunikativen Strukturen, die den ursprünglichen emotionalen Gehalt des Dialogs beinhalten („inner working model“).

Die Funktion des Bindungsverhaltens besteht in der Gewährleistung des Schutzes vor Gefahren, die das Kind noch nicht kennt. Bindungsverhalten ist eine Klasse von Variablen und austauschbaren Verhaltensweisen oder Signalen (z.B. Weinen, Nachfolgen, Anklammern, Rufen), die das Kind mit seiner Bindungsperson in Kontakt bringen sollen. Diese Signale werden nur dann geäußert, wenn das Bindungsverhaltenssystem aktiviert wird.

Bowlby postulierte 4 Phasen in der Entwicklung der Bindung. Während der ersten (3 Monate) und der zweiten Phase (3–6 Monate) sind einfache, sofort aktivierbare Verhaltenssysteme des Kindes wirksam und richten sich während dieser Entwicklung langsam auf spezifische Personen (etwa ab dem 4. Monat). Ab der dritten Phase (6 Monate – 3 Jahre) tritt die spezifische Bindung des Kindes an einige wenige Bindungspersonen deutlich in Erscheinung, und das Bindungsverhaltenssystem wird zielkorrigiert auf die Nähe zur Bindungsfigur organisiert. In der vierten Phase (etwa ab 3. Lebensjahr) bildet sich dann zwischen den Bindungspartnern eine zielkorrigierte Partnerschaft heraus.

Jedes Kind bildet eine Hierarchie von Bindungen zu seinen verschiedenen Bindungsfiguren heraus, wobei der Mutterbindung besonderes Gewicht (Monotropiehypothese) zukommt. Aufgrund empirischer Studien unterscheiden wir verschiedene Bindungsqualitäten:

1. sichere Bindung (B)
2. unsicher-vermeidende Bindung (A)
3. unsicher ambivalente Bindung (C)

eines Kindes an seine Mutter (oder Vater) im Alter von 12 Monaten. Unsichere Bindungsqualitäten sind nicht nur bei physischer Nichtverfügbarkeit der Bezugsperson (tatsächlicher Trennung) zu erwarten, sondern auch bei psychischer Unzugänglichkeit und Mangel an feinfühligem Eingehen auf kindliche Bedürfnisse, besonders nach Zärtlichkeit und körperlicher Nähe bei Leid und Ärger.

Hat ein Kind zu einer bestimmten Bezugsperson eine Bindung aufgebaut, so zeigt es bei Trennung von ihr Kummer. Kommt es zu einer längeren Trennung oder gar zum Verlust, zeigen alle Kinder eine typische Sequenz aus

1. Protest (Trennungsangst und starkes Bemühen um das Wiedererlangen der Person)
2. Verzweiflung (Kummer und Trauer) und
3. Ablösung von der Bindungsperson (Entfremdung).

Einmal erworbene Bindungsmuster erweisen sich als stark veränderungsresistent. Bindungsverhalten als solches ist zeitlebens durch entsprechende Auslöser aktivierbar.

1.2.2.6 Selbst-Modell

Mit Stern (1979) lassen sich verschiedene *Selbstgefühlsstufen* unterscheiden, die mit den ihnen entsprechenden *Beziehungsstrukturen* simultan weiterentwickelt werden und das ganze Leben hindurch wirksam bleiben:

- Auftauchendes Selbst
- Kern-Selbst
- Subjektives Selbst
- Verbales Selbst.

Bereich der auftauchenden Beziehung (auftauchendes Selbst). Der Säugling ist von Geburt an mit einem differenzierten Wahrnehmungs- und Affektsystem ausgestattet, welches ihm ermöglicht, unverzüglich in die Interaktion mit seinen Betreuungspersonen einzutreten. Dabei scheint auch von vornherein eine Orientierung an der Realität und ein Unterscheidungsvermögen zwischen „Selbst“ und „Anders“ gegeben zu sein. Die in den ersten 2 bis 3 Monaten festzustellende Entwicklung ist vor allem auf die Ausdifferenzierung der kommunikativen Fähigkeiten des Kindes ausgerichtet.

Bereich der Kern-Beziehung (Kern-Selbst). Die *Synchronisation* von Affekten und Verhalten steht im Vordergrund und führt zur allmählichen Herausbildung eines „Vertrautheitssystems“ und konstanter Erwartungshaltungen. Diese Erfahrungen bilden erste *Grundlagen für die Regulierung des inneren Erregungs- und Affektniveaus*. Die Umwelt bekommt eine spezifische affektive Tönung, die ihren „Aufforderungscharakter“ bestimmt. Das Gedächtnis ist in dieser Phase ein af-

fektiv-assoziatives, d.h. im Vordergrund steht die Kopplung affektiver Tönungen an bestimmte Interaktionen, denen damit individuelle „Bedeutung“ verliehen wird. Vier verschiedene Erfahrungsformen zeichnen nach Stern das Kern-Selbst aus: *Selbsttätigkeit*: Gefühl, Handlungen selbst zu initiieren und zu steuern, *Selbstkohärenz*: Erlebnis als psychische Einheit mit Grenzen, *Selbstaffektivität*: Interaktionsmuster und Affekte sind verknüpft und führen zu spezifischen Erwartungshaltungen, *Selbstgeschichte*: „episodic memory“ in Form generalisierter Interaktionsrepräsentanzen.

Bereich der intersubjektiven Beziehung (subjektives Selbst). Zwischen dem 7.-9. Lebensmonat kommt es zu einem weiteren Sprung in der Selbstentwicklung. Aufmerksamkeit, Intentionen und Affekte werden in zunehmendem Maße zwischen Mutter und Kind abgestimmt.

Bereich der verbalen Beziehung (verbales Selbst). Der Prozeß des Spracherwerbs stellt hohe Anforderungen an die *Koordinations- und Kooperationsbemühungen* von Eltern und Kind. Handlungen werden jetzt symbolisch repräsentiert und erhöhen und verändern die Gedächtnisleistungen. Kognitive Reifungsprozesse bewirken eine allmähliche Ausbildung des *Selbsterkennens*. Mit Lichtenberg läßt sich annehmen, daß erst mit wachsender Symbolisierungsfähigkeit der Aufbau von Selbst- und Objektrepräsentanzen einhergeht, Phantasietätigkeit und Abwehrprozesse möglich werden. Affekte werden erst in dieser Zeit in ein symbolisches Repräsentationssystem integriert, innerhalb dessen sie als Signale wirken, die zu intrapsychischer Antizipation *ohne äußere Steuerung* befähigen.

Zusammenfassung

Freuds Interesse war bestimmt von der Ergründung von Verhaltensweisen, die in ihrer Irrationalität die Integration des Individuums in die Sozietät erschweren. Seine zentralen Konzeptionen wie die Libidotheorie, die Bedeutung des Ödipuskomplexes oder die gesamte Metapsychologie wurden frühzeitig in Frage gestellt. Entscheidende Erweiterungen der psychoanalytischen Konzeptbildung hin zur Ich-Psychologie und zu einer Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen waren die Folge. Dennoch ist die Triebtheorie bis heute von großer klinischer Bedeutung geblieben.

An *Piagets* Konzeption wurde kritisiert, daß eine psychologische Entwicklungstheorie sich mehr auf die Funktionen und Prozesse konzentrieren sollte, durch die im Laufe der Entwicklung unterschiedliche Techniken der Informationsverarbeitung erworben werden.

Bowlby hat die wohl bis heute stringenteste Objektbeziehungstheorie entwickelt, auch wenn sie eine Vereinfachung und Einseitigkeit beinhaltet.

Die Entwicklung des Selbstkonzeptes läßt sich nur künstlich und zu didaktischen Zwecken von der Entwicklung der Objektbeziehungen und der Interaktion zwischen Subjekt und Objekt trennen. Die Steuerung dieses Interaktionsprozesses durch affektive Signale ist von besonderem klinischen Interesse. Das Selbstkonzept verdient auch insofern Beachtung, als sich in seiner Folge im Laufe der Zeit eine Eigendynamik entfaltet und durch beständige Verstärkung einmal ausgebildeter Selbstvorstellungen einerseits die Selbstkohärenz gefördert, andererseits eine besondere Veränderungsresistenz bewirkt wird.

Auch wenn die Entwicklung zu bestimmten Zeiten in Sprüngen zu erfolgen scheint, so hat sich doch gezeigt, daß es sich um einen sehr kontinuierlichen Wachstumsprozess handelt, in dem ein Schritt auf dem anderen aufbaut. Alle hier erwähnten Entwicklungsmodelle haben sehr zu unserem heutigen Verständnis normaler und pathologischer Entwicklungsgänge beigetragen. Trotz aller Fortschritte haben wir in der Ergründung des äußerst vielschichtigen und komplexen menschlichen Sozialisationsprozesses und der Umsetzung unserer Erkenntnisse in die klinische Praxis noch einen weiten Weg vor uns.

1.2.3 Protektive Faktoren in der Ätiopathogenese psychogener Erkrankungen

W. Tress, G. Reister und M. Franz

Wie kommt es, daß eine Person trotz zahlreicher mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, psychologischer, sozialer und kultureller krankheitserzeugender Bedingungen ihre Gesundheit bewahrt? Antonovsky (1987) hat für diesen Problembereich den Begriff der *Salutogenese* geprägt und damit den Anspruch erhoben, der Erforschung der Bedingungen für das „Gesund-Sein“ und „-Bleiben“ den gleichen Rang einzuräumen wie der wissenschaftlichen Aufklärung pathogenetischer Zusammenhänge. Damit ergibt sich ein Wechsel von der risikoorientierten hin zu einer Perspektive, die auf die Definition und Identifikation von *Schutzfaktoren* zentriert ist, jenen Umständen also, die vor Erkrankung schützen.

Für den Bereich der sog. Mental Health Disciplines sind dabei zunächst die Ergebnisse der Protektionsforschung von Bedeutung, die in den letzten beiden Dekaden einen enormen Aufschwung genommen hat. Sie nahm ihren Ausgang von Befunden aus Längsschnittuntersuchungen wie der Guidance-Studie (MacFarlane 1964), wonach die

seelische Entwicklung mancher Kinder trotz schwerer biologischer, sozialer und psychologischer Risiken wider Erwarten günstig verlief. Als Erwachsene waren sie nicht nur psychopathologisch weitgehend unauffällig, sondern sie imponierten häufig als reife und sozialfähige Individuen. In ihrer Biographie fanden sich protektive Faktoren, die sie vor späterer psychischer Erkrankung schützten.

Ein zweiter Zentralbegriff der Protektionsforschung ist jener der *seelischen Elastizität* oder „resilience“, der die Widerstandskraft solcher Menschen kennzeichnen soll, die trotz widriger Erfahrungen seelisch gesund sind und bleiben.

