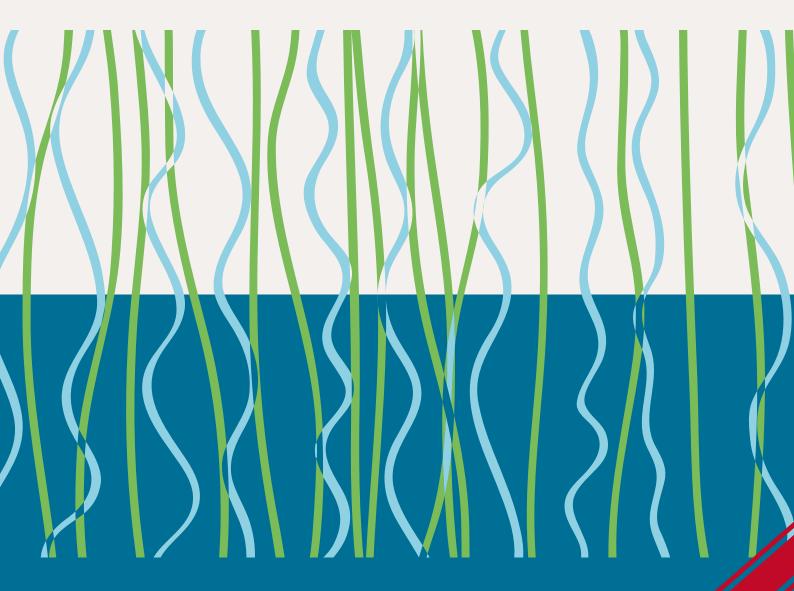
Somatopsychik Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung aus kontrollpsychologischer Perspektive



Wilfried Echterhoff

DOI: https://doi.org/10.25926/hnf9-2243

URN: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:468-20230118-112417-0

alleitswes

advation

Somatopsychik: Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung aus kontrollpsychologischer Perspektive

von

Wilfried Echterhoff

Bergische Universität Wuppertal und Institut für Psychologische Unfallnachsorge (*i*pu) und Psychologische Gesundheitsförderung (*i*pq), Köln

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Reviewer

Für unterstützende fachliche Hinweise und für Reviews danke ich herzlich Frau Dr. phil. Michaela Heinecke, Frau Dipl.-Psych. Monika Jendrny, Psychologische Psychotherapeutin, Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Harald Meyer und Herrn Univ.-Prof. em. Dr. phil. Hartmut O. Häcker.

Die englische Ausgabe dieses Buches mit dem Titel "Somatopsychic: Health for body and soul" wurde mit dem System DeepL Translator (www.deepl.com) übersetzt und von M.Sc.-Psych Adrienne Slorach überarbeitet.

Literatur des Autors befindet sich im Internet unter der Adresse: www.echterhoff.com

Erweiterte Auflage

Copyright © 2023 von Wilfried Echterhoff

Prof. Dr. Wilfried Echterhoff Ostmerheimer Str. 345 51109 Köln

Somatopsychik: Gesundheit für Körper und Seele

DOI: https://doi.org/10.25926/hnf9-2243

URN: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:468-20230118-112417-0

Somatopsychic: Health for body and soul DOI: https://doi.org/10.25926/jvtn-hs89

URN: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:468-20230118-113022-1

1. Auflage

Copyright © 2013 von Shaker Verlag Shaker Verlag GmbH Am Langen Graben 15a 52353 Düren

Wilfried Echterhoff

Somatopsychik

Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung aus kontrollpsychologischer Perspektive

Das vorliegende Buch formuliert lediglich mit einem Geschlecht ohne die anderen damit auszuschließen.

Prof. Dr. Wilfried Echterhoff • Ostmerheimer Str. 345 • 51109 Köln Tel. +49 221 - 69 16 52 www.echterhoff.com • echterhoff@uni-wuppertal.de

Vorwort

Als ich ab den 1970er Jahren Extremerlebnisse im Straßenverkehr untersuchte und daraufhin betroffene Personen von mir therapiert werden wollten, fühlte ich mich ein bisschen von den psychotherapeutischen und medizinischen Fachangeboten verlassen. Viele Kenntnisse und Erkenntnisse aus der Psychologie und aus anderen Bereichen der Humanwissenschaften hatten keinen Eingang in die Welt der Psychotherapie gefunden. Als besonders nachteilig und als fachlich falsch empfand ich die im Gesundheitswesen übliche Trennung zwischen Körper und Seele. Da ich im Forschungs- und Lehrbereich arbeite, kam mit zunehmender Nachfrage nach Therapie bei mir der Wunsch auf, die fachliche Situation der Psychotherapie einschließlich der somatisch orientierten Komponenten zu verbessern und versuchte es mit Optimierungen von Details. Nach und nach hörte ich allerdings mit der Vermehrung gestückelter Verbesserungen auf und versuchte ein verbessertes, in sich geschlossenes fachliches System aufzubauen. Parallel zu meinen eigenen Vorstellung nahm insgesamt die fachliche Entwicklung der Psychotherapie einen bemerkenwerten positiven Verlauf. Aus meinen Verbesserungswünschen und den fachlichen Fortschritten entstanden zunächst institutsinterne Empfehlungen für meine eigene Arbeit.

Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass das Zusammenwirken von Körper und Seele eigentlich wie das Zusammenleben von zwei Menschen in einer Lebenspartnerschaft funktioniert: Man unterstützt oder behindert sich gegenseitig, gelegentlich übernimmt ein einzelner Partner die Führung – aber immer ist man über gemeinsame, aber auch separate Ziele miteinander verbunden. Diese Ziele können konstruktiv, aber auch destruktiv sein.

Letztlich entstand aus den angestellten Überlegungen ein somatopsychisches Konzept für die Psychotherapie.

Körper und Seele sind eine natürliche Einheit. Die Bezeichnung "Somatopsychik" soll verdeutlichen, dass die Psyche mit den unwillkürlichen, unbewussten und bewussten Funktionen den ganzen Menschen steuert. In einigen fachlichen Disziplinen wird diese Einheit kaum noch in Frage gestellt, ohne diese Sichtweise fachlich detailliert auszuarbeiten. Das Gesundheitswesen in Deutschland und auch in anderen westlich geprägten Ländern unterscheidet allerdings deutlich zwischen Körper und Seele. Für beide Bereiche, die zugleich Wirtschaftsmärkte sind, gibt es jeweils zuständige Institutionen und zuständige Behandler: Mediziner für den Körper und Psychologen für die Seele. Immer wieder gibt es fachliche Versuche, beide Welten miteinander zu verbinden. Diese Kopplungsversuche misslingen, da es wegen der Einheit von Körper und Seele nichts korrelativ zu koppeln gibt.

In der vorliegenden Abhandlung finden fachlich Interessierte nachhaltige Anregungen, jedoch keine Mainstreamdarstellung. Sie wendet sich an neugierige und unzufriedene fachliche Laien sowie an Entwickler, Wissenschaftler und Forscher, die sich mit den gewachsenen Modellen, Konstrukten und Methoden auf dem Gebiet der Heilkunde, speziell der Psychotherapie, nicht ganz abfinden wollen. Sie wendet sich auch an Psychotherapeuten und Mediziner, die sich systematische Anregungen für fachliche Verbesserungen für ihre praktische Arbeit wünschen.

Soma und Psyche arbeiten grundsätzlich zusammen. Der Subsidiaritätsansatz in der vorliegende Abhandlung bietet hierfür eine neue konzeptionelle Ausrichtung an. Betrachtet man Psyche und Soma als Einheit (Entität) ermöglichen die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, vor allem die der Psychologie und der Medizin, mit ihren jeweiligen Methoden und Verfahren einen jeweiligen und ausschnittlichen Zugang zu dieser Entität.

Die vorliegende Abhandlung ordnet den relevanten fachlichen Kenntnisstand aus der Psychologie und zum Teil aus der Medizin neu. Es wird eine Systematik von therapeutischen Zielen aufgebaut, sodass therapeutisches Arbeiten sich nicht nur an der Bekämpfung von Symptomen oder von Störungen orientieren muss. Die Bekämpfung von Krankheiten hat ihren Sinn, aber das Fördern

von Selbstheilungskräften durch gezielte gesundheitsförderliche Impulse sollte jedoch bei Prävention und der Behandlung von Krankheiten Vorrang haben.

Im Gesundheitswesen ist sowohl eine Verlagerung der Forschungs- und Entwicklungsarbeit von dem bislang dominierenden interessegeleiteten zu einem erkenntnisgeleiteten Schwerpunkt vorzunehmen. Es darf nicht sein, dass Forschungsförderung dazu führt, einen absehbaren Skandal in Kauf zu nehmen, weil wissenschaftliche Prinzipien nicht beachtet wurden und somit Behauptungen über Erfolge irgendwann nicht mehr zu halten sind.

Manche bisherige separierend geprägte Denkweise zu Soma und Psyche hat sich geschichtlich entwickelt, ohne ganz oder teilweise in Frage gestellt worden zu sein, und manche praktischen Einschränkungen ergeben sich zudem durch kompromisshaften Konsens im hoch geregelten Gesundheitswesen einiger Staaten. Das Gesundheitswesen ist angewiesen auf die Ergebnisse aus Grundlagenfächern, z.B. aus der Chemie (vor allem der Pharmazie), aus der Biologie (vor allem die der menschlichen Funktionen), aus der Physik (vor allem der darauf aufbauenden technischen Entwicklungen) und aus der Psychologie (vor allem der psychischen Steuerungsprozesse). Das Gesundheitswesen könnte medizinisch, gesellschaftlich, volkswirtschaftlich und betriebwirtschaftlich effektiver und effizienter arbeiten, wenn es die fachlichen Erträge vor allem aus der Biologie und aus der Psychologie besser als bisher in die konzeptionellen Arbeiten und in den Anwendungsalltag integrieren würde. Das Fachgebiet Medizin sollte auf keinen Fall die technischen und chemischen / pharmazeutischen Methoden und Verfahren aufgeben, sondern mithilfe von Denkmethoden, die eine Einheit von Psyche und Soma berücksichtigen, weiter ausbauen.

Die vorliegende Abhandlung setzt fachlich die Wechselwirkung zwischen empirischer bzw. experimenteller Forschung und Konstrukt- bzw. Modellbildung in einer kooperativ angelegten Weise fort. Die fachliche Welt der Wissenschaft und die Welt des Gesundheitsmarktes dürfen nicht weiter auseinanderdriften. Dem wissenschaftlich geschulten Leser wird empfohlen, das Lesen des Buches mit dem Kapitel A1 (Grundlagen) im Anhang zu beginnen.

Wilfried Echterhoff

Zusammenfassung

Somatopsychik wird als System der Einheit von Körper und Seele beschrieben und vor allem in ihren Konsequenzen für die therapeutische Arbeit erläutert. Das Vorgehen einer somatopsychischen Therapie wird konzeptionell und anhand von Beispielen erläutert: Diagnostik, Definition von Therapiezielen, Nutzung von somatopsychischen Prozessen, von salutogenen (gesundheitswertigen) Zielen und auch von kognitiv-emotionalen Modulationen (vor allem cognitive biases). Auf diese Weise werden die Prinzipien der Referentialpsychologie und der Referentialtherapie beschrieben.

Die Einheit von Soma und Psyche wird in der vorliegenden Abhandlung als fachliche Grundlage angenommen. Soma und Psyche wirken in somatopsychischen Prozessen zusammen. Um einen systematischen Zugang zu dieser Einheit zu ermöglichen, werden Axiome und Prämissen für Erleben, Handeln und für somatopsychische Prozesse definiert. Hierbei werden u.a. drei Referentialdomänen unterschieden: Selbstbezug, soziale Bezüge, biologisch-technische Bezüge zum Umfeld. Der Austausch zwischen Internalität und Externalität erfolgt durch Akkommodation und Assimilation mit autochthonen (eigenständigen) und allochthonen (externalen) Einflüssen.

Verhaltensänderung auf der Grundlage von Akkommodation und Assimilation zeigt sich lernpsychologisch in formeller und informeller Erfahrungsbildung. Assimilation und Akkommodation
unterliegen u.a. dem Einfluss von kognitiv-emotionalen Modulationen, die vornehmlich aus selektiver Wahrnehmung, Fehlinterpretationen, Irrtümern und nicht immer passenden Routinen bestehen.
Einzelne psychische oder somatische Symptome einer Krankheit erzeugen sich nicht gegenseitig,
weder partiell noch insgesamt, sondern zeigen ein Gesamtbild. Daher spielt die Körpertherapie
bzw. Körperpsychotherapie im Konzept der Somatopsychik eine grundsätzlich wichtige Rolle.
Das Zusammenspiel von biochemischen, elektrochemischen Substanzen und von Vorgängen
mit dem Erleben und Handeln offenbart die Struktur, die Systematik und die Ziele innerhalb der
Somatopsychik von Individuen. Gemeinsame Ziele durchziehen Soma und Psyche.

Zwischen Soma und Psyche besteht u.a. eine unterstützende Wechselwirkung (eine gegenseitige Subsidiarität), die über definierbare somatopsychische Ziele gesteuert wird. Diese Ziele können entweder dem salutogenen (gesundheitswertigen) oder dem pathogenen (krankheitswertigen) Bereich zugeordnet werden. Innerhalb des Konzepts der Referentialtherapie wird das Psychotrauma als Prototyp einer somatopsychischen Störung phänomenologisch und therapeutisch beschrieben.

Es werden acht Komponenten von somatopsychischer Gesundheit definiert: Appetenz in sich spüren können, Dynamik erleben können, Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können, Internalität an sich selbst erkennen können, verstehendes Erleben praktizieren können, Wunscherfüllung erfahren können, Systematik leben können, Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben können. Für den Zustand somatopsychischer Gesundheit ist das Vorhandensein aller acht Komponenten bis zu einer bestimmbaren Ausprägung erforderlich.

Der Zustand der somatopsychischen Krankheit kann folgende acht Komponenten (oder eine Teilmenge davon) enthalten: Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren müssen, sich ständig in Desorganisation aufhalten müssen, kämpferische Verteidigung als Prinzip vorsorglich ausüben müssen, Überdeckenmüssen der eigenen Internalität, ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen müssen, Erzwingenmüssen von externalen Geschehnissen, dynamische Bezuglosigkeit praktizieren müssen, sich ständig unter emotionaler Last und in emotionaler Dunkel-heit befinden müssen.

Die Komponenten somatopsychischer Gesundheit und Krankheit werden als Ziele somatopsychischen Lebens verstanden. In der Behandlung von Krankheiten sind die pathogenen Ziele zu schwächen und am besten durch salutogene Ziele zu ersetzen.

Weiterhin werden Prinzipien somatopsychischer Evaluation und Diagnostik beschrieben, u.a. die duale Orientierung somatopsychischer Diagnostik.

Inhaltsverzeichnis

3.2

Erhalt des Wohlbefindens

3.2.1 Grundmodell für den Erhalt des Wohlbefindens

55

55

Vorwort 5

	Zusan	internassung 1
1		tensänderung als zentraler somatopsychischer Prozess 15
	1.1	Verhaltensänderung als Erfahrungsbildung 15
	1.2	Formelle und informelle Erfahrungsbildung 16
	1.3	Erleben und Handeln in externalen und internalen Bezügen: Das Konzept der
		Referentialpsychologie 19
	1.4	Erfahrungsbildung und kognitiv-emotionale Modulationen 20
2	Soma	topsychische Prozesse und Basisprozesse 31
	2.1	Somatopsychische Prozesse 31
	2.2	Allgemeine Kennzeichen und Grundfunktionen somatopsychischer Prozesse 32
	2.3	Somatopsychisches Geschehen 39
	2.3.1	Somatopsychischer Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somato-
		psychischen grundlegenden Lebensvorgängen" 39
	2.3.2	Somatopsychischer Basisprozess "Reifen und Wachsen" 40
	2.3.3	Somatopsychischer Basisprozess "Bewegen (Mechanische Komponenten und mechanische Kompetenz des Individuums)" 40
	2.3.4	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen" 40
	2.3.5	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von bioche-
		mischen Substanzen" 40
	2.3.6	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene" 41
	2.3.7	Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung" 41
	2.3.8	Zugänglichkeit somatopsychischer Basisprozesse und ihrer Ziele 41
	2.4	Gegenseitige Subsidiarität von Psyche und Soma 41
	2.5	Weitere Eigenschaften somatopsychischer Prozesse 45
	2.5.1	Das Primat des Ziels 45
	2.5.2	Wiederholung und Taktung 45
	2.5.3	Multikausalität, Multifinalität und Multifunktionalität 45
	2.5.4	Abhängigkeit der Prozesse von Ressourcen 46
	2.5.5	Prozesse als Regelkreise 46
	2.5.6	Ergebnisphase ist zugleich Initialphase 46
	2.5.7	Individuum und Umfeld im gegenseitig prägenden Austausch 46
	2.5.8	Veränderung von Prozessen durch Eindringen von externalen und internalen Teilsystemen 46
	2.5.9	Stabilität vs. Wechsel von Expansion und Kontraktion 46
		Gleichmächtigkeit von Psyche und Soma 46
	2.6	Nachteile und Vorteile einer prozessorientierten Sichtweise 47
	2.7	Akkommodation / Assimilation und Wohlbefinden 49
3		dheit aus somatopsychischer Sicht 51
	3.1	Wohlbefinden 51

		nach Storungen von Assimilation und Akkommodation 58
4	Soma	topsychische Nosologie 61
	4.1	Leiden 61
	4.2	Die Entität Psyche-Soma in der empirischen Gesundheitsforschung 64
	4.2.1	Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien 64
	4.2.2	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse aus den ausgewählten
		Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 64
	4.3	Systematik somatopsychischer Störungen 67
	4.4	Somatopsychisches Leben 79
	4.5	Übergänge zwischen somatopsychischer Gesundheit und somatopsychischer Krankheit 81
	4.6	Ätiologie somatopsychischer Störungen 81
5	Soma	topsychische Therapiesystematik 85
	5.1	Kontext der Therapiesystematik 85
	5.1.1	Absprachen zwischen Patienten und Behandler 85
	5.1.2	Phasenaufbau 85
	5.2	Befund- und Behandlungscluster an drei Beispielen 89
	5.3	Ansatzpunkte von Interventionen 97
	5.3.1	Arten von Interventionen 97
	5.3.2	Präventive Intervention 99
	5.3.3	Protektive Intervention 99
	5.3.4	Supportive Intervention 100
	5.3.5	Implementative Intervention 100
	5.3.6	Konfirmative Intervention 101
	5.3.7	Rekursive Intervention 101
	5.3.8	Palliative Intervention 101
	5.4	Aufgaben einer Medikation 102
6	Trans	formation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit 105
	6.1	Selbstheilungskräfte 105
	6.2	Intentionale Transformation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit 105
	6.2.1	Adaptive Ziele 105
	6.2.2	Kontentvalide Therapie und kriteriumsorientiertes Testen 106
	6.3	Erfahren von Wirksamkeit und Illusion von Kontrolle: Die Referentialtherapie 109
	6.4	Körpertherapie, Körperpsychotherapie 112
	6.5	Am Ende der Therapie: Stabilisierung 112
7	Psych Störu	notrauma (Cruciatus Vehemens) als Prototyp einer somatopsychischen ng 115
8	Eigen	peutische Nutzung von somatopsychischen Basisprozessen, von schaften somatopsychischer Prozesse, von salutogenen Teilzielen und ognitiv-emotionalen Modulationen 119

Therapeutische Arbeit innerhalb somatopsychischer Basisprozesse

Therapeutische Nutzung von Eigenschaften somatopsychischer Prozesse

119

3.2.2 Kompromissbehaftete salutogene Regulationen 57

Beeinträchtigungen des Wohlbefindens nach Kompromissbildungen bzw.

3.3

8.1

8.2

	8.3 8.4	Therapeutische Nutzung salutogener Teilziele 125 Therapeutische Nutzung kognitiv-emotionaler Modulationen 129
	8.5	Reichweite somatopsychischer Therapie 130
9	Beis	piele somatopsychischer Therapie 133
	9.1	Somatopsychisches Therapiebeispiel 1: Erleben emotionaler Kontexte 133
	9.2	Somatopsychisches Therapiebeispiel 2: Manuelle und instrumentelle Induktion
		positiver Emotionen 135
	9.3	Somatopsychisches Therapiebeispiel 3: Dialogische Fußwanderung 137
	9.4	Somatopsychisches Therapiebeispiel 4: Meditative Introspektion 139
	9.5	Somatopsychisches Therapiebeispiel 5: Erleben eigener alternativer
	0.0	Verhaltensweisen 142
	9.6	Somatopsychisches Therapiebeispiel 6: Therapie von Flugangst 144
	9.7	Somatopsychisches Therapiebeispiel 7: Bewältigung eines Psychotraumas (Cruciatus Vehemens) 149
	9.8	Besondere Therapieverfahren zur Behandlung eines Psychotraumas
	9.0	(Beispiele) 153
10	Fvalı	uation somatopsychischer Therapie 157
11		atopsychisch angelegte Diagnostik und Begutachtung 159
	11.1	Duale Orientierung somatopsychisch angelegter Diagnostik 159
	11.2	Somatopsychisch angelegte Begutachtung 159 1 Prinzipien einer somatopsychisch angelegten Begutachtung 159
		2 Somatopsychische Begutachtung im Bereich des Sozialrechts 160
		3 Somatopsychische Begutachtung für die Zwecke der Therapieplanung 164
12	Som	atopsychische Therapie und Coaching 167
13	Forse	chung 169
14	Folge	erungen für die derzeitige Praxis 171
	3	
	l ita	raturverzeichnis 172
	Lite	raturverzeichnis 172
	Anh	ang 190
A 1	Grun	dlagen und Ansatz 190
	A1.1	Das Konzept einer Einheit von Psyche und Soma 190
	A1.2	·
	A1.3	• •
	A1.4	Axiome und Prämissen einer somatopsychischen Therapie 200
	A1.4.	1 Axiome für den wissenschaftlichen Zugang der somatopsychischen
		Therapie zu einem Individuum 200
	A1.4.	2 Prämissen für den Zugang der somatopsychischen Therapie zu einem
	A - 4	Individuum 201
		3 Nutzen von Axiomen und Prämissen im vorliegenden Zusammenhang 202
	A1.5 A1.6	Sowohl Soma als Psyche 202 Definitionen 203
	A1.0	Deminionen 200

Ergänzungskapitel E

	nmenhang von Psyche und Soma? ertung der Beiträge in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 207
E1	Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien 207
E2	Somatopsychischer Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 208 E2.1 Atemwegebereich 208 E2.2 Sinnesorganbereich 208 E2.3 Belastende Lebensereignisse 208 E2.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 209 E2.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln 209 E2.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 210 E2.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 211 E2.8 Störungen der Körperoberfläche 212
E3	Somatopsychischer Basisprozess "Reifen und Wachsen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 212
E4	Somatopsychischer Basisprozess "Bewegen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 212
E5	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssig- keiten und von ihren Gefäßen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 213 E5.1 Belastende Lebensereignisse 213 E5.2 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 213 E5.3 Persönlichkeit sowie Erleben und Handeln 213 E5.4 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 214 E5.5 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 214
E 6	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 215
E 7	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 215 E7.1 Atemwegsbereich 215 E7.2 Sinnesorganbereich 215 E7.3 Belastende Lebensereignisse 215 E7.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 217 E7.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln 218 E7.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 218 E7.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 219

- E8 Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung (inzidentelles und intentionales Lernen)" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 219
- E9 Bewertung der Erkenntnisse aus den ausgewählten Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" 219

Literatur zum Ergänzungskapitel E 222

Sachwortverzeichnis 229 Danksagungen 237 Der Autor 239

Psychotrauma (ICD 10 zu ICD 11)

Ein Psychotrauma entsteht grundsätzlich durch einen plötzlichen Kontrollverlust mit einem emotionalen Absturz in Hilflosigkeit. Das Ausmaß der Schädigung (z.B. Schrecklichkeit) ist weniger von Bedeutung. Ergebnis: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1 nach ICD 10, 6B40 nach ICD11) Nach der PTBS können sich weitere Veränderungen im Erleben und Handeln als Störungen einstellen: z.B. Anpassungsstörungen (F43.2), die im ICD 11 mit 6B43 kodiert werden.

Nach einer PTBS kann eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung eintreten (F62.0 nach ICD 10), die dauerhaft sein kann, die nun im ICD11 als Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS, 6B41 nach ICD11) kodiert wird.

(Die verlängerte Trauerstörung ist nun im ICD 11 als 6B42 zu kodieren)

1 Verhaltensänderung als zentraler somatopsychischer Prozess

1.1 Verhaltensänderung als Erfahrungsbildung

Erfahrungsbildung geschieht im Umgang mit der physischen und sozialen Umgebung und mit sich selbst. Sie realisiert sich in unterschiedlichen Prozessen, z.B. im Aneignen von Handlungsmöglichkeiten, aber auch von Handlungsbeschränkungen, im Einlassen auf bestimmte Situationen und Personen, im Aufbau von Gewohnheiten, im Erproben von Möglichkeiten und Handlungen, im Mitmachen und im alltäglichen Handeln, im Verstehenwollen und Verstehen von Zusammenhängen, im Nachempfinden und Nachvollziehen, im Akzeptieren und im Vertrautmachen, im Erleiden, aber auch in Ablehnung und im Widerstand.

Verhalten wird durch den Umgang mit externalen und internalen Geschehnissen geformt, gefestigt oder verändert. Dies bedeutet die Bildung von Erfahrung. Abgesehen von autochthon ablaufenden Reifungsvorgängen wird Erfahrung oftmals als individuell wertvolle Akkumulation internal abgebildeter externaler Gegebenheiten wie eine "erfolgreiche Ernte" aus dem bisherigen Leben gewertet. Erfahrung war bisher ein schillernder Begriff, mit dem Wahrnehmung, persönliche Werte, Kompetenz, individuelle Empirie oder auch Schicksalsfolgen gemeint waren. Eine systematische Analyse und eine Neuinterpretation des Begriffs Erfahrung hat Echterhoff (1992) erarbeitet, sodass nunmehr "Erfahrung" als fachliches Konstrukt für die Beschreibung und das Verständnis von Verhaltensänderungen zur Verfügung steht.

Erfahrung kann zwei Sachverhalte bezeichnen (Echterhoff, 1992, S. 89):

- 1. den Prozess des Erfahrens, der in der vorliegenden Arbeit Erfahrungsbildung genannt werden soll, und
- 2. das Ergebnis des Erfahrens.

Das in der vorliegenden Arbeit angestrebte Konzept versteht Erfahrungsbildung als somatopsychische Auseinandersetzung eines Individuums mit den Gegebenheiten seiner Welt und mit sich selbst (s.a. Kapitel A1). Erfahrungsbildung wird wie folgt definiert:

Erfahrungsbildung ist die Aufnahme, Verarbeitung und Verknüpfung von Wahrnehmungsinhalten sowie Einwirkungen und entsteht im Kontext motivationaler Bedingungen (Emotionen, Intentionen) einschließlich damit verbundener somatopsychischer Lernprozesse. Die Erfahrungsbildung erfolgt nach dem Ansatz der vorliegenden Abhandlung innerhalb von Verhaltensbereichen und -bezügen, Referentialdomänen genannt.

In der somatopsychischen Therapie steht die zielgerichtete Änderung von Verhalten (d.h. Erleben und Handeln) im Vordergrund, um zugleich Änderungen von somatopsychischen Prozessen zu erreichen. Somatopsychische Therapie ist vornehmlich angewandte Lernpsychologie.

Das Verhalten (Erleben und Handeln) eines Individuums findet in folgenden Referentialdomänen statt:

Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen der Internalität): Sich selbst mit den eigenen Kognitionen, Motivationen, Emotionen sowie der eigenen physikalischen, chemischen und biologischen Materie und den dazugehörigen Funktionen kennen und verstehen. Ein Individuum kann sich somit selbst zur Externalität machen: Wenn das Individuum unter einem Aspekt mit sich selbst interagiert, gehört es in dieser Hinsicht selbst zur Externalität in der Referentialdomäne 3 (z.B. bei der Körperpflege, beim Einsatz des Körpers als Werkzeug oder bei medizinischer Selbstversorgung nach somatischen Verletzungen).

In der Referentialdomäne 1 finden die Maßnahmen zur Körpertherapie und zur Körperpsychotherapie ihren Ort (s.a. Abschnitt 6.4).

Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität): Andere Menschen mit grundsätzlich denselben somatopsychischen Bedingungen wie das Individuum selbst, die Arbeitswelt, gesellschaftliche sowie rechtliche Regelungen, materielle Werte wie Geld kennen und verstehen.

Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität): Das biologische Umfeld der lebenden Materie der Tiere und Pflanzen sowie das physikalische, chemische Umfeld (einschließlich des baulich-technischen Umfelds), das aus der toten Materie besteht, kennen und verstehen.

Transzendentales und religiöses Verhalten kann je nach Religion oder Weltanschauung Referentialdomänen zugeordnet werden (z.B.):

Die Auseinandersetzung mit dem Tod kann bei einigen Menschen zur Referentialdomäne 1 gehören. Moralisches Verhalten eines Individuums innerhalb einer Glaubensgemeinschaft kann der Referentialdomäne 2 zugeschrieben werden. Das Verhalten auf der Grundlage beispielsweise von Pantheismus gehört hauptsächlich in die Referentialdomäne 3.

Erfahrungsbildung führt innerhalb dieser Referentialdomänen zu veränderten Erlebensweisen und zu neuen Handlungsbereitschaften und kann dem bewussten Zugriff des Betroffenen verschlossen bleiben (s.a. "tacit knowlegde" nach Wagner und Sternberg, 1985).

Die Bildung von Erfahrung kann sowohl zu gesundheitsförderlichen als auch zu krankheitswertigen Ergebnissen führen. Bei gesundheitsförderlichen Ergebnissen bzw. Resultaten ist es erforderlich, dass durch Einbettung und Stärkung der Ergebnisse, z.B. durch Wiederholung, eine Stabilisierung erzielt wird.

1.2 Formelle und informelle Erfahrungsbildung

Formelle Erfahrungsbildung (intentional, gezielt, systematisch und kontrolliert) soll zu einem objektivierbarem Ergebnis führen, das mit dem intendierten Ziel verglichen wird. Demgegenüber steht die informelle Erfahrungsbildung (koinzidentell, zufällig, beiläufig), für die es keine geplante Systematik im Vorgehen gab. Informelle Erfahrung – aus der Sicht des betroffenen Individuums – verdeutlicht sich in der Gewissheit des ersten Augenscheins, verbunden mit individueller Interpretation, oder auch im Erleben des Vertrautseins mit bestimmten Gegebenheiten. Informelle Erfahrungsbildung findet fortlaufend im Lebensalltag statt. Formelle Erfahrungsbildung hingegen benötigt einen strukturierenden Rahmen mit prospektiven Zielen und mit darauf abgestellten Methoden. Erfahrungsbildung setzt Veränderbarkeit des betroffenen Individuums voraus, wenn nicht nach Thematik, so doch aber in der Intensität von Handlungsbereitschaften. Erfahrungsbildung kann sich über den gesamten Lebenszeitraum erstrecken. Sie ist dann leicht messbar, wenn die Veränderungen groß und die Zeitspanne klein ist. Gerade informelle Erfahrungsbildung kann im Unterschied zu formeller Erfahrungsbildung zeitlich weiter gespannt sein, wie z.B. in der Form der alltäglichen Sozialisation. Die für informelle Erfahrungsbildung am wichtigsten erscheinenden internalen Bedingungen können kurz gefasst wie folgt beschrieben werden (Echterhoff, 1992, S. 115):

- · Gewissheit hat Vorrang vor objektivierbarem Wissen (Primat der Gewissheit),
- Exemplarisches hat Vorrang vor Allgemeinem (Primat des Exemplarischen),
- Unpassende Information kann verändert oder auch ausgeblendet werden (Primat der Stimmigkeit),

 Ereignisse bedürfen der Erklärung und werden somit in einen Zusammenhang gestellt. Die Suche nach Zusammenhängen hat Vorrang vor dem Akzeptieren von Beziehungslosigkeit.
 Fehlende Information kann durch Einschätzung ersetzt werden (Primat des Zusammenhangs).
 Das hiermit verbundene Erleben und Handeln wird als explanatives Verhalten bezeichnet.

Zum Kontrollverhalten gehört das Bedürfnis, erlebte Zusammenhänge (Kontingenzen) zu verstehen ("Wie hängt das alles zusammen?"), zu interpretieren ("Wo wird uns das hinführen?") und zu werten ("Das war ziemlich nützlich."). Kausal definierbare Zusammenhänge stellen möglicherweise den Hauptanteil des explanativen Erlebens, aber Interpretationen, Wertungen und Koinzidenzen können auch Ausdruck einer erlebten Regel oder eines vermeintlichen Gesetzes sein. Das explanative Bedürfnis kann helfen, mit den drei Referentialdomänen zu interagieren oder diese zu verstehen, und es kann erleichtern, innerhalb dieser Bezugswelten kohärent zu leben. Das explanative Verhalten geht zurück auf bereits erlebte Kontingenzen (z.B. als kausal erlebte Zusammenhänge) und richtet sich auch auf die Zukunft aus, indem bestimmte Kontingenzen erwartet werden (z.B. "Dann werden diese Blumen wieder blühen.").

Die ausgewählten internalen Bedingungen können Erfahrungsbildung in unterschiedlicher Weise realisieren: So vermag gerade die Höhe emotionaler Betroffenheit eines Individuums (Intensität des Involvement) während der Erfahrungsbildung die internalen Bedingungen unterschiedlich stark auszuprägen.

Konzepte der Regulation von Verhalten, vor allem die des Handelns, finden sich u.a. bei Volpert (1971, 1974) Hacker (2006) und bei Heckhausen und Gollwitzer (1987). Die Regulation von Verhalten schließt somatopsychische Prozesse mit ein, z.B. Herz-Kreislaufprozesse, endokrinologische Vorgänge, neuronale Abläufe, muskuläre Veränderungen, Anpassungen der Hauttemperatur.

Erfahrungsbildung lässt sich als Regulationsprozess wie folgt beschreiben (s.a. Abbildung 1): Am Anfang existiert ein Initialmotiv in einer Umgebung, mit der sich das Ausgangsverhalten mit seinen beobachtbaren Handlungen auseinandersetzen muss.

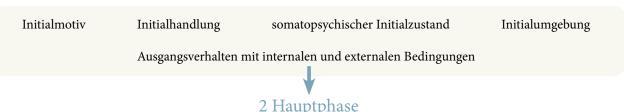
Im Verlaufe des Verhaltensstroms können sich externale und internale Bedingungen so ändern, dass dies Rückwirkungen auf den Handlungsvollzug oder auf die Wahl des Handlungsziels haben kann. So z.B. können Hindernisse eintreten oder neue und bessere Möglichkeiten auftauchen, aber auch autochthone Prozesse oder weitergehende Überlegungen bzw. momentane Eindrücke vermögen den Handlungsablauf zu beeinflussen.

Handlungsablauf und Handlungsergebnis lassen sich insbesondere am gesteckten Ziel messen oder anhand anderer Kriterien bewerten. Dies kann zu einer Bestätigung oder auch Umordnung von Wertigkeiten führen.

Der so ablaufende Regulationsprozess mündet in eine neue Situation, in der ein neues Initialmotiv gegeben ist, neue Initialhandlungen anlaufen und in der eine neue Initialumgebung – möglicherweise als Ergebnis der vorausgegangenen Handlung – vorzufinden ist.

Der Regulationsprozess der Erfahrungsbildung gilt sowohl für intentionales als auch für inzidentelles Verhalten. Inzidentelles Verhalten kann sich unter anderem durch Gelegenheiten ergeben, die man aktuell nutzen kann. Zu inzidentellem Verhalten gehört u.a. auch das Nutzen von so genannten Mitnahmemöglichkeiten ("Wenn sich diese Sache ebenfalls anbietet, kann ich diese auch nutzen."), indem ein bereits vorhandenes, latentes Motiv mit in den Vordergrund tritt.

1 Initialphase



Änderung des Verhaltens möglich u.a. durch:

- Änderung von Motiven (autochthon möglich)
- Änderung von Einstellungen (z.B. durch interpretatives Lernen)
- Änderung von Kognitionen (z.B. durch explanatives Bedürfnis)
- Änderung des somatopsychischen Status
- Änderung des eigenen somatischen Zustands
- weitere Wahrnehmungen internaler und externaler Gegebenheiten
- Änderung der Bewertung des Handlungsablaufs und -ergebnisses
 (z.B. durch Erkennen von Mängeln oder von nicht beabsichtigten Konsequenzen)

3 Ergebnisphase

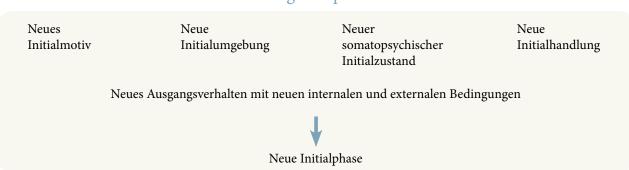


Abb. 1: Erfahrungsbildung als Regulationsprozess

Erfahrungsbildung braucht nicht nach Durchlaufen eines einzigen Regulationsdurchgangs erkennbar zu werden, weil die Wirkungen oftmals zu flüchtig bleiben. Die relative Stabilität der Personenund der Umgebungsmerkmale veranlasst mit großer Wahrscheinlichkeit einen weiteren, ähnlichen Regulationsprozess, sodass durch die Aufeinanderfolge mehrerer thematisch und formal verwandter Regulationsprozesse dann doch eine erkennbare Erfahrungsbildung eintreten kann.

Dieses Regulationsmodell bietet die Möglichkeit, auch prinzipiell zu zeigen, an welcher Stelle auf den Prozess der Erfahrungsbildung gezielt Einfluss genommen werden kann. Das Erleben von Kontrolle und das Erfahren von Selbstwirksamkeit sind zentrale Ziele bei der Erfahrungsbildung eines Individuums (s.a. Heckhausen und Heckhausen, 2010, S. 2). Bereits Kinder zeigen in ihren Spielen und in ihren Aktivitäten, dass sie u.a. durch Ausprobieren und durch Wiederholungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit erleben möchten.

1.3 Erleben und Handeln in externalen und internalen Bezügen: Das Konzept der Referentialpsychologie

Das Konzept der Referentialpsychologie spezifiziert drei Bereiche, in denen Individuen Kontrolle und Selbstwirksamkeit erfahren können. Eine solche Erfahrungsbildung gestaltet sich naturgemäß somatopsychisch aus. Beispiele dafür sind: Als positiv erlebte Erfahrung kann Motivationen stärken und bestimmte körperliche Abläufe beinflussen, wie Ernährungs- und Verdauungsprozesse; eine misslungene körperliche Arbeitstätigkeit kann Desinteresse bewirken und weitere Bewegungsabläufe während der Arbeitstätigkeit erschweren.

Das Erleben eigener Wirksamkeit, die Kontrollüberzeugung, die Illusion von Kontrolle (Langer 1975, 1983) werden von Flammer (1990) als eine zentrale Funktion des Erlebens und Handelns von Individuen beschrieben. Die besondere Bedeutung der darauf aufbauenden Kompetenzmeinung (auf sich selbst bezogen) für die Leistungsfähigkeit von Individuen wird von Heinecke (2009) verdeutlicht.