1.2.3.1 Empirische Befunde der Protektionsforschung

Betrachten wir vor diesem Hintergrund die Ergebnisse dieses sich zunächst *High-Risk-Populationen* zuwendenden Forschungszweiges, so wird rasch deutlich, daß als protektive Faktoren physiologische und psychische Eigenschaften des Kindes (Temperament), Merkmale des sozialen Umfeldes, aber auch die Abwesenheit von Risikofaktoren gelten. Rutter (1989) sieht deren Wirkung in einem *steeling effect*, der Verminderung negativer Kettenreaktionen, der Entwicklung von Selbstachtung und Selbständigkeit und der kreativen Eröffnung von Entfaltungsmöglichkeiten. Empirisch gut belegt ist die lebenslang protektive Wirkung eines unverbrüchlichen emotionalen Umsorgens des Säuglings in den ersten Lebensmonaten und eine positive Beziehung der Eltern zu ihrem Kleinkind, die Verfügbarkeit von Gleichaltrigen und Nachbarn zur emotionalen Unterstützung und eine stets zugängliche, emotional warmherzige und konstante Bezugsperson sowie ein ruhiges, überwiegend freundliches Klima im Haushalt.

Somit sind stabile (früh-) kindliche Erfahrungen für die spätere psychische Gesundheit von herausragender Bedeutung. Hier ist vor allem die Qualität der kindlichen (Objekt-) Beziehungen – und zwar wechselseitig zwischen Betreuer und Kind – mit der Folge des sicheren Aufgehobenseins in einem primären familiären und nachbarschaftlichen Verbund von besonderer Wichtigkeit. Wahrscheinlich spielen auch angeborene Eigenschaften eine Rolle. Diese und die förderlichen Einflüsse der Umwelt dürften die Entwicklung emotionaler und kognitiver Stabilität und eine optimistische Grundeinstellung begünstigen, in welcher eine aktive und konstruktive

ve Bewältigung allfälliger Krisen und Belastungen möglich wird.

Liegen danach also die Wurzeln der Resilienz in der Kindheit, so werden protektive Faktoren ihre Wirkung doch in allen Lebensabschnitten entfalten. Allerdings sind die empirischen Befunde für die Adoleszenz und das Erwachsenenalter bislang nur spärlich und punktuell. Ursache dieses Mangels ist vor allem das Fehlen von prospektiven Längsschnittuntersuchungen an unausgelesenen Stichproben.

Dies ist angesichts der Bedeutung der Adoleszenz für die psychische Entwicklung besonders beklagenswert, kommt es hier doch in der beginnenden Ablösung vom Elternhaus zu einer Wandlung oder Verfestigung grundlegender Einstellungen, Verhaltensweisen und Wertorientierungen. In dieser durch Verunsicherung geprägten Zeit können sich durch spezifische Probleme wie z.B. Gebrauch illegaler Drogen oder eine ungewollte Schwangerschaft oft unkorrigierbare Langzeitfolgen auch für die seelische Gesundheit ergeben.

Protektiv wirksam sind in der *Phase der Adoleszenz* nach den Übersichten von Werner (1989), Remschmidt (1986), Häfner (1987) und Detzner und Schmidt (1987) folgende Faktoren:

1. Merkmale der Umgebung: vermehrte Zuwendung, positive Eltern-Kind-Beziehung, Beliebtheit bei Freunden, enger Zusammenhalt der Familie und ein geregelter und strukturierter Haushalt.
2. Merkmale des Individuums: positives Sozialverhalten, ausgeprägte Interessen, hohe Intelligenz, Kreativität, Leistungsbereitschaft, Vertrauen in Beziehungen, positives Selbstkonzept, Übernahme von Verantwortung, Fähigkeit zur Selbsthilfe und Erfolge im sportlichen, musischen oder schulischen Bereich.

Ein Teil dieser Variablen erschien bereits als protektive Faktoren der Kindheit, während die anderen an Beschreibungen von „Superkids“ mit einer hohen Anpassung an soziale Wertnormen erinnern. Sie sind deswegen von lediglich geringer Trennschärfe und lassen derart offen, ob es für die Adoleszenz spezifische Schutzfaktoren gibt.

Tatsächlich konnten weder Schmidt und Esser (1990) in ihrer prospektiven Verlaufsstudie an 340 18-Jährigen

noch Lösel (1992) et al. bei der Untersuchung von 66 „resilienten“ Jugendlichen aus Institutionen der Wohlfahrtspflege mit schwerwiegenden Risiken spezifisch „adoleszente“ Schutzfaktoren identifizieren. Als protektiv bedeutsam erwiesen sich dagegen erneut personale Ressourcen und „gute“ Beziehungen zu Gleichaltrigen und zur Familie. Dies ist umso bemerkenswerter, als beide Projekte in Design und Methodik außerordentlich elaboriert und anspruchsvoll durchgeführt wurden. Ähnliches gilt auch für das Erwachsenenalter. Gesundheitfördernde bzw. -erhaltende Einflüsse finden sich vor allem in Eigenschaften und Ressourcen der Persönlichkeit, namentlich in den Bewältigungs- und Verarbeitungsfähigkeiten unterschiedlicher psycho-sozialer Belastungen und im sozialen Bereich. Die meisten Untersuchungen in diesem Feld bleiben insofern deskriptiv, als sie den Bedingungen für die Entwicklung solcher protektiver Faktoren nicht nachgehen. Lediglich Thomas et al. (1979) und Vaillant (1980) betonen die Bedeutung der sicheren und zuverlässigen kindlichen Objektbeziehung. Solch eine primäre Bezogenheit finden Kinston und Cohen (1988) für das Erwachsenenalter wieder in „irgendeinem Amalgam aus persönlichen Beziehungen, Arbeit, Besitz, physischer Umwelt, sozialem Status, Religion oder weltlichem Glauben“.

1.2.3.2 Protektive Prozesse

Solche oft sehr allgemein klingenden Begriffe verweisen auf ein Problem aus den Anfängen der Protektionsforschung: Protektive Faktoren stellen sich meist als ins Positive gewendete Risikofaktoren dar. Demgegenüber hat Rutter (1979) versucht, den Schutzfaktor als eigenständiges Moment zu etablieren, als ein Prinzip, das per se einen positiven Effekt ausübt. Dazu kommt die Tatsache, daß protektive Faktoren nur in Anwesenheit von Risiko zur Wirkung kommen. Schließlich greift die Faktorensichtweise offensichtlich zu kurz: So wie ein als positiv angesehener Schutzfaktor in bestimmten Situationen selbst zum Risikofaktor werden kann, kann ein ursprünglich pathogen wirkendes Ereignis präventiv wirken. Zum Beispiel erhöht eine Adoption für Kinder aus günstiger Familienkonstellation das Risiko späterer psychogener Erkrankung, wohingegen sie ein schützender Faktor für solche Kinder sein mag, die in eine Familie mit Streit und Deprivation hineingeboren wurden.

Entsprechend ist die Protektionsforschung inzwischen unterwegs zu einer Strategie, das Phänomen Protektion dynamisch als *zeitliches und interaktives Geschehen* zu verstehen und daraus die prozeßbestimmenden Mechanismen zu isolieren und abzubilden. Mit den Begriffen der *protektiven Mechanismen* bzw. der *protektiven Prozesse* wird der komplexen Interaktion von Situation,

Person, Risiko und Protektion besser Rechnung getragen.

Zusammen mit der pathogenetischen Sichtweise, kondensiert im Vulnerabilitäts-Paradigma, ergibt sich ein Modell des protektiven Mechanismus, in welchem Vulnerabilität und Resilienz auf das Wirksamwerden eigenständiger Faktoren zurückzuführen sind und im Ergebnis ein Mehr oder Weniger psychogener Erkrankung bzw. seelischer Gesundheit konstellieren. Die folgende Abbildung soll diesen Sachverhalt verdeutlichen (Abb. 1-4):

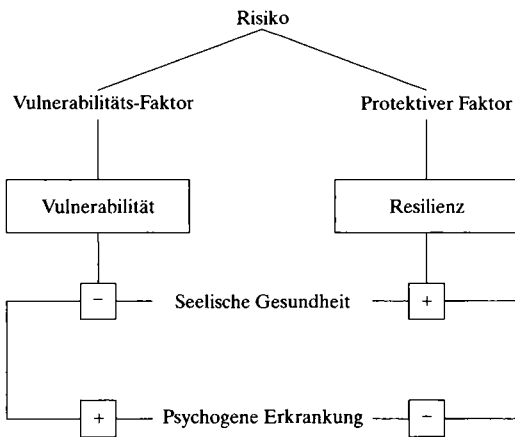


Abb. 1-4: Modell des protektiven Mechanismus (aus Reister 1995, S. 57)

1.2.3.3 Die Multidimensionalität protektiver Prozesse

Vor diesem Hintergrund untersuchten wir im Rahmen des Mannheimer Kohortenprojekts eingehend die protektiven Bedingungen zum Schutz vor späterer seelischer Erkrankung zunächst deskriptiv-statistisch und anschließend unter Zuhilfenahme von Pfadanalysen und Sturkturgleichungsmodellen. Dabei haben wir neben biographischen, retrospektiv erhobenen Daten, vor allem den aus den Sozialwissenschaften stammenden Konstrukt-bereichen „life events“ und „social support“ sowie den Coping-Fähigkeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Erwartungsgemäß sind Persönlichkeitsvariablen im Sinne von zur Struktur gewordener Beziehungserfahrungen, dabei vor allem die Bewältigungs- und Verarbeitungs-Fähigkeiten sowie – statistisch weniger stark ausgeprägt – Merkmale der sozialen Unterstützung die Hauptkonstituenten des protektiven Prozesses angesichts von psy-

chosozialem Risiko. Somit sind die Beziehungserfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter als die wirkmächtigsten protektiven Faktoren zu verstehen. In steter Wechselwirkung zwischen Individuum und Sozietät ereignen sich die protektiven Prozesse, deren identifizierbare Marker in Form protektiver Faktoren auftreten, heißen sie nun ausgezeichnete soziale oder nachbarschaftliche Integration, reife Ich-Funktionen, Temperament, Fähigkeit zum adäquaten Coping oder zugewandte positive frühkindliche Bezugsperson. Dahinter stehen Entwicklungsprozesse der Persönlichkeit, die sich von Beginn des individuellen Lebens an im menschlichen Miteinander ereignen und strukturieren.

1.2.4 Körperbild und Körperbildstörungen

R. Rohner

Körperkult, das Verschwinden des Körpers, seine Wiederentdeckung, Körperaufwertung und/ -verdrängung sind Themen, die innerhalb der Gesellschaft insgesamt viel Aufmerksamkeit finden. In der Psychosomatik gibt es viele Versuche, das in der Medizin immer noch vorherrschende „Maschinenparadigma vom Menschen“ durch eine *Lehre vom erlebten Körper* und einer *subjektiven Anatomie* zu ergänzen und zu korrigieren. Patienten mit Körperbildstörungen sind genuin psychosomatische Patienten, werden aber nur teilweise in psychosomatischen/psychotherapeutischen Einrichtungen gesehen. Klassisch sind die auffälligen Körperbildstörungen von Anorektikerinnen. Andere Patientengruppen werden vorwiegend von Chirurgen und Hautärzten gesehen (Dysmorphophobiker, Transsexuelle). Insgesamt wächst die Sensibilität für Körperbildaspekte auch bei Patienten, bei denen diese nicht im Vordergrund stehen (Angstneurosen, Depressionen, Schmerzpatienten, chronisch Kranke).

Trotz der Anerkennung, daß das Ich basal ein körperliches ist, fehlte lange Zeit ein Entwicklungsmodell des körperlichen Ich als Basis und der Behälter des seelischen Ich. Auch wenn in Freuds Werk (1923) die Begriffe Körperschema oder Körperbild an keiner Stelle auftauchen, liefert er das Fundament, von dem ausgehend wichtige Weiterentwicklungen ihren Ausgangspunkt nehmen.

Wichtige Pioniere in diesem Feld, die erst spät rezipiert wurden, sind die beiden Wiener Psychiater Paul Schilder (1886–1940) und Paul Federn (1871–1952). Die in vielen Publikationen stereotyp wiederholte Klage über

die Heterogenität und mangelnde Trennschärfe der verschiedenen Begrifflichkeiten („Körpererleben“, „-konzept“, „-bild“, „-schema“, „-phantasie“, „Körper-Ich“), die manchmal auch Schilder zum Vorwurf gemacht wird, ist einerseits begreiflich, spiegelt andererseits insgesamt aber auch die Mehrdimensionalität des Gegenstands wider.

1.2.4.1 Grundannahmen

Die hier zugrundeliegende Auffassung ist,

- daß es im Kern eines (mehr oder weniger) gesunden Subjekts ein kohärentes und akkurates Körper-Selbst gibt,
- daß dieses Körper-Selbst die Grundlage für die Entwicklung des seelischen Selbst ist und dessen wesentliche Formung in der präverbalen Phase stattfindet,
- daß das Körperbild die mehr oder weniger bewußtseinsnahe bzw. bewußtseinsfähige Repräsentanz des Körper-Selbst ist,
- daß das Selbstbild analog die mehr oder weniger bewußtseinsnahe bzw. bewußtseinsfähige Repräsentanz des seelischen Selbst ist und
- daß Körper-Selbst/Körperbild und seelisches Selbst/Selbstbild ein zusammenhängendes System bilden, dessen einzelne Komponenten sich wechselseitig beeinflussen.

Störungen von Körper-Selbst und Körperbild stehen in einem engen Zusammenhang mit narzißtischen und Identitätsstörungen. Sie sind dadurch charakterisiert, daß es blasse, schlecht integrierte, gespaltene Selbst- und Objektrepräsentanzen, mangelhafte Objekt Konstanz, unsichere Identität und unscharfe Selbst-Objekt-Grenzen gibt.

Inzwischen gibt es ein umfangreiches klinisches Wissen (plus begründeter Spekulation) darüber, wie solche Defizite innerhalb der frühen Entwicklung zustande kommen und sich später symptomatisch auswirken. Das grundlegende Deutungsmuster ist, daß basale Verunsicherungen, Defizite und Entwicklungsblockaden später in vielfältige körperbezogene Restitutionsversuche münden.

1.2.4.2 Entwicklung von Körper-Selbst und Körperbild

Der primäre Modus der Erfahrung ist taktil, der visuelle und der akustische Modus spielen anfangs noch eine geringere Rolle. Das Baby wird gehalten, getragen, gewaschen, abgetrocknet, gestreichelt, geküßt. Die Hände der Mutter (hier und im

weiteren synonym mit Eltern) schaffen die erste Erfahrung der Körpergrenze, geben dem ansonsten unstrukturierten Raum eine Grenze. Es kommt zur frühen Unterscheidung von *Innen* und *Außen*. Die Art der Grenzziehung ist für die Entwicklung des Körper-Selbst und für die darauf aufbauende seelische Entwicklung bedeutsam. Wie sicher oder unsicher, wie zärtlich oder grob, wie zuverlässig und vorhersagbar oder willkürlich und chaotisch die Berührungen ausfallen, bestimmen die Qualität der Ausformung der erlebten Körpergrenze. Ob es zu Vernachlässigung oder zu Überstimulation kommt, hat eine Bedeutung dafür, wie unvollständig oder fragmentiert, konturiert oder verschwommen das Körperbild ist. Winnicott (1978) hat das Halten in seiner wörtlichen und übertragenen Bedeutung unterstrichen:

„Das Halten hat sehr viel mit der Fähigkeit der Mutter zu tun, sich mit ihrem Säugling zu identifizieren. Ein befriedigendes Halten ist eine Grundration von Fürsorge, was man nur an den Reaktionen auf falsches Halten erleben kann. Falsches Halten ruft im Kind extremes Unbehagen hervor, – es ist Grundlage für das Gefühl des Zusammenbrechens, das Gefühl, unaufhaltsam zu fallen, das Gefühl, die äußere Realität sei zur Beruhigung nicht zu gebrauchen und andere Ängste, die gewöhnlich als ‚psychotisch‘ bezeichnet werden.“

Schon früh sucht das Baby den Blick der Mutter. Im Normalfall nimmt die Mutter den Blick auf, es kommt zu einer Choreographie wechselseitiger und reziproker Bewegungen, Laute und Blicke. Dieser Blick der Mutter ist anschaulich als *Spiegeln* beschrieben worden. Er legt die Basis eines Gefühls der Wirklichkeit des eigenen Daseins, indem er auf elementare Weise die Existenz des Kindes bestätigt. Die moderne Säuglingsforschung hat gezeigt, in welchem Umfang Babies aktiv und in der Lage sind, Reaktionen bei den Eltern auszulösen. Diese Fähigkeit besichert das erste Erlebnis, selber die Ursache von etwas zu sein. Dies ist ein Element basalen Selbstvertrauens und Ur-Vertrauens in die Welt. Die Bereitschaft zum Spiegeln und die relative Adäquatheit des Spiegeln sind entscheidende Voraussetzungen für eine ausreichend gute Entwicklung. Für das Kind existiert keine dritte Instanz, um die Stimmigkeit von innerer Erfahrung und elterlicher Reaktion zu beurteilen. Die Reaktionen von Vater und Mutter bedeuten die Wirklichkeit.

Diese frühen Erfahrungen gehen ohne Sprache und ohne Gedächtnisspuren in die Strukturbildung ein. Gibt es hier Defizite, mangelnde Empathie (z.B. weil die Mutter schwer depressiv ist) oder ein

undifferenziertes Antwortverhalten (z.B. jedes Unbehagen des Kindes als Hunger deuten und mit Füttern beantworten) kommt es zu Störungen. Die Erfahrung des Körper-Selbst bleibt undifferenziert und unterentwickelt, das Wirklichkeitsgefühl der eigenen Person und der umgebenden Realität bleiben brüchig. Die klare Unterscheidung zwischen Innen und Außen sowie die zwischen verschiedenen inneren Zuständen bleiben unsicher. Spätere Symptome können als Versuche verstanden werden, diese Mängel zu kompensieren.

In den ersten Lebensmonaten ist das Bild der Mutter an deren reale Anwesenheit geknüpft. Die Objektkonstanz entwickelt sich erst allmählich und ist etwa mit 18 Monaten erreicht. Die ersten Symbole und die ersten Übergangsobjekte repräsentieren den Körper der Mutter. Mit dem Fortschreiten der Fähigkeit zur Formung mentaler Bilder wird eine neue Stufe der erlebten Getrenntheit von Körper und Objekt erreicht sowie ein erweitertes Bewußtsein vom Raum jenseits des eigenen Körpers. Der Aufbau eines dreidimensionalen Körperbildes ist eine markante Etappe der Entwicklung vom Körper-Selbst zum seelischen Selbst. In etwa zur selben Zeit kommt es mit der Ausreifung der Motorik zu selbstbestimmten Bewegungen, das Kind lernt auf eigenen Füßen zu stehen und zu laufen. Es erlernt, u. U. zum Kummer der Eltern, das „Nein“-Sagen.

Autonomie, Selbstbewußtsein und ein Gefühl der Ganzheit entwickeln sich. Im positiven Fall fungieren die Eltern als unterstützende und ermutigende Umgebung, die sowohl Sicherheit als auch Bewegungsspielraum geben und dem Kind erlauben, Freude an körperlichen Funktionen und Aktivitäten zu erleben. Wachsende Integration körperlicher Fähigkeiten, zunehmende Kraft und Geschicklichkeit unterstützen ein körperlich-seelisches Ganzheitsgefühl.

Die wachsende Integration von Körper-Bild und Selbstbild führen zum Gefühl von Identität, der Überzeugung, derselbe zu sein, trotz aller Veränderungen in Zeit und Raum, trotz wechselnder körperlicher und seelischer Zustände. Fähigkeiten der Reflexion und der symbolischen Repräsentation treten um das zweite Lebensjahr herum auf. Phantasietätigkeit (Spiele, Geschichten, Märchen, Träume) ermöglicht qualitativ neue Mittel der (Selbst-) Beeinflussung emotionaler Zustände. Die ganze Spanne der Gefühle von Hilflosigkeit bis Grandiosität kann das Individuum jetzt auch mit seelischen

Mitteln beeinflussen. Die Sprachentwicklung revolutioniert die symbolischen Funktionen und die Möglichkeiten der Objektbeziehungen.

In den ersten beiden Lebensjahren vollziehen sich wichtige Entwicklungsschritte des Körper-Selbst. Es kommt zu einem zunehmend komplexeren Konzept des eigenen Selbst, das körperliche, emotionale und begriffliche Elemente in eine Struktur zusammenfaßt. Dieser Prozeß resultiert günstigenfalls in dem Gefühl, im eigenen Körper zu Hause zu sein, den Körper zu besitzen und den Körper als Behälter der Psyche zu empfinden. In welchem Ausmaß diese Integration gelingt, entscheidet mit darüber, wie allfällige Veränderungen, Bedrohungen, Verluste oder Traumatisierungen bewältigt werden können.

1.2.4.3 Beispiel: Anorexie

Eine normative Krise stellen Pubertät und Adoleszenz dar, die tiefgreifende Veränderungen von Körper- und Selbstbild verlangen. Die körperlichen Veränderungen setzen bei Mädchen früher und abrupter ein und sind umfassender als bei Jungen.