Bandura betont die entsprechende Bedeutung bereits früher:

"The research completed thus far has tested the predictive power of the conceptual scheme for efficacy expectations developed through enactive, vicarious, and emotive-based procedures. The theory states that psychological procedures, whatever their form, alter the level and strength of self-efficacy." (Bandura, 1977, S. 191)

Die folgende Übersicht zeigt verschiedene Arten von Kontrolle bzw. Kontrollüberzeugungen (Abbildung 2).

Primäre Kontrollform	Bedeutung	
Direkte Kontrolle	Eigenes Verhalten führt erfolgreich zum Ziel	
Reaktanz	Vermehrte Anstrengung wird investiert, Trotzverhalten	
Indirekte Kontrolle	Aktive Inanspruchnahme der Hilfe Dritter	
Sekundäre Kontrollform	Bedeutung	
Prädiktive Kontrolle	Vermeidung von Enttäuschungen durch angepasste Vorhersage ("Das wird sowieso nur ungenügend gelingen").	
Illusorische Kontrolle	Glaube, dass man so gut wie alles, auch Glück oder Schicksal beeinflussen kann	
Abgegebene (vikarische) Kontrolle	Identifikation mit eigentlichen Kontrollinhabern ("Das sollen andere machen")	
Interpretative Kontrolle	Uminterpretation der eigenen Ansprüche ("Das ist / war sowieso nicht so wichtig")	

Abb. 2: Übersicht zu Formen von Kontrolle bzw. Kontrollüberzeugungen

Die Übersicht in Abbildung 2 verdeutlicht die Wichtigkeit der darin enthaltenen Verhaltensweisen und zeigt in der Spalte "Bedeutung" zugleich die Relevanz für die therapeutische Arbeit. Die therapeutisch wichtigste Kontrollform stellt die direkte Kontrolle dar. Sofern die direkte Kontrolle regelmäßig zu den gewünschten Erfolgen führt, tritt Zuversicht hinsichtlich des Gelingens eigenen Verhaltens ein. Diese Zuversicht kann sich auf die Einstellung eines Individuums zum eigenen Leben nachhaltig positiv auswirken, sodass illusorische Kontrolle in Form einer so genannten "rosaroten Brille" bzw. als stabile Erwartung an den Erfolg des eigenen Verhaltens eintreten kann. Salutogen ist eine solche illusorische Kontrolle jedoch nur, wenn auch Misserfolge und damit verbundene Enttäuschungen ertragen werden können.

Nach Flammer (1990, S. 78) beinhaltet personale Kontrolle die folgenden Aspekte:

- Ein Handlungsziel kennen (und es als persönliches Ziel annehmen),
- · einen Weg zu diesem Ziel kennen,
- · diesen Weg auch selbst gehen können (und das auch zu wissen)
- · und den Weg tatsächlich gehen.

Individuen beziehen sich bei der Entwicklung oder dem Ausbau von Kontrolle und Selbstwirksamkeit nach dem Ansatz der vorliegenden Abhandlung auf die drei oben genannten Referentialdomänen.

In allen drei Referentialdomänen finden Assimilation und Akkommodation statt. Assimilation ist Anpassung der internalen Welt an die externale Welt und wird in der vorliegenden Abhandlung im Wesentlichen als Erfahrungsbildung verstanden: z.B. Kennenlernen, Verstehen und Erklären lernen, Interpretieren lernen und Transferkompetenzen erwerben. Akkommodation wird in der vorliegenden Abhandlung als Anpassung der externalen Welt an die internale Welt eines Individuums verstanden: z.B. Gestalten und Verändern, Optimieren, Aussortieren, auch Vernichten und Neues erschaffen.

Über das Individuum laufen Austausch- und Prägungsprozesse zwischen den drei oben genannten Referentialdomänen mithilfe von Informationen (z.B. innerhalb von Wahrnehmungen), Substanzen (z.B. Nährstoffe) und Kräften (z.B. durch Bewegungen des Individuums innerhalb seines Umfelds). Jede Referentialdomäne hat eigene Strukturen und Regeln, die auf das Individuum einwirken. Wahrnehmen, Lernen und Reifen eines Individuums, Assimilation und Akkommodation zwischen Individuum und Umfeld, und die Interaktion des Individuums mit sich selbst prägen das Leben eines Individuums. Allerdings können der eigene Körper und die eigenen Kognitionen auch Teil der externalen Welt eines Individuums sein, z.B. wenn es um beobachtbare Reifungsprozesse, erlebbare Erfahrungsbildung durch Training und Lernen oder auch um erkrankte somatopsychische Bereiche geht, auf die das Individuum einwirken will. Innerhalb der Interaktionen ist das Erleben von Wirksamkeit (Bandura, 1977) durch das Individuum von besonderer Wichtigkeit. Zum Erleben von Wirksamkeit gehört auch die Befriedigung des Erklärungsbedürfnisses durch Finden richtiger oder richtig erscheinender Kontingenzen (z.B. in der Kausalattribution, im explanativen Verhalten, in der Bildung von Einstellungen).

In der vorliegenden Abhandlung wird dieses Konzept Referentialpsychologie genannt. Auf der fachlichen Grundlage der Referentialpsychologie entstand das Konzept der Referentialtherapie (Echterhoff, 2003).

1.4 Erfahrungsbildung und kognitiv-emotionale Modulationen

Erfahrungsbildung verläuft grundsätzlich als Assimilation und Akkommodation bzw. im Zusammenspiel von Assimilation und Akkommodation. Einwirkungen auf Erfahrungsbildung können

stattfinden u.a. durch:

- · Veränderung des Umfelds eines Individuums, somit der externalen Bedingungen,
- Veränderung internaler Bedingungen wie die Beeinflussung der emotionalen Stärke (z.B. mithilfe von Fokussierungsübungen bzw. Imaginationsübungen oder mithilfe von Zielfindungsprozessen),
- · Vorgaben für das explanative Verhalten (z.B. mithilfe von Attributionstrainings),
- Abbau von Dissonanzen mithilfe kognitiver Umstrukturierungen und
- · Erleben von Wirksamkeit (Flammer und Scheuber, 1995).

Die wichtigsten Bedingungen informeller Erfahrungsbildung sind bereits in Abschnitt 1.2 beschrieben worden. Assimilation und Akkommodation können u.a. durch kognitiv-emotionale Modulationen (vor allem durch so genannte cognitive biases), durch kognitive Täuschungen (Hell, Fiedler und Gigerenzer, 1993) und durch Fehlinterpretationen, Fehler und Irrtümer (Gigerenzer, 2007 und 2009; Dörner, 2003; Krämer und Trenkler, 1996) beeinträchtigt werden.

An Beispielen wird in den folgenden Übersichten (s. Abbildungen 3 bis 5) eine Vielzahl von kognitivemotionalen Modulationen beschrieben, die Erfahrungsbildung prägen können.

Die Erfahrungsbildung eines Individuums kann durch kognitiv-emotionale Modulationen so ablaufen, dass sich das Verhalten im Ergebnis maladaptiv entwickelt. Kognitiv-emotionale Modulationen werden in der Rational-emotiven Therapie (RET) nach Ellis (1996, 1997) und in der Kognitiven Therapie nach Beck (1999) bei Bedarf therapeutisch bearbeitet, um dadurch Störungen zu verringern (s.a. de Jong-Meyer, 2009). Dazu hätte das störungsfreie ("bonadaptive") Verhalten von Jong-Meyer (2009) spezifisch definiert werden; dies geschieht allerdings nicht.

Die Vielzahl der Modulationen wurde von Hilbert (2012) auf acht "human decision making biases" reduziert. Dies sind (Übersetzungen vom Verf.):

- · "(regressive) conservatism" (auf Bewährtes zurückgreifen),
- . "the Bayesian likelihood bias" (bedingte Wahrscheinlichkeiten nicht korrekt einschätzen),
- · "illusory correlations" (Zusammenhänge unterstellen),
- . "biased self-other placement" (sich selbst besser oder schlechter als andere fühlen),
- "subadditivity" (Unterschätzung einer Gesamtwirkung).
- · "exaggerated expectation" (überzogene Erwartung),
- . "the confidence bias" (überzogen oder untertrieben zuversichtlich sein),
- . "the hard–easy effect" (Extreme ungenau einschätzen).

Diese Synthese kann helfen, Grundsätze von Modulationen zu verstehen, anzuwenden und im Einzelfall die zutreffende Modulation leichter ausfindig zu machen. Je nach Ausgang einer Modulation können salutogene oder pathogene Prozesse in Gang gesetzt werden bzw. salutogene oder pathogene Resultate eintreten. Pathogene Prozesse in Modulationen erzeugen anfänglich keine krankheitswertigen somatopsychischen Störungen, können jedoch als prodromal (Beginn eines noch verdeckten pathogenen Prozesses) angesehen werden.

Kognitiv-emotionale Modulationen sind Teil allgemein stattfindender Modulationen im somatopsychischen Bereich. Im biomechanischen Bereich gibt es Modulationen bei körperlicher Arbeit (z.B. variable Auswirkungen auf den Körper je nach Trainingszustand bei gleich bleibenden externalen Bedingungen). Im sinnesphysiologischen Bereich gibt es Überlagerungen von evozierten Potenzialen bei unterschiedlichen externalen physikalischen Einflüssen (z.B. beim Kitzeln sensibler Hautbereiche). In diesem Bereich sind bekannte Modulationen z.B. das Primat der Aktualität (Recency Effect), das Verankertsein, die Vertrautheitswirkung (Mere Exposure Effect), und die Bevorzugung von Konsistenz.

Die Positionierung der einzelnen Modulationen innerhalb der Abbildung hat keine semantische oder fachliche Bedeutung.

Modulationen in der Referentialdomäne 1 (autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)

Beseitigung von kognitiver Dissonanz Eine erlebte kognitive Dissonanz erzeugt ein starkes Verlangen, diese aufzulösen. Eine Auflösung kann jedoch auch darin

bestehen, dass eine neue kognitive Dissonanz oder eine andere sachliche Ungereimtheit erzeugt wird.

(Festinger, 1957; Tavris und Aronson,

Verallgemeinerungsirrtum

Es werden Kenntnisse über Details auch dann verallgemeinert, wenn dies unzulässig ist. (Kahneman und Tversky, 1973; Bar-Hillel, 1980)

Verzerrung durch kognitiv-emotionalen blinden Fleck

Zu versäumen, die fehlerhafte Wirkung des eigenen kognitiv-emotionalen blinden Flecks auszugleichen. (Pronin, Lin und Ross, 2002)

Bestätigung eigener vorgefasster Meinungen

Tendenz, für die Bestätigung eigener vorgefasster Meinungen passende Informationen oder geeignete Interpretationen zu finden. (Snyder und Swann, 1978)

Fehler durch Suche nach Übereinstimmung mit eigenen Vermutungen

Fehler wegen der Suche nach Bestätigung eigener Vermutungen ohne mögliche alternative Vermutungen einzubeziehen. (Baron, Beattie und Hershey, 1988)

Déformation professionnelle

Die Tendenz, Geschehnisse und Objekte entsprechend beruflicher Konventionen zu betrachten ohne einen größeren Zusammenhang zu berücksichtigen.
(Langerock, 1915)

Aufwertungseffekt

Die Tatsache, dass oft mehr für das Abgeben eines Objekts verlangt wird als man für den Erwerb einsetzen würde. (Kahneman, Knetsch und Thaler, 1991)

Extreme vermeiden

Tendenz, Extreme zu vermeiden, besonders dann, wenn es sich um eine vorläufige Wahl handelt. (Nakamura, 1987)

Brennpunkt-Effekt

Voraussage-Irrtum bei Überbetonung eines einzelnen Aspekts über den weiteren Verlauf eines Geschehnisses. (Legrenzi, Girotto und Lohnson-Laird,

Bevorzugung eines schnellen Nutzens Die Tendenz, eher einen geringeren, je-

doch schnellen Nutzen gegenüber einem größeren, allerdings langfristigen Nutzen zu bevorzugen, wenn der Vorteil kurzfristig zu erwarten ist.

(Ainslie und Haslam, 1992)

Illusion von Kontrolle

Anzunehmen, dass man Geschehnisse sogar beeinflussen kann, obwohl sie tatsächlich vom Akteur nicht zu steuern sind. (Langer, 1975)

Überbewertung zukünftiger Gefühlszustände

Die Tendenz, erwartete Gefühlszustände in Länge und Dauer zu überschätzen. (Gilbert, Pinel, Wilson, Blumberg und Wheatly, 1998; Mellers und McGraw, 2001; Wilson und Gilbert, 2003)

Modulationen in der Referentialdomäne 1 (autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)

Fehler durch nachträgliche Besserstelung einer Entscheidung

Eigene frühere Entscheidungen positiver zu bewerten als sie es in Wirklichkeit

(Mather, Shafir und Johnson, 2000)

Überzogene Suche nach Informationen

Der Wunsch, Informationen zu suchen, auch wenn sich weitere Informationen nicht auf die kommende Handlung auswirken können.
(Baron, Beattie und Hershey, 1988)

Moralisches Zeugnis über sich ablegen und nutzen

Die Neigung, zu belegen, dass man keine Vorurteile hat, um danach ein starkes Vorurteil platzieren zu können. (Monin und Miller, 2001)

Irrationale Entscheidungen nachträglich rational rechtfertigen

Die Neigung, irrationale Entscheidungen mit früherem rationalen Entscheidungsverhalten zu rechtfertigen, oder die Neigung, bereits vorgenommene Entscheidungen nachträglich rational zu rechtfertigen. (Staw, 1976)

Bedürfnis nach Beendigung einer belastenden Angelegenheit

Das Bedürfnis, eine Entscheidung wegen einer wichtigen Sache zu erhalten, um endlich eine Antwort zu bekommen und um dem Gefühl von Zweifel und Unsicherheit zu entgehen. Ein ungünstiger persönlicher Kontext (Zeit- oder sozialer Druck) dürfte dieses ungenügende Verhalten fördern. (Dijksterhuis, van Knippenberg, Kruglanski und Schaper, 1996)

Fehleinschätzung von Zeit während der Planung

Die Tendenz, die erforderliche Zeit zu unterschätzen, die man für die Ausführung einer Arbeit benötigt.
(Buehler, Griffin und Ross, 1994)

Spätere Rationalisierung eines Kaufes

Die Neigung, sich durch rationale Argumente nachträglich von der Richtigkeit eines Kaufes zu überzeugen. (Walchli und Landman, 2003)

Status-quo-Verzerrung
Die Neigung, Dinge zu behalten, um den
eigenen Zustand aufrecht zu erhalten.
(Samuelson und Zeckhauser, 1988;
Kahneman, Knetsch und Thaler, 1991;
Legrenzi, Girotto und Lohnson-Laird,
1993)

Kryptomnesia

Verfälschung von Gedächtnisinhalten durch Verwechslung der Realität mit Imaginationen. (Marsh und Bower, 1993)

Fehlbewertung eines Versäumnisses Die Neigung, eine schädigende Handlung als negativ oder als verwerflich zu beurteilen, obwohl ein Versäumnis oder das Nicht-Handeln vergleichbar schlechte Folgen bewirkt hätte. (Ritov und Baron, 1990)

Pseudosicherheitsfehler
Die Tendenz in der Entscheidungsfindung, bei erwarteten positiven Wirkungen mögliche Risiken zu überschätzen, bei erwarteten negativen Wirkungen mögliche Risiken zu unterschätzen.
(Tversky und Kahneman, 1981)
Ichbezogene Verfälschung

Erinnerungen an die eigene Vergangenheit werden zu eigenen Gunsten verfälscht, z.B. Erinnerungen an die eigenen Prüfungsleistungen oder an andere Leistungen.

(M. Ross und Sicoly, 1979; Zuckerman, 1983)

Modulationen in der Referentialdomäne 1 (autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)

Zero-Risk Bias Bevorzugung einer Reduktion eines schon kleinen Risikos auf Risiko Null gegenüber einer vergleichsweise größeren Reduktion des Risikos auf einem hohen Risikoniveau. (Nakayachi, 1998)	Wenn eine fragende Person Ideen äu- ßert, können diese im Gedächtnis falsch zugeordnet werden (auch in Form einer Fehlattribution möglich). (Polczyk und Pasek, 2006; Gudjonsson, 1990)	
Selektive Wahrnehmung Erwartungen beeinträchtigen / beschränken die Wahrnehmung. (Frey, 1981; Frey, 1986; Swann, 1983) Beneffectance Sich selbst für wünschenswerte und nicht für unerwünschte Resultate als verantwortlich anzusehen	(Greenwald, 1980)	
Bevorzugung von Konsistenz Verfälschte Erinnerung an frühere Einstellungen und Verhaltensweisen, um sie mit gegenwärtigen Einstellungen und Verhaltensweisen in Einklang zu bringen. (Markus, 1986; Goethals und Reckman, 1973)	Bevorzugung einer beeindruckenden, vielleicht auch schmerzhaften Sache in der späteren Erinnerung. (Gumenik und Levitt, 1968; Restorff, 1933)	
Fehlorientierung an der eingetretenen Wirkung Die Neigung, eine Entscheidung an der eingetretenen Wirkung zu messen und nicht an der Qualität der Entscheidung zum Zeitpunkt der Entscheidungs- findung. (Baron und Hershey, 1988)	Reaktanz Der Drang, das Gegenteil von dem zu tun, was jemand von einem erwartet, um dem vermeintlichen Versuch entgegenzu- wirken, dass jemand die eigene Freiheit einengen möchte. (Brehm, 1966, Wright, Wadley, Danner und Phillips, 1992)	Veränderung von Erinnerungen durch nachträgliche Informationen Erinnerungsleistungen können durch nachträglich erhaltene Informationen verzerrt, verringert oder angereichert werden. (Echterhoff, Hirst und Hussy, 2005; Echterhoff, Groll und Hirst, 2007, Flammer und Grob, 1994

Abb. 3: Übersicht zu Modulationen in der Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)

Die Positionierung der einzelnen Modulationen innerhalb der Abbildung hat keine semantische oder fachliche Bedeutung.

(Empathische und soziale Bezüge zur Externalität) Modulationen in der Referentialdomäne 2

Akteur-Beobachter-Verzerrung (Actor-Observer Bias)

Vergleich zur eigenen Persönlichkeit) auf Zum fundamentalen Attributionsfehler (s. dort) gehört die Übeschätzung des Einflusses der eigenen Situation (im das gezeigte eigene Verhalten. (Jones und Nisbett, 1971)

Dunning-Kruger-Effekt

nur zu falschen Schlussfolgerungen sowie Wenn Menschen unfähig sind, geeignete sie eine doppelte Last: Sie kommen nicht sen bei ihrem Eindruck bleiben, dass sie falsch verhalten. Im Gegenteil: Sie müsund Zufriedenheit zu erreichen, tragen Strategien zu übernehmen, um Erfolg Wahlmöglichkeiten, sondern können auch gar nicht erkennen, dass sie sich (Kruger und Dunning, 1999) alles richtig machen.

Ichbezogene Verzerrung

gemeinsamen Tätigkeit tendenziell einen er von einem außen stehenden Beobachgrößeren Anteil an den Ergebnissen als (Ross und Sicoly, 1979; Schlenker & Menschen beanspruchen bei einer ter eingeschätzt würde.

Illusionärer Konsens

stimmung, die Andere mit einem selbst Überschätzung des Grades an Überein-(Ross, Greene und House, 1977) haben.

Fundamentaler Attributionsfehler

weniger durch deren Situation zu erklären sächlich durch deren Persönlichkeit und Tendenz, das Verhalten Anderer haupt-(s.a. Akteur-Beobachter-Verzerrung) Jones und Harris, 1967)

Halo Effekt

tivität eines Menschen kann sich auch ponegativer Wesenszüge von einem Persönsitiv auf Einschätzung seiner Zuverlässig-Fendenz zur Ausbreitung positiver oder lichkeitsbereich auf andere Persönlich-Menschen, z.B. die emotionale Attrakkeitsbereiche – aus der Sicht anderer (Thorndike, 1920; Asch, 1946) keit auswirken.

Illusion des asymmetrischen Einblicks

(Pronin, Kruger, Savitsky und Ross, 2001) Menschen wird gegenüber dem Einblick gleichgestellter Menschen in die eigene Der eigene Einblick in gleichgestellte Person überschätzt.

Illusionäre Transparenz

hinsichtlich des Einblicks in einen selbst. Einblick in andere Menschen zu haben, Gilovitch, Savitsky und Medvec, 1998) und überschätzt die Fähigkeit Anderer Man überschätzt die eigene Fähigkeit,

Gruppenzugehörigkeitsverzerrung

rig angesehen werden. (Tajfel, Billig, Bundy und Flament, 1971) wenn sie als der eigenen Gruppe zugehö-Die Tendenz, Andere zu bevorzugen,

Glaube an Schmeichelhaftes (Lake Wobegon Effekt)

Neigung, über sich selbst schmeichelhafte anderen Menschen oberhalb des Durchglauben, dass man sich im Vergleich zu Einschätzungen zu berichten, und zu schnitts befinde.

(Cannell, 1988; Klar, 2002)

Wahrnehmung von Homogenität einer Fremdgruppe

gesehen als Mitglieder von Fremdgruppen. vergleichsweise als unterschiedlicher an-Mitglieder der eigenen Gruppe werden (Quattrone und Jones, 1980)

Verfälschung durch Projektion

Unbewusste Annahme, dass Andere dieselben oder ähnliche Gedanken, Gewissneiten, Werte oder Positionen teilen, die (Thomsen, 1941) man selbst hat.

Miller, 1977)

(Empathische und soziale Bezüge zur Externalität) Modulationen in der Referentialdomäne 2

ren Anteil an Erfolgen als an Misserfolgen Die Neigung, für sich selbst einen größegung, nicht eindeutige Informationen zu zu beanspruchen. Dazu gehört die Nei-(Bernstein, Stephan und Davis, 1979) eigenen Gunsten zu interpretieren. Emotionale Selbstbereicherung

akzeptieren und zu übernehmen, um sich sicherer zu fühlen und um Konflikte zu Allgemeine Neigung, Meinungen und Verhaltensweisen einer Mehrheit zu Herdeninstinkt (Chen, 2008) vermeiden.

(Carli, 1999) verdienen".

Just-World-Glaube

sultaten führen, die unsere Vorannahmen Verhaltensweisen bevorzugt, die zu Re-Sich-selbst-erfüllende Prophezeiung Es werden (bewusst oder auch nicht) (Self-fulfilling prophecy) estätigen.

Jost und Banaji, 1994, 2004)

(Rosenthal und Jacobson, 1966)

Gemeinschaft geht.

Man hält sich selbst für ziemlich flexibel oder Stimmung) während man Andere (hinsichtlich Persönlichkeit, Verhalten als viel leichter vorhersagbar bewertet. Erklärung des Verhaltens Anderer durch deren Wesenszüge (Kammer, 1982) Rechtfertigung des bestehenden Systems ben: "Menschen bekommen das, was sie Neigung, an eine gerechte Welt zu glau-

Tendenz, sich genauso oder so ähnlich zu verhalten (so zu erleben und zu handeln) wie viele andere Menschen, denen man (Nadeau, Cloutier und Guay, 1993) sich zugehörig fühlt. Mitlauf-Effekt von Vorteilen für einen selbst oder für die weigerung von Alternativen – auf Kosten de soziale, ökonomische und politische oder gar zu stärken (z.B. das bestehen-System), auch wenn dies - wegen Ver-

Tendenz, den Status quo zu rechtfertigen

Abb. 4: Übersicht zu Modulationen in der Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)

26

Die Positionierung der einzelnen Modulationen innerhalb der Abbildung hat keine semantische oder fachliche Bedeutung.

(Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität) Modulationen in der Referentialdomäne 3

Annahme eines Zusammenhangs wegen raum-zeitlicher Nähe

Raum-zeitliche Nähe von zwei Ereignissen kann zur Bildung von Kausal-, Kontingenz-/ Kontiguitätszusammenhängen führen

die Plausibilität kollektiver Überzeugungen: "Wiederhole etwas lang genug und es

(Kuran und Sunstein, 1999)

wird zur Wahrheit."

öffentlichen Erörterungen verstärkt sich

Mit zunehmender Wiederholung in

Verfügbarkeitskaskade

(Hasselhorn und Gold, 2009, S. 39f)

Verankertsein

Tendenz, zu sehr einem früher bestehenden Bezug oder einem Detail einer Information verhaftet zu sein, wenn neue Entscheidungen anstehen. (Tversky und Kahneman, 1974)

Verzerrung wegen Vermutung eines Zusammenhangs

Relevante Fakten werden missachtet, sobald eine bestimmte Korrelation oder eine andere bestimmte Verbindung vermutet wird.

(u.a. durch Kausalatribution)

Irrtum des Spielers

Die Tendenz anzunehmen, dass individuelle Zufallsereignisse etwas mit früheren Zufallsereignissen zu tun haben, z.B.: Ich habe mit der Münze fünf Mal in Folge Kopf geworfen, deswegen muss jetzt die Wahrscheinlichkeit, beim nächsten Mal Zahl zu werfen, größer sein als wieder Kopf zu werfen."

(Bar-Hillel und Wagenaar, 1993)

Hawthorne-Effekt

Die Tendenz, Strukturen auch dort zu

Illusion von Struktur

(Gilovich, Tversky und Vallone, 1985)

erkennen, wo es keine gibt.

Menschen, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung beobachtet werden, können deswegen und während der Bebachtungszeit ihr Verhalten ändern.

Das Vermeiden von Möglichkeiten, über die Informationen fehlen und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten deswegen

Einfluss von Uneindeutigkeit

(Landsberger, 1958)

unbekannt zu sein scheinen. (Ellsberg, 1961; Frisch und Baron, 1988)

Spiel-Wirklichkeitsfehler

Die Tendenz, Wahrscheinlichkeiten aus einem Spiel mit klaren Regeln fälschlicherweise auf die eher unsystematisch funktionierende Realität zu übertragen. (Taleb, 2007)

Missachtung von bereits bekannten Basisdaten

Die Tendenz, bekannte Wahrscheinlichkeiten zu missachten, sobald damit verbundene Erwartungen auf schwacher Datengrundlage überprüft werden. (Kahneman und Tversky, 1973)

Begünstigen eines wünschenswerten Ergebnisses

Verhalten eines Forschers, der ein bestimmtes Ergebnis erhofft und eine Untersuchung so anlegt bzw. die Daten so interpretiert, dass seine Erwartung bestätigt wird.

Rosenthal und Jacobson, 1966)

als vorhersehbar zu bewerten: "Das hätte

man aber wissen müssen." (Hawkins und Hastie, 1990)

Die Neigung, vergangene Geschehnisse

Im-Nachhinein-Fehler

(Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität) Modulationen in der Referentialdomäne 3

Verfügbarkeitsheuristik

wahrscheinlicher, das im Gedächtnis prä-Dasjenige erscheint fälschlicherweise als senter ist, vor allem wenn es in lebhafter (Tversky und Kahneman, 1973; Carroll, Erinnerung, ungewöhnlich oder emotional aufgeladen ist.

Selbstüberschätzung

Die Tendenz, eigene Leistungsmöglich-(Lichtenstein, Fischhoff und Phillips, keiten zu überschätzen.

Missachtung der Tendenz zum Mittelwert

nicht zu einem mittleren Zustand tendieren nisse oder Leistungen Bestand haben und Ansicht, dass außergewöhnliche Ergeb-(Galton, 1886)

Stereotypisierung

Dem Mitglied einer Gruppe werden ohne nähere Überprüfung bestimmte Eigen-(Stone, Perry und Darley, 1997; McAndrew und Akande, 1995 schaften unterstellt.

Spezifisch geht vor generell

fische Verhältnisse wahrscheinlicher als Die Tendenz anzunehmen, dass spezi-(Tversky und Kahneman, 1983) allgemeinere eintreten.

Überschätzung der Wahrscheinlichkeit eines positiven Geschehens

widerfährt (Wunschdenken, Optimismus überschätzen, dass einem etwas Gutes bedingte Verzerrung der Erwartung). Tendenz, die Wahrscheinlichkeit zu (Rosenhan und Messick, 1966)

Erinnerungsverdichtung

Tendenz, sich eher an Geschehnisse aus (D. C. Rubin, Wetzlel und Nebes, 1986; senenalter zu erinnern als aus anderen der Jugend und dem frühen Erwachfanssen, Chessa und Murre, 2005) Lebensperioden.

Verfälschung einer Ganzheit

wahrscheinlicher als der Untergang des Wahrscheinlichkeiten seiner Teile (z.B. ein Schaden an einem Bootsmotor sei Ganzen wird geringer eingeschätzt als Die Eintrittswahrscheinlichkeit eines (Fox und Levav, 2000)

Übertreibung der Zuversicht Fehlerhafte Zusammenhangsvermutung

Handlung fest erwartet wird, kann übertriebene Zuversicht dem Handlungser-Falls ein bestimmtes Ergebnis einer (Rosenhan und Messick, 1966) gebnis vorausgehen. Annahme, dass zwischen einem bestimmnur ein erlebter, sondern ein sachlicher ten Ereignis und einem anderen nicht

Primat der Aktualität (Recency Effect)

(Gershberg und Shimamura, 1994; Eb-Die Tendenz, eine aktuelle Erfahrung höher als eine frühere zu werten. binghaus, 1913)

Die Tendenz, eine anfängliche Erfahrung

höher als eine nachfolgende zu werten. (Gershberg und Shimamura, 1994; Eb-

Primat des ersten Erlebnisses (Primacy

(Hamilton und Rose, 1980)

Zusammenhang besteht.

Verzerrung durch vorausgehende Entscheidungen

Auswahl der Daten und der Methoden Daten und Ergebnisse werden durch vorausgegangene und tendenziöse verfälscht.

Erinnerung eher positiv gewertet als zum

(Mitchell und Thompson, 1994)

Zeitpunkt des Geschehens.

Vergangene Ereignisse werden in der

Rosaroter Rückblick

binghaus, 1913)

(Tversky und Kahneman, 1974)

Teleskopwirkung

Eine individuell wichtige Überzeugung

Subjektive Validität

führt wahrscheinlich zu einer entspre-

Verbindungen zwischen Dingen

Dies, 1972)

deutende Ereignisse scheinen eher aktuell geringe Chance zu haben und wenig be-Aktuelle Ereignisse scheinen eher eine geschehen zu sein. chenden Wahrnehmung von Dingen oder

(Janssen, Chessa und Murre, 2006)

Modulationen in der Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)

olung -lc	Missachtung von Wahrscheinlichkeiten schwieriger als sich ein neues Objekt anzueignen. Tendenz, die gegebenen Wahrschein-lichkeiten zu missachten, wenn eine Entscheidung ausschließlich unter Uniter Higgins, 2000) Entscheidung von Wahrschein-schwieriger als sich ein neues Objekt anzueignen. (Kahneman, Knetsch und Thaler, 1991; Die Neigung, eine vorgegebene Einheit bzw. ein abgegrenztes Teil abzuarbeiten bzw. zu beenden. Diese Neigung ist vorallem beim Essen von Speisen zu erkennen. (Geier, Rozin und Doros, 2006)	
Übertreiben eines Unterschieds Tendenz, bei gleichzeitiger Betracht den Unterschied zwischen zwei Wal möglichkeiten größer zu werten als bei separater Betrachtung der Wahl möglichkeiten. (Hsee und Leclerc, 1998)	Missachtung von Wahrscheinlich Tendenz, die gegebenen Wahrschei lichkeiten zu missachten, wenn ein Entscheidung ausschließlich unter Unsicherheitsbedingungen erfolgt. (Baron, 2000)	
Selbsttäuschung durch Suche eines Ergebnisses Erschwerung / Verhinderung eines abgesicherten Ergebnisses, wenn die Fragestellung erst nach der Datenauswahl ausgewählt oder angepasst wird. (Gilovich, Tversky und Vallone, 1985)	Vertrautheitswirkung (Mere Exposure Effect) Tendenz, die positive Bindung an etwas oder an eine Person übertrieben darzustellen, obwohl man lediglich mit ihnen vertraut ist. (Zajonc, 1968; Pliner, 1982)	"Viel hilft viel" Für die Lösung eines Problems wird der zu leistende Aufwand eher an dem Grad der wahrgenommenen Schwierigkeit als an dem tatsächlichen Schwierigkeitsgrad gemessen.

Abb. 5: Übersicht zu kognitiv-emotionalen Modulationen in der Referentialdomäne 3 (Bezüge zur dinglich-biologischen Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)

Analog zu den kognitiv-emotionalen Modulationen im psychischen Bereich existieren Modulationen auch im somatischen Bereich (somatische Modulationen). Zu den somatischen Modulationen gehören u.a. die Funktionen, die mit den psychophysischen Gesetzen Weber-Fechners beschrieben werden (exponentielle Charakteristik zwischen Signal und Signalverarbeitung), die Stoffwechselvorgänge, die grundsätzlich selektiv angelegt sind, die Reaktionen des Immunsystems, die z.B. auch zu Allergien führen können, die Adaptationsprozesse bei Akzeptanz auch ungesunder Nahrung, die Regelung der Körpertemperatur (z.B. vorsorgliches Erzeugen von erhöhter Temperatur auch bei unbekannten Signalen), die Produktion und die Rolle von Botenstoffen als Folge von Gewohnheitsprozessen, die ungenaue Bildung von Körperzellen, die Veränderung und Rolle von genetischem Material erst aufgrund von dauerhaften oder intensiven Einwirkungen oder den U-förmigen Zusammenhang zwischen physiologischen Erregungs-/ Aktivationsniveau und Verhaltenswahrscheinlichkeiten.

2 Somatopsychische Prozesse und Basisprozesse

2.1 Somatopsychische Prozesse

Zu einem somatopsychischen System gehören vor allem Prozesse. Somatopsychik ist als Systematik von Prozessen (Abläufe, Funktionen) zu beschreiben und zu verstehen. Eine Betrachtung dynamischer Komponenten ermöglicht eine Gesamtschau vielfältig verbundener Funktionen unter den Gesichtspunkten Auslöser, Zweck, Mittel, Ziel, Ergebnis bzw. Initiierung weiterer Prozesse. Die biologische Substanz des Soma dient als Träger bzw. Moderator (im Sinne von Fördern, Ermöglichen oder des Begrenzens) der Prozesse, wie an folgenden Beispielen verdeutlicht werden kann:

- Die Bewegung des menschlichen Körpers durch die Skelettmuskulatur stellt den Prozess dar; Skelett und Muskeln ermöglichen und moderieren die Abläufe.
- Beim Prüfen von Hypothesen in Wahrnehmungsprozessen werden verschiedene Sinneskanäle benutzt, um zu einem Ergebnis zu gelangen. Die Sinneskanäle bilden jedoch das Objekt der Wahrnehmung nur selektiv und nur annähernd physikalisch adäquat ab.

Ein somatopsychischer Prozess umfasst:

- · seinen Auslöser, seine Ursache oder sein Ziel,
- die darin über Trägersubstanzen transportierte Information oder in transportierten Botenoder Wirkstoffen (z.B. endokrinologischer / biochemischer oder elektrochemischer Art) und
 die Wirkung auf somatopsychische Aktuatoren (z.B. auf einen Muskel, auf einen Nucleus,
 auf eine Drüse oder auf eine Motivation, Stimmung oder auf eine Zielbestimmung des Verhaltens) innerhalb der beteiligten Regelkreise.

Prozesse können aus Aktivitäten von biochemischen, elektrochemischen Impulsen, aus Botenstoffen und Wirkstoffen oder auch aus dem Ausbleiben oder Moderieren solcher Aktivitäten bestehen:

- Durch Suppression (z.B. Unterdrückung von Bewegungsimpulsen durch Angst),
- durch Ausbleiben eines Impulses (z.B. mit der Folge einer erhöhten Erwartung oder mit der Folge eines Phantomschmerzes; Habituation bzw. Gewöhnung an gleich bleibende Zustände oder das Ausbleiben von Antikörpern kann ebenfalls zu Reaktionen führen),
- durch Dämpfung (z.B. Überlagerung der Herzfrequenz durch langsamere externale Rhythmen oder Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin am synaptischen Spalt oder die Dämpfung des organischen Wachstums durch Aktivitäten der Geschlechtshormone) oder
- durch Strukturierung (z.B. Einfluss des Parasympathikus auf die Ruhe- bzw. Grundfunktion von Organen, Wachstum von Synapsen durch Rhythmisierung oder durch Änderung der kombinatorischen Zusammensetzung mehrerer Impulse wie Schmerzwahrnehmung und
- · durch externale Einflüsse.

Es reicht nicht aus, einen Impuls zu erwarten und zu messen, vielmehr kann auch das Ausbleiben eines Impulses oder eine kombinatorische Zusammensetzung mehrerer Impulse somatopsychische Prozesse auslösen oder ausgestalten.

Eine Fokussierung auf Prozesse verhindert ein Zerlegen des Individuums in isolierte Einzelteile (z.B. Organe), zwischen denen allerdings nach Verbindungen (manchmal Korrelationen oder Konnektivitäten genannt) gesucht werden kann. Eine Somatopsychik in der Form einer Prozessbetrachtung stellt die Verbindungen in den Mittelpunkt. Organe, Nervenbahnen, Synapsen, Motive, emotionale Ressourcen und andere Anfangs-, End- oder Zwischenstationen von Verbindungen dienen insgesamt der Erklärung, dem Verständnis und vielleicht auch der Veränderung der Prozesse.

Ein somatopsychischer Prozess erstreckt sich über Phasen, die in Initial-, Haupt- und Ergebnisphase einteilbar sind (s.a. Abschnitt 1.2).

Die Initialphase enthält die Quelle, den Zweck oder das Ziel des somatopsychischen Prozesses. Ein Prozess kann mehrfach gerichtete Auslöser haben und somit unterschiedliche Ergebnisse zulassen (z.B. bei Zuständen wie Angst) oder er kann bei Ausrichtung auf ein einziges Ergebnis (z.B. innerhalb einer bestimmten Zeit Muskeln zu trainieren und sich deshalb besser entspannen zu können) bei sofortiger Ziel- bzw. Zweckerreichung (Entspannung) vorzeitig beendet sein.

Die Hauptphase umfasst die Art (z.B. Essen und Trinken) und den Ort des Prozesses (z.B. sich leicht und frei zu fühlen und dies im Bauchraum und im Brustkorb lokalisieren). Zur Hauptphase gehören die Instrumente des Handelns, die an bestimmte Ressourcen sowie an bestimmtes Erleben gebunden und lediglich begrenzt frei wählbar sind (z.B. die Nahrung, Bestandteile und Organe des Körpers). Die Hauptphase enthält die Ablaufsteuerung vor allem durch Regelkreise, durch Überwachung oder durch Begrenzung der Ressourcen.

Die Ergebnisphase umfasst die Wirkung der Aktuatoren und ist Initialphase für einen neuen Prozess. In der Ergebnisphase erfolgt zugleich eine Auswertung bzw. Bewertung des abgeschlossenen Prozesses.

Somatische und psychische Dimensionen gehören von Beginn des menschlichen Lebens an und jeweils in einer aktuellen Situation zusammen wie am Beispiel einer Bedrohung eines Individuums verdeutlicht werden kann (s. Abbildung 6).