Diese Veränderungen induzieren starke Affekte. Das Körperbild ist oft fragmentiert (weibliche Adoleszente beschreiben ihren Körper mehr als Aufzählung von Körperteilen). Einzelne Aspekte (z.B. die Brüste) werden als ich-fremder erlebt, die veränderte Muskel-Fett-Relation, der verschobene Körperschwerpunkt, die u.U. veränderte Beweglichkeit und Kraft können ein Gefühl von verstärkter Vulnerabilität und reduzierter Selbstwirksamkeit mit sich bringen. Es kann zu einer Aufspaltung des Selbstbildes in (geschätzte) aktive und selbstbestimmte Anteile und (entwertete) passive Anteile kommen. Die Menstruation (und die damit verbundenen Schmerzen) können das Erleben des Körpers als eigenwilliges und feindseliges Objekt akzentuieren.

Die Entdeckung des eigenen Körpers und der Sexualität, die Erfahrung des ersten Orgasmus vollziehen sich bei weiblichen Heranwachsenden nach wie vor viel häufiger im interpersonellen Kontext als bei männlichen. Exemplarisch dafür ist die Masturbation, als Gelegenheit den Körper, seine Bedürfnisse und Funktionen kennenzulernen, die bei Mädchen und jungen Frauen seltener ist und als weniger befriedigend erlebt wird.

Die Anorexie entsteht häufig aus einem Gefühl der *Überforderung gegenüber anstehenden Ent-*

wicklungsaufgaben: der Aufgabe, die körperlichen Entwicklungen der Pubertät zu integrieren, eine psychosexuelle Identität zu entwickeln, sich von den primären Liebesobjekten zu lösen und sich neuen zuzuwenden, Schritte in Richtung Autonomie zu tun. Wenn die damit verknüpften Autonomie-Abhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikte übermächtig werden, kann der Ausweg in einer anorektischen Symptomatik gesucht werden. Aus dem Gesamtbild der komplexen Ätiologie und Psychodynamik sollen hier einige körperassoziierte Aspekte beleuchtet werden:

Bei gezeichneten Körperbildern von Anorektikerinnen fällt auf, daß diese häufig unvollständige oder poröse Grenzen haben und kindlich und asexuell sind. Diese fehlende Abgrenztheit gilt auch für die Beziehung zu relevanten Bezugspersonen. Anorektische Patientinnen haben ein entfremdetes Gefühl gegenüber ihrem Körper, einen Mangel an Sensibilität für körperliche Sensationen. Selbst- und Objektkonstanz sind defizitär. Sie haben große Schwierigkeiten, einen Kern der eigenen Person, ein inneres Zentrum von Initiative und einen Bezugsrahmen gefühlsmäßiger Bewertung zu erleben. Sie empfinden häufig eine innere Leere. Das äußert sich in einer reduzierten Fähigkeit, sich selbst zu beschreiben. Stattdessen sind sie sehr abhängig von Reaktionen der Umgebung. Ihr Verlangen nach Anerkennung und Spiegelung verfolgen sie durch perfektionistisches und leistungsorientiertes Verhalten. Je mehr sie frühe Erfahrungen übermäßig eindringenden und kontrollierenden elterlichen Verhaltens gemacht haben, um so mehr fürchten sie Kontrollverlust im Hinblick auf körperliche Funktionen. Dazu gehören auch aufkommende sexuelle Bedürfnisse, die als Bedrohung ihrer fragilen Selbststeuerung, als Infragestellung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsideale und der ambivalenten Elternbindung erlebt werden.

Das Hungern und seine Folgen können auf verschiedenen Ebenen als Kompensationsversuch eingesetzt werden:

- Der Körper wird zum manipuliertem Objekt, dessen scheinbare Kontrollierbarkeit tiefsitzende Gefühle der Hilflosigkeit und Selbstunwirksamkeit überdeckt, stattdessen Hochgefühle bis zur Euphorie beschert und die realistische Wahrnehmung der eigenen Bedrohtheit ausschließt. Umgekehrt wird der Körper zur massiven Bedrohung, wenn er durch Gewichtszunahme das erkämpfte Autonomiegefühl in Frage stellt.
- Der ausgehungerte weibliche Körper verliert seine sexuellen Attribute, er paßt sich damit dem kindlichen und asexuellen Körperbild an. Die Implikationen der sexuellen Reifung (Identifikation mit der Mutter, Reaktivierung ödipaler Konflikte, Erleben eigener Triebhaf-

tigkeit, selbst als Triebobjekt wahrgenommen werden) werden so bekämpft und verleugnet.

- Hungern wird zum asketischen Ideal, es hilft bei der Selbstaufwertung und der Abwertung der Umwelt. Es unterhält die grandiose Idee narzißtischer Vollkommenheit, Bedürfnislosigkeit und Autarkie.
- Interaktionell bedeutet die Symptomatik das Ausüben enormer Macht auf die Familie (auf dem Hintergrund eines umfassenden Gefühls von Machtlosigkeit), eine massive Distanzierung (bei gestörter Fähigkeit sich als getrenntes Individuum zu erleben) und gleichzeitiger massiver Bindung (ohne Abhängigkeitsbedürfnisse bewußt erleben zu müssen).

Diese unvollständige Aufzählung macht nachvollziehbar, wie hartnäckig viele dieser Patientinnen an ihrem Restitutionsversuch festhalten. Die Therapie kann nur im Finden besserer Lösungsmöglichkeiten bestehen, die die entwicklungsmäßigen Mängel ausgleichen helfen. Dazu gehören zentral die Stärkung unsicherer, vager, unvollständiger Körpergrenzen, das Sensibilisieren für Körperempfindungen, die Differenzierung von Affekten und die Stärkung der Symbolisierungsfähigkeit. Ein allein auf das Gewicht und das Eßverhalten konzentriertes Vorgehen würde dem nicht gerecht. Einen hohen Stellenwert haben körperorientierte und kreative Therapieverfahren.

1.2.5 Krankheitsverarbeitung (Coping)

G. Schüßler

1.2.5.1 Was ist Krankheitsverarbeitung?

Mit der erhöhten Lebensdauer und Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung hat sich eine deutliche Verschiebung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik ergeben: Nicht mehr akute infektiöse, sondern überwiegend chronische Erkrankungen stehen in der medizinischen Behandlung heute im Vordergrund. Es handelt sich hierbei um eine Vielzahl von Erkrankungen unterschiedlicher Genese und Symptomatik, z. B. vaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Hauterkrankungen oder Erkrankungen aus dem Bereich des rheumatischen Formenkreises, bei denen bis heute eine echte Heilung nicht möglich ist. Diese Erkrankungen verlaufen langfristig, begleiten den Betroffenen meist bis zu seinem Tode und sind in ihrem Fort-

schreiten unvorhersagbar mit phasischem oder progredientem Verlauf. Diese chronischen Erkrankungen führen zu vielfältigen Belastungen und Herausforderungen: Lebensbedrohung und Todesangst, die Verletzung der körperlichen Integrität und des Wohlbefindens, Bedrohung der eigenen Zukunfts- und Lebenspläne und Bedrohung des seelischen Gleichgewichtes.

Bei körperlichen Erkrankungen zu bewältigende **psychosoziale Belastungen**:

- Körperintegrität und Wohlbefinden sind verändert:
durch Verletzung oder Behinderung
durch Schmerz und Beschwerden von Krankheit und/oder Therapie
durch Invalidität
- Verändertes Selbstkonzept:
durch neues Selbstbild und Körperschema
durch Ungewißheit über die Zukunft hinsichtlich Krankheitsverlauf
Familien- und Sozialleben
durch Autonomie- und Kontrollverlust
- Gestörtes emotionales Gleichgewicht:
durch innere und äußere Bedrohung
durch neue oder verstärkte Gefühle
- Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben:
durch Trennung von Familie, Freunden und Bekannten
durch Aufgabe wichtiger sozialer Funktionen
durch neue soziale Abhängigkeit
- Situative Anpassung:
durch neue Beziehungen mit Medizinalpersonal
durch neue Umgebung (bei Hospitalisierung)
durch Konfrontation mit neuen Verhaltensregeln und Werten
- Bedrohung des Lebens, Angst vor dem Sterben:
durch akute Krise oder chronische Progredienz
durch Vielzahl an Verlusterlebnissen

Mit all diesen Belastungen muß der Kranke und seine Familie sich immer wieder auseinandersetzen und versuchen sie zu bewältigen. Krankheitsbewältigung oder Coping besitzt somit nicht nur wissenschaftliche, sondern große alltägliche medizinische Bedeutung.

Fallbeispiel: Frau A., eine Geschäftsfrau, entdeckte in ihrem 52. Lebensjahr einen großen Knoten in ihrer rechten Brust. Angesichts innerer Unsicherheit und Angst mied sie eine ärztliche Untersuchung und bewertete den Knoten als „Schwellung, ich habe mich gestoßen“. Kurz da-

nach erlitt der Ehemann einen schweren Herzinfarkt, sie stellte wiederum eine ärztliche Abklärung zurück, obwohl der Knoten mittlerweile bis auf Taubeneigröße angeschwollen war. Nachdem der Ehemann sich gut erholt hatte und im Geschäft wieder mitarbeitete, begab sie sich aufgrund von Schulter- und Nackenschmerzen zu ihrem Hausarzt. Dieser stellte bei der körperlichen Untersuchung sofort den Knoten fest, machte Frau A. heftigste Vorwürfe und überwies sie sofort in ein Krankenhaus. Die Patientin wurde kurzfristig operiert, es kam zur Entfernung beider Brüste. Im Rahmen der ärztlichen Aufklärung „Sie haben doch Krebs, wissen Sie das nicht?“, brach Frau A. vor Ort zusammen, sie verfiel in einen depressiv-resignativen Zustand. Erst jetzt begann die Auseinandersetzung mit der lebensbedrohlichen Erkrankung. Frau A. wurde in der Folgezeit chemotherapeutisch und mit 30 Bestrahlungen behandelt, begleitend wurde eine stützende Psychotherapie durchgeführt. Im Rahmen dieser Gespräche wurde die bisherige Lebensweise von Frau A. „ich mache es anderen immer recht und arbeite so gut es geht für andere“ bearbeitet. Es gelang ihr zunehmend zu akzeptieren, daß sie lebensbedrohlich erkrankt war und daß sie ihr gesamtes Leben umstellen mußte, bis hin zur Aufgabe des gemeinsamen Geschäftes.

Die bekannteste **Definition** der Krankheitsbewältigung geht auf Lazarus und Folkman (1984) zurück, die Krankheitsbewältigung beschreiben als „*sich ständig verändernde kognitive behaviorale Bemühungen, spezifische, externale und/oder internale Anforderungen zu handhaben, die so eingeschätzt werden, daß sie die Ressourcen einer Person beanspruchen oder überschreiten*“. In dieser Definition sind unbewußte Handlungsprogramme eines Menschen ausgeschlossen, die Definition umschreibt im wesentlichen das, was heute als „Coping“ benannt wird. Sehen wir die Krankheitsbewältigung als das Gesamt aller Bemühungen, günstig oder schädlich, bewußt oder unbewußt, einer Belastung vorzubeugen, sie zu vermindern oder zu beseitigen oder zumindest ihre Auswirkung so wenig schmerzhaft wie möglich zu ertragen, müssen wir die gerade definierten Coping-Prozesse und die unbewußten Abwehrbemühungen eines Menschen unterscheiden.

Die Krankheitsbewältigung wird heute übereinstimmend als ein *transaktionaler Prozeß* gesehen, in dem die Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung einer Erkrankung wiederum auf den Krankheitszustand und seine Wahrnehmung und Bewältigung rückwirken. In der Abb. 1-5 wird die Verflechtung von Abwehr und Coping ebenso wie in dem geschilderten Fallbeispiel deutlich. Grundsätzlich können alle Verhaltensweisen und jegliches innerseelisches Phänomen im Rahmen der Bewältigung eingesetzt werden.

Die allgemeinen gebrauchten Bewältigungskonzepte unterscheiden sich in *Bewältigungsreaktionen*, *Bewältigungsformen*, *Bewältigungsstil*, *Bewältigungsprozeß*, *Bewältigungsressourcen* und *Bewältigungsflexibilität* (Braukmann und Filipp 1984, Schüßler 1993).

Bewältigungsstil zeitlich stabile Formen der
(Copingmuster) Bewältigung

Bewältigungsprozeß Bewältigungsreaktion in einer
(Copingprozeß) konkreten Situation zu einem gegebenen Zeitpunkt, d.h. zu verschiedenen Zeitpunkten (Phasen) einer Erkrankung erfolgen unterschiedliche Reaktionen

Bewältigungsressourcen Gesamt aller inneren (Gesundheit, Problemlösefähigkeit, Repertoire an Strategien) und äußeren (z.B. soziale Unterstützung) Ressourcen

Bewältigungsflexibilität Fähigkeit, situationsbedingte Herausforderungen qualitativ und quantitativ (der Belastung) angemessen zu beantworten

Bewältigung ist grundsätzlich bezogen auf den Umgang von psychisch „Gesunden“ mit Lebensereignissen, insbesondere körperlichen Erkrankungen. Weitert sich die Frage der Bewältigung auf seelische Störungen aus, ergibt sich ein grundsätzliches Problem: Wenn das Bewältigungsverhalten durch die psychische Störung determiniert

ist, ist es dann nicht vielmehr Symptom als Bewältigung der Erkrankung? Ist also beispielsweise der Rückzug eines Patienten im Rahmen einer depressiven Erkrankung Bewältigung der primären Erlebensstörung oder gehört der Rückzug zum Kernsymptom der Erkrankung und erschwert damit die Bewältigung? Für die klinische Anwendung ist damit der Anwendungsbereich der Bewältigung vorerst auf körperliche Erkrankungen zu begrenzen.

1.2.5.2 Coping und Abwehr

Bewußte (Coping) und unbewußte (Abwehr) Bewältigungsschritte sind eng verflochten. Coping und Abwehr können als verschiedene Ausformungen einer umfassenden kognitiv-affektiven Regulation aufgefaßt werden. Genauso wenig wie kognitive oder behaviorale Bemühungen in der Auseinandersetzung mit Erkrankungen grundsätzlich günstig oder schädlich sind, genauso wenig sind Abwehrvorgänge als habituelle, unbewußt ablaufende Prozesse per se günstig oder ungünstig. Als Abwehrmechanismen gelten alle unbewußten intrapsychischen Operationen, die darauf abzielen, unlustvolle Gefühle, Affekte und Wahrnehmungen vom Bewußtsein fernzuhalten, also nicht nur Gefühle, die in Verbindung mit vergangenen traumatischen Erinnerungen stehen. Im Gesamt der Krankheitsbewältigung sind reale wie unbewußte Komponenten beteiligt, die in ihrer Weise zur Wahrung des subjektiven und objektiven Gleichgewichtes beitragen. Coping und Abwehr können als verschiedene Ausformungen des umfassenden „kognitiv-affektiven Gleichgewichtes“ aufgefaßt werden.

Kognitiv – Affektive Regulation

Gesamt der Krankheitsbewältigung

	Abwehrprozesse (innerpsychisch, unbewußt)	Copingprozesse (psychosozial, bewußt)
Ziele	Abwehr von inneren und äußeren Gefahren zur Aufrechterhaltung der Ich-Balance und des Selbst	Emotionale, kognitive und Verhaltensprozesse in der Auseinandersetzung und Anpassung an Belastungen
Formen	Verleugnung, Affektisolierung, Rationalisierung, Regression, Identifikation, Wendung gegen eigene Person, Agieren u.a.	<i>Handlungsbezogen:</i> ablenkendes Anpacken, aktives Vermeiden, Rückzug, Zupacken u.a. <i>Kognitionsbezogen:</i> Ablenken, Neudefinieren, Informationssuche, Problemanalyse, Sinngeben u.a. <i>Emotionsbezogen:</i> Spannungsreduktion, Optimismus, Wut ausleben, Resignation, Auflehnung u.a.

Abb. 1-5: Verflechtung von Abwehr und Coping

Zusammen mit kognitiven Strukturen und Ich-Prozessen, die meist als Coping-Prozesse bezeichnet werden, bilden Abwehrprozesse das Gesamt dessen, was ein Mensch in belastenden Situationen an Anpassungsleistung zeigt. Abwehr und Coping sind hierbei aufeinander bezogen, z.B. ermöglichen Affektisolierung und Verdrängung erst die kognitive klärende Auseinandersetzung mit einer Belastung. Flexible Abwehrprozesse ermöglichen somit flexible Bewältigungsprozesse, rigide Abwehrmechanismen werden kognitive Bewältigungsprozesse eher behindern. Abwehr und Coping greifen mit dem Ziel der Anpassung ineinander. Abwehr schafft also die Voraussetzung für eine Auseinandersetzung, hilft dem Individuum, eine adäquate Bewältigungsstrategie zu suchen und zu erproben. Beim Überwiegen rigider Abwehr wird die konfliktfreie Sphäre des Ichs allerdings eingeschränkt, so daß auch die Bewältigungsstrategien eingeengt erscheinen. Erst das Ineinandergreifen von Abwehr und Coping sichert somit die optimale Anpassung der Person.

1.2.5.3 Krankheitsbewältigung – ein mehrdimensionales Bedingungsgefüge

Die in Zusammenhang mit einer Erkrankung auftretenden Belastungen sind nicht nur von der Art der Erkrankung, sondern auch von dem individuellen Krankheitsverlauf und den medizinischen Behandlungsmaßnahmen geprägt. Hierbei ist es nicht die Erkrankung an und für sich, sondern vielmehr die persönliche Wahrnehmung und Bewältigung einer Erkrankung, die entscheidenden Einfluß auf die Bewältigung ausübt. Die Bewältigung wird also nicht entweder durch die individuelle Lebenssituation und Persönlichkeit des Kranken oder durch die Situation des Erkrankten alleine geprägt, sondern die Anforderungen an die Krankheitsverarbeitung und auch damit das Ergebnis sind Ausdruck eines individuellen zeitlichen situativen und persönlichen Bedingungsgefüges. So ergeben sich völlig andere Bedingungen, wenn ein 30jähriger, mitten im Beruf stehender Mann erkrankt als vergleichsweise bei einem 65jährigen Rentner.

In unterschiedlichen Phasen der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung sind unterschiedliche Abwehr- und Copingprozesse von Bedeutung, bis in einem Wechselspiel von Abwehr und Anerkennung der Erkrankung das Erreichen eines

Faktoren, die Einfluß auf die Krankheitsbewältigung nehmen

- Art und Schwere der körperlichen Erkrankung
- Bewältigungsstil und Persönlichkeitseigenschaften
- Interpersonelle und soziale Lebenssituation
- Gesundheitsverhalten, insbesondere maladaptives Risikoverhalten wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenmißbrauch, Eßgewohnheiten, risikoreicher Lebensstil u.a.
- Seelisches Befinden und Störungen (z.B. depressive Verstimmungen bis hin zu depressiven Störungen)

mehr oder weniger stabilen seelischen Gleichgewichtes gelingt. So hat die Verleugnung am Anfang kurzfristig günstigere Anpassungsergebnisse, indem Angst und Belastung reduziert werden, langfristig wird der Verlauf der Erkrankung jedoch ungünstig beeinflusst, da eine sachgerechte Behandlung unmöglich wird.

Das komplexe Bewältigungsgefüge wirkt auf die Erkrankung zurück. Es besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Bewältigung die Situation zu verändern, die Bedeutung einer Belastung durch eine veränderte Sichtweise zu mindern oder unangenehme Gefühle zu kontrollieren. Diese veränderten Bewertungen und Sichtweisen führen zu Veränderungen des Krankheits- oder Gesundheitsverhaltens, es werden die psychologische Reaktion des Individuums und letztlich auch die physiologischen Reaktionen auf diesem Wege beeinflusst.

Möglichkeiten	Veränderungen der Situation Veränderung der Bedeutung der Belastung Kontrolle der unangenehmen Gefühle Beeinflussung der unangenehmen Gefühle
Auswirkungen	Beeinflussung der psychologischen Reaktionen Beeinflussung der physiologischen Reaktionen Veränderung des Krankheits/Gesundheitsverhaltens

1.2.5.4 Klinik und Praxis

In der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung und ihren Folgen muß der Betroffene versuchen,

die Erkrankung in das bisherige Leben zu integrieren, um die erworbene persönliche Identität zu erhalten. Gelungene Bewältigung ist das Endresultat, indem es gelingt, das belastende Ereignis zu reduzieren, die Ressourcen des Individuums zu mobilisieren, um letztendlich Zufriedenheit zu gewinnen. Eine gelungene Bewältigung zeigt sich in seelischem Wohlbefinden, in einem „günstigeren“ Krankheitsverlauf mit stabilen familiären Beziehungen und Aufrechterhaltung eines adäquaten sozialen Lebens. Eine „ungünstige“ Bewältigung führt zu Problemen in der Zusammenarbeit mit medizinischen Behandlungsinstitutionen, geht einher mit beruflichen, sozialen und partnerschaftlichen Schwierigkeiten und einem „ungünstigen“ Krankheitsverlauf mit vielen Beschwerden, Klagen, Unmut sowie seelischen Befindlichkeitsstörungen. Je nach Perspektive (Arzt, Patient, Gesellschaft) kann sich eine günstige von einer ungünstigen Bewältigung durchaus unterscheiden. Allgemein kann jedoch für die klinische Behandlung festgehalten werden:

Die jeweiligen Behinderungen und Gegebenheiten der Erkrankung müssen berücksichtigt werden: die Schwere und der Verlauf der Erkrankung, die subjektiven Befindlichkeitsstörungen sowie der soziale und berufliche Rahmen, in dem der Erkrankte eingebettet ist.