Eine Bedrohung kann sich aus der Erwartung einer erzwungenen Einschränkung der aktuellen und / oder der künftigen Unversehrtheit ergeben (z.B. von Körperfunktionen oder von gewünschten Entwicklungsmöglichkeiten des Lebens). In Abbildung 6 und den dazugehörigen Ausführungen wird der Zustand von Angst somatopsychisch beschrieben. Bei Angst geht es um die Auseinandersetzung mit Freiheitsverlust, mit Erwarten von destruktiven Erlebnissen, mit Verhindernwollen und / oder mit dem Erleben einer Schädigung.

Krankheit wird in der vorliegenden Abhandlung nicht als steuerloser oder "entarteter" Zustand, sondern als leidvolles Ergebnis nicht erwünschter Regelungsprozesses angesehen. Der Zustand der Gesundheit und der Zustand der Krankheit entwickeln sich jeweils durch zielorientierte Prozesse. Beide Zustände werden durch somatopsychische Ziele und Teilziele ausgerichtet und gesteuert. Die nachfolgend aufgeführten somatopsychischen Prozesse können entweder pathogen oder salutogen ausgerichtet und gesteuert werden.

In der nachfolgenden Übersicht (Abbildung 7) werden somatopsychische Aspekte an unterschiedlichen Beispielen dargestellt.

2.2 Allgemeine Kennzeichen und Grundfunktionen somatopsychischer Prozesse

Ein somatopsychisches System besteht u.a. aus mechanischen, biomechanischen, chemischen und elektrochemischen Prozessen des Verhaltens (Erleben und Handeln). Ein somatopsychischer Prozess nutzt die Möglichkeiten von Organen, Nuclei, Nervenfasern und anderen Trägern. Die Träger der Prozesse ermöglichen und moderieren (begrenzen und modifizieren) Teile der Prozesse. Eine Vernachlässigung der psychologischen oder medizinischen (vor allem organbezogenen somatischen) Sichtweisen ist damit nicht verbunden.

Phänomenologische Darstellung einer Bedrohungssituation

Wahrnehmung einer heißen oder spitzen Empfindung in der Magengegend

und / oder Wahrnehmung einer Bewegung dieser Empfindung nach oben, wie es oft vom Bauch her hoch in

den Brustkorb und in den Kopf schießt

und / oder Wahrnehmung einer Bewegung dieser Empfindung, wie es nach unten in die Beine rutscht

und / oder Erhöhte Herzschlagfrequenz und / oder Erweiterung von Blutgefäßen

und / oder verstärkte / veränderte Evozierung von neuronalen Potenzialen

Wahrnehmung einer aktionalen Bereitschaft zur Flucht oder auch die Durchführung der Flucht durch Aktuatoren

und / oder erkennbare Anspannung von Muskeln

und / oder veränderte Körperhaltung

und / oder Wahrnehmung einer aktionalen Bereitschaft zur Beseitigung der Bedrohung

und / oder Beseitigung der Bedrohung durch Aktuatoren,

Wahrnehmung von Muskelanspannung, nach längerer Dauer manchmal schmerzhaft

und / oder Wahrnehmung von "Bleibenmüssen" und Lähmung

und / oder Wahrnehmung eines stark erhöhten und sehr kräftigen Herzschlags

und / oder Wahrnehmung einer erhöhten Hautfeuchte, Erleben der Wirkung der Aktuatoren

Erwartung einer weiteren, zukünftigen Bedrohung, Durchführung von Maßnahmen von Aktuatoren

und / oder Wahrnehmung einer aktionalen Bereitschaft zur Vermeidung einer Bedrohung

Zeitversetzt:

Möglicherweise Intrusionen in allen Wahrnehmungsbereichen

und / oder Albträume

und / oder "Reflektierenmüssen" der Bedrohung und von Varianten der Bedrohung

und / oder Abfallen des Blutdrucks und / oder Entspannung von Muskeln

Zu einer Bedrohung gehört noch Weiteres, das nicht immer der akuten Wahrnehmung zugänglich ist (u.a.): Ungläubiges Überraschtsein

und / oder Dissoziation als Abspaltung von Gefühlen und / oder Empfindungen von Körperregionen

und / oder Fixierung und Selektion der Wahrnehmung

und / oder Taubheit gegenüber Gefühlen und / oder Empfindungen von Körperregionen.

Fixierung von Körperprozessen (z.B. stabile Muskelverspannung)

und / oder Attributionsprozesse (z.B. zur Frage "Warum gerade ich?"),

Abläufe im limbischen System (z.B. vernetzte neuronale und biochemische Abläufe)

Abb. 6: Übersicht zu somatopsychischen Aspekten am Beispiel einer Bedrohung

Abb. 7: Übersicht zu somatopsychischen Prozessen (phänomenologisch dargestellte Beispiele)

1s. Abschnitt A1.1

Die Bestandteile (meistens Teilvorgänge) somatopsychischer Prozesse sind funktional wie folgt aufeinander bezogen:

- 1) Da somatopsychische Prozesse sich einem Ziel unterordnen, verhalten sich die somatischen und psychischen Vorgänge isofunktional zueinander (z.B. können Magenprobleme und Ekel dem Loswerden des störenden Mageninhalts dienen).
- 2) Teilvorgänge somatopsychischer Prozesse sind innerhalb von Toleranzbreiten, also nicht isometrisch, nicht deterministisch oder gar monokausal, aufeinander bezogen (z.B. verlaufen Organstörungen und Schmerzen nicht immer synchron).
- 3) Die Funktion eines Bestandteils erklärt nicht das Gesamtergebnis des Zusammenwirkens aller Bestandteile. Selbst der Ausfall eines Bestandteils kann häufig, wenn auch nicht immer vollständig, kompensiert werden (z.B. kann Angst Hypertonie und Hypotonie erzeugen; dabei auftretende Muskelschwäche kann durch gezielte Handlungen oder geschickte Taktiken ausgeglichen werden).
- 4) Werden die Zustände der unterschiedlichen Bestandteile quantitativ erfasst (vor allem durch skalierte Messwerte), sind sie ausschließlich in den unterschiedlichen Kombinationen interpretierfähig, da sie ausschließlich gemeinsam den Systemzustand anzeigen (z.B. können Hautfeuchte, Herzfrequenz und Blutdruck erst dann korrekt gedeutet werden, wenn bekannt ist, in welchen Zielsetzungen sich das Individuum befindet).

Somatopsychik betrachtet schwerpunktmäßig Prozesse in einem Individuum,

- 1) die autochthon ablaufen, z.B. automatisch, der Wahrnehmung nicht immer und nicht vollständig zugänglich, manchmal jedoch steuerbar wie etwa die Atmung, oder
- 2) die intentional ablaufen, z.B. geplant und volitional erzeugt werden. Prozesse der Somatopsychik enthalten grundsätzlich somatische und psychische Komponenten. Sind die Psyche und das Soma eine Entität, so gilt dies auch für die dazugehörigen Prozesse. Die Entität von Psyche und Soma gehört zu dieser Prozessentität.

In diesen beiden Beispielen wird deutlich, dass Psyche und Soma jeweils gegenseitig die Zielerreichung unterstützen. Generell muss allerdings unklar bleiben, wie somatopsychische Ziele entstehen: Man kann nicht wollen, was man wollen möchte und man hat nur solche somatopsychischen Prozesse verfügbar, die die Natur bereitstellt. Besonders leicht sind die Ziele zu verstehen, die mit einem Defizit (Hunger, Durst, Unsicherheit etc.) zusammenhängen oder die so etwas wie eine somatopsychische Grundordnung herstellen können wie etwa Harmonie, Leichtigkeit, Kohärenz, Hoffnung oder ein neurochemisches Gleichgewicht zwischen dem System "Positivzustand" (Wohlbefinden sowie Belohnung) und dem System "Negativzustand" (Angst sowie Strafe). Die finale Orientierung von somatopsychischen Prozessen (z.B.: "Was ist der Zweck des Lebens?") stößt an Erkenntnisgrenzen der Psychologie oder die der Medizin, da nicht spezifisch für jeden Prozess zu klären ist, wie das Ziel des Prozesses zustande kommt. Lediglich aus der Gesamtanlage des menschlichen Lebens sind hierfür Hinweise zu bekommen, die allerdings eher aus den Fachgebieten der Philosophie, der Theologie oder der Anthropologie stammen könnten.

Gemäß den Vorgaben der oben genannten Axiome und Prämissen (s. Abschnitt A1, im Anhang) ist es erforderlich, eine fachliche Ordnung zu finden, die Psyche und Soma als Einheit belassen. Die geforderte Einheit von Psyche und Soma kann nur dann fachlich realisiert werden, wenn eine neue Systematik mit neuer Nomenklatur geschaffen wird.

Die somatopsychischen Prozesse eines Individuums verlaufen analog der Handlungsregulation (s. Abschnitt 2.2), die logisch einen Regelkreis darstellt, wie auch andere somatopsychische

Prozesse grundsätzlich durch Regelkreise gesteuert werden. Bekannte somatopsychische Regelkreise sind z.B.: Gewöhnung an schmerzhafte Einwirkungen wie etwa im Kampfsport, Herunterregelung der Wirkung von Schmerzmitteln, Gewöhnung an langsam ansteigende Lautstärken, Verschwinden der Wahrnehmung, wenn keine Änderungen der Einwirkung eintreten. Somatopsychische Regelkreise sind naturgemäß untereinander mit anderen Regelkreisen verbunden.

Beispiele für solche Regelkreiskooperationen sind:

- · Nervenbahnen senden Impulse immer nur in eine Richtung, also ist zur Steuerung von Funktionen immer auch eine Rückmeldung innerhalb einer separaten Nervenbahn erforderlich,
- die Pumpfrequenz des Herzens wird u.a. durch Rückmeldungen zur Durchflussmenge des Bluts innerhalb des gesamten Blutkreislaufsystems reguliert,
- Rückmeldungen zur Körpertemperatur kommen aus allen Regionen des Körpers und ergeben sich zusätzlich aus Einwirkungen auf den Körper von außen wie etwa durch Verletzungen oder auch durch Infektionen sowie durch Einflüsse, die ein Individuum durch reflexive Entspannungsübungen, wie etwa autogenes Training, bewirken kann,
- die Wärmeabgabe des Körpers kann sich z.B. unter Disstressbedingungen verringern, kann dabei u.a. zu kalten Händen und kalten Füßen führen und kann unter Eustressbedingungen ansteigen,
- wenn der Energieverbrauch steigt, können u.a. Fettreserven abgebaut werden (z.B. bei einem Wechsel von warmer Umgebung in kaltes Wasser),
- durch Regelkreise gesteuert werden zudem Hunger und Durst, Wach- und Schlafvorgänge,
 Temperatur der Außenluft in den Atmungsorganen,
- hinzu kommen als Einflussgrößen für die Steuerung von Regelkreisen in einem menschlichen Körper u.a. aktuell eingenommene Substanzen und abgelagerte Substanzen im Körpergewebe.

Therapeutische Prozesse beeinflussen Regelkreise, wenn man den Feststellungen von Grawe, Donati und Bernauer (1994) folgt:

"Der Patient vertraut seinem Therapeuten immer mehr, dieser fühlt sich von seinem Patienten wertgeschätzt und in seiner Kompetenz bestätigt. Dadurch steigt wiederum seine Wertschätzung für den Patienten und seine Bereitschaft, ihn engagiert zu unterstützen, als auch sein Kompetenzgefühl, dazu in der Lage zu sein. … Durch die Induktion positiver Erwartungen wird demnach ein sich selbst aufrechterhaltender positiver Rückkopplungsprozess in Gang gebracht, der dazu führt, dass der Patient nach einiger Zeit tatsächlich an einem anderen Ort steht. Er bildet sich nicht nur ein, dass es ihm besser geht, sondern es geht ihm wirklich besser. … Damit ist genau das erreicht, was als Ziel einer Therapie angestrebt wird." (S. 25) … "Systematische Desensibilisierung phobischer Störungen ist sehr wahrscheinlich eine Funktion der glaubwürdigen Induktion von Besserungserwartungen und des positiven Rückkopplungsprozesses." (S. 28)

Regelkreise in einem Individuum bestehen u.a. aus Messsystemen, Stellgliedern, einem Komparator und einem Sollwert. Die Orientierung des somatopsychischen Prozesses an einem Sollwert dient der Erreichung eines somatopsychischen Ziels oder Zwecks (z.B. Zukunftsfähige Verbesserung der Ressourcen wie etwa Stärkung von Muskeln und / oder Stärkung einer Motivation).

In einem Individuum sind Regelkreise flexibel und adaptiv angelegt. Der Sollwert kann je nach Zustand (z.B. Trainingszustand oder Motivationszustand) verändert werden, es können mehrere Stellglieder parallel vorhanden sein und Komparatoren können an unterschiedlichen Stellen des somatopsychischen Systems parallel wirken (so z.B. kann ein Komparator über eine bewusste Entscheidung, wie etwa bei der Nahrungsaufnahme, wirksam werden).

Die variable Anlage von Regelkreisen eines Individuums ermöglicht eine erhöhte Stabilität und Kompensation von Mängeln (z.B. durch anscheinend übertriebene Anforderung von Wärme bei

partiellen Unterkühlungen oder von Vermeidung von bestimmten Gefahren nach Angst erregenden Erlebnissen). Die Steuerung von Regelkreisen erfolgt oftmals über Nervenbahnen, Hormone, Botenstoffe und andere Signalträger. Dies erfolgt innerhalb eines Ordnungssystems, das die Stellglieder in einem Regelkreis je nach Zielsetzung des somatopsychischen Gesamtsystems hierarchisch über-/ untergeordnet oder parallel einsetzt.

Die Grundlogik dieser Regelkreisprozesse wird in Abbildung 8 hypothetisch dargestellt. Über somatopsychische Entsprechungen mit biologischen Bestandteilen (z.B. Sensoren, Nuclei, Synapsen, Nervenbahnen, Gefäßbahnen, biochemische und bioelektrische Steuerungen) sollte durch Forschung künftig mehr als bislang herausgefunden werden. Allerdings können die entsprechenden Kenntnisse hauptsächlich deskriptiv und weniger explikativ / explanativ das somatopsychische Geschehen verstehen helfen. Explikatives Verstehen benötigt das Vorhandsein von Zielen oder zumindest von Gründen.

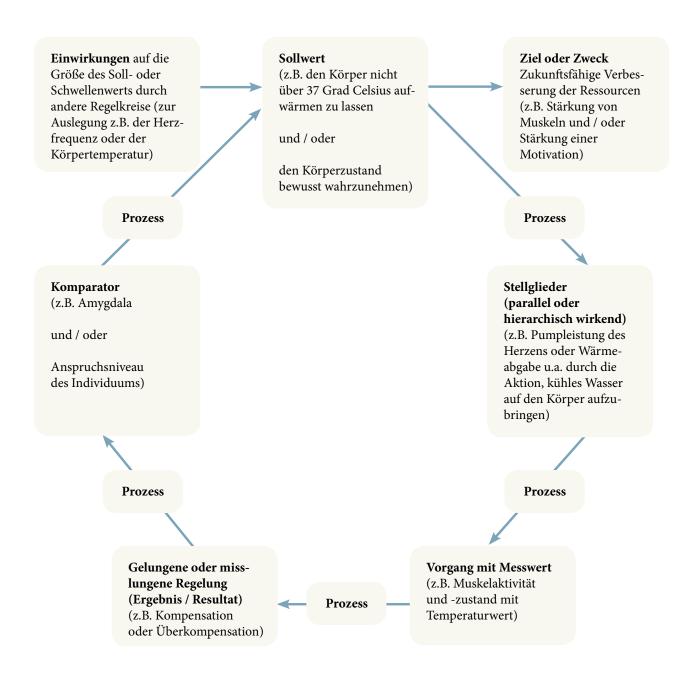


Abb. 8: Beispiel für einen somatopsychischen Regelkreis

Phänomenologisch zeigt sich der in dem Regelkreis beschriebene Ablauf immer als Ganzheit innerhalb der somatopsychischen Entität. Erst analytisch ergibt sich das Konstrukt des Regelkreises. Das neurologische System (vor allem Nervenbahnen, Nervenzellen, Synapsen) mit den Steuerungsschwerpunkten Gehirn, Rückenmark und den Bahnen und Zellen an Organen im gesamten Körper bildet über Ziele und Zielwerte eine Einheit mit Wahrnehmungen, Erleben, Reflexion, Kompetenzen, Defiziten, Kontrollmöglichkeiten sowie Veränderungen. Das neurologische System ist untrennbar verbunden u.a. mit dem Blutkreislaufsystem, dem endokrinologischen System (vor allem Lymphe, Hormone, Drüsensekrete), den übrigen Körperflüssigkeiten und dem übrigen Körpergewebe mit autochthonen Impulsen, Handlungsressourcen, Zuwachs an Kompetenzen sowie mit Identitätsbewusstsein.

Eine der grundsätzlichen Wirkungen eines somatopsychischen Regelkreises ist u.a. am Beispiel des Riechens gut zu zeigen: Bei einem konstanten Geruch, auch wenn er sehr deutlich ist, blendet das olfaktorische System die Wahrnehmung eines bestimmten Geruchs nach relativ kurzer Zeit aus. Gerüche, die auf eine Gefahr hindeuten können, wie der Geruch von Rauch oder von Säuren, bleiben hingegen in der Wahrnehmung erhalten.

Dem Zusammenwirken der Informationsübertragungssysteme und Informationsspeicher können wiederum einzelne separate Regelkreise und sich überlagernde Regelkreise zugrunde liegen, sodass ein somatopsychischer Vorgang grundsätzlich überdeterminiert ist.

Das somatopsychische System eines Individuums reagiert offenbar vorrangig auf negative Abweichungen von Sollwerten. Dies ermöglicht angemessene Reaktionen und verhindert Überfunktionen. Häufig verwenden die somatopsychischen Regelkreise Schwellenwerte, die nicht unterschritten werden sollen (z.B. Koordination des Blutvolumens durch Herzfrequenz und Blutdruck), die bei somatopsychischen Störungen bis zur Selbstschädigung überschritten werden können. Eine Überschreitung von Schwellenwerten ermöglicht besondere Leistungen, z.B. im Sport, im kognitiven Bereich oder bei der Bewältigung von Arbeitsaufgaben und von Beeinträchtigungen (z.B. mithilfe von Fieber oder einer Überproduktion von so genannten Killerzellen im Blut). Therapeutisch sind vor allem Prozesse im neurochemischen Wohlbefindens- und Belohnungssystem (vor allem durch Serotonin und Dopamin geprägt) und im neurochemischen Angst- und Bestrafungssystem (vor allem durch Cholezystokinin und Acetylcholin geprägt) von Bedeutung. Beide Systeme sollten sich – unabhängig von absoluten Werten – möglichst in einem neurochemischen Gleichgewichtszustand befinden (nach Ewert, 1998, S. 158).

Diese beiden Systeme steuern jeweils die gesundheitsrelevanten Zustände des Wohlbefindens (Gesundheit) und des Leidens (Krankheit) durch Kontrolle von Regelkreisen. Kontrolliert wird der Komparator, der Sollwert bzw. Schwellenwert und das Ziel oder der Zweck (s. Abbildung 9).

Das Ziel bzw. der Zweck steuert und evaluiert über den Sollwert bzw. Schwellenwert den Komparator. Die Bezeichnung Zweck entfällt im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit, da Zweck auch als ein Ziel verstanden werden kann.

Das Wohlbefindens-/ Belohnungssystem evaluiert die jeweiligen Ergebnisse anhand des somatopsychischen Ziels oder Zwecks und definiert darüber salutogene oder pathogene Zustände. Krankheitswertige Zustände zeichnen sich oftmals dadurch aus,

- dass der Komparator den Abgleich zwischen Soll und Ist toleranter oder auch weniger tolerant als zuvor vornimmt (z.B. hinsichtlich der eigenen Aggressionshandlungen),
- dass der Soll- bzw. Schwellenwert sich verändert (z.B. bei Angst auslösenden Reizen) oder
- dass sogar das Ziel (oder der Zweck) verändert wird (z.B. Suchtmittel nehmen anstatt die emotional getragene Kommunikation mit anderen Menschen zu verbessern).

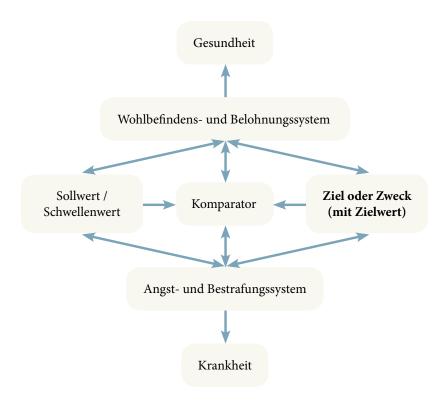


Abb. 9: Einfluss des Wohlbefindens-/ Belohnungssystems und Angst-/ Bestrafungssystems auf einen somatopsychischen Regelkreis

Diese grundsätzlichen Zusammenhänge lassen sich in allen somatopsychischen Vorgängen wiederfinden.

2.3 Somatopsychisches Geschehen

2.3.1 Somatopsychischer Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen"

Der somatopsychische Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen" enthält eine Reihe von Zielen, die zu grundlegenden Lebensvorgängen gehören. Zu den einfachen Beispielen für Ziele gehören u.a. das Einhalten einer bestimmten Körpertemperatur, das Erleben von Wohlbefinden, das Erleben von Stimmigkeit, die Reduktion von Schmerzempfindungen, das Ablaufen eines ständigen Stromes von Gedanken und Gefühlen, das Erleben von Wahrnehmungen, das Erleben eines geeigneten Umfelds zum geschützten Überleben und zum ausbaufähigen Leben, Verletzungen und Störungen adaptiv und resilient steuern, sich ernähren, Sexualität und generatives Verhalten praktizieren, Entleerung des Körpers, Lebensvorgänge wie das eigene Atmen spüren etc.

Zu diesem Basisprozess gehört auch das autochthone Gesunderhalten durch das Immunssystem, durch die Instandhaltung von Resilienz und von salutogenen Ressourcen wie das Erlebenwollen eigener Wirksamkeit oder der Weiterentwicklung einer positiven Kompetenzmeinung (Heinecke, 2009).

2.3.2 Somatopsychischer Basisprozess "Reifen und Wachsen"

Der somatopsychische Basisprozess "Reifen und Wachsen" lässt u.a. folgende Ziele erkennen: Längenwachstum, Muskelwachstum, Organwachstum, Änderung der Wachstumsziele z.B. bei pathologisch gesteuerten Prozessen, neue Körperfunktionen aufbauen, neue kognitive Kompetenzen aufbauen, Handlungsspielräume erweitern, Handlungsmöglichkeiten verstärken, Heilungsprozesse durch Wachstum steuern, generatives Verhalten entwickeln und ausbauen.

2.3.3 Somatopsychischer Basisprozess "Bewegen (Mechanische Komponenten und mechanische Kompetenz des Individuums)"

Zum somatopsychischen Basisprozess "Bewegen (Mechanische Komponenten und mechanische Kompetenz des Individuums)" gehören u.a. folgende Ziele: Aktionales Verhalten wie Laufen, Klettern und anderes intentionales Bewegen, Anpassung des eigenen Umfelds durch Handeln, Aufbau einer Körperstatik und Bewegungsdynamik mit Skelett, Muskeln, Sehnen und Knorpel, Ortsveränderungen bewirken, aktionale Arbeitsergebnisse bewirken, aktionale Kompetenzen verbessern und stärken, aktionale Werkzeuge nutzen, Bewegungseinschränkungen kompensieren, Erleben von Bewegungen (Beispiele).

2.3.4 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen"

Zum somatopsychischen Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen" gehören u.a. folgende Ziele: Erleben und Funktionieren von Blut und Blutgefäßsystem (z.B. des Blutdrucks), Lymphe und Lymphbahnen, Liquor, Urin, Lymphe und Blut qualitativ steuern, Lymphe und Blut quantitativ im gesamten Körper steuern, Lymphgefäße steuern, Blutgefäße steuern, Zellenflüssigkeit qualitativ und quantitativ steuern, Hautfeuchtigkeit und Urin produzieren und abgeben, Störungen in den Körperflüssigkeiten kompensieren, z.B. durch Trinken bei Durst.

2.3.5 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen"

Ziele des somatopsychischen Basisprozesses "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen" sind u.a.: Erleben von Nahrungsaufnahme, Erleben der Verarbeitung von Nährstoffen im Zusammenhang mit der biologischen Umsetzung der Nahrungsmittel, der Vitamine und anderer aufgenommener Substanzen, vor allem in lebenserhaltenden Stoffen, Mechanik von Nahrung (z.B. Erleben des Kauens), Erleben von Flüssigkeiten und Gasen in Speisegängen, Darm und Blase, Aufnahme und Verwerten der Nährstoffe für die Nutzung im Körpergewebe und zum Erzeugen von Wohlbefinden oder Erleben von Defizitempfindungen, Steuerung der Verteilung von Nährstoffen und Substanzen im Körper, Nutzung von Nährstoffen für Verhinderung von Störungen und zur Heilung von Störungen, Aufbau von Ressourcen (Beispiele).

2.3.6 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene"

Der somatopsychische Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene" enthält u.a. folgende Ziele: Wahrnehmen der Gegenwart, Erinnern, Erwarten von Geschehnissen und motiviert sein, Aufbau des Gedächtnisses für Kognitionen, eigene Signalgebung aufbauen mit Information und Kommunikation, elektrophysiologische und elektrochemische Signale körpereigener Prozesse steuern und / oder erleben, endokrinologische Informationen durch Botenstoffe steuern und / oder erleben, Synapsen aufbauen oder verändern, Subsysteme wie HPA-/ HHN-Achse erleben, ausbauen oder verändern, visuelle und auditive Wahrnehmung gewährleisten, steuern und Inhalte speichern, Erklärungen und Kontingenzen aufbauen, abrufen, vergleichen und prüfen, empathische Wahrnehmungen verwerten, Schmerzempfinden regulieren und adaptieren, Steuern des Erlebens von Kohärenz (Beispiele).

2.3.7 Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung"

Im somatopsychischen Basisprozess "Erfahrungsbildung" lassen sich u.a. folgende Ziele finden: Adaptation kognitiver, emotionaler, somatischer und sozialer Kompetenz durch Wahrnehmen und durch Üben, intentional und inzidentell bewirkte Veränderung von Verhaltensbereitschaften, Wahrnehmungen selektieren und interpretieren, Geschehnisse prüfend reflektieren, Kenntnisse und kognitive Schemata reflektierend überprüfen, Problemlöseschemata anwenden und erweitern, nach Freude und Zufriedenheit streben und attribuierend zuordnen, Steuern des Erlebens von Konsistenz, Dissonanz und Explanationen durch adaptives Verhalten, z.B. durch Bevorzugung oder durch Vermeidung oder durch Veränderung des evaluativen Verhaltens (Beispiele). Der somatopsychische Prozess der Erfahrungsbildung enthält zugleich Bestandteile wie neuronale Funktionen einschließlich Veränderung von Synapsen, imaginative Vorstellungen mit muskulären Impulsen, Gefühle von Enttäuschungen oder Ärger mit endokrinologischen Bestandteilen (z.B. Adrenalin), Gefühle von Freude ebenfalls mit endokrinologischen Funktionen (z.B. Ausschüttung von Dopamin). Speicherung und Steuerung von Signalen in der Amygdala isofunktional mit dem Erleben von Emotionen, die mit der Erfahrungsbildung verbunden werden.

2.3.8 Zugänglichkeit somatopsychischer Basisprozesse und ihrer Ziele

Somatopsychische Basisprozesse und ihre Ziele sind nicht immer dem bewussten Erleben und der willentlichen Steuerung zugänglich. Allerdings unterliegen sie dem Einfluss von Training, therapeutischen Maßnahmen, Schädigungen wie Verletzungen u.a.m. Viele biochemische, neuronale oder endokrinologische Basisprozesse können messbar gemacht werden, sowohl im Makrobereich (z.B. Blutdruck) als auch im Mikrobereich der Zellen.

2.4 Gegenseitige Subsidiarität von Psyche und Soma

Somatopsychische Prozesse zeichnen sich durch unterschiedliche Interaktionen zwischen Soma und Psyche aus. Eine der wichtigsten Interaktionen stellt die gegenseitige Subsidiarität dar. Dies bedeutet, dass sich Soma und Psyche gegenseitig bei der gemeinsamen Zielerreichung unterstützen und ergänzen.

Wenn z.B. bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS bzw. Psychotrauma) u.a. Angstgefühle, Vermeidungsverhalten, funktionelle Veränderungen des Präfrontalen Cortex, des Hippokampus und der Amygdala auftreten, so ist das alles die PTBS. Die Ursache ist ein Extremerlebnis und nicht eine bestimmte Änderung der Amygdala oder anderen isolierbaren Funktionsteilen. Vielmehr ist zu prüfen, wie alles, was beteiligt ist, zusammenwirkt. Für das Zusammenwirken von Psyche und Soma wird in der vorliegenden Abhandlung in besonderem Maße die gegenseitige Subsidiarität postuliert. Das Zusammenspiel von Psyche und Soma erfolgt interaktiv vor allem in Form von Subsidiarität (s. Abbildung 10).

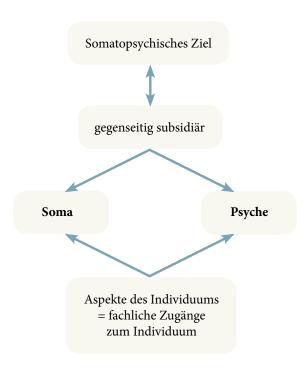


Abb. 10: Subsidiarität von Psyche und Soma zur Erreichung eines somatopsychischen Ziels

Dieses Zusammenspiel kann innerhalb einer bestimmbaren Bandbreite parallel, wechselweise kausal oder alternierend (wechselseitig) erfolgen. Die Subsidiarität dient einem übergeordneten somatopsychischen Ziel (im salutogenen Bereich ist dies grundsätzlich das möglichst gute Leben bzw. das Überleben) und hat somit die damit verbundenen Anforderungen zu erfüllen. Somatopsychische Vorgänge enthalten Ziele und Teilziele, die jeweils durch psychologische Methoden und durch somatische Methoden wissenschaftlich erfasst werden können. Die somatopsychischen Vorgänge zum Erreichen der Ziele und der Teilziele sind aus der Sicht beider Ansätze jeweils subsidiär: In jedem dieser beiden Ansätze wird deutlich, dass psychologische und somatische Prozesse sich gegenseitig unterstützen, fördern, aber auch blockieren können. Es besteht keine Kausalität oder andere Abhängigkeit zwischen psychologisch und somatisch herausgearbeiteten Vorgängen.

An den folgenden Beispielen soll der Zusammenhang verdeutlicht werden, wie sich psychologische und somatische Prozesse gegenseitig subsidiär unterstützen, um das Erreichen somatopsychischer Ziele (und deren Teilziele) in Gang zu setzen.

Beispiel 1 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Rettung vor einer Gefahr Ein Individuum befindet sich in einer gefährlichen Situation. Die Herzfrequenz steigt blitzartig an, die Gefahr wird klar visuell wahrgenommen.

Ziel: Eine Flucht kann Rettung bringen und beginnt, da der dafür geeignete Weg visuell erkannt wird.

Teilziel 1: Fluchtmöglichkeit nutzen

Subsidiarität von Psyche und Soma für die Zwecke der Erreichung des Teilziels 1:

Das Individuum rennt mit großer Beschleunigung und mit extrem hohen Tempo in die richtige Richtung, weil alle erforderlichen somatischen Vorgänge mit entsprechenden Ressourcen eingesetzt werden, und spürt, dass dieses Fluchtverhalten so richtig ist. Ein auditives Signal verweist jedoch auf eine neue Gefahr.

Teilziel 2: Verringerung der Geschwindigkeit mit Suche nach einem weiteren Weg.

Subsidiarität von Psyche und Soma für die Zwecke der Erreichung des Teilziels 2:

Das Individuum rutscht auf einer Schräge ab und hat früher gelernt, sich hierbei möglichst sicher zu verhalten. Die erforderlichen somatischen Vorgänge mit entsprechenden Ressourcen laufen ab. Das Ziel "Rettung" wird daraufhin erreicht.

Beispiel 2 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Erweiterung des Verhaltens Ein Individuum befindet sich in einer angenehmen Situation, die Erwartungen auf eine noch angenehmere Lage zulässt (etwa: Eine junge verliebte Frau trifft sich mit ihrem Geliebten).

Ziel: Emotionale Nähe lange und intensiv erleben

Teilziel 1: Ungestört sein

Subsidiarität von Psyche und Soma für die Zwecke der Erreichung des Teilziels 1:

Die junge Frau kommuniziert mit ihrem Geliebten ausschließlich über ihre gemeinsamen Themen, erfährt körperliche Berührung und körperliche Nähe. Ihr Körper ist warm, die Atmung verläuft sanft.

Teilziel 2: Emotionale Nähe auch durch Handeln realisieren

Der Geliebte der jungen Frau macht den Vorschlag, zu ihm nach Haus zu gehen.

Subsidiarität von Psyche und Soma für die Zwecke der Erreichung des Teilziels 2:

Bilder und Emotionen von früheren schönen Treffen bei ihm vermischen sich mit einem Richtungswechsel und einer Beschleunigung in der Fortbewegung. Ihr Herzschlag verdeutlicht sich, ihre Haut wird etwas feuchter und sie fröstelt ein bisschen. Ihre Wahrnehmung isoliert sehr schnell ein Taxi, für das sie – ohne viel rechnen zu müssen – auch das Geld hätte. Das Taxi wird genommen. Das Ziel wird danach in diesem Beispiel erreicht.

Beispiel 3 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma bei Disstress

Die Wirkweise der somatischen HPA-Achse (HHN-System) bei Disstress hat sich ebenfalls einem Ziel unterzuordnen. Die durch Angst selektierten und interpretierten Wahrnehmungen verstärken möglicherweise die Wirkweise der HPA-Achse oder setzen sie erneut in Gang, obwohl die Ausgangssituation nicht mehr gegeben ist (z.B. bei Flashbacks oder bei Erwartungsangst). Falls Wahrnehmungen von der externalen Domäne aktuell nicht existieren, können Wahrnehmungen von der internalen Domäne (z.B. Unruhe im Verdauungstrakt nach entsprechender Nahrungsaufnahme) so interpretiert werden, dass die HPA-Achse in vollem Umfang wie bei dem früheren Disstress aktiv wird. Angst (und damit verbundenes Erleben) tritt dann ein und übernimmt subsidiäre Aufgaben. Besteht das somatopsychische Ziel allerdings aus Rückzug ("disengagement"), vor allem durch Vermeiden erlebter Inhalte und durch emotionale Taubheit, kann die Aktivität der HPA-Achse, da

sie bei diesem Ziel subsidiäre Aufgaben wahrnimmt, auch schwächer werden (gemessen an Cholesterolwerten im Urin, s. Mason et al., 2001, S. 387 und S. 399).

Je nach somatopsychischem Ziel können, z.B. bei so genannter Posttraumatischer Belastungsstörung, unterschiedliche somatopsychische Prozesse eintreten, die u.a. auch weitere Möglichkeiten für psychotherapeutische Problemlösungen bieten, z.B. mithilfe von psychologischer Körpertherapie.

Beispiel 4 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Symptomverschiebung und somatische Beeinträchtigung

Somatisierungsstörungen bzw. krankheitswertige Funktionsbeeinträchtigungen von Organen können im Körper "wandern", es können die in der Psychoanalyse (Freud, 1894/1969) beschriebenen Symptomverschiebungen eintreten: Die Störung verschwindet in einem Organ, um modifiziert ein anderes zu befallen. Das Soma verhält sich hierbei subsidiär zur Psyche entsprechend des vorgegebenen somatopsychischen Ziels. Nach Adler (Adler, 1907; Ansbacher und Ansbacher, 1995; Dreikurs 1997, Bruder und Bruder-Bezzel, 2006) kann das somatopsychische Ziel darin bestehen, die eigene vermeintliche Minderwertigkeit mittels einer (vermeintlich berechtigten) Organminderwertigkeit konkret zu leben und möglicherweise zu rechtfertigen.

Entfällt die Organminderwertigkeit (z.B. durch kompensatorisches Training) kann das gegebene somatopsychische Ziel durch subsidiäres Handeln erreicht werden, z.B. durch Unterordnung unter vermeintlich stärkere Menschen unter Einsatz der eigenen gegebenen Leistungsfähigkeit, die möglicherweise durch Kompensation oder durch übertriebene Kompensation gestärkt wurde.

Eigenes gesundheitsschädliches Verhalten (z.B. Alkoholmissbrauch) wird von Individuen mit destruktivem Verhalten als somatopsychischem Ziel (z.B. Zynismus) trotz eigener krankheitswertiger somatischer Probleme deutlich unterbewertet, vermuten Almada et al. (1991, S. 172) bei der Interpretation der Ergebnisse ihrer empirischen Studie.

Beispiel 5 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Schmerzquelle und Schmerzwahrnehmung

Nach einem Arbeitsunfall mit schweren somatischen Verletzungen traten bei dem betroffenen Individuum seit mehr als einem Jahr Schmerzen (auf der 10er-Schmerzskala mit der Stärke 7 bis 8) an den verletzten Körperstellen, mit den Schmerzquellen im Lendenwirbelbereich und an den Füßen auf. Der Ankerpunkt der Schmerzwahrnehmung (und somit das somatopsychische Ziel) befand sich im Verlauf der Zeit bei 7 bis 8. In geeigneter liegender Körperstellung sank die Schmerzstärke für alle Schmerzquellen auf 2 bis 3. In einer solchen Stellung bei Schmerzwerten im Lendenwirbelbereich von 2 bis 3 erhöhten sich allmählich die Schmerzwerte in den Füßen auf 5 bis 6 im rechten Fuß und stiegen im linken Fuß auf 4 bis 5.

Die Psyche unterstützte auf diese Weise subsidiär die somatischen Schmerzquellen und das Soma lieferte Angebote für eine erhöhte Schmerzwahrnehmung.

Die Subsidiarität von Psyche und Soma kann massiv gestört werden, wenn das Soma oder die Psyche durch eine starke externe Einwirkung, wie etwa durch einen Unfall oder durch eine Operation, geschädigt wird. In solchen Fällen kann das somatopsychische System so stark irritiert werden, dass keine adäquate salutogene Subsidiarität mehr zustande kommt und daher allochthone Behandlungsmaßnahmen (z.B. Ruhigstellungen, Entlastungen und Sicherheit geben) erforderlich. Das so genannte Schmerzgedächtnis speichert somatische Signale und stellt den Zielwert im entsprechenden Regelkreis höher ein. Dies kann später chronische Schmerzen oder so genannte Phantomschmerzen zur Folge haben.

Beispiel 6 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Emotionale Nähe zu anderen Menschen und Alkoholmissbrauch

Um Wohlbefinden durch Nähe, Zuwendung und Geborgenheit von anderen Menschen zu erleben,

kann das Trinken von Alkohol hilfreich sein. Die Wiederholung der vermeintlich erfolgreichen Methode "Nähe durch Alkohol" kann zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit führen. Erfährt man die Nähe usw. zu anderen Menschen, ohne dass Alkohol eine Rolle spielt, kann ebenfalls ein Missbrauch der Beziehung zu oder eine Abhängigkeit von dem anderen Menschen eintreten: Das somatopsychische Ziel "Wohlbefinden durch Nähe, Zuwendung und Geborgenheit" soll subsidiär entweder durch eine chemische Substanz oder durch eine Person erreicht werden.