Die prämorbidie Persönlichkeit und der Kontext des Erkrankungsbeginns dürfen nicht übersehen werden: Patienten mit stark pessimistischer Grundhaltung oder psychiatrischer Vorgeschichte und hoher Ängstlichkeit zeigen eine langfristig ungünstigere Krankheitsbewältigung. Das Annehmen (Akzeptieren) auf dem Hintergrund eines stabilen positiven Selbstwertgefühls hat entscheidenden Einfluß auf die Bewältigung und Verarbeitung.

Die je nach Zeitpunkt des Erkrankungsverlaufs zu erwartenden Bewältigungsversuche und psychischen Konsequenzen müssen beachtet werden: Gerade am Beginn einer Erkrankung kann z.B. die Verleugnung dem Betroffenen helfen, sein inneres Gleichgewicht zu bewahren, wohingegen die Verleugnung im langfristigen Verlauf den Patienten hindert, die entsprechenden notwendigen Behandlungsschritte durchzuführen.

Es gibt vielfältige individuelle Lösungsmöglichkeiten. Günstiges Bewältigungsverhalten zeichnet sich durch diese Vielfalt und Flexibilität aus. Ungünstiges Bewältigungsverhalten ist durch so-

zialen Rückzug, Grübeln und Selbstbeschuldigungen gekennzeichnet. Im Rahmen der psychotherapeutischen Hilfe stehen unterstützende psychotherapeutische Ansätze, die sich an dem spezifischen Problem des chronisch Kranken orientieren. Psychotherapeutische Hilfe soll die Bewältigung unterstützen und geeignete Bewältigungsstrategien vermitteln. Jenseits der fachpsychotherapeutischen Hilfe ist in der Behandlung chronischer Krankheiten eine grundsätzliche medizinische Umorientierung notwendig. Der Arzt ist weniger gefordert als Lebensretter, denn als Fachmann und Begleiter, der einem selbstbestimmten Patienten mit Information, Beratung und Begleitung, sowie „Gesundheitsförderung“ zur Seite steht.

1.3 Diagnostische Klassifikation

W. Schneider

In der Medizin wird unter Diagnostik allgemein formuliert die Erkennung und Beurteilung von Krankheiten verstanden. Von besonderem Interesse ist es, welches Verhältnis Diagnosen zur Realität haben. Bilden die diagnostischen Zuordnungen, also die Diagnosen, Realität im Sinne von gegebenen Krankheitseinheiten ab (nosologische Konzeptualisierung) oder sollten sie sich an oberflächennahen – beschreibbaren – Phänomenen wie Symptomen und Symptomkonstellationen im Sinne von Syndromen orientieren?

Bei einem deskriptiven diagnostischen Vorgehen wird von der Annahme von nosologischen Krankheitseinheiten, denen gemeinsame Ursachen, Verlaufsscharakteristika und Behandlungsmodelle zugeschrieben werden, abgesehen. Unabhängig davon, welchen erkenntnistheoretischen Stellenwert wir den diagnostischen Zuschreibungen zuordnen, orientieren wir uns im Prozeß der Diagnostik an einem Bezugsrahmen, einem Klassifikationssystem. Möller et al. (1978) definieren den Begriff der Klassifikation als die Einteilung einer Menge von Merkmalen oder Fällen in ein nach Klassen gegliedertes System; gleichzeitig bezeichnen sie den Zuordnungsprozeß von Merkmalen als Klassifikation. Die Klassifizierung dient der Ordnung und Strukturierung von Erkenntnisgegenständen, die unterschiedliche Abstraktionsniveaus aufweisen können. Ein historisch bekanntes und als Klassifikationsparadigma aufzufassendes System stellt das von Karl

von Linne im 18. Jahrhundert entwickelte künstliche System der Pflanzen dar, an das er 1742 eine Krankheitssystematik, die *Genera Morborum*, anschloß. W. Cullen entwickelte in Anlehnung daran eine Klassifikation der Geisteskrankheiten. Ein Überblick über die weitere historische Entwicklung der psychiatrischen Diagnosesysteme findet sich bei Dilling (1994).

Für N. Sartorius (1992), dem ehemaligen Direktor der Division of Mental Health der WHO, ist eine Klassifikation

„ein Weg, die Welt zu sehen. Sie bildet einen ideologischen Standpunkt sowie einen allgemeingültigen Stand der Theorie und des Wissens ab. Klassifizieren bedeutet entwickeln, festlegen oder bestätigen konzeptueller Grenzen. Diese bestimmen umgekehrt uns selbst, unsere Vergangenheit und unsere Zukunft, die Grenzen unseres Fachgebietes, seine Bedeutung und seine Einzigartigkeit.“

Dieses Zitat weist noch einmal darauf hin, daß es viele unterschiedliche Ordnungssysteme des gleichen Gegenstandsbereiches geben kann, wobei sich diese

1. nicht nur durch die Klassenbildung von Merkmalen gleichen Abstraktionsniveaus, sondern
2. sich auch bezüglich der von ihnen einbezogenen diagnostischen Merkmalsbereiche unterscheiden können.

Beispiele für Unterschiede des Typs I zwischen zwei Klassifikationssystemen sind das DSM-IV und die ICD-10, die hinsichtlich ihrer grundlegenden diagnostischen Prinzipien und der berücksichtigten diagnostischen Merkmale (Symptome, Verlaufs- und Schwerecharakteristika) eine hohe Ähnlichkeit aufweisen, aber auch durchaus unterschiedliche diagnostische Klassen beinhalten oder für gleiche bzw. ähnliche diagnostische Klassen unterschiedliche diagnostische Kriterien definieren.

Ein Unterschied des Typs II zwischen zwei diagnostischen Klassifikationssystemen findet sich z.B. zwischen der ICD-10 und der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis Operationale Psychodynamische Diagnostik 1996). Beides sind mehrdimensionale Diagnosemodelle, die sich jedoch in der Art, der von ihnen berücksichtigten diagnostischen Merkmalsbereiche unterscheiden.

Die Entwicklung *multiaxialer Diagnosesysteme* hat in der Psychiatrie eine längere Tradition und ist nach Mezzich (1992) unter anderem ein Ausdrück dafür, daß bei psychiatrischen Diagnosen

keine pathogenetischen Aspekte einbezogen werden können, wie es bei manchen körperlichen Krankheiten möglich sei. Häufig werden in multiaxialen Diagnosesystemen dann neben somatischen Merkmalen psychosoziale Belastungsfaktoren berücksichtigt, wie z.B. im DSM-IV. Das allgemeine Ziel multidimensionaler Diagnostik ist nach Helmchen (1980) und Mezzich (1988) die *umfassende Betrachtung des Einzelfalls unter einer multikonditionalen biopsychosozialen Perspektive*, die über die systematische Erfassung der unterschiedlichen relevanten Krankheitsaspekte eine kontrollierte Behandlungsplanung und Prognose ermöglichen soll.

1.3.1 Prinzipien der operationalen psychiatrischen Diagnosesysteme

In der Psychiatrie begann Anfang der siebziger Jahre die Entwicklung operationaler Diagnosesysteme, die sich vorrangig an deskriptiven Merkmalen orientieren. Hinter dieser Entwicklung stand motivbildend die Unzufriedenheit über die mangelnde *Reliabilität* (Zuverlässigkeit der Diagnosenstellung) psychiatrischer Diagnostik. Gerade die Bedürfnisse der pharmakologisch orientierten Forschung machten eine zuverlässige Zuteilung von Patienten zu spezifischen diagnostischen Gruppen notwendig, um differentielle Effekte von Psychopharmaka zu überprüfen. Mit der Einführung des DSM 1980 (American Psychiatric Association 1980) nahm die weitere Entwicklung der operationalen Klassifikationssysteme einen raschen Aufschwung, der sich insbesondere auch im wissenschaftlichen Bereich niedergeschlagen hat, in dem z.B. für die Akquirierung von Drittmitteln die Verwendung operationaler Diagnostik zunehmend zum Eingangskriterium geworden ist. Dies gilt ebenfalls für die Publikation wissenschaftlicher Arbeiten in einer großen Zahl an Journals.

Nachdem im Anschluß an DSM-III relativ bald die revidierte Fassung (DSM-III-R) mit ihren elaborierten diagnostischen Kriterien und Algorithmen eingeführt wurde, begann mit der Kopenhagener Expertenkonferenz zur Klassifikation psychischer Störungen, die ein Gemeinschaftsprojekt der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der amerikanischen Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration war (US-ADAMHA), im weiteren Sinne die Arbeit an der ICD-10 (Sartorius 1992). Auf Initiative der WHO

und in enger Kooperation mit ihr arbeiteten in den folgenden Jahren eine Reihe von Zentren in den verschiedensten Ländern mit der Unterstützung einer internationalen Beratergruppe an der Konzeptualisierung und später der empirischen Überprüfung der ICD-10. Als prinzipielles Ziel dieses Diagnosensystems wurde die *internationale Handhabung* formuliert, das eine einfache Übersetzbarkeit sowie die weitgehende Berücksichtigung unterschiedlicher nationaler und kultureller diagnostischer Klassifikationssysteme erforderte.

1.3.2 Aufbau und Struktur des Kapitels V (F) Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10

Das Kapitel V der ICD-10 ist in die *Gesamtklassifikation aller Erkrankungen* mit insgesamt 21 Kapiteln eingegliedert. Das *diagnostische Prinzip* besteht darin, für die definierten Diagnosengruppen (diagnostischen Kategorien) *spezifische diagnostische Kriterien* zu formulieren, die sich insbesondere an *deskriptiven psychopathologischen Merkmalen orientieren* und auch *Verlaufs- und Schweregradcharakterisierungen* berücksichtigen. Formal ist die ICD-10 als fünfstelliges alphanumerisches System aufgebaut, das auf der dreistelligen Ebene 100 diagnostische Kategorien aufweist. Das Ziel dieser Struktur soll in der zukünftig leichteren Erweiterung des diagnostischen Systems liegen. Um unterschiedlichen Ansprüchen verschiedener Berufsgruppen bzw. Anwendungsfeldern Rechnung zu tragen, sind von der WHO und den kooperierenden Zentren unterschiedliche Versionen der ICD-10 entwickelt worden.

Die *Prinzipien* der ICD-10 wie auch des DSM-III-R bzw. IV folgen den *Standards einer dem biologischen Krankheits- wie Behandlungsverständnisses verpflichteten Wissenschaftsposition*. Dazu gehören insbesondere die Eliminierung des Neurosenbegriffs, weil dieses nosologische Konzept empirisch nicht genügend gesichert sei; der Verzicht auf ein interpretatives diagnostisches Vorgehen, der zu einer Fokussierung der Syndrom- und Symptomebene bei der Diagnostik führt; die Einführung des *Komorbiditätsprinzips*, nach dem so viele ICD-10 Diagnosen für einen Patienten vergeben werden, und das die umfassende Beurteilung seiner Symptome erfordert.

Versionen des Kap. V der ICD-10:

- *Klinisch-diagnostische Leitlinien*, die für den klinisch-psychiatrischen Gebrauch konzipiert sind,
- *Forschungskriterien*, die restriktivere diagnostische Kriterien aufweisen als die klinischen Leitlinien und insbesondere im wissenschaftlichen Bereich Verwendung finden sollen,
- eine *Kurzfassung*, die lediglich die diagnostischen Hauptkategorien des Kap. V sowie kurze Charakterisierungen der Störungen enthalten,
- eine *Primary Health Care Classification* (PHC), die für die Verwendung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung und der Allgemeinmedizin gedacht ist und neben knappen diagnostischen Charakterisierungen auch therapeutische Empfehlungen enthalten.

Sowohl DSM-III-R bzw. DSM-IV als auch die ICD-10 verfolgen einen multiaxialen Ansatz, der bereits für das DSM seit der dritten revidierten Version differenziert vorliegt und für die ICD-10 in der Diskussion ist. Aktuell sind die folgenden drei Achsen für die ICD-10 konzeptualisiert:

- Klinische Diagnosen, psychiatrische und somatische Diagnosen;
- Behinderungen, hier soll die Disability Assessment Scale der WHO Verwendung finden;
- Abnorme psychosoziale Situationen.

Für diese diagnostischen Modelle sind dann teilstrukturierte und standardisierte Erhebungsinstrumente entwickelt worden, die auch eine computergestützte Diagnostik ermöglichen.

Seit dem Ende der achtziger Jahre sind die verschiedenen Versionen der ICD-10 international einer großen Zahl an Feldstudien unterzogen worden, deren Schwerpunkt auf der Überprüfung der Reliabilität und der Anwendbarkeit des Diagnosensystems gelegen hat. Für die klinischen Leitlinien wie die Forschungskriterien und die Primary Health Classification haben sich für den größten Teil der Störungen gute oder befriedigende Ergebnisse gezeigt; allerdings sind für ausgewählte Störungsbereiche (z.B. die depressiven Störungen) durchaus auch unbefriedigende Interraterkorrelationen festgestellt worden.

Nachdem die ICD-10 seit etwa 1993 im wissenschaftlichen Bereich zunehmend Verwendung gefunden hat, ist sie am 1. 1. 1996 offiziell vom Bundesgesundheitsministerium eingeführt worden. Bereits im Vorfeld haben sich dagegen heftige Proteste seitens der Ärzteschaft geregigt, die wohl insbesondere aus Berührungsängsten im Umgang mit der operationalen Diagnostik motiviert sind. Vordergründig wird mit Problemen des Datenschutzes und der Gefahr, die Patienten zu „gläsernen Menschen“ werden zu lassen (Süddeutsche Zeitung vom 13.1.1996), argumentiert. Diese Sprachlinie ist jedoch wenig überzeugend, da sich formal nichts gegenüber der Verwendung der ICD-9 in der Gesundheitsadministration geändert hat; allerdings ist der Prozeß der Diagnosenstellung komplexer geworden und eine gründliche Einarbeitung in das diagnostische Modell erforderlich.

1.3.3 Kritik an der ICD-10

Es gibt eine erhebliche Zahl von inhaltlichen Kritikpunkten an der ICD-10, auf die im folgenden eingegangen werden soll:

- **Die Eliminierung des traditionellen Neurosenbegriffes** führt zur Ausgrenzung psychodynamischer Faktoren aus dem diagnostischen Prozeß wie aus der Konzeptbildung. Für den Aspekt der Beziehung und andere Persönlichkeitsmerkmale, motivationalen und konflikthaften Bedingungen des Krankheitsprozesses, aber auch der krankheitsbezogenen Lerngeschichte bleibt in diesem Diagnosensystem ebenfalls kein Raum. Auch das Beziehungsangebot seitens des Diagnostikers an den Patienten ist entsprechend eingeengt; der Patient wird so häufig weiter auf ein dominierendes somatisches – an Symptomen orientiertes – Krankheitsverständnis festgelegt.
- **Der diagnostische Prozeß** sozialisiert so eher für ein somatisches Behandlungskonzept, das primär an der Symptombeseitigung oder -reduktion orientiert ist.
- Aber nicht nur Patienten werden über diese Art des diagnostischen Vorgehens beeinflusst, sondern auch **das diagnostische und therapeutische Verständnis der Therapeuten**, die mit diesen diagnostischen Modellen ausgebildet werden. Dies um so mehr, desto ausschließlicher der klinische Alltag durch diese Methoden gekennzeichnet ist.

- Fragen der **Validität** sind insgesamt eher wenig untersucht. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, inwieweit der klinische Alltag Patienten vorfinden läßt, die den diagnostischen Kategorien der ICD-10 entsprechen.
- Besonders kritisch ist unter dieser Perspektive das **Multimorbiditätskonzept** zu sehen, nach dem programatisch auf Versuche, komplexe Zusammenhänge zu ordnen, zugunsten der Partialisierung von Zusammengehörigem verzichtet wird. Um hier mit der Gestaltpsychologie zu sprechen, läßt sich formulieren, daß auch in der Diagnostik das **Ganze mehr als die Summe** seiner Teile ist. Gerade das Vorliegen multipler Syndrome, die dann im Zeitverlauf in ihrer klinischen Prägnanz (Symptomshift) wechseln, gibt relevante Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, als die den einzelnen Störungen zugrundeliegende Matrix.
- Vor allem die **Treatment-Validität** der operationalen Diagnosensysteme scheint für die größte Zahl psychischer oder psychosomatischer Störungen niedrig zu sein.

Die ICD-10-Diagnosen haben danach eher wenig Aussagekraft darüber, welche Therapie besonders erfolgsversprechend ist. Für eng umgrenzte Störungsbilder, wie z.B. den spezifischen Phobien oder umschriebenen Zwangsstörungen, mögen prognostische Aussagen derart gelten, daß verhaltenstherapeutische Maßnahmen anderen Behandlungsmethoden überlegen sind, aber auch dieses Wissen allein rechtfertigt noch nicht die *differentielle Indikation* zu einer spezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlung, da noch eine Vielzahl weiterer Problemstellungen in diesem Zusammenhang von Relevanz sind. Dazu zählen z.B. die Belastbarkeit des Patienten, seine Therapieerwartung und -motivation.

1.3.4 Operationale Psychodynamische Diagnostik

Auf dem Hintergrund der hier aufgeführten Kritikpunkte an der ICD-10 und ihrer damit verbundenen eingeschränkten diagnostischen Reichweite hat sich im Sommer 1992 in Heidelberg der Arbeitskreis der *Operationalen Psychodynamischen Diagnostik* (OPD) mit dem Ziel konstituiert, ein für die psychotherapeutische Praxis vali-

deres Diagnosemodell zu entwickeln. Die Operationale Psychodynamische Diagnostik (OPD 1996) umfaßt fünf Achsen, die über einen Prozeß intensiver Arbeit in verschiedenen Arbeitsgruppen entstanden und innerhalb der OPD-Gesamtgruppe in drei Jahren ihrer Entwicklung kontinuierlich diskutiert worden sind.

Operationale Psychodynamische Diagnostik:

Achse I:	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
Achse II:	Beziehung
Achse III:	Konflikt
Achse IV:	Struktur
Achse V:	syndromal (adaptierte Form der ICD-10)

Mittlerweile ist die Entwicklung der OPD abgeschlossen, und es liegen auch Untersuchungen zur Reliabilität und Handhabbarkeit des Instrumentes mit befriedigenden Ergebnissen vor. Aktuell werden in verschiedenen multizentrischen Studien unterschiedliche Aspekte der Reliabilität und Validität untersucht, die eine bessere Bewertung des Instrumentes aber auch seine Modifikation erwarten lassen.

1.4 Epidemiologie psychogener Erkrankungen

M. Franz, W. Tress, G. Reister, H. Schepank

1.4.1 Definition

Psychogene Erkrankungen sind *reaktive Anpassungsstörungen* von klinischer Relevanz. Sie sind Ausdruck einer konflikthaft situationsbezogenen und persönlichkeitspezifischen Erlebnisverarbeitung und manifestieren sich bezogen auf die psychosoziale Biographie des betroffenen Individuums.

Die *klinische Symptomatik* kann auf körperlicher, psychischer und/oder Verhaltensebene bestehen. *Diagnostisch* werden – nach obligatorischem Ausschluß einer organischen Ursache – dementsprechend funktionelle (somatoforme) und psychosomatische Erkrankungen i.e.S., Psychoneurosen sowie Charakterneurosen incl. Suchterkrankungen unterschieden.

Aus *psychodynamischer Sicht* handelt es sich um unbewußte, reaktualisierte Residuen kindlicher Entwicklungskonflikte oder um traumatisch-reaktive Dekompensationen beispielsweise vor dem Hintergrund Ich-struktureller Störungen. Die psychoanalytische Krankheitslehre beschreibt Konflikte in der Frühkindheit, traumatische Störungen der triebhaften Selbst-Objekt-Differenzierung, die ungenügende narzißtische Integration als bedrohlich erlebter Triebspannungen oder die Introjektion traumatisierender Beziehungserfahrungen mit der Ausbildung Ich-struktureller Defizite und anpassungsmindernder Abwehrmechanismen als maßgebliche Ursachen.

Zur *symptomatischen Manifestation* eines Konfliktes in Form einer psychogenen Erkrankung kommt es aus dieser Sichtweise, wenn eine bislang adaptive Abwehrformation in einer mit dem Grundkonflikt unbewußt assoziativ verknüpften *Auslösesituation* insuffizient wird. Psychogene Erkrankungen dienen insofern zunächst der Abwehr bzw. der Bewältigung konflikthafter Belastungen, allerdings aufgrund der be- und entstehenden Beeinträchtigungen auf einem suboptimalen Anpassungsniveau. Die Kategorisierung einer Erkrankung als *psychogen* sollte in epidemiologischen Studien jedoch möglichst unabhängig von der theoretischen Ausrichtung der Untersucher aufgrund deskriptiv klinischer Kriterien erfolgen.