Beispiel 7 zur gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma: Stabilisierung einer somatopsychischen Störung

Somatopsychische Störungen (z.B. Angst- und Panikattacken, Depressionen) stabilisieren sich, indem sie immer wieder in den alten Zustand zurückfinden (falls sie unbehandelt bleiben oder erfolglos behandelt werden). Dies liegt u.a. an den Eigenschaften somatopsychischer Prozesse (z.B. produziert das Soma immer wieder die für die Störung erforderliche Art und Menge von körpereigenen Wirkstoffen) und auch an dem Vertrautsein mit dem pathogenen Zustand. Dieses Vertrautsein in Verbindung mit der Illusion, bei Bedarf über sich selbst Kontrolle ausüben zu können ("Ich kenne mich gut und werde es schon allein oder zusammen mit anderen Menschen schaffen."), ermöglicht und erleichtert die pathogene Stabilisierung. Genauso ermöglicht und erleichtert die somatische Zielorientierung eine pathogene Stabilisierung, sodass wieder das Gefühl des Vertrautseins aufkommen kann.

2.5 Weitere Eigenschaften somatopsychischer Prozesse

2.5.1 Das Primat des Ziels

Somatopsychische Prozesse sind grundsätzlich final (bzw. teleologisch) ausgerichtet: Sie verfolgen ein Ziel, sei es ein bestimmter Austausch mit den externalen Gegebenheiten, das Erreichen eines Grenzwerts, die Einhaltung eines bestimmten Zustands etc. Die Einhaltung eines individuellen Muskelspannungszustands im Hals-Schulterbereich belegt, dass ein bestimmter myographischer Zielwert beständig angestrebt wird. Ein Phantomschmerz zeigt, dass ein früherer Systemzustand nicht aufgegeben wird. Gegensätzliche oder konkurrierende Ziele können alternierend existieren und in einer so dichten Zeitfolge auftreten, dass die eigentlich unterschiedlichen Ziele sowohl vom betroffenen Individuum als auch von einem Betrachter als gleichzeitige Erscheinungen erlebt werden und somit zu starker emotionaler Konfusion und Unruhe führen können.

2.5.2 Wiederholung und Taktung

Wiederholung und Taktung formen Rhythmik, Dichotomie und Dualität, gesteuerte und kontrollierte Abläufe in der Zeit und ermöglichen lebensgeschichtliche Identität als erlebbaren Prozess. Wiederholung und Taktung prägen den Ablauf vieler Prozesse: Pumpen des Herzens, Taktung durch die "Innere Uhr" des Suprachiasma oder aller Körperzellen (Ewert, 1998), Atmung, Wechsel von Anspannung und Entspannung (Freud, 1915/1969), Regelmäßigkeit der Darmperistaltik, Wiederholung früherer Lebensphasen mittels Regression oder Übernahme der Rhythmik erlebter Musik (s.a. Spork 2004 / 2011).

2.5.3 Multikausalität, Multifinalität und Multifunktionalität

Prozesse der Somatopsychik sind grundsätzlich voneinander abhängig. Sie haben mehrere Ursachen und mehrere Wirkungen. Insofern gelten systemtheoretische und kybernetische Denkmethoden. Prozesse entstehen aus zeitlich voraus laufenden Ursachen (z.B. bei Defizitzuständen) und aus Zielen (z.B. bei Wachstumsmotiven). Dieselben Transmitter oder körpereigenen Substanzen in Prozessen können multifunktional sein (z.B. können die Stoffe je nach Art des Erlebens etwa Angst oder Lust erzeugen, die Herzleistung erhöhen oder das Blutkreislaufsystem schädigen).

2.5.4 Abhängigkeit der Prozesse von Ressourcen

Prozesse benötigen somatopsychische Ressourcen, die Initialimpulse geben, die Träger (z.B. endokrinologische Flüssigkeiten, elektrochemische oder biochemische Substanzen) bereitstellen und die Reserven oder Ersatzprozesse (z.B. Prozesse anderer neuronaler Verbindungen im Cortex oder Möglichkeiten der Bewegungen anderer Muskeln) vorhalten.

2.5.5 Prozesse als Regelkreise

Prozesse der Somatopsychik bestehen meist aus Regelkreisen, in denen die Zielwerte (Sollwerte oder Schwellenwerte) entsprechend anderer Einflussgrößen (z.B. durch internale Referenzwerte wie etwa Befürchtung eines kommenden Mangels oder durch Habituation bei Schmerzen) adaptiv sind. Regelkreisprozesse enden nie abrupt, sondern grundsätzlich mit einem Nachlauf.

2.5.6 Ergebnisphase ist zugleich Initialphase

Werden Zielwerte erreicht, ist dies zugleich eine neue Ausgangslage für somatopsychische Prozesse. Bis zum Ende des Lebens ergibt sich daraus ein beinahe endloser Strom von Prozessen.

2.5.7 Individuum und Umfeld im gegenseitig prägenden Austausch

Prozesse der Somatopsychik bestehen im Austausch zwischen Individuum und seinem Umfeld über Akkommodation und Assimilation.

2.5.8 Veränderung von Prozessen durch Eindringen von externalen und internalen Teilsystemen Das System der Somatopsychik kann durch Penetration von Teilsystemen (sensu Luhmann, 1987, S. 69) verändert oder gestört werden (z.B. durch Integration von neuen Erkenntnissen über das eigene Leben, durch Integration von Meditationsinhalten, durch Übungsergebnisse, durch kontinuierlich destruktive Einwirkungen wie etwa durch Schadstoffe, durch Extremerlebnisse, durch Bakterien oder Viren).

2.5.9 Stabilität vs. Wechsel von Expansion und Kontraktion

Somatopsychische Systeme streben nach Stabilität und zugleich nach dem Wechsel von Expansion und Kontraktion. Stabilität ergibt sich durch Entstehen, eines Zielzustands. Expansion und Kontraktion wechseln sich ab wie bei Muskelbewegungen oder bei Körperzellen mit Wachstum einschließlich Zellteilung und mit Zelluntergang (vor allem durch Apoptose). Zwischen Stabilität und dem Wechsel von Expansion und Kontraktion hat das somatopsychische System grundsätzlich und regelmäßig einen dynamischen Ausgleich herzustellen. Rasch auftretende und tief greifende Unterschiede zwischen Stabilität und Wechsel von Expansion und Kontraktion führen zu belastenden somatopsychischen Unruhezuständen (z.B. bei wiederholtem Wechsel von Selbstwirksamkeitsund von Hilflosigkeitserfahrungen eines Individuums).

2.5.10 Gleichmächtigkeit von Psyche und Soma

Die Einheit von Psyche und Soma (als Gesamtsystem) impliziert die Gleichmächtigkeit der beiden Teilsysteme: Z.B. können jeweils über Psyche oder Soma Zustände des Wohlbefindens bzw. des Missempfindens im Gesamtsystem gefördert werden. Ebenso können im Teilsystem Soma Symptome und Störungen beobachtet werden, die auch zum Teilsystem Psyche gehören. Kummer bei Kindern kann sich somatisch u.a. durch Schmerzen oder Fieber zeigen, ohne dass eine Infektion gegeben ist. Somatische Probleme durch körperliche Verletzungen können sich ebenfalls in psychischen Beeinträchtigungen wie Fehlwahrnehmungen oder Angst zeigen.

2.6 Nachteile und Vorteile einer prozessorientierten Sichtweise

Zunächst werden die Nachteile und Vorteile einer ziel- und prozessorientierten Sichtweise aufgelistet und danach abschließend gegeneinander abgewogen.

Die Nachteile können u.a. wie folgt gesehen werden:

Nachteil 1

Die Denk- und Handlungsweisen von Fachleuten, die sich mit somatopsychischen Systemen befassen, werden durch eine Ziel- und Prozessorientierung komplexer, denn zugleich sind die bekannten Vorteile einer elementorientierten Sichtweise beizubehalten und weiterzuentwickeln. Es können demnach Überforderungen bei Anwendern auftreten. Die fachlichen Anforderungen an Akteure im Gesundheitswesen, vor allem an eigenverantwortliche Behandler, steigen erkennbar und spürbar. Die entsprechende Qualifizierung ist mit einem höheren Aufwand verbunden, dessen praktische Realisierung möglicherweise nicht garantiert werden kann.

Nachteil 2

Das Instrumentarium im Umgang mit Störungen wird in Forschung und Anwendung komplexer, daher ist die systematische fachliche Vernetzung von Störungen zu verbessern. So sind bislang isoliert geführte Gesundheitsstörungen in Fachsystematiken (wie ICD-10) miteinander zu verbinden, diagnostische Systeme medizinischer und psychologischer Art sind zum Teil zusammenzuführen, Behandlungsansätze sind bereits in der Planung multifokal anzulegen und in der Praxis sind die unterschiedlichen, aber aufeinander bezogenen Behandlungsansätze organisatorisch zu verschränken.

Nachteil 3

Die Aufteilung der Verantwortung für Behandlungsmaßnahmen auf die beteiligten Vertreter unterschiedlicher Fachdisziplinen wird sowohl in der Planung als auch in einer späteren Überprüfung schwieriger.

Nachteil 4

Die Feststellung von Kausalzusammenhängen zwischen einem gesundheitsschädigenden Ereignis (oder Prozess) und dem Verhalten von Verursachern und die damit verbundene Frage nach dem Kostenträger wird schwieriger.

Nachteil 5

Ziele und Prozesse sind schwieriger zu beobachten oder zu messen als somatische Organe oder Volumina von Substanzen.

Die Vorteile einer ziel- und prozessorientierten Sichtweise können u.a. wie folgt gesehen werden:

Vorteil 1

Somatopsychische Gegebenheiten (z.B. biologische Organe oder psychische Aktuatoren wie Motivationen) sind durch eine Ziel- und Prozessanalyse besser zu verstehen:

Durch Beschreibung, Analyse und Verstehen von Zielen und Prozessen können die Zusammenhänge psychischer und somatischer Komponenten grundsätzlich vollständiger als über eine separate Betrachtung von Teilelementen in Psyche und Soma dargestellt werden. Es ist sachlich umfassender zu fragen "Was macht die psychische Instanz des Ich?" als zu fragen "Woraus besteht die psychische Instanz des Ich?" ebenso wie es sachlich umfassender ist zu fragen "Was bewirkt die Nebennierenrinde?" als zu fragen "Woraus besteht die Nebennierenrinde?".

Zur Erfassung von Zusammenhängen können z.B. Denkmethoden wie Clusterbildung und zur Verdeutlichung Clusterabbildungen vorteilhaft eingesetzt werden.

Vorteil 2

Im Falle gesundheitlicher Beeinträchtigungen verbessert ein ziel- und prozessorientierter Ansatz die Behandlungsstrategie.

Der ziel- und prozessorientierte Ansatz bei der Behandlung gesundheitlicher Beeinträchtigungen verbessert u.a.:

- die Suche nach multikausalen und vernetzten Zusammenhängen und
- · die Aufstellung mehrerer, sich ergänzender Behandlungsansätze.

Die Aussage "Der Patient wurde durch das Medikament xy gut eingestellt." ist bei ziel- und prozessorientierter Betrachtung zu relativieren, da sie einen monokausalen Ansatz vermuten lässt. Durch eine ziel- und prozessorientierte Denkweise kann die Multikausalität von somatopsychischen Prozessen (einschließlich Störungen) spezifisch und differenziert beachtet werden. Die Behandlung von somatopsychischen Beeinträchtigungen kann bei dieser Denkweise kürzer, erfolgreicher und nachhaltiger als bei einer monokausalen Betrachtung sein und somit z.B. Verschiebungen von Symptomen und Wanderung von Störungen verhindern.

Vorteil 3

Die Einwirkung auf Ziele und Prozesse ermöglicht die nachhaltige Verbesserung des somatopsychischen Systems.

Der ziel- und prozessorientierte Ansatz reichert Strategien zur Verbesserung des somatopsychischen Systems systematisch an. Zum Beispiel kann eine sportliche Leistung sowohl durch Kraft- oder Schnelligkeitsübungen als auch durch mentale Übungen (z.B. imaginative Bewegungen, imaginative Erreichung von Zielen oder durch Motivationstraining) verbessert werden.

Eine Verdichtung von Prozessen, etwa durch Erhöhung der Verhaltenssicherheit (z.B. durch verbessertes Training), durch verstärkte Rhythmisierung (z.B. von Anspannung und Entspannung) kann Ressourcen verbessern (z.B. Organe stärken oder Synapsen wachsen lassen).

Vorteil 4

Inhalte und Themen im Leben eines Individuums können besser beschrieben, analysiert und verstanden werden.

Inhalte und Themen im Leben eines Individuums sind Bestandteile somatopsychischer Prozesse. Eine förderliche Einwirkung auf Inhalte und Themen (z.B. durch Psychoedukation) kann somatopsychische Prozesse verändern oder eine förderliche Einwirkung auf somatopsychische Prozesse (z.B. durch veränderte Ernährung oder verändertes sportliches Handeln) wirkt sich auf Inhalte und Themen im Leben eines Individuums aus.

Vorteil 5

Die somatopsychische Forschung kann bereichert werden.

Eine verstärkte Orientierung an Zielen und Prozessen kann Forschungsideen kreieren und verhilft dazu, funktionale Zusammenhänge zwischen Prozessen zu finden, statt strukturelle monokausale Zusammenhänge mit wenig aussagekräftigen Korrelationsergebnissen zu postulieren.

Vorteil 6

Ein Individuum kann sich selbst besser verstehen.

Laien versuchen häufig, nachteilige Lebenssituationen, somatische Beschwerden und ungünstige Befindlichkeiten kausal zusammenzubringen und umfassend zu interpretieren. Berufliche Belastungen, Stimmungsschwankungen und Kopfschmerzen sind dafür Beispiele. Die von Laien praktizierte Sichtweise wird durch eine systematisch fundierte somatopsychische Denkweise im wissenschaftlichen Bereich angereichert werden können.

Durch die Gegenüberstellung der oben genannten Vor- und Nachteile wird deutlich, dass eine ziel- und prozessorientierte Sichtweise zu einer modifizierten Weise der Diagnoseerstellung, der Auswahl von Therapieprozeduren und zu einem anderen Therapieergebnis führen kann. Eine Ziel- und Prozessorientierung erzwingt allerdings eine bessere Beachtung von therapierelevanten Informationen, daher werden die Therapieergebnisse grundsätzlich positiver und nachhaltiger als ohne eine Ziel- und Prozessorientierung ausfallen.

2.7 Akkommodation / Assimilation und Wohlbefinden

Assimilation und Akkommodation steuern die Erfahrungsbildung. Die Ergebnisse von Erfahrungsbildung in den drei Referentialdomänen führen dazu, eigene gegebene oder eigene fehlende Wirksamkeit zu erleben, die Kontingenzen für die erlebte Wirksamkeit oder erlebte Unwirksamkeit wahrzunehmen und vielleicht auch zu erklären, um daraus eine entsprechende Kompetenzmeinung zu entwickeln (Bandura, 1997; Echterhoff, 1992; Flammer, 1990, S. 78, Heinecke, 2009). Attributionen und Attributionsfehler bestimmen die Erklärungen. Erfahrungsbildung wird im Wesentlichen beeinflusst durch Erleben von Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit mit der möglichen Folge der Illusion von Kontrolle (Langer, 1975) oder der möglichen Folgen von Hilflosigkeit und auch Hoffnungslosigkeit (Seligmann, 1980). In jeder Referentialdomäne können die Ergebnisse von Erfahrungsbildung salutogen oder pathogen sein. In der Referentialdomäne 1 (autopoietische und selbstreferentielle Funktionen) kann der Umgang mit sich selbst konstruktiv oder destruktiv sein. In der Referentialdomäne 2 (empathische und soziale Bezüge zur Externalität) kann das Zusammenwirken mit anderen Menschen zufrieden stellend oder störend sein und auch beinhalten, dass das Individuum von anderen Menschen unterstützt oder auch behindert wird. In der Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität) kann es dazu kommen, die physische Welt (und auch den eigenen Körper) als förderlich oder aber als bedrohlich zu erleben.

Die somatopsychischen Ziele bestimmen, welche der Prozesse aktiviert werden. Allerdings kann ein Individuum durch Reflexion, unterstützt durch Entwicklung geeigneter Kompetenzen in einer somatopsychischen Therapie, die Auswahl bestimmter somatopsychischer Ziele besser steuern lernen.

Resultate einschließlich Kompromissbildungen bei Assimilations- und Akkommodationsprozessen können – bezogen auf somatopsychische Ziele - gelungen oder misslungen sein. Gelten sie regelmäßig und / oder eindringlich als gelungen, fördert dies die somatopsychische Gesundheit (Wohlbefinden). Gelten sie regelmäßig und / oder eindringlich als nicht gelungen, kann dies der Anfang einer pathogenen Entwicklung (Leiden) sein.

Inwieweit somatopsychische Ziele als erreicht oder verfehlt bewertet werden, wird durch den Grad der erlebten Wirksamkeit bzw. durch den Grad der erlebten Kontrolle bestimmt.

Somatopsychische Ziele selbst können je nach Grad ihrer Erreichung geschwächt oder gestärkt werden. Eine Schwächung ist grundsätzlich mit der Möglichkeit einer pathogenen Entwicklung verbunden.

3 Gesundheit aus somatopsychischer Sicht

3.1 Wohlbefinden

Zur Bestimmung von krankheitswertigen Beeinträchtigungen wird in der vorliegenden Abhandlung der Versuch unternommen, zunächst den gesundheitswertigen Zustand von Individuen zu beschreiben. Dieses Vorgehen soll verständlich machen, dass auch krankheitswertige Zustände zielorientiert sind und wie sie sich von einem gesundheitswertigen Zustand abgrenzen lassen. Die bislang bekannten Publikationen zur Gesundheitspsychologie beschreiben den fachlichen Status einschließlich ausgewählter vorliegender Erfahrungen mit Anleitungen zu Maßnahmen psychologischer Gesundheitsförderung (z.B. Bengel, 2009; Camic et al., 2004; Knoll et al., 2005; Stroebe & Stroebe, 1998; Renneberg & Hammelstein 2006; Schwarzer 1997).

Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens (s. Abschnitt A1.4.2, im Anhang). Ein Individuum kann den Zustand von Gesundheit grundsätzlich als Wohlbefinden selbst wahrnehmen. Erlebtes Wohlbefinden kann offenbar das Leben verlängern, auch wenn somatisch definierte Beeinträchtigungen wie Bluthochdruck, Risiko durch Rauchen und chronische Störungen) gegeben sind (s.a. Bopp. et al., 2012). Es spürt in sich selbst die Erlebens- und Handlungsfähigkeit des eigenen Denkens, des eigenen Fühlens, des eigenen Handelns und der Wahrnehmung (Schmitz, De Rosa und Anderson, 2009), und es erlebt lebensgeschichtliche Identität, Einheit und Stimmigkeit in seiner eigenen emotionalen Welt und auch in seinem Körper. Dieser Zustand kennzeichnet das oben aufgeführte Wohlbefinden, das für den Zustand von Gesundheit postuliert wird. Wohlbefinden ergibt sich vor allem aus dem Wechsel von Anspannung und Entspannung, auf den Freud (1915/1969) als Grundmuster psychischer Abläufe verwies. Dieser Wechsel wird in der vorliegenden Arbeit als eines der somatopsychischen Ziele definiert.

Wohlbefinden entsteht durch salutogene (gesundheitswertige) somatopsychische Prozesse, hauptsächlich durch positiv erlebtes Vertrautwerden und Vertrautsein sowie durch konstruktives Umgehen mit den externalen und internalen Gegebenheiten. Wegen der Reflexionsmöglichkeit eines Individuums kann die internale Welt (einschließlich des eigenen Körpers) auch zeitweilig zur Externalität gehören. Das Vertrautsein mit der externalen Welt und das gezielte Umgehen mit der externalen Welt ermöglicht das Erleben von Wirkungen und Erfahren von eigener Wirksamkeit, sodass konstruktive Kontrollüberzeugungen entstehen können (s.a. Flammer, 1990, S. 101-105). Erlebens- und Handlungsfähigkeit kann sich in Regulationsprozessen von Erfahrungsbildung als positiv getönte Kompetenzmeinung (Heinecke, 2009) zeigen, die wiederum die Grundlage dafür bieten, das Wohlbefinden zu stabilisieren und auch zu steigern. Positive Lebensgefühle dürften geeignet sein, das eigene Leben zuverlässig und konstruktiv zu führen, z.B. erleidet man wahrscheinlich sogar weniger Unfälle (Williams, Hogan und Andersen, 1993).

Die Verbindung zwischen externaler und internaler Welt wird u.a. über Wahrnehmungen hergestellt. Wahrnehmungsprozesse beginnen mit dem Bilden von Hypothesen über das Wahrnehmungsangebot. Sofern die Hypothesen positiv und konstruktiv ausgestaltet oder zumindest so gefärbt sind, kann wieder positives und konstruktives Neues wahrgenommen werden. Etwas positives und konstruktives Neues zu erfahren, führt zur Ausschüttung von Dopamin (im neurochemischen Wohlbefindens- und Belohnungssystem, s. Ewert, 1998, S. 158). Eine durch ein gewisses Maß an Serotonin gewährleistete positive Stimmung bedarf zu ihrer Aufrechterhaltung immer wieder einer Dopaminausschüttung im Wohlbefindens-/ Belohnungssystem, um im Zusammenspiel mit dem Bestrafungs- und Angstsystem (vor allem mit den Neurotransmittern Cholezystokinin und Acetylcholin) ein für das Befinden positiv wirkendes neurochemisches Gleichgewicht zu erhalten (Ewert, 1998, S. 158). Bestrafung oder Belohnung zeigen sich als Anspannung bzw. als Entspannung.

Die beobachtbare autochthone Anspannung und die autochthone Entspannung im somatopsychischen Gesamtsystem benötigen Rhythmen, für die neurochemisch jede einzelne so genannte echte Zelle (innere Uhr der Euzyten) und zentral vor allem der suprachiasmatische Nucleus (SCN) verantwortlich sind. Der SCN regelt sich vor allem durch visuelle Informationen auf einen 24-Stunden-Rhythmus ein. Ein solcher circadianer Rhythmus mit Hell-Dunkel- sowie Wach- und Schlafphasen stellt das Grundmuster für somatopsychische Vorgänge bereit. Weitere Rhythmen mit Anspannung und Entspannung zeigen sich in der Herztätigkeit, durch Bewegungen des Körpers wie etwa beim Gehen oder bei sexuellen Prozessen. Musik zielt häufig auf das Erleben von Rhythmen und auch auf das Bewegen in diesen Rhythmen ab. Veränderungen von somatopsychischen Rhythmen können sich krankheitswertig auf somatopsychische Prozesse auswirken (z.B. Dyskardie / Herzarhythmie, Menstruationsstörungen, Schlafstörungen mit Störungen von EEG-Frequenzen, Störungen des Atmungsrhythmus).

In der vorliegenden Abhandlung wird u.a. postuliert, dass die Wechsel von Anspannung und Entspannung dann zu Wohlbefinden führen, wenn sie grundsätzlich innerhalb eines circadianen Grundmusters erfolgen und sich regelmäßig wiederholen.

Die bislang bekannten Publikationen zur Gesundheitspsychologie beschreiben den fachlichen Status einschließlich ausgewählter vorliegender Erfahrungen mit Anleitungen zu Maßnahmen psychologischer Gesundheitsförderung (Bengel, 2009; Camic et al., 2004; Knoll et al., 2005; Stroebe & Stroebe, 1998; Renneberg & Hammelstein, 2006; Schwarzer, 1997). Das Verständnis von Gesundheit, wie es von Hurrelmann (1999, 2010) beschrieben wird, fasst den bisherigen Erkenntnisstand zusammen, wenn er betont, dass in einem Zustand von Gesundheit sowohl die subjektiven als auch die objektiven Faktoren (psychische, physische, soziale Bereiche) produktiv zusammengefügt sind oder werden konnten. Der Zusammenhalt der Faktoren nach Hurrelmann (1999, 2010) erfolgt offenbar über einen Zustand von erlebter und / oder erkennbarer Harmonie, der bei einer Person zudem Gestaltungskräfte frei setzen kann.

In der vorliegenden Abhandlung wird dieses Zusammenspiel über die Definition der drei Referentialdomänen und der kontrollpsychologischen Funktionen, die das Zusammenwirken der drei Referentialdomänen steuern, erweitert und spezifischer als bei Hurrelmann (1999, 2010) systematisiert. Gesundheit ist innerhalb der drei Referentialdomänen eines Individuums zu verstehen, zu erklären und zu beeinflussen. Ein Individuum kann den Zustand von Gesundheit grundsätzlich als Wohlbefinden selbst wahrnehmen.

Kontrollpsychologisch gesehen ist Wohlbefinden gekennzeichnet durch Erlebens- und Handlungsfähigkeit (Libertas Actionis, LA).

Es werden acht Teilziele somatopsychischer Gesundheit definiert, die in der vorliegenden Abhandlung jeweils als Voraussetzung für das Erreichen bzw. den Erhalt des Zustands "Wohlbefinden" angesehen werden: Appetenz in sich spüren können, Dynamik erleben können, Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können, Internalität an sich selbst erkennen können, verstehendes Erleben praktizieren können, Wunscherfüllung erfahren können, Systematik leben können, Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben können. Diese Teilziele werden konstruktivem, positiv gefärbtem Erleben und Handeln des Individuums in den drei Referentialdomänen erreicht. Ein konstruktives und positiv gefärbtes Zusammenwirken erzeugt das Erleben und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit im internalen und externalen Bereich.

Für den Zustand somatopsychischer Gesundheit ist das Erreichen aller acht Ziele bis zu einer bestimmbaren Ausprägung erforderlich. Zur Messung des bei einem Individuum vorhandenen Ausprägungsgrads eines Teilziels müssen bis zur Entwicklung spezifischer somatopsychischer Instrumente ersatzweise andere Angebote genutzt werden. Hierzu eignen sich psychologische bzw. psychosomatische oder neuropsychologische Tests, die auch positive Ausprägungen des Erlebens und Handelns messen, z.B. das überwiegende Ausbleiben von störendem Ärger und störender

Angst, Ausbleiben von übermäßiger Anspannung, eine ausreichend hohe Überzeugung, genügend Kontrolle über sich selbst und über seine Umgebung ausüben zu können, das Gefühl das eigene Leben und die Welt ausreichend verstehen und erklären zu können, ausreichende Umgänglichkeit und Verträglichkeit, ausreichendes Selbstvertrauen, zufriedenstellende Offenheit für neue Erfahrungen zu erleben, eine ausreichende Kohärenz und Harmonie zu erleben, Hoffnung in die Zukunft zu haben, ausreichend zufrieden mit dem Leben zu sein, Möglichkeiten zu erkennen, das eigene Leben zufriedenstellend zu gestalten.

Mithilfe des Konzepts der acht Teilziele besteht die Möglichkeit, einen neuen Test auf somatopsychische Gesundheit zu entwickeln.

Im Folgenden werden diese acht wichtigen gesundheitswertigen Teilziele, die das Erreichen des Ziels "Erlebens- und Handlungsfähigkeit" jeweils einzeln oder auch in Kombination fördern, beschrieben. Innerhalb dieser Teilziele wird keine hierarchische Struktur angenommen. Für ein einzelnes Individuum kann es jedoch in spezifischen Phasen unterschiedliche Wichtigkeiten von Teilzielen geben.

Das Erreichen eines Teilziels stellt gesundheitswertige (salutogene) Ressourcen bereit und kann bei einem Individuum in diesem Bereich gelegentlich oder vorübergehend ein Zustand von Gesundheit, wahrnehmbar durch Wohlbefinden, bewirken. Bei dauerhaftem Bestand können diese Ressourcen als Resilienzen betrachtet werden.

Falls alle Teilziele stabil erreicht worden sind, also die entsprechenden Resilienzen vorhanden sind, ist insgesamt ein Zustand von Gesundheit gegeben oder dieser immer wieder autochthon herstellbar.

Der Zustand der Krankheit entwickelt sich ebenfalls durch zielorientierte Prozesse.

Die für die salutogenen Ziele / Teilziele entwickelten verbalen Bezeichnungen aus dem Latein als einer toten Sprache dienen dazu, Begriffe zu nutzen, die nicht dem Wandel einer lebenden Sprache unterliegen. Es folgen die Teilziele für das Ziel "Wohlbefinden (Erlebens- und Handlungsfähigkeit), Libertas Actionis, LA".

Teilziel 1

Appetenz in sich spüren können: Motiviert sein und etwas Interessantes in sich (in der Internalität, Referentialdomäne 1) und im Umfeld (in der Externalität, Referentialdomänen 2 und 3) finden können; reges, interessiertes Streben nach eigener Anknüpfung an die Welt und nach vielem möglich Erscheinendem wird gewünscht.

Fachbegriff: Appetentia Rerum Agilis (ARA)

Teilziel 2

Dynamik erleben können: Kraft in sich spüren und gezielt einsetzen können. Gefühl von Lebenskraft, Bewusstsein eigener Kraft erleben können.

Fachbegriff: Conscientia Virium (COV)

Teilziel 3

Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können: Zuversicht und Gleichmut aus sich selbst heraus entstehen lassen können, Ruhe und Ausgeglichenheit erleben können,

Fachbegriff: Animus Aequus (ANA)

Teilziel 4

Internalität an sich selbst erkennen können: Immer wieder zu erleben, dass Gefühle sich ständig neu erzeugen können. Leben von innen heraus können, Gefühl für das Leben im Inneren praktizieren können.

Fachbegriff: Sensus Vitae Interioris (SVI)

Teilziel 5

Verstehendes Erleben praktizieren können: Sich selbst und die Welt in zufrieden stellendem Umfang erleben und verstehen können, kultiviertes Lebensverständnis praktizieren können, Verständnis seiner selbst und Weltverständnis praktizieren können.

Fachbegriff: Intellectus Sui et Peritia Rerum (ISP)

Teilziel 6

Wunscherfüllung erfahren können: Die vorhandenen Kompetenzen werden als ausreichend erlebt, um sich weitgehend konfliktfrei wichtige Wünsche erfüllen zu können; angenehme Wunscherfüllung und erfüllte Erwartung erzeugen und erleben können.

Fachbegriff: Vota Expleta (VEX)

Teilziel 7

Systematik leben können: Das Verhalten weist Kontinuität auf oder vollführt einen Wandel, der als kohärent erlebt wird, Systematik und erlebte Kohärenz im Verhalten, das Verhalten besteht aus einem harmonischen System, das sich mit sich selbst im Einklang befindet.

Fachbegriff: Ordo Sibi Constans (OSC)

Teilziel 8

Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben können: Das eigene Verhalten wird in der Selbstwahrnehmung als leicht und durchsichtig erfahren.

Fachbegriff: Facilitas Et Perspicuitas (FEP)

Diese acht Teilziele erlauben eine umfängliche Beschreibung des Konstrukts "Wohlbefinden", ohne dass diese Liste einen abschließenden Katalog darstellt. Sobald die Teilziele erreicht sind stellen sie Komponenten von Gesundheit dar. Manchmal ist das Wohlbefinden beeinträchtigt, ohne dass eine Störung vorliegt, denn von psychischen Beeinträchtigungen kann sich ein Individuum grundsätzlich durch eigene Volition (Heckhausen, 1989) befreien, wenn es internale und / oder externale Bedingungen ändert oder glaubt ändern zu können. Manchmal ergibt sich die Bewertung als Beeinträchtigung erst aus dem gesellschaftlichen und kulturellen Werterahmen, z.B. wenn ein Individuum einer gesellschaftlichen Forderung nicht nachkommen will, kann es zu psychischen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens kommen. Eine krankheitswertige psychische Beeinträchtigung liegt in einem solchen Fall grundsätzlich nicht vor, obwohl aus einem solchen (prodromalen) Zustand eine Störung hervorgehen kann. In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, die Arbeitsergebnisse von Hennig (1998) zur Psychoneuroimmunologie zu berücksichtigen.

Abbildung 11 zeigt den Zusammenhang in vereinfachter Form.

Wohlbefinden mit

positiver Kompetenzmeinung sowie positiver Zukunftserwartung mit passender Anspannung und Entspannung

Internal

Referenzen

Wahrnehmen können, bewerten können, erklären können, handeln können, fühlen und empfinden können **External**

Assimilation

z.B. Aktionen Anderer verstehen und akzeptieren

Akkommodation

z.B. Aktivieren der Muskeln und von anderen erforderlichen Aktuatoren, um die externalen Gegebenheiten zu ändern

Abb. 11: Postulierte Voraussetzungen für Wohlbefinden als Indikator für somatopsychische Gesundheit

3.2 Erhalt des Wohlbefindens

3.2.1 Grundmodell für den Erhalt des Wohlbefindens

Die Voraussetzungen und die Ressourcen für gesund erhaltendes Verhalten werden bereits lebensgeschichtlich früh geschaffen. Abgesehen von günstigen Bedingungen während der Schwangerschaft und des Geburtsvorgangs sind konstruktive referentialpsychologische Erfahrungen eines jungen Individuums für späteres gesund erhaltendes Verhalten erforderlich. In jungen Jahren kann der konstruktive Umgang mit sich selbst, mit dem sozialen und dem dinglichen Umfeld kennen gelernt und erfolgreich zur Stärkung der somatopsychischen Aktuatoren geübt werden. Dies führt zu Verhaltensdispositionen, die sich sowohl in günstigen somatischen als auch psychischen Ressourcen ausprägen (z.B. Stärkung oder Vermehrung von Synapsen, erleichterte Aktivierung von positiv wirkenden Botenstoffen, Stärkung von Organen, von Knochengewebe, von Muskeln, Erleben von Wirkungen und von Erfolgen, Stärkung positiver Erwartungen, Ausbau eines konstruktiven Verhaltensinstrumentariums).

Konstruktiv sind Referenzen in den drei Referentialdomänen dann.

- wenn sie in bereits bestehende somatopsychische Prozesse integriert werden können,
- · wenn sie somatopsychisch positiv bewertet werden können,
- wenn die dafür aufkommenden Erklärungen die eigene Wirksamkeit für das Individuum erlebbar machen und somit die Kompetenzmeinung positiv unterstützen,
- wenn aktionale Möglichkeiten praktiziert wurden oder genutzt werden können.

Wenn in diesem Sinn Assimilationen und Akkommodationen gelingen, entsteht Belohnung und somit Wohlbefinden.

Zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung psychischen Wohlbefindens gehören geeignete internale und externale Bedingungen. Internale Bedingungen betreffen die Somatopsychik eines Individuums, externale Bedingungen befinden sich im Umfeld des Individuums: Die Abfolge von Akkommodationsund Assimilationsprozessen führt in einem solchen Fall immer wieder zu konstruktiven Ergebnissen. Voraussetzungen für die Hinführung zu konstruktiven Ergebnissen – auch im Erkrankungsfall – sind vor allem:

- 1. Eine positive Kompetenzmeinung (Heinecke, 2009) über das eigene Erleben und Handeln, also einschließlich Körperfunktionen und aktionaler Möglichkeiten innerhalb des eigenen Umfelds und
- 2. eine positive Lebensstimmung sowie eine positive Zukunftserwartung (Rogner, Frey und Havemann, 1985) hinsichtlich des eigenen Erlebens und Handelns, also einschließlich der Körperfunktionen und aktionaler Möglichkeiten innerhalb des eigenen Umfelds.

Wohlbefinden kann zugleich den weiteren Ausbau von eigenen Ressourcen, das Aktivieren von Resilienz und auch die Stärkung von Resilienz fördern. Für diesen Ausbau können die Erkenntnisse und Anregungen aus der Positiven Psychologie genutzt werden. Ziel der Positiven Psychologie ist es "das zu erforschen und zu kultivieren, was das Leben am meisten lebenswert macht" (Ruch und Proyer, 2011, S. 61). Positive Interventionen können nach Ruch und Proyer (2011, S. 68) zur Ausprägung oder Stärkung von 24 Tugenden führen, die zu sechs Charakterstärken gruppiert werden können, von denen im Folgenden zwei genannt werden.

So z.B. schreiben Ruch und Proyer (2011, S. 64):

"Tugend 1 Weisheit und Wissen (kognitive Stärken, die den Erwerb und den Gebrauch von

Wissen beinhalten)" wird wie folgt unterteilt:

Kreativität: neue und effektive Wege finden, Dinge zu tun

Neugier: Interesse an der Umwelt haben

Urteilsvermögen und Aufgeschlossenheit: Dinge durchdenken und von allen Seiten betrachten

Liebe zum Lernen: neue Techniken erlernen und Wissen aneignen

Weitsicht: in der Lage sein, guten Rat zu geben. ...

Tugend 6: Transzendenz (Stärken, die uns einer höheren Macht näher bringen und Sinn stiften) wird folgendermaßen gegliedert:

Sinn für das Schöne und Exzellenz: Schönheit in allen Lebensbereichen schätzen

Dankbarkeit: sich der guten Dinge bewusst sein und sie zu schätzen wissen

Hoffnung (Optimismus): das Beste erwarten und daran arbeiten, es zu erreichen

Humor: Lachen und Humor schätzen, Leute gerne zum Lachen bringen

Religiosität und Spiritualität: kohärente Überzeugungen über einen höheren Sinn des Lebens haben."

Ruch und Proyer (2011, S. 66ff) berichten über empirische Studien, die z.T. die Wirksamkeit von entsprechenden Verhaltensweisen belegen.

Gelungene Akkommodation und gelungene Assimilation ermöglichen den Erhalt des Wohlbefindens. Gelungen sind Akkommodation und Assimilation dann, wenn die Referenzen "Wahrnehmen können, bewerten können, erklären können, handeln können, fühlen und empfinden
können" in den internalen und externalen Bereichen möglich sind und dazu führen, dass eine
positive Kompetenzmeinung sowie eine positive Zukunftserwartung mit passender Anspannung
und Entspannung entwickelt wird. Für einen umfassenden Zustand somatopsychischer Gesundheit
ist das Vorhandensein aller acht Komponenten bis zu einer bestimmbaren Ausprägung erforderlich.

Gelungene Akkommodation und gelungene Assimilation binden das Individuum positiv an die internale und externale Welt. Das bedeutet z.B., dass es für das Wohlbefinden durchaus wichtiger sein kann, einem anderen Menschen positive Gefühle entgegen zu bringen, als selbst gemocht zu werden. Menschen, Tiere, die Pflanzenwelt und die gesamte Natur können ebenfalls Objekte der Zuwendung mit der Folge des Wohlbefindens sein. Aus den Ergebnissen der "Glücksforschung", den Untersuchungen zu "subjektivem Wohlbefinden" (s.z.B. Diener, 2009) oder aus der Einsamkeitsforschung (Weiss, 1975) wird deutlich, dass andere Menschen zu lieben wichtiger sei als selbst geliebt zu werden. Dieser Zustand kann erreicht werden, wenn die in der vorliegenden Abhandlung aufgeführten Komponenten des Wohlbefindens gegeben sind. Für den Zustand des Wohlbefindens sind also das "emotionale Gefüttertwerden" durch andere Menschen oder durch Lebenserleichterungen mithilfe materieller Güter lediglich förderliche, jedoch nicht notwendige Bedingungen. Der Zustand somatopsychischer Gesundheit dürfte einem Individuum folgendes Verhalten ermöglichen: Zuneigung, Liebe oder Begeisterung für einen (oder auch mehrere) Menschen, für andere Lebewesen oder für eine Sache zu leben und die damit gelungene Assimilation und Akkommodation als durchsichtig und positiv für sich selbst zu erleben. Falls sich ein Individuum so verhält, stärkt und differenziert es den Zustand des Wohlbefindens, sodass dieses Ziel immer mehr an Bedeutung gewinnt. Das Erleben eines Flows (Keller & Landhäußer, 2011) als Passung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten dürfte im Zustand des Wohlbefindens eher möglich sein als außerhalb des Wohlbefindenszustands. Ein Flowerleben und auch das Gefühl von Kohärenz (Antonovsky, 1997) kann ebenfalls das somatopsychische Ziel "Wohlbefinden" stärken.

Kontrollpsychologisch gut fundierte Empfehlungen zum Erhalt des Wohlbefindens finden sich bei Martens & Kuhl (2009).

Das stabile Erreichen der gesundheitswertigen / salutogenen Teilziele stellt die systematische Voraussetzung für das stabile Erreichen des Zustands "Wohlbefinden" bzw. "Gesundheit" dar.

3.2.2 Kompromissbehaftete salutogene Regulationen

Eine emotionale Entlastung in Verbindung mit verlagerten Kontrollmöglichkeiten bietet das Zurückweichen auf frühere bewährte Verhaltenweisen (Regression), das Ausweichen auf alternative Kontrollmöglichkeiten (anstelle der eigenen Einschränkungen in der Referentialdomäne 1 vor allem die Referentialdömäne 2 zu kontrollieren) und die Reduktion des Umfangs von Kontrollmöglichkeiten (im Sinne von "das liegt alles in der Hand eines Mächtigeren").

Eine Verlagerung von Kontrollmöglichkeiten (z.B. über den eigenen Lebenspartner) kann möglicherweise das eigentliche Ziel nicht erreichen helfen und führt zwar zu entlastenden, aber auch andersartig belastenden Folgen (z.B. Abwendung des Partners). Verlagerung von Kontrollmöglichkeiten können näherungsweise auch als kompensatorische Kontrolle bezeichnet werden.

Fritsche, Jonas und Frey (2006, S. 91) schreiben über derartige Kontrollverlagerungen: "In einem allgemeinen Modell zur Aufrechterhaltung generalisierter Kontrollerwartungen in Lebenssituationen mit eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten (z.B. bei Krebspatienten) unterstreicht Thompson (1993), dass Personen bemüht sind, ihre Kontrollerwartungen innerhalb eines bestimmten Wirklichkeitsrahmens zu erhöhen, indem sie sich die hohe Flexibilität in der Beurteilung persönlicher Kontrollmöglichkeiten zu Nutze machen. Diese Flexibilität beruht einerseits auf der oft mehrdeutigen und probabilistischen Natur von Kontrollwahrnehmungen und andererseits darauf, dass Personen in kontrollreduzierten Lebenssituationen kompensatorische Kontrolle in nicht vom primären Kontrollverlust (z.B. das Fortschreiten einer Erkrankung) betroffenen Lebensbereichen (z.B. Kontrolle in der Partnerschaft) anstreben und gewinnen können."

Gelegentlich können kompromissbehaftete salutogene Regulationen vorübergehend therapeutisch eingesetzt werden, wenn z.B. nach einem Extremerlebnis ein Kind dadurch emotional entlastet wird, wenn es etwas spielen kann, das es schützt, wie etwa in einer "Höhle" zu leben. Auch die Übertragung von Kontrolle (Vertrauen) auf nahe stehende Menschen oder auch die Lösung einiger täglicher Probleme durch den Behandler bei einer schweren Erkrankung kann sich salutogen auswirken. Allerdings sollten kompromissbehaftete salutogene Regulationen so rechtzeitig reduziert werden, dass sie nicht zur Gewohnheit werden.

Störungen tragen oftmals salutogenes und zugleich kompromissbehaftetes Regulationspotenzial in sich. Am Beispiel der Symptome eines Psychotraumas wird dies in Kapitel 7 und Abschnitt 9.7 gezeigt.

3.3 Beeinträchtigungen des Wohlbefindens nach Kompromissbildungen bzw. nach Störungen von Assimilation und Akkommodation

Assimilation und Akkommodation wirken immer zwischen den Referentialdomänen des externalen Umfelds (Objektbezug) und des internalen Umfelds (Selbstbezug) zusammen. Die Funktionen zeigt Abbildung 12. Sobald z.B. die Assimiliation zu schwach oder zu stark wird, können Beeinträchtigungen des Wohlbefindens eintreten. Dasselbe gilt auch für die Stärkeausprägunge im Objektbezug ("sich in etwas verlieren") oder den Selbstbezug ("Egomanie", "Narzissmus"). Eine schwache Akkommodation kann Ausdruck von beginnender Hilflosigkeit sein. Betrachtet man Assimilation und Akkommodation in einem somatopsychischen Kontext, so ergeben sich aus unterschiedlich starken Einwirkungen von Assimilation / Akkommodation und Objekt-/ Selbstbezug unterschiedliche Ergebnisse für das somatopsychische System, speziell hinsichtlich der Steuerungen durch das Wohlbefindens-/ Belohnungs- bzw. durch das Angst-/ Bestrafungssystem. Je nach Ergebnis können Assimilation bzw. Akkommodation zu angenehmen oder unangenehmen Folgen im Belohnungs- oder Bestrafungssystem führen. Besonders dauerhaft gestörte oder misslungene Assimilationen bzw. Akkommodationen können zu Bestrafung, somit zur Angst und zu einem krankheitswertigen Zustand führen. Erfahrungsbildung mit erlebten destruktiven Ergebnissen kann demnach eine somatopsychische Erkrankung verursachen, die z.B. in einer neuen Initialphase prodromalen Verhaltens angelegt sein kann.

Internale und externale Domänen können im Allgemeinen durch Assimilation und Akkommodation nicht vollständig kompatibel gemacht werden. Lediglich im Zustand starker Illusionsbildung, wie etwa im Zustand intensiven Verliebtseins oder eines Rausches, kann diese vollständige Kompatibilität näherungsweise erlebt werden. Eine vollständige Kompatibilität würde voraussetzen, dass spezifische Kompetenzen eines Individuums nicht benötigt würden, also das positive Erleben eigener Wirksamkeit gar nicht eintreten kann.

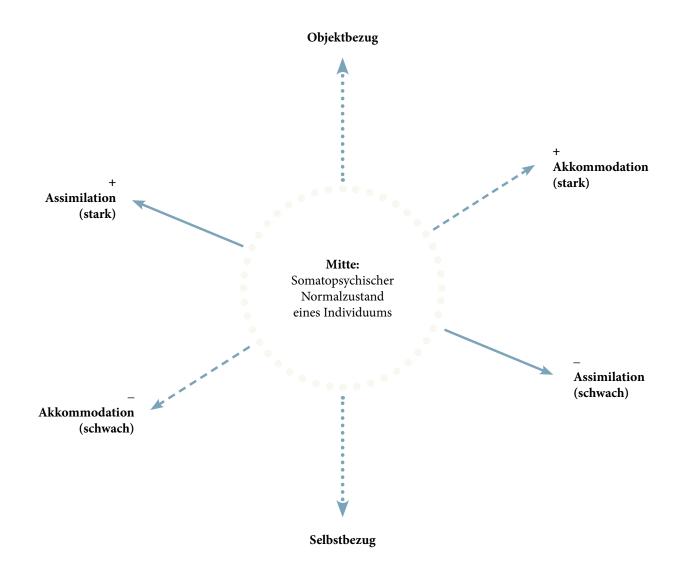


Abb. 12: Assimilation und Akkommodation im somatopsychischen Kontext (Postulat)

Erläuterung:

Der Zusammenhang ist dreidimensional:

Assimilation und Akkommodation stehen auf einer Ebene in einem Winkel zueinander.

Die Dimension "Objektbezug-Selbstbezug" steht in einem Winkel zu der o.g. Ebene.

Im Normalfall führen Assimilation und Akkommodation zu Kompromissen oder auch zu Störungen des Zusammenwirkens von internalen und externalen Referentialdomänen und somit des Verhaltens. Im Sinne Freuds (1923/1940) ist das Ich der "Verlierer", weil es im Umgang mit der Außenwelt grundsätzlich Kompromisse schließen muss. Kompromissbildungen (einschließlich pathogener Zustände) müssen bei geeignetem Selbstmanagement nicht krankheitswertig sein, sobald die gewünschten oder erforderlichen Verhaltensmöglichkeiten des Individuums gegeben sind. Das Erleben von Kompromissbildungen kann Entwicklungen zur Optimierung von Verhalten (Lernen bzw. Erfahrungsbildung) fördern.

4 Somatopsychische Nosologie

4.1 Leiden

Wohlbefinden als Zustand der Gesundheit findet im Zustand der Krankheit ihre Alternative im Leiden. Leiden besteht vor allem darin, dass somatopsychische Beeinträchtigungen erlebt werden und benannt werden können. Das Individuum befindet sich im Zustand der Angst und versäumt wegen der Einschränkungen Zielerreichungen. Als Postulat in dem vorliegend beschriebenen fachlichen System sei formuliert: Somatopsychische Störungen sind – nach dem Konzept der vorliegenden Abhandlung – das Ergebnis gescheiterter Assimilation und Akkommodation (s. Abbildung 13).

Außerhalb des Kreises: Krankheitswertige Bereiche

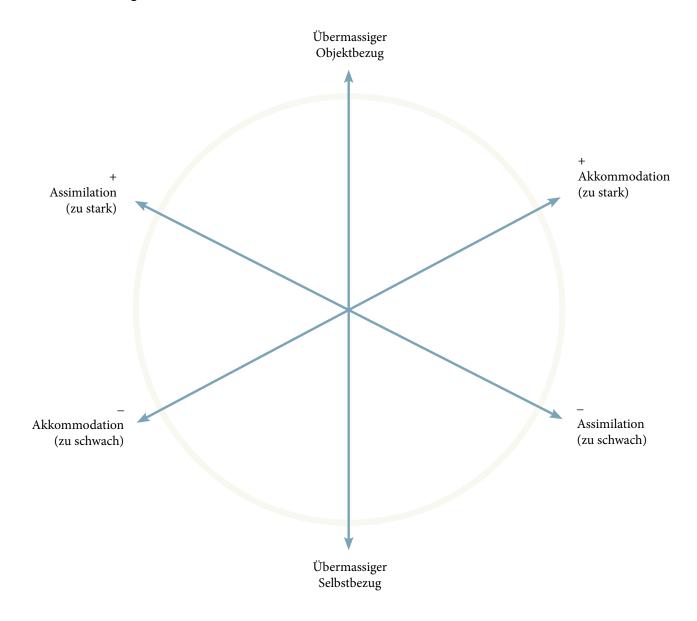


Abb. 13: Somatopsychische Krankheiten als Zustand gescheiterter Assimilation und Akkommodation (Postulat)

Erläuterung: Außerhalb des Kreises befinden sich krankheitswertige somatopsychische Bereiche, z.B. im Fall von zuviel Selbstbezug, zu viel Assimilation.

Bei überdauerndem Anhalten eines solchen Zustands, vor allem dann, wenn die somatopsychischen Selbstheilungskräfte nicht ausreichen, ist eine Heilmaßnahme erforderlich.

Psychische Beeinträchtigungen sind dann krankheitswertig, wenn sich das davon betroffene Individuum von den Beeinträchtigungen nicht durch eigene Volition (Heckhausen, 1989) oder andere autochthone Impulse (z.B. aus dem Bereich der Resilienz) von diesem Leidenszustand befreien kann. Behandlungspflichtig sind Störungen dann, wenn die benötigten individuellen Selbstheilungskräfte (z.B. Ressourcen) nicht ausreichen. Objektivierbar werden Störungen vor allem durch geäußerte Beschwerden des Individuums, durch beobachtbare oder messbare Symptome und durch Habituationen oder Adaptationen mit destruktiven Referenzen des Individuums.

Nachdem – vor allem durch nachhaltiges Scheitern konstruktiver Akkommodations- und Assimilationsprozesse und der Prozesse zum Erleben eigener Wirksamkeit – der somatopsychische Zustand des Leidens entstanden ist, stellt Angst ein Ziel somatopsychischer Prozesse dar. Im somatopsychischen Sinn ist eine gesundheitliche Störung ein Ziel, das die somatopsychischen Prozesse anstreben können. Es entsteht somit ein übergreifender Ablauf, mit dem dieses Ziel der Erkrankung immer wieder erreicht werden soll. Dem Erreichen des übergeordneten Ziels "Angst" (Fachbegriff Angor, AN) dient die Erfüllung von Teilzielen, die jeweils oder auch in Kombination in unterschiedlichen somatopsychischen Störungen resultieren. Angst gehört durchgängig zu allen somatopsychischen Störungen.

Wichtige leidensorientierte somatopsychische Teilziele werden im Folgenden aufgeführt.

Diese Teilziele unterstützen das Erreichen des Ziels "Leiden" und sind daher pathogen. Entsprechend werden somatopsychische Prozesse so gesteuert, dass das Teilziel möglichst erreicht wird. Das Erreichen eines Teilziels erzeugt krankheitswertige (pathogene) Beeinträchtigungen. Bei dauerhaftem Bestand können diese Beeinträchtigungen als Störungen betrachtet werden.

Das Erreichen eines einzelnen Teilziels kann bei einem Individuum in diesem Bereich gelegentlich und vorübergehend ein Zustand von Krankheit, wahrnehmbar durch Leiden, bewirken.

Kontrollpsychologisch ist Leiden gekennzeichnet durch Angst (Angor, AN). Basierend auf dem Konzept der vorliegenden Abhandlung werden die Teilziele als Postulate formuliert.

Teilziel 1

Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren müssen: Internale und externale Geschehnisse (z.B. Ereignisse, Kognitionen, Gefühlszustände) ignorieren müssen oder ihnen ausweichen müssen, Vorbereitung von Vermeidung aus Angst.

Fachbegriff: Contentio Anxie Evitandi (CAE)

Teilziel 2

Sich ständig in Desorganisation aufhalten müssen: Qualvolles Angegriffenwerden und einen heftigen Zustand von Qual erleben müssen, tatsächlich vorhandene Kontingenzen in internalen und externalen Geschehnissen missachten.

Fachbegriff: Cruciatus Vehemens (CRV)

Teilziel 3

Kämpferische Verteidigung als Prinzip vorsorglich ausüben müssen: Sich gegen vermeintliche Gefahren wehren müssen, langlebige zerstörerische Unruhe.

Fachbegriff: Perturbatio Delens Pertinax (PDP)

Teilziel 4

Überdeckenmüssen der eigenen Internalität: Erzeugen / Aufsuchen übermäßiger externaler Einwirkungen, u.a. durch Rausch: In der eigenen Internalität der Externalität etwas Besseres gegenüberstellen müssen, Ersatz für das Leben in den Referentialdomänen 2 und 3 praktizieren müssen. Fachbegriff: Compensatio Vitae (CPV)

Teilziel 5

Ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen müssen: Abbruch von wichtigen Kontingenzen erwarten müssen, internal bedingter Zustand von Bedrohung, die einem allein - nicht mit anderen gemeinsam - widerfährt, alleinige Befürchtung einer unmittelbar drohenden Vernichtung. Fachbegriff: Interitus Imminens Dissors (IID)

Teilziel 6

Erzwingenmüssen von externalen Geschehnissen: Gegen die gegebenen externalen Kontingenzen handeln durch Zerstörung und Ersetzen von erwarteten Abläufen.

Fachbegriff: Compensatio Delens (COD)

Teilziel 7

Dynamische Bezuglosigkeit praktizieren müssen: Losgelöst von den gegebenen externalen Kontingenzen erleben und handeln müssen.

Fachbegriff: Licentia Irreverens (LII)

Teilziel 8

Sich ständig unter emotionaler Last und in emotionaler Dunkelheit befinden müssen: In den zwei emotional wichtig empfundenen, den zwei externalen Referentialdomänen – vor allem im sozialen Feld – schwere Verluste befürchten oder erlitten haben, sich dort unbeweglich und handlungsunfähig fühlen, den Zustand einer düsteren Last, einer schwarzen Füllung, eines Aufenthalts in einem dunklen Loch erleben müssen.

Fachbegriff: Onus Atrum (ONA)

Diese acht Teilziele erlauben eine umfängliche Beschreibung des Konstrukts Leiden, ohne dass diese Liste einen abschließenden Katalog darstellt. Innerhalb dieser Teilziele wird keine hierarchische Ordnung vorgenommen.

Im Zustand somatopsychischer Krankheit erfolgt meistens eine Reduktion des Verhaltens auf die fordernde Erfüllung eigener Bedürfnisse und meistens ein Rückzug auf sich selbst. Zugleich wird die eigene somatopsychische Gesundheit häufig als gefährdet erlebt, z.B. in Form von Somatisierungsstörungen.

Teilziele können sich gegenseitig beeinflussen, sodass die Krankheit sich möglicherweise verändert. Leiden als Ziel bleibt jedoch erhalten. Störungen können fluktuieren, nomadisieren; in der Psychoanalyse wird ein Wechsel eines Störungsbilds (z.B. Symptomverschiebung), in speziellen Fällen Konversionsstörung (Freud, 1895/1969) genannt; in der ICD-10 erscheint dies u.a. als Somatisierungsstörung (F45.0).

Für ein einzelnes Individuum kann es jedoch in spezifischen Phasen unterschiedliche Wichtigkeiten von Teilzielen geben. Die durch Teilziele beschreibbaren Störungen können unterschiedliche Phasen ausbilden, in denen vorübergehend ein anderes Teilziel dominiert. Daher kann es sein, dass für jede dieser Phasen ein Wechsel von Behandlungsmethoden und -verfahren erforderlich ist.

4.2 Die Entität Psyche-Soma in der empirischen Gesundheitsforschung

4.2.1 Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien

Die regelmäßige Bearbeitung somatopsychischer Themen hat eine lange Tradition, wie allein die Historie des Periodikums "Psychosomatic Medicine" zeigt. Im Jahr 1939 verfasste Franz Alexander die Abhandlung "Psychological Aspects of Medicine", in der er der Psychoanalyse einen positiven Einfluss auf die Beachtung somatopsychischer Themen zuweist: "The main contribution of psychoanalysis to medicine was to add to the optical microscope a psychological microscope, a psychological technique by which the emotional life of the patients can be subjected to a detailed scrutiny" (Alexander, 1939, S.18). Noch Jahrzehnte später werden in dieser Zeitschrift immer wieder Plädoyers - zum Teil anhand von Einzelfallbeschreibungen - gehalten, den psychischen Bereich in die Betrachtung und Behandlung von somatischen Störungen aufzunehmen (z.B. Berblinger und Greenhill, 1954; Ehrentheil, 1959; Bertalanffy, 1964; Graham, 1967). Nach und nach wurden mehr somatopsychische Studien an Stichproben (meist Gelegenheitsstichproben) publiziert, aus deren Ergebnisse Zusammenhänge zwischen Soma und Psyche zu erkennen sein sollten. Alle Beiträge in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" wurden darauf geprüft, inwieweit sie auf empirischer Basis einen Beitrag zum Verständnis des Zusammenhangs von Soma und Psyche liefern können. Die methodischen Auswahlkriterien mussten sehr schwach angesetzt werden, da ansonsten – gemessen an den schon lange üblichen Forschungsstandards der Psychologie – kaum eine einzige Publikation in die Auswahl hätte aufgenommen werden können. Es lohnt sich jedoch für Hypothesenbildungen oder für die Weiterentwicklung von Hypothesen, die bearbeiteten Themen und die damit verbundenen Ergebnisse oder Ergebnisvermutungen zu sichten.

Geordnet nach den oben beschriebenen somatopsychischen Basisprozessen werden im Folgenden Aussagen aus den ausgewählten Beiträgen vorgestellt. Die manchmal ungenau dargestellten Anliegen der Studien lassen nicht immer eine sichere Zuordnung zu den somatopsychischen Basisprozessen zu. Insgesamt war die Ausbeute allerdings enttäuschend.

Die vollständige Auswertung der Zeitschriftenbeiträge steht in der Internetversion der vorliegenden Abhandlung als Ergänzungskapitel E.

4.2.2 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse aus den ausgewählten Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

In den Anfängen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" (Jahrgang 1 im Jahr 1939) waren die Beiträge oftmals psychoanalytisch geprägt und verfolgten auf diese Weise einen theoriegeleiteten somatopsychischen Ansatz. Der bereits damals geringe Anteil psychoanalytischer Arbeiten mit empirisch fundiertem Datenmaterial verringerte sich, mit der Folge, dass der Anteil theoriegeleiteter Forschungsansätze in den weiteren Jahrgängen der Zeitschrift kaum noch erkennbar war.

Selbstverständlich lassen sich die ausgewerteten Beiträge nicht eindeutig einem einzigen somatopsychischen Basisprozess zuordnen. Es fällt allerdings auf, dass die Basisprozesse "Reifen und Wachsen", "Bewegen" und "Erfahrungsbildung" in den Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" zahlenmäßig nur sehr schwach bearbeitet wurden. Dies ist sicher vor allem aus der klinisch orientierten Sichtweise – also mit Fokus auf das Ergebnis einer krankheitswertigen Entwicklung – der Autoren zu erklären. Selbstverständlich enthalten diese drei gering besetzten Basisprozesse genügend Potenzial für krankheitswertige Entwicklungen.

In relativ vielen medizinisch dominierten Beiträgen dienten die psychologischen Tests als Ergänzung, um psychische Aspekte nicht zu versäumen bzw. um biologische Merkmale zu finden, die die psychischen Variablen ersetzen könnten. Es fehlen theoretische Konzepte, deswegen

werden manchmal Testbatterien zusammengestellt, die von "experienced clinicians" durchgeführt werden. Konzeptionell wichtig ist allerdings ein theoriegeleitetes Vorgehen, vor allem Hypothesen innerhalb eines fachlichen Konzepts (z.B. Theorie oder Konstrukt), die den Prozess des Widerlegens zu durchlaufen haben (Popper 1935,1993), zu bilden. Vermisst werden häufig forschungslogisch korrekte Vorgehensweisen, wie sie in allen Grundlagenfächern gefordert, aber im angewandten Bereich häufig missachtet werden, da sie offenbar unbekannt sind oder als unbequem bewertet werden. Zahlenmäßig dominierend sind Beiträge, in denen Individuen hauptsächlich über ihre Störung verstanden werden sollen. Dies führt dazu, dass vornehmlich retrospektive Analysen bzw. Interpretationen vorgenommen werden. Für die Entdeckung kausaler Wirkungszusammenhänge zwischen Soma und Psyche ist dieses Vorgehen forschungslogisch ungeeignet. Die überwiegende Mehrheit der Studien lieferte bestenfalls Korrelationsergebnisse (ohne Erklärungsmöglichkeiten), quantitativ lokalisierte Auffälligkeiten über Zusammenhänge (ohne Bedeutsamkeitsnachweise oder ohne Möglichkeit der Aussage über Ergebnisreichweiten) oder inferenzstatistisch nicht ausreichend kontrollierte (z.B. ohne alpha-Adjustierung und ohne Kontrolle der inferenzstatistischen Unabhängigkeit der Merkmale) multivariate Analysen aus Gelegenheitsstudien mit einer fachlich nicht koordinierten Testauswahl (ohne Generaliserungsmöglichkeit). Retrospektiv angelegte Studien dominieren zahlenmäßig und kommen oftmals zu trivialen Ergebnissen, wie etwa, dass Personen nach oder mit lebensbedrohlicher Erkrankung eine höhere Angstbelastung zeigen als nicht erkrankte Personen. Prospektiv angelegte Studien mit hypothesengeleitetem Vorgehen und mit randomisiertem Untersuchungsdesign fanden sich nur selten: Grundlegende und eigentlich ganz einfache Anforderungen an empirisch korrekte Vorgehensweisen wurden häufig deutlich erkennbar missachtet. Trotz einer Vorselektion leiden fast alle ausgewerteten Beiträge an methodischen und verfahrenstechnischen Mängeln. Eine Berücksichtigung forschungslogisch korrekter Kriterien hätte dazu geführt, dass die Mehrheit auch der zitierten Studien nicht durchgeführt oder nicht publiziert worden wären. Die in den letzten Jahren an die Medizin herangetragenen Forderungen nach evidenzorientierter Forschung bzw. nach evidenzbasierten fachlichen Ergebnissen (s. Kapitel 14) war längst überfällig, da die Forschung z.B. in der Biologie oder in der Psychologie traditionell empirisch und hypothesengeleitet durchgeführt wurde. Allerdings gab es auch forschungslogisch brauchbare Studien in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine". Zum Beispiel berichteten Benedek et al. bereits im Jahr 1939 über einen brauchbaren hypothesengeleiteten Ansatz, der wieder aufgegriffen wurde in Studien von Silbergeld, Brast und Noble (1971).

Das Gesamtbild zeigt leider, dass viele Daten präsentiert, aber kaum Erkenntnisse erarbeitet werden.

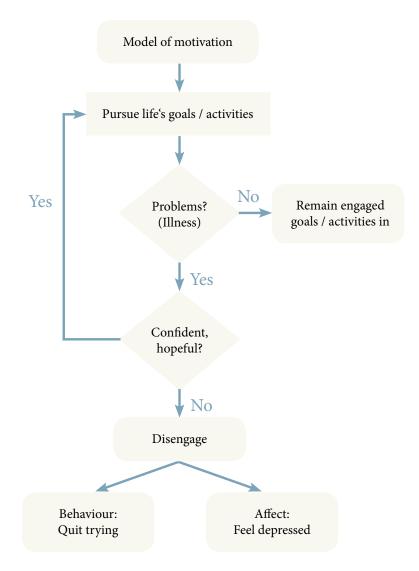
Es ist erforderlich, Theorien und Konstrukte zu entwickeln, die relevante Parameter definieren, um darauf geeignete prospektiv angelegte Studien aufzubauen (Scheier und Bridges, 1995). Diese beiden Autoren beschreiben nach einer Metaanalyse von koronaren Herzerkrankungen und von Erkrankungen durch HIV ein psychosomatisches Modell, das die Genese von Störungen erklären hilft. Als krankheitsorientierte Variablen benennen Scheier und Bridges "Anger and Hostility" (Ärger und Feindseligkeit), "Emotional Suppression" (Unterdrückung von Gefühlen), "Depression", "Pessimism and Fatalism".

Sie schreiben:

"... persuasive evidence exists associating hostility and anger to a variety of CHD-related health outcomes. Indeed, the evidence is stronger for this particular connection than for any other connection that was examined.

The evidence involving depression, fatalism, and pessimism is more impressive. As a group, these variables clearly showed the widest effects of any of the variables surveyed. Merging these variables with fighting spirit, active coping, and vital exhaustion into a 'disengagement cluster' . . . yields even a wider set of effects." (S. 263)

Scheier und Bridges verstehen nach dieser Metaanalyse die erfassten Störungen als "disrupter of life goals and activities" (Unterbrecher des Erreichens von Lebenszielen und von Handlungen) und schematisieren die damit verbundene Logik in der nachfolgenden Abbildung 14.



Illness as a disrupter of life goals and activities

Abb. 14: "Disengagement" (Auskoppeln aus dem bisherigen Lebensvollzug) als Folge des Verlusts von Zuversicht oder Hoffnung (aus Scheier und Bridges, 1995, S. 261)

Leider enthalten die Bände der ausgewerteten Zeitschrift kaum weitere Impulse, die mit diesem vergleichbar sind.

Der Disengagement-Ansatz von Scheier und Bridges (1995) kann formal als Ausgangsbasis hypothesengeleiteter somatopsychischer Forschung angesehen werden. Inhaltlich stehen die Konzepte aus dem Arbeitskreis von Scheier in einem engen Zusammenhang zu motivationsorientierten und kontrollpsychologischen Themen in der Gesundheitspsychologie (z.B. Bandura, 1997; Lazarus, 1966; Lehr, 1982; Scheier und Carver, 1985; O'Leary, 1985; Schwarzer, 1994, 2002; und die entsprechenden Zusammenstellungen in den Lehrbüchern von Jerusalem und Weber, 2003; Schwarzer, 2004; Faltermeier, 2005; Hurrelmann, 1999, 2010).

4.3 Systematik somatopsychischer Störungen

Den Teilzielen für Wohlbefinden werden in Abbildung 15 die jeweiligen krankheitswertigen Teilalternativen, die im Bereich des Leidens liegen, gegenübergestellt. Innerhalb des Bereichs des Leidens werden somatopsychische Störungen mit einer neuen Nomenklatur versehen. Abbildung 15 enthält und beschreibt die Zuordnung von salutologischen Merkmalen zu pathologischen Merkmalen auf axiomatischer Grundlage (s.a. Kapitel A1).

Die Komponenten somatopsychischer Gesundheit und Krankheit werden als Teilziele somatopsychischen Lebens verstanden. In der Behandlung von Krankheiten sind die pathogenen Ziele zu schwächen und am besten durch salutogene Ziele zu ersetzen. Der Zustand somatopsychischer Krankheit kann folgende acht Komponenten (oder eine Teilmenge davon) enthalten: Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren müssen, sich ständig in Desorganisation aufhalten müssen, kämpferische Verteidigung als Prinzip vorsorglich ausüben müssen, Überdeckenmüssen der eigenen Internalität, ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen müssen, Erzwingenmüssen von externalen Geschehnissen, dynamische Bezuglosigkeit praktizieren müssen, sich ständig unter emotionaler Last und in emotionaler Dunkelheit befinden müssen.

Das Erreichen dieser pathogenen Teilziele oder der Weg dorthin werden vor allem an somatischen Einschränkungen, belastetem Erleben und an eingeschränktem oder auch destruktivem Handeln (so genanntes dysfunktionales Verhalten) des Individuums in den drei Referentialdomänen erkennbar. Dieses pathogene Zusammenwirken erzeugt das Erleben und die Erfahrung von nicht ausreichender oder fehlender Selbstwirksamkeit im internalen und externalen Bereich und führt in den Zustand von Passivität, Hilflosigkeit oder auch von Hoffnungslosigkeit mit der Möglichkeit einer unangemessenen Kompensation dieser Einschränkungen, z.B. erfolgt hierbei meistens eine Reduktion des Verhaltens auf eine übertriebene Erfüllung eigener Bedürfnisse und meistens ein Rückzug auf sich selbst.

Im Zustand somatopsychischer Krankheit sind Teilziele bis zu einer bestimmbaren Ausprägung aktiv. Zur Messung des bei einem Individuum vorhandenen Ausprägungsgrads eines Teilziels müssen bis zur Entwicklung spezifischer somatopsychischer Instrumente ersatzweise andere Angebote genutzt werden. Hierzu eignen sich psychologische bzw. psychosomatische oder neuropsychologische Tests bzw. Messinstrumente, die pathogene Ausprägungen des Erlebens- und Handelns messen, z.B. somatische Fehlfunktionen, störenden Ärger und störende Angst, übermäßige Anspannung, eine mangelnde Überzeugung, genügend Kontrolle über sich selbst und über seine Umgebung ausüben zu können, das Gefühl das eigene Leben und die Welt nicht ausreichend verstehen und erklären zu können, störende Umgänglichkeit und Verträglichkeit, einschränkendes Selbstvertrauen, Verschließen vor neuen Erfahrungen, kaum oder keine Kohärenz und Harmonie zu erleben, kaum oder keine Hoffnung in die Zukunft zu haben, in belastender Weise unzufrieden mit dem Leben zu sein, kaum Möglichkeiten zu erkennen, das eigene Leben zufriedenstellend zu gestalten. Mithilfe des Konzepts der acht Teilziele besteht langfristig die Möglichkeit, einen neuen Test auf somatopsychische Krankheit zu entwickeln.

Im Leidensbereich dominiert Angst, die fundamental zu allen Störungen bzw. zum Krankheitsbild gehört. Um den Bedeutungsverschiebungen lebender Sprachen zu entgehen, werden die einzelnen Teilziele mit Bezeichnungen aus der lateinischen Sprache versehen.

Mit Angst sind meistens belastende Vorstellungen in unterschiedlichen Sinnesgebieten und problematische Themen verbunden. Ein solcher Angstkontent erlaubt oftmals einen Rückschluss auf die Verursachung der Angst.

Alternative: Leiden gehört zum Angst-/ Bestrafungssystem Ziel: Angst Angor (AN) Anxiety Enge, Atemnot, Schrei	Wichtige Beeinträchtigungen bzw. Störungen als Teilziele (1 bis 8)	Die Alternative: Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren müssen Internale und externale Geschehnisse (in den Referentialdomänen 1, 2 und 3 z.B. Ereignisse, Kognitionen, Gefühlszustände) ignorieren müssen oder ihnen ausweichen müssen, Vorbereitung von Vermeidung aus Angst	Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Contentio Anxie Evitandi (CAE) Anxious Avoidance Vermeidung wegen Angst, Vorbereitung von Vermeidung aus Angst, Fluchtimpulse Beschreibung z.B. spezifische Phobien
Wohlbefinden: Gesundheit gehört zum Wohlbefindens-/ Belohnungssystem Ziel: Erlebens- und Handlungsfähigkeit Libertas Actionis (LA) Behavioural Freedom Verhaltensfreiheit	Wichtige Ressourcen bzw. Resilienzen als Teilziele (1 bis 8)	Appetenz praktizieren können Motiviert sein und etwas Interessantes in sich und im Umfeld finden können	Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Appetentia Rerum Agilis (ARA) Eager Curiosity / Eagerness Reges, interessiertes Streben nach eigener Anknüpfung an die Welt und nach vielem möglich Erscheinendem

Die Alternative: Sich ständig in Desorganisation aufhalten müssen Qualvolles Angegriffenwerden und einen heftigen Zustand von Qual erleben müssen, tatsächlich vorhandene Kontingenzen in internalen (Referentialdomäne 1) und externalen Geschehnissen (Referentialdomäne 3) missachten Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Cruciatus Vehemens (CRV) Feeling of Assault and Agitation Qualvolles Angegriffenwerden, heftiger Zustand von Qual Beschreibung Beispiele: Erschütterung des Lebens, Starrheit, zerstörerische Unruhe, dissoziative Störungen, Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung (Psychotrauma)	Die Alternative: Kämpferische Verteidigung vorsorglich ausüben müssen Sich gegen vermeintliche Gefahren aus den Referentialdomänen 2 und 3 wehren müssen, langlebige zerstörerische Unruhe Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Perturbatio Delens Pertinax (PDP) Persisting destructive unrest Langlebige zerstörerische Unruhe Beschreibung Beispiele: Langlebige Panikattacken, Gefühl der Zerrissenheit, Aggression, Borderline
Dynamik erleben können Kraft in sich spüren und gezielt einsetzen können: Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Conscientia Virium (COV) Sense (Experience) of Vitality Gefühl von Lebenskraft, Bewusstsein eigener Kraft	Ruhe und Ausgeglichenheit erleben können Zuversicht aus sich selbst heraus entstehen lassen können Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Animus Aequus (ANA) Equanimity Gleichmut

4	Internalität praktizieren können Immer wieder zu erleben, dass Gefühle sich ständig neu erzeugen können Rezeichmung des salutogenen Teilziels.	Die Alternative: Überdeckenmüssen der eigenen Internalität durch Erzeugen / Aufsuchen übermäßiger externaler Einwirkungen, u.a. mit Rausch In der eigenen Internalität (Referentialdomäne 1) der Externalität etwas Besseres gegenüber stellen müssen, um Ersatz für das Leben in der Referentialdomäne 2 und 3 zu finden
	Sensus Vitae Interioris (SVI) Experience of internal Vitality Leben von innen, Gefühl für das Leben im Inneren	Compensatio Vitae (CPV) Compensatory external / somatic Vitality Ersatz für das Leben Beschreibung Beispiele: Psychoforme ¹ Störungen durch Substanzen und durch somatische Veränderungen
2	Verstehendes Erleben praktizieren können Sich selbst und die Welt in zufrieden stellendem Umfang erleben und verstehen können	Die Alternative: Ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen müssen Abbruch von wichtigen Kontingenzen erwarten müssen, internal bedingter Zustand von Bedrohung, die einem allein - nicht mit anderen gemeinsam - widerfährt, alleinige Befürchtung einer unmittelbar drohenden Vernichtung aus der Referentialdomäne 2
	Bezeichnung des salutogenen Teilziels. Intellectus Sui et Peritia Rerum (ISP) Comprehensive Experience of Self and Reality Kultiviertes Lebensverständnis, Verständnis seiner selbst und Weltverständnis	Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Interitus Imminens Dissors (IID) Fear of imminent Extinction / Annihilation Internal bedingte Bedrohung (allein, nicht mit anderen gemeinsam), alleinige Befürchtung einer unmittelbar drohenden Vernichtung Beschreibung Beschreibung Beispiele: Schizophrenie, paranoide Störungen (endogen und exogen verursacht)

Die Alternative: Erzwingenmüssen von externalen Geschehnissen Gegen die gegebenen externalen Kontingenzen handeln durch Zerstörung und Ersetzen von erwarteten Abläufen in den Referentialdomänen 2 und 3 Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Compensatio Delens (COD) Destructive Compensation Zerstörendes Ersetzen Beschreibung Beispiele: Anpassungsstörung, Soziopathie, Negieren von Fakten, Somatoforme Störungen, Aggression	Die Alternative: Dynamische Bezuglosigkeit praktizieren müssen Losgelöst von den gegebenen externalen Kontingenzen erleben und handeln müssen Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Licentia Irreverens (LII) Obsessive detached Freedom Glatte Freiheit, eingeforderte Ungebundenheit Beschreibung Beispiele: Histrionisches Verhalten, Manische, Hypomanische Störung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung
Angenehme Wünscherfüllung praktizieren können Die vorhandenen Kompetenzen werden als ausreichend erlebt, um sich weit- gehend konfliktfrei wichtige Wünsche erfüllen zu können Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Vota Expleta (VEX) Wish Fulfillment (Achievement) Erfüllte Erwartung	Systematik und Kohärenz im Verhalten erzeugen und erleben können Das Verhalten weist Kontinuität auf oder vollführt einen Wandel, der als kohärent erlebt wird Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Ordo Sibi Constans (OSC) Behavioural Coherence and Harmony Harmonisch gegliedertes System, mit sich im Einklang befindliches System

Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben können Das eigene Verhalten wird in der Selbstwahrnehmung als leicht und durchsichtig erfahren	Die Alternative: Sich ständig unter emotionaler Last und in emotionaler Dunkelheit befinden müssen In den zwei emotional wichtig empfundenen, den zwei externalen Referentialdomänen - vor allem im sozialen Feld - schwere Verluste befürchten müssen und / oder erlitten haben, sich dort unbeweglich und handlungsunfähig fühlen, den Zustand einer düsteren Last, einer schwarzen Füllung, eines Aufenthalts in einem dunklen Loch erleben müssen
Bezeichnung des salutogenen Teilziels: Facilitas Et Perspicuitas (FEP) Sense of Ease and Transparancy Leichtigkeit und Durchsichtigkeit)	Die Bezeichnung der entsprechenden Störung: Onus Atrum (ONA) Burdened Somberness Düstere Last, schwarze Füllung Beschreibung Beispiele: Depression (endogen und exogen)

Abb. 15: Leiden (Krankheit) mit Definition von Beeinträchtigungen / Störungen in Gegenüberstellung zum Wohlbefinden (Gesundheit) mit Definition von Ressourcen / Resilienzen

¹ Psychoforme Beeinträchtigungen oder Störungen des Erlebens oder anderer psychischer Funktionen können durch somatisch induzierte Einwirkungen z.B. durch Alkohol, Drogen oder Medikamente, aber auch durch Verletzungen oder andere körperliche Einbußen erzeugt werden.