1.4.2 Epidemiologie

Problematisch erschwert wird die epidemiologische Erforschung der psychogenen Erkrankungen vor allem durch das meist *störungsinadäquate Inanspruchnahmeverhalten* psychogen erkrankter Patienten. Die häufige Inanspruchnahme außer- und paramedizinischer Therapieangebote wird mitverursacht durch die eingeschränkte Fähigkeit dieser Patienten, im konflikthaften Bereich angstfrei wahrnehmen und rational handeln zu können. Der neurotische Grundkonflikt sowie die entsprechenden Abwehrbedürfnisse sind im Inanspruchnahmeverhalten immer mitrepräsentiert. Im medizinischen Versorgungsbereich trägt eine vorwiegend somatogene Symptomkonzeptualisierung zu einer meist nicht-kurativen Befriedung psychogener Präsentiersymptome bei. Häufig verbinden sich neurotischer Wiederholungszwang und sekundärer Krankheitsgewinn

des Patienten mit professionellen Überzeugungssystemen zu einer kollusiven Verleugnung der psychogenen Verursachung vieler Krankheitszustände. Die resultierenden Selektionseffekte sind nicht kontrollierbar. Deshalb eignen sich administrative Studien an einer Inanspruchnahmeklientel – z.B. in Praxen oder Kliniken – nicht zur Erforschung der wahren Häufigkeit psychogener Erkrankungen in der Bevölkerung.

Psychogene Erkrankungen weisen darüber hinaus eine große *Verlaufsvarianz von Beginn und Dauer* auf. So können herzneurotische Angstanfälle, Tranquilizerabusus, depressive Verstimmungen, Magenbeschwerden, phobischer Rückzug und Beziehungskonflikte im Rahmen eines psychogenen Krankheitsprozesses auftreten. Schließlich ist noch die im zeitlichen Verlauf sowie auch interindividuell *wechselhafte Ausprägungsschwere* psychogener Beschwerden zu beachten.

Aufgrund unterschiedlicher Berücksichtigung dieser Verlaufsbesonderheiten streuen Angaben zur Häufigkeit psychogener Erkrankungen in epidemiologischen Studien zwischen 0,1 % und 80 %. Deshalb seien hier die wesentlichen Grundbegriffe und Gütekriterien epidemiologischer Forschung genannt:

- Die **deskriptive Epidemiologie** erfaßt Häufigkeit und Verteilung krankheitsrelevanter Merkmale in einer Bezugsgruppe (Population unter Risiko) und ermöglicht durch Häufigkeitsvergleiche erste Annahmen über mögliche ursächliche Zusammenhänge.
- Die **analytische Epidemiologie** hat die Identifikation pathogenetisch relevanter Zusammenhänge (z.B. Risikofaktoren) zum Ziel.
- Die **experimentelle Epidemiologie** untersucht hypothesengeleitet Fragen zur Therapieforschung oder zur Verursachung bestimmter Krankheitsmerkmale (z.B. in Interventionsstudien)
- Die **Stichprobe** muß über Ein- und Ausschlußkriterien exakt definiert sein

Um die wahre Häufigkeit eines Krankheitsmerkmals in der Bevölkerung zu bestimmen, sind *repräsentative Felduntersuchungen* mit zufallsgezogenen Probanden notwendig. Als *Prävalenz* (Bestandshäufigkeit) wird der Bevölkerungsanteil der Erkrankten bzw. des interessierenden Merkmals bezogen auf einen Zeitpunkt oder ein Zeit-

intervall (z.B. Stichtags- oder 1-Jahres-Prävalenz) bezeichnet. Die Unterscheidung von *Stichtagsprävalenz* und *Periodenprävalenz* ist wegen des wechselhaften Verlaufs psychogener Erkrankungen bedeutsam.

Als *Inzidenz* wird die Rate der Neuerkrankungen in einer Population bezogen auf einen Zeiteabschnitt bezeichnet (z.B. n/100.000 pro Jahr). Beide Häufigkeitsmaße müssen ggf. aufgrund bevölkerungsdynamischer Veränderungen (z.B. Geburt, Tod, Alterung, Migration) korrigiert werden. Zur Bestimmung der Prävalenz und Inzidenz sind darüberhinaus klare Kriterien für die Falldefinition unabdingbar.

Zur *Falldefinition* erforderlich sind Diagnose (qualitatives Kriterium), die Festlegung eines Prävalenzintervalls (zeitliches Kriterium) und die Erfassung der Beeinträchtigungsschwere, z.B. durch die Festlegung eines Fallschwellenwertes mittels einer validen und ausreichend reliablen Beurteilungsskala (quantitatives Kriterium). Die *Fallidentifikation* erfolgt im Rahmen der epidemiologischen Forschungspraxis mithilfe bestimmter diagnostischer Methoden (z.F. Testfragebögen, Experteninterviews). *Vollständigkeit und Qualität der Datengewinnung* müssen vom Untersuchungsdesign her und durch eine hohe *fachliche Kompetenz der Untersucher* sichergestellt sein.

1.4.3 Geschichtliche Aspekte epidemiologischer Forschung

Die epidemiologische Erforschung der Häufigkeit, des Verlaufs und der Ätiologie psychogener Erkrankungen begann – noch mit methodischen Unsicherheiten behaftet – in den westlichen Industriestaaten in den 60er Jahren. Neugebauer und Dohrenwend (1980) ermittelten in einer vergleichenden Literaturstudie (24 Feldstudien aus Nordamerika und Europa) bei sehr großer Streuung eine durchschnittliche Prävalenzrate von 9,4 % Neurosen und 4,8 % Persönlichkeitsstörungen in der Gesamtbevölkerung. In der Midtown Manhattan Studie I und II (Scrole 1975) oder der Studie von Hagnell (1966) an der Gesamtbevölkerung dreier Gemeinden in Südschweden wurden beispielsweise Prävalenzraten für neurotische Störungen zwischen 5 und 13 % mitgeteilt. Eine große psychiatrische Feldstudie (ECA-Studie) in drei US-amerikanischen Großstädten er-

gab 1984 für *alle* psychiatrisch relevante Diagnosen (inkl. der psychogenen Erkrankungen) eine 6-Monats-Prävalenz zwischen 16 % und 24 % sowie eine lebenslange Prävalenz zwischen 30 % und 40 %. 11,6 % der Gesamtstichprobe litten an funktionellen Beschwerden. Die 1-Jahres-Prävalenzraten betrugen für die Phobien 8,8 %, generalisierte Angsterkrankungen 3,8 %, Zwangserkrankungen 1,7 %, Drogen- und Alkoholabhängigkeit 8,8 % und für schwere Persönlichkeitsstörungen 1,2 % (Robins und Regier 1991).

1.4.4 Epidemiologische Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland wurden repräsentative epidemiologische Untersuchungen zur Häufigkeit psychogener Erkrankungen im ländlichen Bereich von Dilling et al. (1984) durchgeführt. Bei 26,4 % der erwachsenen Bevölkerung wurde eine neurotische oder *psychosomatische* – aus psychiatrischer Sicht nicht immer behandlungsbedürftige – Erkrankung diagnostiziert.

Die Gruppe um Schepank (1987) untersuchte erstmals zwischen 1979 und 1983 eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe einer Großstadt hinsichtlich der Häufigkeit psychogener Erkrankungen („Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie Psychogener Erkrankungen“). Hauptresultat dieser Untersuchungen war eine Fallrate psychogen erkrankter Probanden von 26 % (Punktprevalenz, ICD-Diagnose, schwerwiegende psychogene Beeinträchtigung). Im Einzelnen betrug der Anteil der Psychoneurosen 7,2 %, der Charakterneurosen, einschließlich Suchterkrankungen 7,2 % und der psychosomatisch-funktionellen Störungen 11,7 %.

Frauen und Angehörige der unteren sozialen Schichten waren bei den Fällen deutlich überrepräsentiert, ebenso Ledige, getrennt Lebende und Geschiedene. Verschiedene frühkindliche Belastungsfaktoren prädisponierten zu einer späteren Fallzuweisung: u.a. uneheliche Geburt, eine pathologische Beziehung der Eltern, gehäufte Abwesenheit oder deutliche Psychopathologie der Mutter. Bei Vorliegen solcher frühkindlicher Risikokonstellationen kann die Präsenz einer stabilen, emotional positiv engagierten Bezugsperson in der Frühkindheit eine spätere psychogene Erkrankung verhindern.

In einer ersten Follow-up Untersuchung wurden zwischen 1983 und 1985 die wesentlichen Befunde der A-Studie – inklusive der Fallrate – repliziert (B-Studie). Ca. 80 % der Fälle der A-Studie erfüllten die Fallkriterien auch noch nach 3 Jahren.

Festhalten läßt sich aufgrund der heute vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen die große Bestandshäufigkeit psychogener Erkrankungen in der erwachsenen Normalbevölkerung von ca. 20–25 %.

Hinsichtlich des Verlaufs psychogener Erkrankungen finden sich in neueren Studien keine Hinweise auf eine bedeutsame spontane Rückbildungsfähigkeit. Seit 1989 erfolgt im Rahmen der Mannheimer Kohortenstudie eine Aufklärung des Langzeitspontanverlaufes und der für die Auslösung und Verlaufsgestaltung relevanten Risikofaktoren psychogener Erkrankungen (C-Studie). Die erhobenen Daten erlauben jetzt auch Aussagen zu diesem früher z.T. heftig umstrittenen Thema. Durchschnittlich blieb in einer Teilstichprobe mittelgradig beeinträchtigter Probanden zum Zeitpunkt der A-, B- und C-Studie im Verlauf von 10 Jahren die Anzahl der bestehenden psychogenen Symptome je Proband praktisch gleich. Die klinische Manifestationsebene konnte jedoch durchaus wechseln. Die Gesamtbeeinträchtigung durch psychogene Beschwerden zeigte ebenfalls eine hohe Konstanz. Ca. 2/3 der untersuchten mittelgradig beeinträchtigten Probanden verschlechterten sich im Verlauf von 10 Jahren oder blieben gleich stark beeinträchtigt.

Insgesamt muß von einer hohen Stabilität der Gesamtbeeinträchtigung aufgrund psychogener Beschwerden ausgegangen werden. Eine bedeutsame Tendenz zur Spontanremission kann gruppenstatistisch nicht nachgewiesen werden. Art und Manifestationsebene der einzelnen Symptome können jedoch im Verlauf wechseln.

Bei differenzierender Betrachtung zeigt sich jedoch ein heterogener Verlauf der psychogenen Beeinträchtigung in verschiedenen Subgruppen. Dies erlaubt eine differenzierende Analyse potentieller *Risikofaktoren* psychogener Erkrankungen. Die Probanden der Mannheimer Kohortenstudie mit einem schlechten Langzeitverlauf waren im Vergleich zu denen mit einem relativ guten Verlauf bereits zum Zeitpunkt der ersten signifikant seltener verheiratet. Passend zur im Verlauf deutlich höheren Scheidungsrate war bereits zum Zeitpunkt der A-Studie die expertenbeurteilte *Neurotizität der Partnerbeziehung* – der Probanden des schlechten Verlaufstyps – hochsignifikant stärker ausgeprägt.