 ∞

Der Angstkontent kann auch auf eine fehlerhafte Attribuierung wie etwa mit der Aussage "Alle Menschen sind schlecht" oder durch die Fehleinschätzung von Kontingenzen wie etwa "Jetzt verliere ich meinen Arbeitsplatz" hinweisen. Fehlt ein spezifischer Angstkontent, kann dies durch eine übermächtige Vielzahl von Erlebnissen oder durch Verleugnung bzw. Verdrängung erfolgt sein. Spezifizierungen von Angst (AS) entstehen durch inhaltliche bzw. thematische Ausbreitung der Angst, z.B. durch Einbeziehung neuer Auslöser oder durch Entstehung von Erwartungsängsten. Kompensation und Weiterverarbeitung von Angst (AW) geschehen u.a. durch Negieren und durch Verleugnen von Angst, durch bestimmte Akzentuierungen der Persönlichkeit wie etwa Handeln und Reagieren ohne spezifische Beachtung der Situation, Aggression, herabgesetzte Empathie, unmäßiges und sozial destruktives Machtstreben, durch Einnahme psychotroper Substanzen und durch Rückzug sowie durch Depression als psychoforme Wandlungen.

Eine dazugehörige somatoforme Kompensation sind u.a. als Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darmstörungen oder Nacken-Schulter-Schmerzen und auch Rückenschmerzen bekannt. Den AS- und AW-Störungen in der unten folgenden Auflistung werden zur Verdeutlichung einige F-Diagnosen der ICD-10 zugeordnet.

Die Klassifizierungssysteme ICD-10 oder auch DSM IV entwickelten sich historisch. Dies führte dazu, dass innerhalb einer einzigen Systematik wie auch im Vergleich beider Systematiken fachliche Unstimmigkeiten oder auch Widersprüche konstatiert werden müssen (z.B. bei der Definition und Beschreibung der Akuten Belastungsstörung (308.3 im DSM IV) bzw. der Akuten Belastungsreaktion (F43.0 in der ICD-10) und auch bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1 in der ICD-10 sowie 309.81 im DSM IV). Die folgende Störungssystematik verfolgt den Anspruch auf interne Stimmigkeit, sodass es schwer fällt, diese neue Ordnung mit den bereits vorliegenden Ordnungen der ICD-10 oder des DSM-IV in Einklang zu bringen. Die bereits oben genannten Störungen werden im Folgenden detailliert beschrieben.

Störungsgruppe AS

Störungen mit Spezifizierung von Angst können hypothetisch wie folgt gegliedert werden (Punkte 1 bis 3):

1 Contentio Anxie Evitandi (CAE)

Vermeidung wegen Angst, Bemühen um Vermeidung aus Angst, Fluchtimpulse.

Diese Störung gehört hauptsächlich in die Referentialdomäne 1.

Beschreibung (Beispiele): vor allem spezifische Phobien, Muskelverspannungen einschließlich Muskelverkürzungen, Rückenschmerzen mit Fehlstellungen der Wirbelsäule, Magenschleimhautentzündung, einige endokrine Überfunktionen, Kopfschmerzen.

Verursachung (Beispiele): Lebensgeschichtlich verankertes Erleben von Hilflosigkeit, lebensgeschichtlich verankertes Erleben von Strukturlosigkeit, Ich-Schwäche im tiefenpsychologischen Sinn, z.B. nach Adler.

Der lebensgeschichtliche Prozess der Erfahrungsbildung des Individuums bewirkt Einschränkungen von Assimilation und Akkommodation oder verhindert eine wirksame Assimilation und Akkommodation. Diese durch Einschränkungen bzw. durch Verhinderung bewirkten Misserfolge und des erlebten Disstresses führen dazu, dass die Bezüge zu den Referentialdomänen ganz oder teilweise vom Angst- und Bestrafungssystem aufgenommen oder getragen werden und somit dominiert werden. Die Erfahrungsbildung stabilisiert diese Störung zugleich im Wohlbefindensund Belohnungssystem vor allem wegen punktueller Erfolge des Vermeidungsverhaltens (in den Referentialdomänen 2 und 3) und des immer wieder punktuell gelingenden (illusorischen) Ungeschehenmachens von Gefährdungen in der Referentialdomäne 1.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise der CAE zugeordnet werden können, sind (der Buchstabe x steht für eine Gruppierung verwandter Störungen, s. ICD-10): Alle Phobien (F40), vor allem Agoraphobie (F40.0), akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch von Substanzen mit Abhängigkeitssyndrom (F10.0 bis F19.9), dissoziative Amnesie (F44.0), Depersonalisation, Derealisationssyndrom (F48.1), nichtorganische Schlafstörungen (F51), abhängige / dependente Persönlichkeitsstörung (F60.7).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Einschränkungen des Verhaltens wegen in die Vergangenheit gerichteten Erlebens in Verbindung mit Erwartungsangst, unnötiges und nachteiliges Vermeiden von wichtigen Lebensbereichen und konstruktiven Lebensweisen, vor allem im Umgang mit anderen Menschen, Erleiden von Dissonanzen und Übertreibungen im Verhalten, möglicherweise Adipositas, möglicherweise Schwächung des Immunsystems, möglicherweise Entwicklung einer abhängigen / dependenten Persönlichkeit. Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): Aus CAE kann sich Perturbatio Delens Pertinax (PDP, langlebige zerstörerische Unruhe) entwickeln (s. Störung 3).

2 Cruciatus Vehemens (CRV) Erlebtes qualvolles Angegriffenwerden

Beschreibung (Beispiele): Somatopsychischer Schock durch Extremerlebnis (u.a. Hypo- und später Hypertensionen), Erschütterung des Lebens, Psychotrauma, Unruhe (u.a. Hypervigilanz), Vermeidungsverhalten, dissoziative Störungen, schmerzhafte Muskelverspannungen.

Verursachung (Beispiel): Erleiden eines punktuellen Extremerlebnisses (sowohl external als auch durch eine eigene gestörte Körperfunktion wie etwa nach einem Schlaganfall).

Ein Extremerlebnis beeinflusst die damit verbundene Erfahrungsbildung so, dass das bisherige salutogene Funktionieren von Assimilation und Akkommodation mindestens in einer der drei Referentialdomänen eingeschränkt wird. Diese Einschränkungen führen zu einer stabilen pathogenen bzw. pathologischen Erfahrungsbildung, also zu einem krankheitswertigen Zustand.

Die Erfahrungsbildung stabilisiert diese Störung vor allem wegen punktueller Erfolge des Vermeidungsverhaltens (wegen Hypervigilanz oder dissoziativen Abspaltens) in den Referentialdomänen 2 und 3 und des immer wieder punktuell gelingenden (illusorischen) Ungeschehenmachens von Gefährdungen in der Referentialdomäne 1.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise dem CRV zugeordnet werden können, sind:

Akute Belastungsreaktion (F43.0), PTBS (F43.1), sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (F43.8), Depersonalisation, Derealisationssyndrom (F48.1), Reaktion auf schwere Belastung (F43.9), dissoziative Amnesie (F44.0), multiple Persönlichkeitsstörung (F44.81), dissoziative Störungen (F44.88), andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0), Anorexia Nervosa (F50.0, F50.1).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Unnötige und nachteilige Vermeidung von wichtigen Lebensbereichen und Lebensweisen, vor allem im Umgang mit anderen Menschen, Überbauen bzw. umständliches Ersetzen von früherem Verhalten, Erleiden von Dissonanzen und Übertreibungen im Verhalten, Schwächung und Störung grundlegender somatopsychischer Vorgänge im Bereich Wohlbefinden, Herz-/ Kreislaufaktivität, Atmung, Magen-/ Darmfunktionen.

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): Aus CRV kann sich Compensatio Delens (COD, Zerstörendes Ersetzen, Störung 6) entwickeln.

3 Perturbatio Delens Pertinax (PDP) Langlebige zerstörerische Unruhe

Beschreibung (Beispiele): Langlebige und wiederkehrende Panikattacken, langlebige und wiederkehrende innere Unruhe, inkontingentes Verhalten, Aggressionen, motorische Unruhe, Erschöpfungszustände, somatische Fehlfunktionen (z.B. Dyskardien, erhöhte Cortisolproduktion). Verursachung (Beispiele): Das Erleiden lebensgeschichtlich sich wiederholender oder lang andauernder Extremerlebnisse führt möglicherweise zu starker Unruhe und Aggressionen. Extremerlebnisse entstehen auch durch Überbehütung in der Kindheit, wenn deswegen normale Probleme unerträglich und unlösbar werden (dadurch kann möglicherweise die so genannte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung – ADHS – eintreten). Desgleichen erleiden hochbegabte Kinder Psychotraumen, wenn sie von anderen und von sich selbst nicht verstanden werden und keine Problemlösungskompetenzen erlernen.

Fortwährende Extremerlebnisse beeinflussen die damit verbundene Erfahrungsbildung so, dass das bisherige salutogene Funktionieren von Assimilation und Akkommodation mindestens in den drei Referentialdomänen eingeschränkt wird. Die fortwährend eingeschränkten Funktionen von Assimilation und Akkommodation stabilisieren eine pathogene bzw. pathologische Erfahrungsbildung, führen also zu einem krankheitswertigen Zustand.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise der PDP zugeordnet werden können, sind:

Panikstörung (F41.0), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Borderline Persönlichkeitsstörung (F60.30, F60.31).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Wie Störung 2 und zusätzlich:

Dem destruktiven Verhalten ist das betroffene Individuum hilflos ausgeliefert und findet beständig aktuelle externale Verursachungen für die Störungen; möglicherweise entsteht erhöhte Vulnerabilität hinsichtlich Störungen wie Neurodermitis, Asthma, Allergien, Menstruationsbeschwerden; Versagen, Rückzug und Verschrobenheit können eintreten.

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): PDP kann sich aus Contentio Anxie Evitandi (CAE, s. Störung 1) entwickeln. Aus PDP können Interitus Imminens Dissors (IID, erlebte Bedrohung, s. Störung 5) und Compensatio Vitae (CPV, Ersatz für das Leben, s. Störung 4) entstehen.

Störungsgruppe AW: Störungen mit Weiterverarbeitung des Zustands der Angst sind wie folgt gegliedert (Punkte 4 bis 8):

4 Compensatio Vitae (CPV) Ersatz für das Leben

Beschreibung (Beispiele): Psychoforme Störungen durch psychoaktive Substanzen (z.B. Sucht) und dadurch bewirkte somatopsychische Veränderungen.

Verursachung (Beispiele): Destruktives Handeln als Kompensation von erlebter Hilflosigkeit, vor allem im Zusammenhang mit als aversiv erlebter Zurückweisung durch emotional wichtige Personen. Die Erfahrungsbildung findet hauptsächlich über eine stabilisierte pathogene bzw. pathologische Akkommodation in der Referentialdomäne 2 (empathische und soziale Bezüge zur Externalität) statt: Die Auswahl und Ausgestaltung von Referentialdomänen für eine salutogene Erfahrungsbildung kann nicht geleistet werden. Definitionsgemäß (zur Referentialdomäne 2) schließt diese

Beeinträchtigung krankheitswertige Assimilationen (z.B. Gewöhnung an psychoaktive Substanzen) mit ein. Misserfolge und Selbstschädigungen in der Erfahrungsbildung können im Angst- und Bestrafungssystem den Zustand des Leidens erzeugen.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise der CPV zugeordnet werden können, sind:

Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19), schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55), bipolare schizotype und wahnhafte Störungen (F20 bis F22), Essstörungen (F50).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Das betroffene Individuum findet oder sucht beständig Auswege oder Alternativen für das vermeintlich nicht lebbare Verhalten. Weiterer Ausbau von Hilflosigkeit; somatopsychische Funktionen werden überlastet und nehmen wegen einseitiger Ausrichtung Schaden.

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele):

CPV kann aus Perturbatio Delens Pertinax (PDP, zerstörerische Unruhe, s. Störung 3) entstehen. Aus CPV können Compensatio Delens (COD, zerstörendes Ersetzen, s. Störung 5) und Onus Atrum (ONA, Düstere Last, schwarze Füllung, s. Störung 8) entstehen.

5 Interitus Imminens Dissors (IID)

Erlebte Bedrohung, als external verursacht erlebt, aber akut internal verursacht.

Beschreibung (Beispiele): Schizophrenie, paranoide Störungen (endogen und exogen), Soziopathie in Form von Hass und Aggression (mit Fremdgefährdung), manchmal neurologische Auffälligkeiten der Gehirnfunktionen (möglicherweise aber Folge des belastenden Verhaltens).

Verursachung (Beispiele): Interaktion von Person und Umwelt mit (zwischen den Individuen variablen) endogenen / psychogenen sowie externalen Anteilen; als intensiv bedrohlich erlebte Ereignisse, angsterzeugende und aversiv oneiroid (Traum und Wirklichkeit verschmelzend) wirkende Substanzen, Anteile haben vielleicht genetische Bedingungen.

Die Erfahrungsbildung des Individuums führt zu stabilen Beeinträchtigungen der Akkommodation in den Referentialdomänen 2 und 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität), sodass das Angst- und Bestrafungssystem die somatopsychischen Regelkreise dominiert. Erfahrungsbildung nach aggressivem Verhalten kann immer wieder punktuell dazu führen, dass das Wohlbefindens-/ Belohnungssystem aktiviert und dadurch der krankheitswertige Zustand stabilisiert wird ("Ich werde bedroht und mein wehrhaftes Verhalten war erfolgreich."). Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise dem IID zugeordnet werden können, sind:

Schizophrenie (F20), akute vorübergehende psychotische Störungen (F23), paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0), dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19), anhaltende wahnhafte Störungen (F22), manische Episode (F30), schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55), emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Das betroffene Individuum findet oder sucht beständig aktuelle externale Verursachungen für das als schrecklich Erlebte. Gefühle werden unterdrückt bzw. nicht wahrgenommen. Somatopsychische Funktionen werden überlastet und nehmen wegen einseitiger Ausrichtung Schaden (z.B. Somatisierungsstörungen).

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): IID kann sich aus Perturbatio Delens Pertinax (PDP, langlebige zerstörerische Unruhe, s. Störung 3) entwickeln.

6 Compensatio Delens (COD) Zerstörendes Ersetzen

Beschreibung: Somatoforme Störungen, Anpassungsstörung, Aggression, Reaktanz, Soziopathie (z.B. Feindseligkeit), Negieren von Fakten, Somatoforme Störungen, u.a. als Folge destruktiven Verhaltens.

Verursachung (Beispiele): Destruktives Erleben und Handeln als Kompensation von erlebter Hilflosigkeit und vermeintlicher Hoffnungslosigkeit, vor allem im Zusammenhang mit als aversiv erlebter Zurückweisung durch emotional wichtige Personen.

Der Zustand der überhöhten Angst kann durch überhöhte Kompensation gemindert werden. Hierbei treten immer wieder punktuelle Erfolge ein, die im Rahmen der Erfahrungsbildung zu einem stabilen Zustand führen können. Es erfolgt ein Übermaß an pathogener bzw. pathologischer Akkommodation in den Referentialdomänen 2 und 3 als stabiles Ergebnis von Erfahrungsbildung, weil Assimilation vermieden wird bzw. kaum noch stattfinden kann. Eingetretene Nachteile und Schäden aktivieren das Angst- und Bestrafungssystem und erzeugen somit Leiden.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise der COD zugeordnet werden können, sind:

Anpassungsstörungen (F43.2), somatoforme Störungen (F45), Schizophrenie (F20), dissoziative Störungen (F44), Zwangsstörung (F42), Essstörungen (F50), schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55), dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Pyromanie (F63.1), Trichotillomanie (F63.3).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Das betroffene Individuum findet oder sucht beständig schnelle und direkte Auswege oder Alternativen für Verhaltensbereiche, in denen Hilflosigkeit oder vermeintliche Hoffnungslosigkeit erwartet wird. Wegen Missachtung von interpersonalen Regeln und Bedürfnissen besteht Selbstund Fremdgefährdung. Somatopsychische Funktionen werden überlastet und nehmen wegen einseitiger Ausrichtung Schaden (z.B. wegen Diabetes II).

Zusammenhang zu anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): COD kann sich aus Störung 2 (Cruciatus Vehemens, CRV, qualvolles Angegriffenwerden) und aus CPV (Compensatio Vitae) entwickeln.

7 Licentia Irreverens (LII) Glatte Freiheit, eingeforderte Ungebundenheit

Beschreibung (Beispiele): Histrionisches Verhalten, manische / hypomanische Störung, narzisstische Persönlichkeitsstörung, autistische Merkmale, Halluzinosen, manchmal starke Stimmungsschwankungen (nach erlebten Ablehnungen / Misserfolgen). Grundsatz: "Die Welt dient mir – ich fordere alles, was ich brauche."

Verursachung (Beispiele): Interaktion von Person und Umwelt mit (zwischen den Individuen variablen) endogenen / psychogenen sowie externalen Anteilen; Anteile sind u.a. als intensiv schützend erlebte Prozesse und diesen Schutz bedrohende Ereignisse, manisch oneiroid wirkende Substanzen. Nach stabilisierter destruktiver Erfahrungsbildung wird Assimilation in den Referentialdomänen 2 und 3 vermieden, obwohl sie in salutogener Weise möglich wäre. Lediglich in der Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen) findet Assimilation regelmäßig statt (vor allem durch Optimierung bzw. Maximierung von somatopsychischen Zielen). Akkommodation in den Referentialdomänen 2 und 3 findet nur punktuell oder illusorisch statt. Immer wieder wird das Wohlbefindens-/ Belohnungssystem aktiviert und hält somit die krankheitswertigen somatopsychischen Prozesse aufrecht. Das Angst- und Bestrafungssystem wird aktiviert, wenn die Nachteile und die Schäden deutlich spürbar werden.

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise der LII zugeordnet werden können, sind:

Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4), narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8), manische Episode (F30), möglicherweise auch verschiedene Formen des Autismus (z.B. F84.-).

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Es wird ein unnötiger Aufwand vor allem wegen des kompromisslosen Meidens von anderen Menschen erzwungen, mit denen sich das betroffene Individuum eigentlich auseinander setzen müsste; die eigene Innenwelt (Referentialdomäne 1) kann nur durch intensive positive Erlebnisse aus den Referentialdomänen 2 (und auch 3) positiv gestimmt werden, Entwicklung von Zynismus und Feindseligkeit bei erlebter Ablehnung. Wegen Missachtung von interpersonalen Regeln und Bedürfnissen besteht Selbst- und Fremdgefährdung.

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): Unterdrückung bzw. Verhinderung narzisstischen bzw. manischen Erlebens führt grundsätzlich zu Onus Atrum (Düstere Last, schwarze Füllung, s. Störung 8, Depression, s.a. Fiedler, 2007, S. 207).

8 Onus Atrum (ONA) Düstere Last, schwarze Füllung

Beschreibung (Beispiele): Depression (endogen und exogen), auch Selbstgefährdung, Rückzug in sich selbst, körperliche Inaktivität, im Allgemeinen Mangel an Serotonin.

Erscheinungsformen von Onus Atrum: Enttäuschung und Verbitterung über die ungerechte und gefährliche Welt (einschließlich Menschen), vergebliche Suche nach Sicherheit in einer Welt, in die man hineingeworfen wurde, immer wieder der Versuch, selbst nicht genauso schlecht zu handeln wie "die Welt" in Verbindung mit einer Anklage der "Schlechtigkeit" der Welt. Daraus kann manchmal eine erkennbare Überheblichkeit / Selbstgerechtigkeit werden. Immer wieder wohltuender, schützender Rückzug in die eigene innere dunkle Welt, die jedoch vertraut ist und in der man sich immer wieder sicher fühlen kann.

Verursachung (Beispiele): Interaktion von Person und Umwelt mit (zwischen den Individuen variablen) endogenen / psychogenen sowie externalen Anteilen; Anteile haben möglicherweise genetische Bedingungen, als intensiv bedrohlich erlebte Ereignisse, Angst erzeugende und aversiv oneiroid wirkende Substanzen, erlebte Hilflosigkeit und vermeintliche Hoffnungslosigkeit, vor allem im Zusammenhang mit als aversiv erlebter Enttäuschungen durch Geschehnisse und durch emotional wichtige Personen, Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung durch bestätigte negative Erwartungen. Aufgrund fortwährender stabilisierter Erfahrungsbildung findet keine Akkommodation in den Referentialdomänen 2 und 3 statt, sodass Nachteile und Misserfolge eintreten oder befürchtet werden. Das Angst- und Bestrafungssystem steuert somit das Verhalten. In den Referentialdomänen 2 und 3 findet keine Assimilation statt, die möglicherweise neue Möglichkeiten der Akkommodation bieten könnte. In der Referentialdomäne 1 kann Assimilation und Akkommodation erfolgen, die manchmal dem Wohlbefindens-/ Belohnungssystem Steuerungsmöglichkeiten bieten (z.B. wenn illusorische Weltverbesserungsideen gelebt werden können oder wenn das Individuum seine düstere Welt als vertraut erlebt).

Beispiele aus F-Diagnosen der ICD-10, die ganz oder teilweise dem ONA zugeordnet werden können, sind:

Depressive Episode (F32.-), rezidivierende depressive Störungen (F33), Dysthymia (F34.1), schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1), Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), bipolare affektive Störung (F31.-). Im Übrigen sei hier auf die "Depressionsrichtlinie" (2009) hingewiesen, in der eine Fülle von Behandlungsanregungen enthalten ist, ohne jedoch einen Bezug zu einer Theorie der Depression oder zu einer übergreifenden Störungssystematik zu liefern.

Somatopsychische Folgen bei Nichtbeachtung der Störung (Beispiele):

Das betroffene Individuum sucht keine Auswege oder Alternativen für Verhaltensbereiche, in denen Hilflosigkeit oder vermeintliche Hoffnungslosigkeit erwartet wird. Somatopsychische Funktionen werden überlastet und nehmen wegen der einseitigen Ausrichtung Schaden. Hilflosigkeit und vermeintliche Hoffnungslosigkeit und das damit verbundene Leid werden als ausschließliche Realität des Lebens akzeptiert. Eine aktive nachhaltig positive Lebensgestaltung ist nicht möglich, Entstehung von Zynismus; wegen Missachtung eigener Zustände und von interpersonalen Regeln und Bedürfnissen besteht Selbst- und Fremdgefährdung, Somatopsychische Funktionen werden gestört (z.B. Herzfunktionen) oder überlastet (z.B. wegen Bluthochdruck) und nehmen wegen einseitiger Ausrichtung Schaden; Somatisierungsstörungen.

Zusammenhang mit anderen somatopsychischen Störungen (Beispiele): ONA kann sich aus Licentia Irreverens (LII, Glatte Freiheit, s. Störung 7) entwickeln, sofern das LII-Verhalten nachhaltig verhindert wird. LII kann sich auch als Kompensation / Entlastung aus ONA entwickeln und zyklisch bzw. als bipolare Störung auftreten.

Die vorgestellte Neuordnung somatopsychischer Störungen kann zur Verbesserung des Klassifikationswerks ICD genutzt werden:

- 1. Einige Störungen mit demselben fachlichen Hintergrund sind in der ICD-10 verstreut aufgeführt, z.B. diejenigen zu Extremerlebnissen (Akuter Belastungsreaktion F43.0, Posttraumatische Belastungsstörung F43.1, Anpassungsstörungen F43.2 und Persönlichkeitsstörungen F60.0), sodass Diagnosen erschwert werden. Dies gilt ebenso für Symptome depressiver Art.
- In der ICD-10 scheinen vor dem Hintergrund der Neuordnung der Störungen u.a. die narzisstische Persönlichkeitsstörung und das histrionische Verhalten mit Kontingenzen pathogener Prägungen zu wenig berücksichtigt worden zu sein. Verhalten wie krankheitswertiger Hass und krankheitswertige Aggression (z.B. Soziopathie oder krankheitswertig mangelhaft ausgeprägte Empathie) sind ebenfalls fachlich nicht genügend in der ICD-10 repräsentiert.
- 3. In der ICD-10 sind krankheitswertige Umgangsarten mit sich selbst wie emotionale Taubheit sich selbst gegenüber und Vernachlässigung eigener Lebensbedürfnisse nur wenig vertreten.
- 4. Die F-Gruppe in der ICD-10 sollte wissenschaftlich genauer als bisher fundiert werden, um die fachliche Konsistenz des Systems zu verbessern, so z.B. wäre es besser, die ABR (F43.0) und die PTBS (F43.1) unter der Bezeichnung Psychotrauma miteinander zu verbinden.

4.4 Somatopsychisches Leben

Es existiert eine Hierarchie von somatopsychischen Zielen, in der untergeordnete Ziele eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für das Erreichen des hierarchisch höheren Ziels darstellen, da externale Ereignisse und weitere Auslöser mit dazugehören. Eine hierarchische Ordnung als Postulat zeigt Abbildung 16.

Die beiden Zustände "Wohlbefinden" und "Leiden" gehören zum somatopsychischen Leben, das nicht nur aus Gesundheit, sondern auch aus Krankheit besteht.

Die Teilziele im Bereich des Leidens beschreiben die Krankheitswertigkeit eines somatopsychischen Zustands, die Teilziele des Wohlbefindens beschreiben die Gesundheitswertigkeit eines somatopsychischen Zustands.

Somatopsychisches Leben



Reifen und Wachsen Bewegen

Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen Funktionieren des Metabolismus Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene Erfahrungsbildung

Wohlbefinden

(gehört zum Belohnungssystem)



Teilziele

Appetenz, Dynamik, Ruhe und Ausgeglichenheit, Internalität, verstehendes Erleben, Wunscherfüllung, Systematik, Leichtigkeit und Durchsichtigkeit

Leiden

(gehört zum Angst-/ Bestrafungssystem)



Teilziele

Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren, sich ständig in Desorganisation aufhalten, kämpferische Verteidigung als Prinzip vorsorglich ausüben, Überdecken eigener Internalität durch übermäßige externale Einwirkungen, u.a mit Rausch (als Prinzip), ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen, Erzwingen von externalen Geschehnissen als Prinzip, dynamische Bezugslosigkeit als Prinzip praktizieren, sich ständig unter Last und in Dunkelheit befinden.

Abb. 16: Postulierte Hierarchie von Zielen somatopsychischen Lebens

Zur Förderung des obersten Ziels (somatopsychisches Leben) existieren Teilziele, die je nach Lebensphase oder je nach Lebenssituation die jeweils passende Präsenz und Stärke ausprägen. Nicht immer sind alle Ziele gleichzeitig in vollem Umfang aktiv. Gesundheit und auch Krankheit können jeweils oberstes somatopsychisches Ziel sein. Zum Erreichen eines jeden Ziels gehören eigene Regelkreise, die jeweils von anderen Regelkreisen mit kontrolliert und mit gestützt werden.

Das oberste Ziel – das Funktionieren der in Abschnitt 3.3 bereits beschriebenen somatopsychischen Basisprozesse – kann erreicht werden, wenn die Teilziele erreicht werden. Das Zusammenwirken von Teilzielen ermöglicht eine Absicherung der Stabilität von Prozessen, vor allem wegen der damit verbundenen Überdetermination von Prozessen.

4.5 Übergänge zwischen somatopsychischer Gesundheit und somatopsychischer Krankheit

Zwischen Gesundheit und Krankheit existieren Übergangsformen, die u.a. dadurch entstehen, dass sich prodromale Zustände prominent ausgestaltet oder bereits pathogene Anteile latent angelegt haben. In Abbildung 17 werden einige dieser Übergangsformen als verdeutlichende Beispiele aufgeführt.

Die in Abbildung 17 konkretisierte Ordnung somatopsychischer Störungen lässt Raum für die Konzepte der Verhaltenstherapie, der psychodynamischen Ansätze, der Gesprächspsychotherapie, der Psychiatrie und Neurologie und einzelner Spezialformen (wie etwa Psychoedukation).

4.6 Ätiologie somatopsychischer Störungen

Es werden drei Entstehungslinien für somatopsychische Erkrankungen postuliert, die nach dem Muster der Erfahrungsbildung (s. oben) verlaufen.

1. Langfristige, kontinuierliche Beeinträchtigungen

Langfristige, kontinuierliche Beeinträchtigungen können sich aus vorgeburtlichen und nicht umbedingt wegen biologisch-genetischer Bedingungen entwickeln. Sie können vornehmlich in der Kindheit entstehen, z.B. wegen durchgängiger Störung bzw. Verhinderung von geeigneter Akkommodation und geeigneter Assimilation, Verhinderung der Entwicklung von notwendiger und salutogener Illusion von Kontrolle sowie von positiver Kontrollmeinung, forcierter Abhängigkeit von emotional mächtigen Personen, Duldenmüssen von eigenen Nachteilen und eigenen Schäden.

2. Langfristige, kontinuierliche Entwicklung von Beeinträchtigungen, jedoch mit der Möglichkeit von Kompensation

Langfristige, kontinuierliche Beeinträchtigungen bieten manchmal die Möglichkeit einer pathogenen Kompensation z.B. Aushebeln von erlittenen Benachteiligungen durch Lügen oder Falschdarstellungen, Praktizieren von Ersatzverhalten (Ausweichen auf andere Aktivitäten), Verhinderung einen anderen Menschen lieben zu können, Reaktanz.

3. Kurzfristige, starke destruktive Erlebnisse

Kurzfristige, starke destruktive Erlebnisse (Schock- bzw. Extremerlebnisse) können ein Individuum in Hilflosigkeit und in Hilflosigkeit mit Anteilen von Hoffnungslosigkeit hineindrängen. Die Prozesse des Gesundens wie auch des Erkrankens entwickeln sich in den meisten Fällen im Verlauf einer Inkubationszeit von bis zu mehreren Jahren. Gesundheitsförderliche (salutogene und kurative) Maßnahmen benötigen manchmal ebensoviel Zeit, um sich im somatopsychischen System eines Individuums zu etablieren. Genauso verlaufen pathogene Geschehnisse (die z.B. zu chronischen Funktionsstörungen führen) meistens in ähnlichen Zeiträumen.

7 Dynamische Bezuglosigkeit Licentia Irreverens	8 Last und Dunkelheit Onus Atrum
z.B. Überheblichkeit, Grund- sätzliches in Kauf nehmen einer Schädigung Anderer	z.B. Komplizierte Trauer
z.B. Euphorie, Begeisterung nach "wunderbarem" Ereignis	z.B. Akute Trauer nach Verlust
7 Systematik Ordo Sibi Constans	8 Leichtigkeit und Durchsichtigkeit Facilitas Et Perspicuitas

Abb. 17: Beispiele für Übergangsformen zwischen Gesundheit und Krankheit

5 Somatopsychische Therapiesystematik

5.1 Kontext der Therapiesystematik

5.1.1 Absprachen zwischen Patienten und Behandler

Zwischen Patient und Behandler sollte bei einer somatopsychischen Therapie Folgendes per Absprache geklärt werden:

- 1. Der Anlass vom Patienten aus gesehen wird häufig spontan geäußert oder auch der therapeutisch zutreffende Grund für die Inanspruchnahme wird vom Behandler schon früh erkannt und benannt. Der Anlass für den Patienten können z.B. Kopfschmerzen sein.
- 2. Der Patient kann verlangen, dass der Behandler den fachlich zutreffenden Grund für sein Leiden findet. Der therapeutisch zutreffende Grund für das Leiden im Beispiel von Punkt 1 liegt möglicherweise in einer Fehlstellung des Halswirbelbereichs.
- 3. Der Patient kann erwarten, dass der Behandler auf mögliche andere gesundheitsabträgliche Folgen des fachlich zutreffenden Grunds hinweist. Im Beispiel unter Punkt 1 kann er möglicherweise auf die Gefahr des Eintretens eines Tinnitus oder auf die Gefahr von Fehlfunktionen im Rückenbereich verweisen. Der Tinnitus oder die Rückenfehlfunktionen sind demnach prodromal angelegt.
- 4. Der Behandler ist dem Patienten gegenüber verpflichtet, dass er diese Zusammenhänge aufweist und entsprechende Behandlungen oder Verhaltensänderungen vorschlägt. Es kann daher sein, dass der Therapieanlass des Patienten hierfür nicht ausreicht.
- 5. Die Zugangsmotivation "Beseitigung von Kopfschmerzen" des Patienten sollte nunmehr durch eine zusätzliche Gesundungsmotivation erweitert werden. Hierbei sollte der Behandler dem Patienten helfen.
- 6. Der Behandler kann entsprechend des Beispiels unter Punkt 1 eine manuelle HWS-Behandlung (mit entsprechender Diagnose) vornehmen und dem Patienten in Form einer Beratung oder eines Coaching Verhaltensänderungen (z.B. künftig nicht mehrere Arbeitsaufgaben gleichzeitig durchführen) lernen lassen. Auf diese Weise kann aus einem Patienten ein Klient bzw. Coachee werden. Auch der umgekehrte Fall ist möglich: Aus einem Beratungsanliegen kann eine Behandlungsmotivation werden.

Der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Behandler kann grundsätzlich keine stabilen Vertragsgrundlagen beinhalten, da je nach Ursache für den Mangel, für die Symptome oder für das Leiden die Motivation sowie auch Mitarbeit des Patienten variabel sein müssen. Dies gilt auch für die Strategie, die Methoden und die Techniken des Behandlers.

5.1.2 Phasenaufbau

Eine somatopsychische Therapie besteht darin, die pathogenen Ziele zu schwächen und letztlich durch salutogene Ziele zu ersetzen. Therapeutische Maßnahmen werden über somatopsychische Teilsysteme wirksam. Über eine Integration von neuen, salutogenen Teilsystemen bzw. durch die

Stärkung oder Schwächung von Teilsystemen kann das Gesamtsystem verändert werden.

Dies kann z.B. erfolgen

- · über eine Integration einer salutogenen Gedankenstoppmethode (vor allem destruktive Gedankengänge bewusst beenden),
- · über die Umgestaltung von Interpretationen durch geänderte, salutogene Attributionen (salutogene Bewertungen oder Erklärungszusammenhänge finden),
- · über eine gezielte salutogene Reflexion (z.B. objektivierte Klarheiten schaffen) über sich selbst, wenn man sich selbst ändern will,
- · über das Zulassen einer anderen, salutogenen Umgebung in Form von "mere exposure" (Grush et al., 1978; Grush, 1980),
- · über das Trainieren von salutogenen somatischen Kompetenzen (z.B. Muskeln oder Beweglichkeit),
- das Trainieren von salutogenen internalen Informationsabläufen wie etwa durch erhöhte Körperachtsamkeit,
- · durch adjuvante salutogene Medikation,
- durch adjuvante, salutogene medizinische Operation oder
- durch Prothetiken wie Seh- oder Hörhilfen, die salutogene Entwicklungen ermöglichen oder verstärken.

Ein salutogenes Vorgehen erfordert methodisch, dass nach dem "Wohin" und "Wozu" eines somatopsychischen Prozesses gefragt wird. Somatopsychische Prozesse verfolgen Ziele, die im Wesentlichen von Natur aus vorgegeben sind, also autochthon aufkommen. Diese Ziele steuern die Konsistenz in der gegenseitigen Subsidiarität von Psyche und Soma. Das oberste Ziel ist das somatopsychische Leben unter Einschluss von Gesundheit und Krankheit.

Ein direktes, volitionales Einwirken auf somatopsychische Ziele ist grundsätzlich nicht möglich. Lediglich eine Veränderung der Prozesse, die für die Zielerreichung eingesetzt werden, kann z.B. durch volitionales Training bewirkt werden. Häufig werden somatopsychische Ziele durch externale übermächtige Einflüsse vor allem in der Intensität verändert, z.B.:

- durch somatopsychische Schäden (vor allem vorgeburtliche und geburtliche),
- · durch gewaltsame Einwirkungen,
- durch lebensgeschichtliche, kumulativ wirkende Entwicklungsstörungen
- durch lebenslang einseitig wirkende ungünstige Gewohnheiten (wie etwa übermäßiges Zulassen von kognitiv-emotionalen / somatischen Modulationen mit der Folge eines Scheiterns von Assimilation und Akkommodation).

Für jedes Teilsystem kann es spezifische therapeutische Maßnahmen geben. Die therapeutisch erzeugte Veränderung in einem Teilsystem wirkt sich auf andere Teilsysteme und damit auch auf das Gesamtsystem aus. Gesundheit und Krankheit entstehen nach den in der vorliegenden Abhandlung gezeigten Zusammenhängen durch die Wirkungen von Assimilation und Akkommodation, und zwar hauptsächlich wegen des Erlebens von Kontrolle oder von Kontrollverlust in den Referentialdomänen im Kontext

- · des Wohlbefindens- bzw. des Angstsystems und
- der Ziele somatopsychischer Basisprozesse.

Gesundheit entsteht dadurch oder wird dadurch aufrecht erhalten, dass die Assimilation und Akkommodation (s. Abschnitt 3.6) nach den Maßstäben des Wohlbefindens-/ Belohnungssystems (s. Abschnitt 3.2) als erfolgreich bewertet werden.

Eine gesundheitliche Störung entsteht dadurch oder wird dadurch aufrecht erhalten, dass Assimilation und Akkommodation nach den Maßstäben des Angst-/ Bestrafungssystems als misslungen bewertet werden. Assimilation und Akkommodation betreffen alle somatopsychischen Basisprozesse.

Sobald auf jeder Hierarchiestufe die Ziele genau und umfassend erreicht wurden, ist die gesamte Hierarchie und somit der Zustand der Gesundheit bzw. der Krankheit entsprechend gefestigt. Höhere Ziele stabilisieren hierarchisch darunter liegende Ziele und umgekehrt. Daher sollten Heilmaßnahmen versuchen, soviel gesundheitsförderliche Ziele wie möglich zu erreichen. Behandlungsmaßnahmen benötigen Inkubationszeiten, für die ausreichend Zeit zu geben ist, um die Resilienz und salutogenen Funktionen eines Individuums entfalten lassen zu können. Je nach Phase einer Erkrankung und je nach Phase einer Behandlungsmaßnahme können die Therapieformen unterschiedlich sein. So z.B. kann am Anfang einer somatopsychischen Therapie eine Medikation stehen, die eine Entlastung des Patienten bewirken kann. Diese Medikation ist dann zu beenden, wenn an Gefühlen gearbeitet werden muss. Sofern innerhalb der Behandlung einer PTBS (F43.1 nach ICD-10) lebensgeschichtlich bezogene Störungen erkennbar werden, können z.B. tiefenpsychologische Therapiemethoden zusätzlich sinnvoll werden. Bei der Behandlung einer spezifischen Phobie (wie etwa Soziophobie) kann es nach einer verhaltenstherapeutischen Sequenz sehr nützlich sein, gesprächstherapeutisch im Sinne von Rogers oder logotherapeutisch im Sinne von Frankl vorzugehen.

In Behandlungen von Störungen sind grundsätzlich alle Therapiemethoden, -verfahren und -techniken einsetzbar, die allerdings über folgende fachliche Voraussetzungen verfügen müssen:

- 1. Fachliche Einbettung der somatopsychischen Intervention in eine empirisch geprüfte Theorie (z.B. verhaltenstheoretische Ansätze; kontrollpsychologische Ansätze; Medikation mit somatopsychischer Wirkungsanalyse) oder zumindest Einbettung in eine axiomatisch stimmige und eine in sich stimmige Theorie mit empirischer Plausibilität (z.B. Ansätze nach der Individualpsychologie Adlers; Ansätze auf der Grundlage der Gestaltpsychologie) oder
- 2. fachliche Einbettung der somatopsychischen Intervention in ein empirisch geprüftes Konstrukt (z.B. Lernen durch Konditionierung; Medikation durch SSRI "Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer") oder zumindest Einbettung in ein axiomatisch stimmiges oder in ein schlüssiges Konstrukt mit empirischer Plausibilität (z.B. imaginative Verfahren, Hypnose, Entspannungsverfahren, Körpertherapie, paradoxe Intention / Intervention).
- 3. Nicht geeignet sind Methoden, Verfahren und Techniken, die unerwünschte Nebenwirkungen verursachen können (z.B. bei Medikation mit den herkömmlichen Schlafmitteln; unvermittelte Konfrontation mit einer emotionalen Extremsituation).

Die Auswahl von somatopsychischen Interventionen erfolgt vor dem Hintergrund einer Theorie oder eines Konstrukts grundsätzlich hypothesengeleitet.

Ein Therapieverlauf kann in Phasen unterschiedlicher fachlicher Anforderungen hinein kommen: z.B. kann nach einer Phase der verhaltenstherapeutisch gesteuerten emotionalen Entlastung (u.a. auch durch Medikation) im Zusammenhang mit einem Extremerlebnis (mit Cruciatus Vehemens als Folge) ein lebensgeschichtliches Problem in den Mittelpunkt treten, das am besten tiefenpsychologisch, z.B. oder adlerianisch zu behandeln ist. Nach dieser Phase sollten möglicherweise salutogene Entwicklungen gefördert werden, z.B. durch Körpertherapie oder übende Verfahren wie etwa Entspannungsverfahren. In der nächsten Phase sind möglicherweise psychoedukative Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Lebensführung erforderlich (wie etwa durch Sport, durch

salutogene Ernährung oder durch lösungsorientierte Ansätze). Je nach salutogener Entwicklung sind möglicherweise innerhalb einer somatopsychischen Therapie phasenweise unterschiedliche Behandlungsansätze erforderlich. Jede einzelne Phase ist mit einem spezifischen Therapieziel abzuschließen. Allerdings kann es adjuvante Vorgehensweisen geben, die mehrere Phasen begleiten können (z.B. Entspannungsverfahren, Schmerzmedikation, lösungsorientierte Verfahren). Eine brauchbare Übersicht über psychotherapeutische Methoden und Verfahren finden sich u.a. in dem Lehrbuch von Capuzzi und Gross (2007).

In der vorliegenden Abhandlung finden sich weiter unten ebenfalls ausgewählte somatopsychische Behandlungsmethoden und -verfahren.

Für die fachlich geeignete Durchführung einer somatopsychischen Therapie ist die Anwendung mehrerer Methoden und Verfahren erforderlich. Dies kann dadurch erfolgen, dass ein Behandler mehrere Methoden und Verfahren kennt und beherrscht oder dass mehrere Behandler im Einvernehmen mit dem zu behandelnden Individuum die somatopsychischen Maßnahmen gemeinsam durchführen.

Die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen orientiert sich am Störungsbild mit dem zugrunde liegenden Modell bzw. Konstrukt. Zu diesem Zweck ist eine entsprechende hypothesengeleitete Diagnostik erforderlich, die u.a. dazu dient, einzelne Phasen abgrenzen zu helfen (s. Abbildung 18).

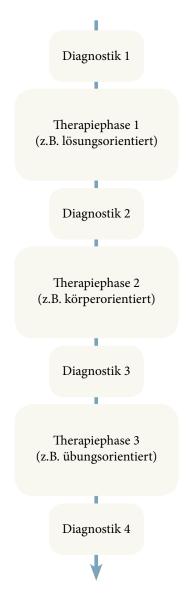


Abb. 18: Typisierter Phasenaufbau einer somatopsychischen Therapie

Diagnosen lassen sich aus folgenden Beobachtungen (inkl. Skalenpunktwerte oder Messungen) ableiten:

- 1. Durch Einbettung der Berichte des erkrankten Individuums in eine somatopsychische Theorie oder in ein somatopsychisches Konstrukt oder
- 2. aus dem Symptombild oder
- 3. durch Einbettung des Symptombilds in eine somatopsychische Theorie oder in ein somatopsychisches Konstrukt oder
- 4. durch Einbettung der Ergebnisse von Beobachtungen (inkl. Skalenpunktwerte oder Messungen) in eine somatopsychische Theorie oder in ein somatopsychisches Konstrukt oder
- 5. durch Kombination der Informationen aus den Punkten 1 bis 4.

Die Auswahl des somatopsychischen diagnostischen Vorgehens erfolgt vor dem Hintergrund einer Theorie oder eines Konstrukts, die bzw. das jeweils auf das Störungsbild passt, grundsätzlich hypothesengeleitet. Aus einem solchen Hintergrund ergeben sich die Behandlungsaßnahmen. Befundcluster einer Störung und Behandlungscluster müssen zusammenpassen. Im folgenden Abschnitt werden Befund- und Behandlungscluster anhand von Beispielen zusammengeführt.

5.2 Befund- und Behandlungscluster an drei Beispielen

Die Kenntnis der Befundcluster einer Störung gibt Hinweise auf Maßnahmen zur Wiedererlangung bzw. zum Erhalt von Gesundheit und ermöglicht Maßnahmen zur Schwächung bzw. zur Beseitigung von Störungen in Form von Behandlungsclustern.

Befund- und Behandlungscluster (Beispiel 1): Somatopsychische Schädigung durch ein kurzzeitiges und schwach wirkendes externales Ereignis

Dieses Beispiel gehört zur somatopsychischen Störung 1 (Contentio Anxie Evitandi, Vermeiden von Situationen wegen Angst, Fluchtimpulse).

Für die Darstellung des Befundclusters einer Störung werden die folgenden Beispiele verwendet: Offene Verletzung auf der Körperoberfläche mit Blutungen, Verunreinigung der Wunde, Schmerzen, Angst vor Behandlung, Wut auf den ursächlichen Vorgang, Ärger über den Schaden, Angst vor Dauerschaden.

Befunde (Beispiele): Schnittverletzung im Schienbeinbereich durch Sturz auf scharfe Kante, Schmerzbelastung, spezifische Phobie, Unruhe.

Zwischen diesen in der Befundung genannten Beeinträchtigungen bestehen Zusammenhänge. Der Aufprall und die Schnittverletzung stehen in einem 100%-igen Zusammenhang zur Schmerzbelastung und die Phobie sowie die Unruhe stehen in einem teilweisen oder auch 100%-igen Zusammenhang zum schädigenden Ereignis (s. Abbildung 19).

Die Diagnose im vorliegenden Beispiel 1 ist u.a. die Akute Belastungsreaktion (ABR, F43.0 nach ICD-10). Die ABR gehört zur somatopsychischen Störung Cruciatus Vehemens. Die Behandlung der Störungen in Beispiel 1 umfasst u.a. Folgendes: Psychologische und medizinische Ersthilfe, Psychoedukation zur Heilhandlung, Stillen der Blutungen, Reinigen und Verschließen der Wunde, Reduktion der Schmerzen durch Medikation mit Übergang zur Adaptation der Schmerzwahrnehmung durch Adaptationsübungen, emotionale Entlastung mit Teilen kognitiver Verhaltenstherapie, z.B. (Wieder-)Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle (s. Abbildung 20).

Unruhe	Zusammenhang zu 100%	Zusammenhang zu 100%	Zusammenhang zu 100%	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Entfällt
Spezifische Phobie	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Entfällt	
Schmerz- belastung	Zusammenhang zu 100%	Zusammenhang zu 100%	Entfällt		
Schnitt- verletzung	Zusammenhang zu 100%	Entfällt			
Sturz	Entfällt				
	Sturz	Schnitt- verletzung	Schmerz- belastung	Spezifische Phobie	Unruhe

Abb. 19: Somatopsychische Zusammenhänge zu Beispiel 1

Unruhe			
Spezifische Phobie			
Schmerz- belastung			Entfällt
Schnitt- verletzung	Stillen der Blutungen, Reinigen und Ver- schließen der Wunde	Entfällt	Stillen der Blutungen, Reinigen und Verschließen der Wunde, Reduktion der Schmerzen durch Medikation mit Über- gang zur Adaptation der Schmerzwahrnehmung durch Adaptations- übungen
Sturz	Entfällt	Psychologische und medizinische Ersthilfe, Psychoedukation zur Heilbehandlung	Stillen der Blutungen, Reinigen und Verschließen der Wunde, Reduktion der Schmerzen durch Medikation mit Übergang zur Adaptation der Schmerzwahrnehmung durch Adaptations- übungen
	Sturz	Schnitt- verletzung	Schmerz- belastung

Unruhe		Entfällt
Spezifische Phobie	Entfällt	Emotionale Entlastung mit Teilen von kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. (Wieder-) Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle)
Schmerz- belastung	Emotionale Entlastung mit Teilen von kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. (Wieder-) Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle)	Reduktion der Schmerzen durch Medikation mit Übergang zur Adaptation der Schmerzwahrneh- mung durch Adaptations- übungen
Schnitt- verletzung	Emotionale Entlastung mit Teilen von kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. (Wieder-) Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle)	Stillen der Blutungen, Reinigen und Verschließen der Wunde, Reduktion der Schmerzen durch Medikation mit Übergang zur Adaptation der Schmerzwahrnehmung durch Adaptations- übungen
Sturz	Emotionale Entlastung mit Teilen von kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. (Wieder-) Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle)	Psychoedukation zur Heilbehandlung
	Spezifische Phobie	Unruhe

Abb. 20: Zusammenhänge zum somatopsychischen Behandlungscluster zu Beispiel 1

Befund- und Behandlungscluster (Beispiel 2): Somatopsychische Schädigung durch ein intensiv wirkendes externales Ereignis

Dieses Beispiel gehört zur somatopsychischen Störung 2 Cruciatus Vehemens, Unruhig- und Starrsein durch Extremerlebnis.

Für die Darstellung des Befundclusters einer Störung werden die folgenden Beispiele verwendet: Inneres Chaos, Zustand von Überlastung, Rückzug von Menschen, Schlafstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Vermeiden von Handeln, Schwäche und Instabilität auch sich selbst gegenüber, Furcht vor schweren Verlusten, Schmerzen.

Befunde (Beispiele): Angst, Vermeidungsverhalten, Soziophobie, Hilflosigkeit, schmerzhafte Muskelverspannungen.

Zwischen diesen in der Befundung genannten Störungen bestehen Zusammenhänge. Zwischen Vermeidungsverhalten, Soziophobie, schmerzhaften Muskelverspannungen und Angst besteht ein 100%-iger Zusammenhang; die Hilflosigkeit steht mit Angst, Vermeidungsverhalten und Soziophobie in Zusammenhang (s. Abbildung 21).

Im Behandlungscluster zu Beispiel 2 werden u.a. folgende Zusammenhänge berücksichtigt: Mentale Übungen, Diskriminationsübungen und graduelle Expositionsübungen sollen das Vermeidungsverhalten gegenstandslos machen. Die schmerzhaften Muskelverspannungen können vorübergehend durch Medikation, generell jedoch durch Körpertherapie und durch mentale Übungen, z.B. mithilfe von Bio- oder Neurofeedback, reduziert werden (s. Abbildung 22).

Befund- und Behandlungscluster (Beispiel 3): Lebensgeschichtliche Entwicklung eines Rückzugs aus dem aktivem Leben

Dieses Beispiel gehört zur somatopsychischen Störung 8 (Onus Atrum).

Für die Darstellung des Befundclusters einer Störung werden die folgenden Beispiele verwendet: Emotionale Kraftlosigkeit, Erwartung von Nachteilen, Rückzug von anderen Menschen, immer wieder aufkommende Impulse von Hoffnungslosigkeit oder stabil auftretende Hoffnungslosigkeit, Vermeiden von Bewegungen, somatische Schwächung.

Befunde (Beispiele): Antriebslosigkeit, Rückzug aus aktivem Leben, Stabilisierung des Erlebens lediglich durch Erwartung von negativen Ereignissen und von Misserfolgen, somatopsychischer Verfall, Depression.

Aus der Anamnese (Beispiele): Im Grundschulalter Bettnässen, keine Freundschaften; in der Adoleszenz umfangreiche Fehlzeiten in der Schule; Fehlernährung; wegen langen Aufenthalten bei den Großeltern geprägt durch Laissez-Faire-Erziehungsverhalten.

Zwischen diesen in der Befundung genannten Störungen bestehen Zusammenhänge. Die Antriebslosigkeit wird verstärkt durch somatopsychischen Verfall und verstärkt seinerseits den Rückzug aus dem aktiven Leben. Erlebte eigene Misserfolge verstärken die Erwartung destruktiver Kontingenzen. Das Verhalten wird auf diese Weise über lange Zeit hinweg stabil, also ergibt sich eine chronifizierte Störung.

Die Diagnose im vorliegenden Beispiel 3 ist u.a. die depressive Episode (F32.-). Eine depressive Episode gehört zur somatopsychischen Störung Onus Atrum. Das Befundcluster der Störung enthält Abbildung 23.

Schmerzhafte Muskelver- spannungen	Zusammenhang zu 100%	Schwacher Zusammenhang	Schwacher Zusammenhang	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Entfällt
Hilflosigkeit	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Teilweiser Zusam- menhang, zumindest Schädigung als Auslöser	Entfällt	
Soziophobie	Zusammenhang zu 100%	Zusammenhang zu 100%	Entfällt		
Vermeidungs- verhalten	Zusammenhang zu 100%	Entfällt			
Angst	Entfällt				
	Angst	Vermeidungs- verhalten	Soziophobie	Hilflosigkeit	Schmerzhafte Muskelver- spannungen

Abb. 21: Somatopsychische Zusammenhänge zu Beispiel 2

Schmerzhafte Muskelver- spannungen					Entfällt
Hilflosigkeit				Entfällt	Körperrhythmen verbessern (z.B. Atmung, Herzfrequenz, Schlafrhythmus)
Soziophobie			Entfällt	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen
Vermeidungs- verhalten		Entfällt	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Achtsamkeitsübungen, Körpertherapie
Angst	Entfällt	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, Graduelle Expositions- übungen	Entlastung durch Medi- kation, Körpertherapie, Psychoedukation, mentale Übungen, Diskriminations- übungen, Graduelle Ex- positionsübungen
	Angst	Vermeidungs- verhalten	Soziophobie	Hilflosigkeit	Schmerzhafte Muskelver- spannungen

Abb. 22: Zusammenhänge zum somatopsychischen Behandlungscluster zu Beispiel 2

Somatopsychischer Verfall	Zusammenhang zu 100%	Teilweiser Zusammen- hang, zumindest als Auslöser	Schwacher Zusammenhang	Entfällt
Stabilisierung durch Erwartung von negativen Ereignissen und von Misserfolgen	Teilweiser Zusammen- hang, zumindest als Auslöser	Zusammenhang zu 100%	Entfällt	
Rückzug aus aktivem Leben	Zusammenhang zu 100%	Entfällt		
Antriebs- losigkeit	Entfällt			
	Antriebs- losigkeit	Rückzug aus aktivem Leben	Stabilisierung durch Erwartung von negativen Ereig- nissen und von Misserfolgen	Somatopsychischer Verfall

Abb. 23: Somatopsychische Zusammenhänge zu Beispiel 3

Die Behandlung der Störungen in Beispiel 3 umfasst u.a. Folgendes: Entlastung von Depressionen durch Medikation (vorübergehend), Auffinden von Widersprüchen und Überführung in kognitive Dissonanzen (z.B. Rückzug und dennoch konstruktiv leben wollen), Auffinden und schrittweise Erreichen von kleinen lebenswerten Zielen, Körpertherapie (z.B. Wohlfühlen durch Massage und durch Wasser), langsamer Aufbau somatischer Kondition, Auffinden und Üben von persönlichen Schutzmaßnahmen, langfristiges Auffinden von Zielen mit einer Färbung von Weltverbesserung, langfristiger Aufbau von salutogenen Gewohnheiten mit Herstellung von Überzeugungen internaler Kontrolle.

Dieses therapeutische Vorgehen erlaubt die Bildung eines Behandlungsclusters (s. Abbildung 24).

5.3 Ansatzpunkte von Interventionen

5.3.1 Arten von Interventionen

Eine somatopsychische Therapie benötigt in der Praxis Ansatzpunkte für Interventionen. Alle therapeutischen Maßnahmen und Arbeiten sind Interventionen (z.B. Psychoedukation, Handlungsübungen, Problemlösungsgespräche, Erzeugen und Auflösen kognitiver Dissonanzen, Imaginationen sowie mentale Übungen, s.a. Jacob & Tuschen-Caffier, 2011, Reflexionen, diagnostische Gespräche, lösungsorientierte, argumentative Gesprächsinhalte).

Für Interventionen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten oder Notwendigkeiten, die sich aus der Lebenssituation und aus dem Lebensablauf eines Individuums ergeben. Folgende Ansatzpunkte können gesehen werden:

- 1. Präventive Intervention (z.B. Stressimpfung nach Meichenbaum, 2003),
- 2. Protektive Intervention (vor allem psychologische Ersthilfe, emotionale Entlastung, Medikation),
- 3. Supportive Intervention (z.B. somatopsychische Methoden wie Symptomreduktion, salutogener Aufbau, Problemlösungen),
- 4. Implementative Intervention (vor allem Vorbereitung und Begleitung der Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag),
- 5. Konfirmative Intervention (vor allem Beratung nach Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag)
- 6. Rekursive Intervention (z.B. katamnestische Gespräche, Nachgespräch mit vergleichender Rückschau)

und

7. Palliative Intervention.

Im Folgenden werden diese Interventionsarten näher beschrieben.

Langzeitziele einschließlich Langzeitgewohn- heiten					Entfällt
Schutz- maßnahmen				Entfällt	Mentale Übungen, Achtsamkeitsübungen, Etablieren von konstruktiven Lebens- strategien
Körpertherapie			Entfällt	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, graduelle Expositions- übungen	Innerhalb der Depression Erweiterung des eigenen Schutzraums zum Wohl- fühlen
Abbau von Dissonanzen und Aufbau von Zielen		Entfällt	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, graduelle Expositions- übungen	Mentale Übungen, Diskriminationsübungen, graduelle Expositions- übungen, Entwicklung von konstruktiven Lebens- strategien	Körperrhythmen verbessern (z.B. Atmung, Herzfrequenz, Schlafrhythmus), Etablierrung eines konstruktiven explanativen Verhaltens
Medikation	adjuvant, subsidiär	Entlastung	Voraussetzungen schaffen	Voraussetzungen schaffen und notfalls Schutz geben	Voraussetzungen schaffen
	Medikation	Abbau von Dissonanzen und Aufbau von Zielen	Körpertherapie	Schutz- maßnahmen	Langzeitziele einschließlich Langzeitgewohn- heiten

Abb. 24: Zusammenhänge zum somatopsychischen Behandlungscluster zu Beispiel 3

5.3.2 Präventive Intervention

Mithilfe einer präventiven Intervention soll es gelingen, ein Individuum auf die Bewältigung (im Sinne von Coping) kommender destruktiver Ereignisse vorzubereiten bzw. das Individuum zu befähigen, die Schäden und die Schadensfolgen eines destruktiven Ereignisses zu mindern. In gefahrgeneigten, risikoreichen Lebens- und Arbeitsbereichen (z.B. Transportgewerbe, Elektrizitäts- und Energieindustrie, Polizei, Militär, Feuerwehr, Sicherheitsdienste) kann es sinnvoll sein, sich nicht nur organisatorisch, sondern auch emotional auf ein Extremerlebnis vorzubereiten.

Eine emotionale Vorbereitung kann u.a. durch die sogenannte Stressimpfung (Meichenbaum, 2003) erfolgen. Zur präventiven Intervention gehören u.a. Hineinfühlen in ein Extremerleben, Möglichkeiten des salutogenen Umgangs mit sich selbst und mit anderen in einer Extremsituation.

Zur präventiven Intervention gehört, dafür zu sorgen, dass das gefährdete Individuum psychisch robust ist. Die Robustheit kann an der Ausprägung der salutogenen Teilziele gemessen werden. Sofern alle acht salutogenen Teilziele nach der Methodik der Therapiezieldefinition gut (nahe 100%) und stabil (zeitlich überdauernd) ausgeprägt sind, ist es nach einem Extremerlebnis mit der Folge einer Cruciatus Vehemens oder nach einer anderen hohen somatopsychischen Belastung (z.B. dauerhafter Disstress) weniger aufwändig, die salutogenen Teilziele zu erreichen.

5.3.3 Protektive Intervention

Patienten versuchen gelegentlich aus ihrer Lage einen so genannten Krankheitsgewinn zu realisieren, z.B. Ansprüche an den Arbeitgeber oder die an die Familie durchzusetzen, wenn sie unter Mobbing leiden oder von innerer Kündigung betroffen sind.

Die protektive Intervention dient dem somatopsychischen Schutz des Individuums. Zur protektiven Intervention gehört die Psychologische Ersthilfe unmittelbar nach dem Extremerlebnis oder nach einer schweren Krise. Ein psychologischer Ersthelfer kann dem betroffenen Individuum vermitteln, dass es Schutz und Hilfe findet und nicht allein gelassen wird, bis es sich an einem emotional sicheren Ort (z.B. zu Hause oder bei einem Psychotherapeuten) befindet. Die Aufgabe kann von Laienhelfern durchgeführt werden.

Weiterhin gehört zur protektiven Intervention die emotionale Entlastung des betroffenen Individuums. In dieser Phase kann es noch keine Stabilisierung geben, wie fälschlicherweise oft angestrebt bzw. gefordert wird. Die emotionale Entlastung ist eine therapeutische Aufgabe, mit der zugleich eine erste Neuorientierung des Individuums erfolgen kann.

In dieser Phase werden u.a. folgende Schritte geleistet:

- · Erleben des Extremereignisses oder des belastenden Ereignisses beschreiben lassen, gemeinsam systematisch nachvollziehen (zur emotionalen Entlastung, nicht zur Konfrontation),
- · Diagnosen und Nebendiagnosen stellen,
- · Gemeinsame Ziele erarbeiten,
- · Planung des weiteren organisatorischen Vorgehens zusammen mit dem Patienten.

Während dieser Phase werden je nach individueller Problem- und Zielsituation u.a. folgende Arbeiten durchgeführt:

· Auffangen und Bearbeiten von Angstzuständen (emotionale Entlastung vor allem durch Berichtenlassen und Nacherleben),

- Verhinderung der Ausbreitung von Angst (z.B. durch paradoxe Intention oder Intervention) und Bearbeitung von Angstthemen und -bildern einschließlich ihrer früheren oder neuen Konsequenzen für das Verhalten,
- Schuldgefühle und Erwartungen erlebnisnah bearbeiten (z.B. einigen Schuldgefühlen zustimmen; negative Erwartungen konsequent durchspielen),
- · Unterstützung kurzfristiger wichtiger Entscheidungsfindungen und Verhinderung von aktuellen Fehlentscheidungen (z.B. anstehende Probleme durchgehen und möglicherweise gezielt kognitive Dissonanzen aufbauen, die in geeigneter Weise aufgelöst werden können, um zukunftsfähige Entwicklungen zu fördern) und
- falls das Individuum dies emotional zulassen kann, gehört auch Körpertherapie (z.B. Wohlfühlmassage) dazu, und
- das Erlernen von Entspannungstechniken (z.B. PMR).

Mit der emotionalen Entlastung des betroffenen Individuums beginnt die Behandlung eines Individuums in einer sehr belastenden Lage. Die Bezeichnung "Stabilisierung" für dieses Vorgehen ist – wie oben gesagt – nicht korrekt genug, da es sich im Allgemeinen nicht um eine Stabilisierung psychischer Vitalfunktionen, sondern um die Reduktion von somatopsychischer Anspannung und um Beruhigung handelt.

5.3.4 Supportive Intervention

Individuen benötigen oftmals und zeitweilig Schutz und Beistand von anderen Menschen. Der Psychotherapeut sollte dies dem Patienten gegenüber gezielt und ausgewählt mit übernehmen und in Absprache mit dem Patienten Schwierigkeiten und Probleme des Patienten durch Interventionen (z.B. beim Arbeitgeber oder dem Kostenträger) beheben bzw. lösen helfen.

Die supportive Intervention soll dem Individuum gezielte Hilfe bereitstellen und es auch befähigen, die damit verbundenen konstruktiven Möglichkeiten zu nutzen.

Nach dieser emotionalen Entlastung beginnt die Phase des Aufbaus und Wiederaufbaus u.a. durch

- Stärkung von internaler Kontrollmeinung durch persönliche Erfahrung (mentale Übung einfacher Handlungsabläufe) und praktisches Üben kleiner Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen zur Stärkung des Erlebens von Wirksamkeit,
- Herausarbeitung noch verbliebener Bereiche von Hilflosigkeit mit Erarbeitung von Gegenmaßnahmen,
- Erzeugung oder Verstärkung von Wohlbefinden durch Aktivierung der aktuellen Wahrnehmungen und Auffinden guter Erlebnisgestalten ermöglichen (z.B. nach den Empfehlungen von Ellis, 1996; Schmidt-Traub, 2001),
- Auffinden und Entdeckenlassen von Fehlattributionen, von nicht zutreffenden Erklärungsmustern und von Dissonanzen und
- Eingehen auf das Erklärungsbedürfnis und das Finden emotional passender Kausalattributionen (z.B. auch durch Anbieten entsprechender Fakten wie etwa Gründe, warum sich jemand das Leben nimmt).

5.3.5 Implementative Intervention

Mit der implementativen Intervention wird die Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag vorbereitet, unter anderem durch

eine vorsichtige, therapeutisch begleitete Begehung (auch mental möglich) des Ortes des

Extremerlebnisses (Konfrontation in gradueller bzw. gestufter Weise) zur Reduktion von Dissonanz sowie zur Entwicklung passender Kasalattributionen und zu seiner (teilweisen oder vollständigen) Akzeptanz, massierte Konfrontationen mit aversiven Reizen oder unangenehmen Überraschungen werden vor dem fachlichen Hintergrund der Referentialtherapie (RT) nicht empfohlen.

- Stärkung von emotional wichtigen Lebenszielen,
- Partielle Aufgabe "schlechter" Gewohnheiten und Verbesserung des Erlebens und Handelns zum Erfahren von Wirksamkeit.
- Praxisproben, Arbeitsproben (z.B. nach dem Hamburger Modell der Berufsgenossenschaften in Deutschland) oder Fahrproben zum Rückgewinn positiver emotionaler Bezüge zum Arbeitsalltag und zur Stärkung des Erlebens von Wirksamkeit.

Die berufliche Wiedereingliederung erfolgt oftmals in enger Abstimmung mit dem Betrieb (z.B. nach dem Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement - BEM - des deutschen Sozialgesetzbuches).

5.3.6 Konfirmative Intervention

Eine konfirmative Intervention bestätigt im Kontext möglicher Kritik das bisherige therapeutische Vorgehen und eingetretene Verbesserungen. Nach Rückkehr in den beruflichen und praktischen Alltag kann der Patient manchmal auf die Unterstützung durch eine betriebliche Beratungsstelle (z.B. Sozialberatung) zurückgreifen oder weitere Gespräche mit dem Betriebsarzt oder dem behandelnden Psychotherapeuten führen.

5.3.7 Rekursive Intervention

Die rekursive Intervention hat zum Ziel, das Erreichte abschließend zu bewerten und somit präventiv zu wirken. Nach der Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag kann es sinnvoll sein, eine Rückschau vorzunehmen, um die eigene Leistung des betroffenen Individuums in sachbezogener Weise zu verdeutlichen und die salutogene Entwicklung positiv zu attribuieren, z.B. im Sinne einer Kompetenzmeinung über die eigene salutogene Entwicklung.

Ab etwa einem halben Jahr nach Abschluss der Behandlung sollten die Patienten zu einem katamnestischen Gespräch eingeladen werden. Dieses Nachgespräch dient u.a. dazu, die Entwicklung und die Lage des Patienten zu überprüfen und somit zu Aussagen über die Stabilität der Entwicklung zu gelangen, z.B. darüber, ob erneute Unfälle sogar aus eigener Kraft bewältigt werden konnten.

Positive und konstruktive (aber auch negative) Bewertungen und Interpretationen – auch die der Therapie – sollten vom betroffenen Individuum gemeinsam mit dem Behandler überprüft und möglicherweise modifiziert werden.

5.3.8 Palliative Intervention

Palliative Intervention hat die Aufgabe somatopsychische Störungen in einer letalen Phase zu lindern. Eine schwere körperliche Schädigung durch eine somatische Verletzung oder durch eine somatische Erkrankung kann das Individuum kurzfristig nahe an den Tod heranbringen. In einem solchen Fall, in dem das somatopsychische System des Individuums kurz vor dem endgültigen Zusammenbruch steht, sind die somatischen und psychischen Interventionen eng aufeinander abzustimmen, um für das Individuum die bestmöglichen Kompromisse zu erzielen.

Palliative Interventionen – sofern das Individuum diese überhaupt zulassen will – sind wie folgt anzulegen:

- 1. Aus der Referentialdomäne 2 soviel emotionale Zuwendung ermöglichen und auch geben wie das Individuum aufnehmen will und kann.
- 2. Psychoedukation: Die positiven Verhaltensmöglichkeiten hervorheben und praktizieren.
- 3. Palliative Medikation anbieten und anwenden.
- 4. Bedürfnisse erkunden.
- a) Gibt es emotionale Versäumnisse (z.B. einen Streit, der noch geschlichtet werden könnte)?
- b) Gibt es wichtige Themen, die gründlich besprochen werden sollten (z.B. wichtige Absprachen mit nahe stehenden Menschen, Vergänglichkeit des Lebens, transzendentale Themen)? Hierzu sind nach Möglichkeit Fachleute, Familienangehörige oder Freunde zu beteiligen. Diesen Personen sind Empfehlungen im Umgang mit dem Individuum zu geben (z.B. über die Dauer und das zu erzielende Ergebnis des Gesprächs).

5. Psychoedukation:

Verstärkt im Augenblick leben (z.B. die Dinge des Augenblicks intensiv erleben und nacherleben). Kontinuierliche Hinwendung des Individuums auf die Referentialdomäne 1 (sich selbst kennen und verstehen, das eigene positive Erleben von sich selbst stärken).

- 6. Soviel emotionale und körperlich Nähe geben wie das Individuum zulässt. Diese Nähe ist vom palliativen Therapeuten jedoch im Ausmaß und auch zeitlich zu begrenzen. Am besten werden regelmäßige entsprechende begrenzte Impulse gegeben, die das Individuum nacherleben kann.
- 7. Salutogene Regulationen, die eigentlich kompromissbehaftet sind (s. Abschnitt 3.2.2), können eine emotionale Entlastung des Patienten herbeiführen.

Während des Sterbevorgangs sollte der Therapeut seinen Platz an einen nahen Angehörigen oder an eine befreundete Person des Individuums abgeben, um dem Individuum die Kontinuität des Lebens erlebbar zu machen. Der Therapeut sollte aus eigenen protektiven Gründen seine Arbeit vor dem Sterbevorgang beenden, um die palliative Arbeit als noch erfolgreich erleben zu können.

5.4 Aufgaben einer Medikation

Maßnahmen in Form von pharmazeutischen Produkten sind besonders weit verbreitet, weil sie meist sehr einfach anzuwenden sind und dem Patienten selten eine Leistung abverlangen, die über die Behandlungsentscheidung hinausgeht. Zudem wird die weite Verbreitung von Pharmazeutika aktiv durch den Gesundheitsmarkt forciert. Alternativen zu einer pharmazeutischen Behandlung sind oder erscheinen manchmal vergleichsweise handlungs- und zeitaufwändiger, sodass die damit verbundenen, besonderen salutogenen Möglichkeiten nicht immer überzeugend wirken.

Die Aufgaben von Medikationen sind im Rahmen einer somatopsychischen Therapie wie folgt zu sehen:

1. Erhaltung von lebenswichtigen somatopsychischen Funktionen (z.B. Stabilisierung des Kreislaufs) oder Unterstützung der Motivation (z.B. durch Steuerung des Serotonins),

- 2. Überbrückung von Krisen wegen Schocks oder akuter Panikattacken,
- 3. Herstellung und Erhalt der Therapiefähigkeit (z.B. durch Reduktion von Schmerzen),
- 4. Stärkung der Resilienz (z.B. Erhöhung der Konzentration von Botenstoffen wie etwa Serotonin, Unterstützung des biologischen Immunsystems),
- 5. Palliative Funktionen (z.B. Schmerzreduktion).

Medikation darf nicht vornehmlich zur Steigerung des Wohlbefindens erfolgen, da dadurch die Resilienz und die salutogenen Ressourcen geschwächt werden können und da dadurch der Einstieg in den Missbrauch von Substanzen erfolgen kann. Weiterhin erzeugen Medikationen immer unerwünschte Nebenwirkungen, die zu neuen somatopsychischen Schwierigkeiten führen können. Inhaltliche bzw. thematische Probleme (z.B. pathogenes Verhalten) können durch Medikamente nicht substantiell gelöst werden. Medikationen können auch zum Erlernen einer falschen Strategie im Umgang mit sich selbst führen, da das Finden einer Problemlösung durch chemisch induzierte Veränderungen des Erlebens ersetzt wird, also der Aufbau bzw. die Wiederherstellung des Erlebens von Selbstwirksamkeit verhindert wird. Eine nachhaltige Lösung eines Problems in der Sache oder die Herstellung geeigneter somatopsychischer Voraussetzungen für eine Problemlösung durch den Patienten ist Aufgabe der psychologisch ausgerichteten Psychotherapie.

6 Transformation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit

6.1 Selbstheilungskräfte

Kein Arzt, kein Therapeut heilt, denn Behandler schaffen lediglich günstige Bedingungen und nützliche Möglichkeiten für eine Heilung oder Verbesserung aus eigener Kraft des Individuums. Jede somatopsychische Heilmaßnahme benötigt Selbstheilungskräfte, da die Therapie lediglich die Selbstheilungskräfte befreien, stärken oder schützen kann. Keine Heilmaßnahme heilt selbst, sondern ermöglicht lediglich die Selbstheilung. Psychische Selbstheilungskräfte sind vor allem Resilienz (Widerstand gegen eine Erkrankung), Ressourcen (verfügbare emotionale, kognitive oder soziale Kompetenzen) und Stärke in der Verfolgung von Zielen (z.B. intrinsische Motivationen). Patienten, die z.B. ihren Unfall u.a. für nicht vermeidbar hielten, kaum eigene Schuldgefühle entwickelt hatten und ihren Heilungsverlauf tatkräftig zu unterstützen glaubten, zeigten einen guten Heilungsverlauf und benötigten einen kürzeren Krankenhausaufenthalt als die weniger positiv erlebende Kontrollgruppe (Frey et al. 1987).

Selbstheilungskräfte können autochthon ihre Wirkung entfalten, ohne dass ihre Funktionsweise wahrgenommen werden kann, denn sie werden durch das somatopsychische System selbst aktiviert (z.B. Vermeidungsverhalten, zusätzlichen Appetit oder durch den Wunsch nach einer bestimmten Aktivität). Selbstheilungskräfte können auch allochthon durch ein bestimmtes Verhalten ausgelöst werden, z.B. motiviert werden, Sport mit Lebensfreude zu betreiben, Ernährungsverhalten positiv zu gestalten, Freude am Entdecken neuer Dinge zu erleben, suksessive angemessene Erfolge zu erleben.

Selbstheilungskräfte sind für eine erfolgreiche somatopsychische Therapie die wesentliche Grundlage. Die Stärkung von Selbstheilungskräften kann psychoimmunologische Prozesse unterstützen. Zur Resilienz dürfte auch der Aufbau einer gesunden Verhaltenswelt, die die pathologischen Prozesse zum großen Teil kompensieren kann (z.B. durch intensives Üben bzw. Automatisieren von salutogenen Verhaltensweisen) gehören.

6.2 Intentionale Transformation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit

6.2.1 Adaptive Ziele

Somatopsychische Therapie ist unter Beachtung der Axiome und Prämissen (s. Anhang A1) eine systematische Methode, um durch gezielte Transformation von des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit zu kommen. Das Ziel ist die Wiederherstellung, die Herstellung der Gesundheit oder die Verbesserung des gesundheitlichen Zustands des Individuums, dessen Erreichen vom Patienten und vom Psychotherapeuten intendiert ist. Zur Behandlung gehören Verfahrensweisen und Techniken in Abhängigkeit von dem Modell, der Methode und dem Ziel aus somatopsychischer Sicht. Die Systematik und die Ziele müssen nicht von vornherein feststehen, sondern können im Laufe der therapeutischen Arbeit adaptiv neu gefasst werden.

Somatopsychische Störungen können langfristig lebensgeschichtlich und durch kurzzeitige akute Erlebnisse verursacht werden. Eine somatopsychische Störung zeigt sich daran, dass ein Individuum in einigen wichtigen Erlebens- und Handlungsbereichen nicht frei genug ist: Denken, Fühlen und Handeln eines somatopsychisch kranken Individuums unterliegen Einschränkungen oder Fixierungen, unter deren Auftreten und deren Folgen das Individuum und der davon betroffene Mensch leidet. Somatopsychisch kranken Individuen fehlt das autochthone Wohlbefinden.

Schwerpunkt und Zielrichtung therapeutischer Arbeit ist nach Freud ein verbesserter Zugriff der Instanz des Ich auf Inhalte der Es-Instanz: "Was Es ist soll Ich werden" (Freud, 1923/1940). Diese Transformation beinhaltet im Wesentlichen einen Bedeutungswandel von Erleben und Handeln sowie einen Lernprozess des Patienten, durch die die internale Kontrolle oder das Ich im Freudschen Sinn mehr Einfluss gewinnt. Durch Änderung der eigenen Perspektive (z.B. kognitive Umstrukturierung), durch Psychoedukation, durch Änderung des Erlebens eigener Gefühle und durch Umstimmung eigener Gefühlszustände kann der Patient eine günstige Entwicklung nehmen.

Mit der teleologischen Frage nach dem Zweck ("Wozu?") und nach den Mitteln zur Erreichung des Ziels (z.B. Lebensstilanalyse) wird in der adlerianischen Psychologie der Patient in die Lage versetzt, die Funktion seiner Störung kognitiv, emotional und aktional zu beeinflussen. Die adlerianische Therapie ermutigt den Patienten unter anderem zu neuen Fragestellungen wie "Was will ich wirklich?", "Wie fühle ich mich wohler?", "Ich könnte doch anders handeln?". Besonders die post-adlerianische Therapie (Ansbacher und Ansbacher, 1995; Ackerknecht, 1997; Bruder und Bruder-Bezzel, 2006) legt besonderen Wert auf die Ermutigung zur Wahl neuer Ziele oder zum Aufbau neuer Mittel der Zielerreichung, d.h. auch zum Ersetzen eines so genannten Krankheitsgewinns.

Somatopsychische Therapie hat sich auch an Aufgaben zu orientieren, die sich aus somatischen Störungen ergeben, z.B. aus Körperverletzungen, somatischen Funktionsstörungen wie Herzklappendefekte, onkologischen Erkrankungen. Bei somatischen Störungen dieser Art hat die somatopsychische Therapie u.a. folgende Aufgaben (Beispiele):

- · Psychoedukation zum fachlichen Verstehen der Störung (z.B. Erklären können enthält die Möglichkeit des Eingreifens),
- Stärkung störungsunabhängiger Referenzen (z.B. salutogenes ausgestalten von sozialen Bezügen, Verbesserung des Kohärenzerlebens),
- · insgesamt Stärkung von internaler Kontrollüberzeugung und von positiver Kompetenzmeinung, oder
- Unterstützung der somatischen Behandlung, z.B. durch Argumente, durch Ermutigung oder durch Stärkung der Hoffnung auf eine positive Zukunft.

Somatopsychische Therapie hat bei somatischen Störungen die Aufgabe, die Resilienz sowie die Ressourcen zu stärken und möglicherweise palliativ zu wirken.

6.2.2 Kontentvalide Therapie und kriteriumsorientiertes Testen

Aus dem Konzept der vorliegenden Abhandlung ergibt sich, dass es nicht reicht, Störungen einschließlich der Symptome zu beseitigen. Vielmehr ist über das Erreichen von Teilzielen der Zustand des Wohlbefindens und somit der Gesundheit anzustreben.

Die Therapie soll dem Individuum ermöglichen, für die Erreichung dieser Teilziele die passenden salutogenen Kompetenzen aufzubauen, um dadurch die erforderlichen Ressourcen und Resilienzen aufzubauen oder wieder zu erlangen.

Zu jedem dieser o.g. somatopsychischen Teilziele von Wohlbefinden / Gesundheit können Inhalte gehören:

Appetenz kann sich z.B. an schönen Landschaften oder schönen Melodien ausrichten.

Dynamik kann z.B. mit Laufen oder schnellem Fahren verbunden sein.

Ruhe und Ausgeglichenheit kann z.B. bei stiller Gemeinsamkeit mit einem bestimmten Menschen eintreten.

Internalität vermag sich zu entwickeln oder zu stärken, wenn man z.B. introspektive Meditation erlebt.

Verstehendes Erleben kann z.B. durch die Beschäftigung mit Naturphänomenen eintreten.

Wunscherfüllung kann man z.B. dann erleben, wenn man erfolgreich mit einem anderen Menschen so verhandelt hat, dass das Ergebnis überzeugend einvernehmlich ist.

Systematik vermag ein Individuum dadurch zu erfahren, dass es sich selbst z.B. aktuell versteht und auch passende Veränderungen für sich selbst in Betracht ziehen kann.

Leichtigkeit und Durchsichtigkeit ermöglicht es z.B., spontan und ausführlich über eigene emotionale Zustände zu berichten.

Im Zustand somatopsychischer Störungen spielen Inhalte ebenfalls eine Rolle, z.B. sind Angstzustände im Allgemeinen mit konkreten Erwartungen bzw. Bildern versehen.

Zu jedem der somatopsychischen Teilziele von Leiden / Krankheit können Inhalte gehören. Ein Individuum mit Vermeidungsverhalten spürt, welche externale oder internale Situation (schon im Vorfeld) gemieden werden muss (seien es Personen oder Gegenstände). Individuen im Zustand der Desorganisation stehen in einer Kaskade möglicher Bilder oder Inhalte, ohne sie adäquat ordnen oder gewichten zu können.

Allerdings verbinden sich destruktive Entwicklungen immer wieder mit realistischen Gegebenheiten, die selbst nicht pathogen sind, jedoch pathogene Ziele erfolgreich nutzen können:

- · Kämpferische Verteidigung wird z.B. oftmals ganz konkret in Trainings geübt.
- Für das Vernichtetwerden gibt es eine Reihe von konkreten und realistischen Befürchtungen, die allerdings von Außenstehenden als überzogen oder auch als beinahe irreal bewertet werden können.
- Für das Überdecken der eigenen Internalität können meistens konkrete Handlungen(z.B. Ablenkungen) genutzt werden oder es stehen dafür entsprechende Substanzen bereit.
- · Wenn etwas erzwungen werden soll, sind meistens die Mittel beschaffbar und die Vorgehensweisen oftmals leicht praktizierbar.
- Ein Individuum mit dynamischer Bezuglosigkeit kann die eigenen Handlungen bzw. die Art des eigenen Handelns konkret ausprobieren, ohnne dass sofort Nachteile eintreten müssen.
- · Emotionale Last und emotionale Dunkelheit verbinden sich mit schrecklichen Gefühlen oder Bildern und auch manchmal mit angenehmen Stillstand sowie mit absicherndem Festhalten.

In der Psychologie gibt es verschiedene Arbeitsbereiche, die sich mit zielgerichteten Verhaltensänderungen befassen. Die Pädagogische Psychologie hat in Verbindung mit der empirischen Erziehungswissenschaft Denkmethoden und Instrumentarien entwickelt, um in empirischer Weise Verhaltensziele und deren Erreichung zu beschreiben (Klauer 1987, 1974; Echterhoff 1978, 1981, S. 51).

Ziele somatopsychischer Therapie können sowohl aus den salutogenen (Wohlbefinden / Gesundheit) als auch aus den pathogenen Teilzielen (Leiden / Krankheit) gewonnen werden.

Zur Definition eines Therapieziels (analog eines Lehrziels) gehören:

- 1. Der Inhalt des Ziels, d.h. was der Patient leisten soll bzw. welcher Aufgabe er sich nach Abschluss der Behandlung stellen soll und
- 2. unter welchen Bedingungen des Umfelds (situativer Rahmen) dies geschehen soll, d.h. welche Möglichkeiten und welche Beschränkungen gegeben sind,
- 3. wie das Zielverhalten (Erleben und Handeln) ausgestaltet werden soll, d.h. das zum Inhalt und zum situativen Rahmen zugehörige Verhalten,

- 4. woran die Richtigkeit des Verhaltens oder des Verhaltensprodukts zu erkennen ist, d.h. welche Merkmale des Erlebens und Handelns mindestens oder maximal zu fordern sind und
- 5. wie die Intensität der Zielerreichung oder der Kompetenzgrad für das Erreichen des Ziels ausgeprägt sein muss, d.h. wie sicher bzw. wie maximal störbar soll das Verhalten sein, gemessen als Auftretenswahrscheinlichkeit.

Beispiel 1

Der Student K. M. leidet an einer Fahrphobie, wenn er ein Kraftfahrzeug selbst fahren soll. Das Therapieziel konnte einvernehmlich mit dem Patienten wie folgt vereinbart werden:

Inhalt und situativer Rahmen:

Der Patient soll ein Kraftfahrzeug auf den üblichen Verkehrswegen und durch den üblichen Verkehr bewegen.

Zielverhalten (Erleben und Handeln):

Der Patient soll in der Lage sein, seine bereits vorhandenen Kompetenzen als Verkehrsteilnehmer korrekt zu erleben, zu nutzen und in Handlungen umzusetzen (ohne dass er sein eigenes Versagen befürchtet).

Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens: Da der Patient nicht gezwungen ist, jederzeit fahren zu müssen, reicht es aus, dass er emotional passende internale und externale Situationen zum Fahren nutzt. Falls er diese Situationen nutzt muss eine Verhaltenssicherheit von annähernd 100% gegeben sein.

Dieses Therapieziel kann als Zwischenziel gelten, auf dem später aufgebaut werden kann.

Beispiel 2

Frau E. W. (49) leidet an einer mittelgradigen Depression. Das Therapieziel konnte einvernehmlich mit der Patientin wie folgt vereinbart werden:

Inhalt und situativer Rahmen:

Die Patientin soll in die Zukunft blicken wollen; die eigenen Gedanken hauptsächlich positiv auszurichten; sich selbst zu versorgen; eine einfache Berufstätigkeit aufzunehmen,

Zielverhalten (Erleben und Handeln):

Negative Gedanken volitional stoppen zu können; einen Vorrat positiver Gefühlszustände aufzubauen und pflegen zu können; sich geplant und vorsichtig in ausgewählten Verhaltensbereichen austesten können (z.B. durch konstruktive Kommunikation); somatische Kräfte auszubauen (z.B. auch durch "Wohlfühlmassage") und zu pflegen sowie den gestörten Hormonhaushalt überwachen und einstellen zu können.

Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens: In über 50% der Zeit muss das Verhalten korrekt praktiziert werden.

Beispiel 3

Die junge, allein stehende Frau T. C. ist darüber ratlos, dass sie keine Freundschaften findet, und verhält sich entsprechend handlungsunfähig. Das Therapieziel konnte einvernehmlich mit der Patientin wie folgt vereinbart werden.

Inhalt und situativer Rahmen:

Die Patientin soll die Gründe für das Fehlen von Freundschaften, die in der Person der Patientin liegen, verstehen und auch die Gründe für das Fehlen von Freundschaften, die in anderen Personen liegen, kennen.

Zielverhalten (Erleben und Handeln):

Sich selbst kennen können, vor allem die eigenen Lebensziele. Sich selbst verstehen und akzeptieren können; Grenzen zu anderen Menschen ziehen können.

Eigenes Erleben mit anderen Menschen teilen können.

Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens: In über 90% der Zeit sollte das Verhalten korrekt praktiziert werden (um die Zahl von Fehlentscheidungen klein zu halten).

Die Erreichung von Therapiezielen kann genauso wie die von Lehrzielen empirisch überprüft werden. Zu diesem Zweck ist analog zum Lehrzielkonzept eine Stichprobe von Items (z.B. in einer Verhaltensbeobachtung oder über eine Skala zur Messung von emotionalen Zuständen) aus einer Grundgesamtheit abzuleiten. Die Items sind kriteriumsorientiert zu bewerten (Kriterium erreicht oder nicht erreicht) und können somit wie bei einer Testung eines Lehrziels inferenzstatistisch mithilfe des Binomialmodells eingeordnet werden (Klauer 1987, 1974; Echterhoff 1978, 1981). Für eine empirisch angelegte Forschung ist dieses Vorgehen ebenfalls ein adäquater Weg.

6.3 Erfahren von Wirksamkeit und Illusion von Kontrolle: Die Referentialtherapie

Therapieziele sind dann kontentvalide, wenn sie in Übereinstimmung mit dem Therapiemodell (konstruktvalide) und mit den Ressourcen des Patienten (explizit oder implizit) stehen. Je nach Therapieverlauf können sich Interessen und die Therapieziele wandeln, z.B. dann, wenn durch die Lösung aktueller Probleme eine erste emotionale Entlastung bewirkt wurde und danach eine tiefenpsychologisch orientierte Bearbeitung lebensgeschichtlich erzeugter Störungen zielführend erscheint.

Salutogen ist ein Ziel dann, wenn man einen Weg zum Ziel oder die Lösung für ein Problem kennt und gleichzeitig auch in der Lage ist, die notwendigen Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Das Wissen kann im Rahmen der Therapie durch einen Stellvertreter (z.B. durch den Therapeuten) erfolgen. Wichtig ist, dass der Patient in seinem eigenen Verhalten Erklärungen zu den erfolgreichen Abläufen in seinem eigenen Verhalten finden kann, die ihn auch emotional zufrieden stellen.

Unkontrollierbar ist ein Ziel dann, wenn man entweder keine Lösung finden oder die notwendigen zielführenden Maßnahmen nicht ausführen kann (z.B. wegen Schmerzen oder einer somatischen Verletzung) oder wenn man keine auf die Person des Patienten bezogenen Erklärungen für die Abläufe finden kann.

Aufbauend auf der Referentialpsychologie existiert eine entsprechend angelegte Therapieform, die Referentialtherapie (RT, Echterhoff, 2003). Die systematische therapeutische Nutzung des kontrollpsychologischen Konzepts mithilfe der RT weist folgende Möglichkeiten auf:

1. Mit dem Kontrollstreben und mit dem Wunsch nach dem Erleben von Selbstwirksamkeit werden grundlegende und umfassende Bedürfnisse berücksichtigt. Das entsprechend fachliche Konzept ist

gut elaboriert und gut empirisch fundiert (s.u.a. Flammer 1990). Ein Therapeut kann bei Verwendung dieses Konzepts grundsätzlich für sich selbst prüfen, ob sich seine Methoden mit dem fachlichen Grundlagen in Übereinstimmung befinden. Das fachliche Konzept und die dazugehörigen Methoden und Techniken kann auch einem Patienten überzeugend und motivierend vermittelt werden.

- 2. Die Zeit für den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Psychotherapeuten ist vergleichsweise kurz, da die Therapie schon früh dem Patienten konkrete Aufgaben stellen kann.
- 3. Sobald Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeitserleben therapeutisch hergestellt, wiederhergestellt oder gestärkt wurde, können die zentralen Verhaltensbereiche "somatopsychischer Umgang mit sich selbst" (Referentialdomäne 1) und "somatopsychischer Umgang mit der externalen Welt" (Referentialdomäne 2 und 3) zufrieden stellend und erfolgreich ausgestaltet werden.
- 4. Das Ziel in Punkt 2. kann durch gezielte therapeutische Übungen mit gestuften Schwierigkeitsgraden erreicht und überdauernd etabliert werden.
- 5. Therapeutische Übungen (gemäß Punkt 3) können auch von anderen Therapiemodellen übernommen werden, ohne dass es eine fachliche Kollision verschiedener Therapiewelten geben muss. So können vor allem für den Umgang mit sich selbst Übungen aus der Tiefenpsychologie, der Psychoanalyse, der RET, Verhaltenstherapie, der Körpertherapie etc. verwendet werden. Für den Umgang mit der externalen Welt eignen sich vor allem Übungen aus dem kognitivverhaltenstherapeutischen Bereich einschließlich RET. Die Übungen im Umgang mit der externalen Welt können sich mithilfe des Therapeuten nach und nach erfolgreich auf den privaten und beruflichen Alltag ausbreiten, sodass der Therapieerfolg für den Patienten schrittweise erlebbar wird.
- 6. Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeit wird vom behandelten Individuum unmittelbar als positiv und ermutigend erlebt, ohne dass der Therapeut dies dem Patienten gegenüber fachlich überzeugend interpretieren muss.
- 7. Der Patient kann die meisten therapeutischen Übungen selbst wiederholen und dadurch sein salutogenes Verhalten stabilisieren.
- 8. Sobald das Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeitserleben für den Patienten spürbar eigetreten ist, kann sich die salutogene Entwicklung rasch verselbständigen und autochthon verstärken.
- 9. Die Ergebnisse der RT können sowohl im individuellen Fall katamnestisch als auch in Untersuchungsgruppen einer Studie anhand von überprüfbaren Verhaltensweisen objektivierend evaluiert werden.

Im Mittelpunkt der RT steht die erneuerte oder neue Erfahrung der eigenen Wirksamkeit mit Verbesserung der Kontrollüberzeugung, der Kompetenzmeinung und somit die des Kohärenzerlebens (Antonovsky, 1997; Vaihinger, 2002) durch Wiederherstellung oder Verbesserung der emotionalen und kognitiven Bezüge innerhalb internaler und zwischen internalen und externalen Bedingungen (u.a. durch adäquate Erklärungen für Kontingenzen). Bezüge sollen vor allem hergestellt werden

- zu Attributionen (extern intern, global spezifisch, stabil variabel),
- zur Kontrolle (direkte, illusorische, sekundäre Kontrolle, einschließlich des explanativen Verhaltens),
- zum Erleben eigener Emotionen einschließlich des eigenen Körpers
- zur Erfahrung der eigenen Wirksamkeit (s.a. Flammer, 1990).

Zur Erinnerung an die Ausführungen oben wird darauf hingewiesen, dass Emotionen zur externalen Referentialdomäne gehören können, wenn man sich selbst in Reflexionsvorgängen zum Objekt macht ("Warum fühle ich mich so?" Oder: "So kann ich mich beruhigen.").

Die RT nutzt die Kenntnisse aus der Kontrollpsychologie für therapeutische Zwecke und gründet sich darauf, für den Patienten nacherlebbare und nachvollziehbare Bezüge zwischen dem (gestörten und überwiegend negativ empfundenen) eigenen Erleben und Handeln sowie den wahrnehmbaren externalen Geschehnissen und den wahrnehmbaren eigenen Zuständen herzustellen. Sie ist eine somatopsychische Therapieform der Verhaltenstherapie.

Alle therapeutischen Übungen und Maßnahmen in der RT sollen dem Patienten ermöglichen, die erforderlichen somatopsychischen Leistungen vorsichtig, stufenweise zu erlernen und mit ausreichender Zuverlässigkeit zu erbringen. Auf diese Weise erfolgt ein stetig voranschreitender Lernprozess, der immer wieder durch Wiederholung des bereits Erworbenen untermauert wird. Der Patient erhält in der RT durch den Therapeuten jederzeit die Möglichkeit, die Therapiearbeit und sich selbst zu verstehen.

Die Entwicklung des Patienten während der Therapie wird dadurch bestimmt, dass jeweils auf kleinen Erfolgen aufgebaut wird, die regelmäßig gesichert werden. Durch mentale Vorbereitung von Übungen wird gewährleistet, dass nur das gemacht wird, was der Patient sich selbst zutraut. Auf diese Weise entwickelt sich die erforderliche Kontrollüberzeugung, aus der durch fortwährende Bestätigung ein Vertrautsein mit der eigenen Kontrollüberzeugung erwächst, das allmählich zur Illusion von Kontrolle werden kann.

Da die RT gestörte Erlebensweisen über die Reorganisation oder über einen Neuaufbau von Attributionen in Verbindung mit vorsichtigen Verhaltenserfolgen salutogen beeinflussen kann, erfolgt keineswegs ein Handlungsdrill, so wie er gelegentlich Verhaltenstherapeuten als Mangel vorgeworfen wird.

RT ist – begründet durch den spezifischen fachlichen Ansatz – grundsätzlich nicht anwendbar vor allem bei Psychosen wie Schizophrenie, bei akuter abnormer Erlebnisreaktion (z.B. "Nervenzusammenbruch"), Demenz oder bei akuten Suchterkrankungen. Personen mit fehlender oder gestörter Fähigkeit zur Introspektion oder Reflexion (z.B. bei Menschen, die psychotrope Substanzen zu sich genommen haben) sollten prinzipiell nicht mit RT behandelt werden.

Das Konzept der RT verträgt sich gut mit der rational-emotiven Therapie (RET) von Ellis (1997) und der individualpsychologischen Psychotherapie nach Adler (s. Ansbacher und Ansbacher, 1995; Dreikurs, 1997; Bruder und Bruder-Bezzel, 2006).

Die psychologische Verbindung von RT zum psychotherapeutischen Ansatz von Adler besteht u.a.

- in der Ähnlichkeit von Minderwertigkeitsgefühlen mit einer zu geringen Erfahrung von Wirksamkeit und
- in der Ähnlichkeit der Finalität des Erlebens und Handelns mit Attributionen.

Andere Psychotherapieverfahren dürften durch die Anwendung von RT keineswegs erschwert werden. Die RT ist u.a. für die Behandlung von Psychotraumata geeignet. Im Rahmen eines psychologischen Unfallmanagements konnten 95% der Patienten wieder in einen privaten und beruflichen Alltag zurückfinden (Echterhoff, 2009).

6.4 Körpertherapie, Körperpsychotherapie

Körpertherapie (auch Körperpsychotherapie genannt) kann einen somatopsychischen Zugang zum gesamten Therapieprozess ermöglichen (s.a. Marlock & Weiss, 2006; Müller-Braunschweig & Stiller, 2009; Johnson & Rytz, 2012). Das Arbeitsfeld der Körpertherapie wird leider in einigen Bereichen durch esoterische Impulse beeinflusst, die naturgemäß keine empirische Fundierung erfahren haben. Selbst bei plausibel und überzeugend wirkenden Verfahren, die im Einzelfall durchaus helfen können, fehlen manchmal Evidenznachweise über Wirkungszusammenhänge und über den Gültigkeitsbereich (die Reichweite) der Maßnahme.

Körpertherapie soll vor allem Folgendes leisten:

- 1. Somatische Aktuatoren beeinflussen (u.a.): Muskeln des Bewegungs- und Atmungsapparats, Gliedmaßen und das Herz werden zu Funktionen angeregt, die Entspannung, ein angenehmes Gefühl oder angenehme Wärme erzeugen können, somatopsychische Funktionen mit letztlich salutogenen Folgen stimulieren (z.B. mithilfe von Akupunktur), den Blutkreislauf spürbar entlasten, einen angenehmen Rhythmus durch Bewegung erzeugen, eine angenehme körperliche Haltung bewirken oder in angenehmer Weise Anspannung und Entspannung abwechseln lassen. Durch Lockerung und Entspannung der Muskelpartien im Nacken-Schulterbereich lassen sich Schmerzen in diesem Bereich und einige Arten von Kopfschmerzen beseitigen bei gleichzeitiger Verbesserung der Beweglichkeit des Kopfes.
- 2. Induzierte Wirkungen erzeugen (u.a.): Einen angenehmen Wärmezustand z.B. durch externe Wärmequellen in Teilen des Körpers erleben lassen, angenehme Haut- und Muskelbewegungen durch Berührungen wie Massage oder manuelle Therapie (z.B. Myoreflexzonentherapie), spüren lassen, angenehme Körperbewegungen bewirken z.B. durch Übungen nach Feldenkrais (2006), nach der Eutonie-Methode (Alexander, 2011).
- 3. Training und Verbesserung des somatischen Niveaus (u.a.): Durch Verbesserung der körperlichen Ausdauer, der muskulären Leistungen, der Atmung, der Körperdynamik (u.a. zur Verstärkung erkennbarer Selbstbehauptung) und somatopsychischer Funktionen allgemein.

Die Entwicklung des therapeutischen Angebots in deutschen psychosomatischen Kliniken für Reha-Maßnahmen zeigt, dass Körpertherapie (einschließlich Sport) einen wachsenden Anteil erhalten hat. Somatopsychische Therapie verlangt grundsätzlich nach dem Einsatz von Körpertherapie, da sie sowohl kurativ wirken als auch die Selbstheilungskräfte und die Resilienz stärken kann. Die Auswahl der körpertherapeutischen Maßnahmen hängt von den therapeutischen Zielen und den Möglichkeiten des Patienten ab.

6.5 Am Ende der Therapie: Stabilisierung

Sobald die Erreichung der Ziele der somatopsychischen Therapie erkennbar wird (z.B. sinken die diagnostisch erhobenen Testwerte auf Normalmaß), ist eine Phase der Stabilisierung vorzusehen, um die Zielzustände in die somatopsychischen Regelkreise fest einzubringen. Stabilisierung ist auch ein posttherapeutischer Prozess, der immer wieder Stabilität eines salutogenen Zustands erreicht. Es ist notwendig, dass die Zielwerte so konditioniert werden, dass sie eine sehr hohe Wirkwahrscheinlichkeit haben. Im Allgemeinen kann eine somatopsychische Stabilisierung über Verhaltenswiederholung und Erfolgserleben vor allem in Verbindung mit dem bewussten Erleben eigener Wirksamkeit und mit dem bewussten Erleben von eigener Kompetenz erreicht werden.

Das therapeutische Ergebnis sollte mindestens eine Linderung oder den früheren salutogenen Zustand vor der Erkrankung erreicht haben. Am besten ist es, wenn der posttherapeutische Zustand gegenüber der salutogenen Situation vor der Erkrankung höherwertig ist. In einem solchen Fall ist ein postpathogenes Wachstum eingetreten (s.a. posttraumatisches Wachstum (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ein postpathogenes Wachstum ist im Allgemeinen mit einer Verbesserung der Resilienz und der Ressourcen verbunden, sodass vor allem Rezidive weniger wahrscheinlich als üblich eintreten.

7 Psychotrauma (Cruciatus Vehemens) als Prototyp einer somatopsychischen Störung

Ein Psychotrauma enthält ein so breites somatopsychisches krankheitswertiges Potenzial, dass viele somatopsychischen Störungsbilder dadurch hervorgerufen werden können (s.a. Echterhoff, 2009). Allerdings enthält ein Psychotrauma nicht nur pathogene, sondern auch salutogene Anteile bzw. Wirkungen. Am Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, F43.1 nach ICD-10) wird im Folgenden gezeigt, welche destruktiven Wirkungen und welche konstruktiven Wirkungen auftreten können. Die unten genannten Symptome sind deskriptiv (phänomenologisch) isolierbar, gehören jedoch funktional (ontologisch) zusammen. Manche der Symptome können sich in eigenständigen Krankheitsbildern ausprägen, z.B. Schlafstörungen oder eine hohe Erregbarkeit.

Das Psychotrauma ist eine Angststörung, weil in allen Beschwerden Angst erkennbar ist. Angst kann destruktiv sein, wenn sie Kompetenzen einschränkt, kann aber auch konstruktiv sein, wenn sie Schäden verhindert oder kompetenzförderliche Motivationen weckt.

Destruktive Wirkung (von Angst): Das Individuum wird nach eigener und manchmal auch nach fremder Einschätzung unnötig und über Gebühr in der Ausübung von Lebensvorgängen behindert. Die aufgekommene Angst verhindert möglicherweise eine konstruktive Auseinandersetzung (einschließlich Konfrontation) mit dem Problem und verhindert somit die Möglichkeit seiner Bewältigung. Es kann ein starkes Nachtrauern vermeintlich besserer Zeiten vor dem Extremereignis entstehen. Zu den somatopsychischen Störungen können u.a. gehören: Herz-/ Kreislaufbelastungen mit Schwächezuständen, schmerzhafte Verspannungen einschließlich Kopfschmerzen mit Veränderungen der Körperstruktur (z.B. im Halswirbelbereich u.a. mit der Folge eines Tinnitus), Zittern, Fehlhaltungen und Fehlatmung (z.B. Verzicht auf Bauchatmung), Magen-/ Darmstörungen, Impotenz / Frigidität, extremes nächtliches Schwitzen, bio-/ neurochemische Veränderungen von Prozessen (z.B. Noradrenalinproduktion, Serotonintransport, Thyroxinproduktion) und spezifische Aktivierung von Hirnarealen (z.B. im Bereich der Amygdala).

Konstruktive Wirkung (von Angst): Angst übernimmt eine Schutzfunktion und verhindert eine erneute Überforderung.

Sie zwingt aber auch zum Innehalten und zur Reflexion über die einschränkenden Bedingungen, die antizipativ erkannt werden. Die Einschränkungen stehen somit der kognitiven, emotionalen und aktionalen Verarbeitung zur Verfügung: Das betroffene Individuum bedenkt Ursachen und Ursachenverkettungen für Gefährdungen, prüft Handlungsalternativen, prüft möglicherweise Verbesserung seiner Kompetenzen, erlebt antizipativ seine Gefühle im möglicherweise unterschiedlichen Umgang mit künftigen Gefährdungen und prüft vielleicht Verbesserungen seiner eigenen aktionalen, z.B. physischen Kompetenz im Umgang mit antizipierten Gefährdungen.

Sollen Angst auslösende Bedingungen dennoch in künftigen Handlungen zugelassen werden, kann durch Probehandeln (internal und manchmal auch external) eine die Kompetenz verbessernde Verhaltensänderung antizipiert und abgesichert werden.

Zu den somatischen Besonderheiten gehört anfänglich häufig eine Reduktion der Schmerzbelastung. Später zwingen die somatischen Beeinträchtigungen oftmals zu einer Veränderung des Verhaltens, (z.B. zu einer Reduzierung von Handlungen) sowie zur Schonung und können dadurch die Suche nach Behandlungsmöglichkeiten auslösen.

1. Das Symptom "Wiedererleben"

Ein Extremerlebnis verursacht meistens ein Wiedererleben und eine damit verbundene Auseinandersetzung mit dem erlebten Ereignis. Ein Individuum erlebt im Wachzustand immer wieder unwillkürlich und zwanghaft Teile des Extremerlebnisses, so genannte Flashbacks. Dabei handelt es sich um visuelle, auditive, olfaktorische oder weitere sensorische Intrusionen (auch im Erleben des eigenen Körpers). Dazu gehören auch Grübelzwang und dissoziatives Wiedererleben (z.B. Fremdheits- und Depersonalisationserleben).

Destruktive Wirkung: Ein Wiedererleben von Teilen des Extremerlebnisses führt zu einer psychischen Belastung mit Unruhe und Fehleinschätzungen von aktuellen Situationen, in denen Wiedererleben stattfindet. Dies kann bei gefahrgeneigten Tätigkeiten zu Fremd- und Selbstgefährdungen führen. Wiedererleben unterstützt das Gefühl von Hilflosigkeit, da sich das Individuum des Auftretens nicht erwehren kann.

Konstruktive Wirkung: Vor allem das nicht abwendbare Eindringen von Bedrohlichem in eigentlich ruhige Phasen des Erlebens (z.B. beim Ausruhen) lässt das betroffene Individuum erschrecken. Wiedererleben zwingt dazu, auf Bedrohliches zu achten und etwas dagegen zu tun. Das betroffene Individuum wird somit gedrängt, das Bedrohliche antizipativ zu meiden oder das Problem zu beseitigen.

2. Das Symptom "Emotionale Taubheit"

Emotionale Taubheit führt zu Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen sowie zu somatopsychischen Erlebens- und Funktionsstörungen.

Destruktive Wirkung: Ein betroffenes Individuum verliert den Bezug zu sich selbst und zu anderen Menschen, da die Wahrnehmung reduziert oder verfälscht wird. Es geschieht somit eine Entfremdung zu sich selbst und zu anderen Menschen. Das betroffene Individuum zweifelt deswegen oft an der eigenen Denkfähigkeit und Gedächtnisleistung.

Die Libido wird beeinträchtigt und internale sowie externale erotische Impulse werden abgewehrt. Emotionale Taubheit kann nützliche Erfahrungsbildung und das Erleben von ressourcenförderlichen Emotionen verhindern.

Konstruktive Wirkung: Emotionale Taubheit schützt vor der Wahrnehmung von extremen sowie negativen Zuständen (besonders von Schmerzen, von extremer Angst und Hilflosigkeit) und kann so aus diesem Schonraum heraus die Voraussetzung für ein verbessertes Handeln in der Zukunft bieten.

3. Das Symptom "Verlust des Glaubens an die eigene Wirksamkeit"

Der Verlust des Glaubens an die eigene Wirksamkeit ist eigentlich der Verlust der Illusion von Kontrolle und ist mit dem Gefühl von Hilflosigkeit verbunden. Passivität mit Aussagen wie "Ich bewältige mein Leben nicht mehr" ist oft stark ausgeprägt.

Destruktive Wirkung: Das Individuum erlebt besonders deutlich negative Emotionen wie Gefühle der Unzulänglichkeit und Handlungsunfähigkeit begleitet von entsprechenden eigenen Begründungen (unzutreffenden Fehlattributionen) für das Verhalten. Es können Schuldgefühle wegen Verwicklung in das Extremereignis entstehen ("Warum bin ich eigentlich dort dabei gewesen? Ich musste ja nicht dahin").

Konstruktive Wirkung: In einem solchen Zustand kann sich das Individuum eigener, zu verbessernder Schwächen bewusst werden und kann deswegen veranlasst werden, Schutz zu suchen, sich Hilfe zu holen oder etwas Konstruktives daraus zu entwickeln. Dadurch kann ein Prozess der Kompetenzverbesserung entstehen, der z.B. Einsichten in andere Wirkungszusammenhänge von Geschehens- und Handlungsabläufen ermöglicht (wie etwa das Erkennen neuer Möglichkeiten des praktischen Eingreifens durch das betroffene Individuum).

4. Das Symptom "Vermeidungsverhalten"

Vermeidungsverhalten zeigt sich im Unterlassen von gewollten bzw. zweckmäßigen Handlungen. Mancher Teil des früheren Verhaltens wird nicht mehr zugelassen.

Destruktive Wirkung: Vermeidungsverhalten engt den Handlungsspielraum ein, beeinträchtigt alltägliches Leben, aktiviert störende somatopsychische Reaktionen (z.B. schmerzhafte Verspannungen oder übermäßige Schweißbildung).

Konstruktive Wirkung: Vermeidungsverhalten verhindert möglicherweise eine Retraumatisierung, sodass Angst und damit verbundene destruktive Reaktionen reduziert werden und somit Sicherheit gewonnen wird.

5. Das Symptom "Schlafstörungen und Albträume"

Schlafstörungen können aus Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie aus Hypersomnie bestehen. Albträume führen zum intensiven Erleben von Bedrohungen und oftmals zu Todesangst. Albträume nach Extremerlebnissen decken sich oftmals mit den Themen der Intrusionen oder lassen sich aus dem semantischen Gehalt des Extremerlebnisses ableiten.

Destruktive Wirkung: Themen aus dem Extremerlebnis können dermaßen stark in Erscheinung treten, dass eine somatopsychische Schwächung wegen erlebter Bedrohung des eigenen Körpers und des eigenen Lebens eintreten kann. Begleitet wird eine solche erlebte Bedrohung durch irritierendes Grübeln und Konzeptlosigkeit des eigenen Verhaltens.

Konstruktive Wirkung: Schlafstörungen und Albträume können einen so starken Leidensdruck aufbauen, dass das betroffene Individuum intensiv mit den befürchteten Bedrohungen beschäftigt ist und nach Lösungen sucht.

6. Das Symptom "Hohe Erregbarkeit"

Hohe Erregbarkeit im Sinne von Disstress lässt sich meistens an übermäßiger Reizbarkeit (und hoher Aggressionsbereitschaft) sowie an Hypervigilanz erkennen. Betroffene Individuen konstatieren selbst, jedoch spätestens auf einen Hinweis hin, ein inneres Chaos.

Destruktive Wirkung: Hohe Erregbarkeit ist ein aversiver Zustand, der sich im Alltag abträglich und gefährlich auswirken kann. Das somatopsychische System kann in zu hohem Maße belastet werden, sodass somatische Schäden (z.B. im Herz- Kreislaufsystem) eintreten können.

Konstruktive Wirkung: Dieser Zustand führt zu einem erhöhten Aktivationsniveau mit besonderer Aufmerksamkeit und zu besseren Reaktionsbereitschaften, die somit mehr Sicherheit erleben lassen können.

7. Das Symptom "Zerbrechen des eigenen Wertesystems und des Werteverständnisses"

Das Zerbrechen des eigenen Wertesystems und des Werteverständnisses zeigt sich z.B. im Verlust von Vertrauen in gesellschaftliche Regeln, in physikalisch-technische Abläufe oder in eine Weltordnung. Diese Entwicklung kann auch auf eigene kognitive Schemata (vor allem ungeprüfte Gewissheiten) sowie auf Erlebens- und Handlungsschemata übergreifen.

Destruktive Wirkung: Dadurch können die bisher gelebten und geachteten Werte zerfallen. Es kommt das Gefühl auf, ungerechtfertigt stark benachteiligt worden zu sein. Misstrauen und Angst stellen sich in den Vordergrund. Eine geeignete Zukunftsperspektive wird wegen dieses Verständnisverlustes sowie wegen vermeintlicher sozialer Isolierung nicht gesehen. Es kann eine Entwicklung zur Depression und zur Verbitterung hin aufkommen.

Konstruktive Wirkung: Die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit des eigenen Lebens muss eingestanden werden, sodass eventuell Lebensprioritäten geändert werden. Es kann vor diesem

Hintergrund erkannt werden, dass nunmehr bessere oder besser verstandene Chancen für neue Lebenszufriedenheit entstanden sind. Eine Behandlung von Prä- und Komorbiditäten kann die Entwicklung unterstützen, geeignete oder verbesserte Schemata aufzubauen, die eine salutogene Akkommodation und Assimilation bewirken.

Die konstruktiven Vorgänge einer somatopsychischen Erkrankung verfolgen Ziele salutogener Art. Ein Psychotrauma führt z.B. oftmals zu einem erhöhten Kontrollbedürfnis als Kompensation des Gefühls oder gar der Gewissheit des Kontrollverlusts. Diese Kompensation kann das Leben aber auch erheblich einschränken, denn konstruktive Vorgänge sind leider manchmal kompromissbehaftet und können daher nur begrenzt salutogen wirken (s.a. Abschnitt 3.2.2).

Salutogene Aspekte einer PTBS erlauben im Zusammenhang mit den pathogenen Aspekten eine sorgfältige Therapieplanung, in der Ziele, Methoden und Verfahren optimiert eingesetzt und je nach Therapieverlauf adaptiert werden können.

Die Behandlung eines Psychotraumas wird in Abschnitt 9.7 vorgestellt.

Therapeutische Nutzung von somatopsychischen Basisprozessen, von Eigenschaften somatopsychischer Prozesse, von salutogenen Teilzielen und von kognitiv-emotionalen Modulationen

8.1 Therapeutische Arbeit innerhalb somatopsychischer Basisprozesse

Therapeutische Interventionen stehen immer im Kontext der Referentialdomänen und der somatopsychischen Basisprozesse. Die dadurch erzeugte Ordnung zeigt Abbildung 25.

8.2 Therapeutische Nutzung von Eigenschaften somatopsychischer Prozesse

Somatopsychische Therapie hat bei der Auswahl und Anwendung der Methoden und Verfahren die somatopsychischen Prozesse als autochthone Kräfte zu nutzen. Somatopsychische Therapie hat das Funktionieren dieser autochthonen Kräfte zu erleichtern.

Das **Primat des Ziels** kann therapeutisch gut genutzt werden, um Entwicklungen zu einem stabilen Abschluss zu bringen, z.B. kann hierzu Grawe (1998) zitiert werden: "Als zentraler Wirkmechanismus … therapeutischer Veränderung wird also die Veränderung von Erwartungen angenommen …" (S. 21).

Die wichtigste Eigenschaft somatopsychischer Prozesse ist die gegenseitige Subsidiarität von Psyche und Soma. Die therapeutische Arbeit an Gefühlen (durch Psychotherapie) verändert den körperlichen Zustand und die therapeutische Arbeit am Körper (durch Somatherapie) verändert Gefühlszustände. Somatherapie im Rahmen der somatopsychischen Therapie umfasst vor allem:

- · Adjuvante Medikation (z.B. mit einem Psychopharmakon oder mit schmerzstillenden Mitteln),
- · manuelle Therapie, wie etwa in Form von Physiotherapie und Osteopathie,
- harmonisierende oder beruhigende Einwirkungen auf den Körper wie Wärme, Aufenthalt in warmem Wasser, Entspannungsübungen, leichter Sport,
- Ernährungsoptimierung,
- · Optimierung von Umfeldbedingungen wie akustische und optische Einwirkungen

Das subsidiäre Zusammenwirken von Psyche und Soma orientiert sich an den Inhalten somatopsychischer Ziele.

Somatopsychische Therapie soll Regelmäßigkeiten in Form von Wiederholung und Taktung aufbauen. Therapeutisch von großem Nutzen sind der Wechsel von Anspannung und Entspannung und rhythmisches Verhalten. Dies kann z.B. durch Wechsel von Therapiethemen, durch Regelmäßigkeit der Therapietermine, durch Wechsel von Therapieaufgaben und durch die Therapieaufgaben selbst (wie Rhythmik durch Musik) erfolgen.

Multikausalität, Multifinalität und Multifunktionalität fordern eine multiple Verankerung von neuem Verhalten, z.B. auf der Grundlage verschiedener Motivationen, denn ein einziger Grund reicht im allgemeinen nicht aus, um Verhalten zu ändern. Verhalten ist immer überdeterminiert (z.B. Salber, 1965). Somatopsychische Therapie hat neues Verhalten überzudeterminieren. Daher sind Übungswiederholungen und unterschiedliche Einbettungen von Themen und Aufgaben therapeutisch erforderlich.

Die Abhängigkeit der Prozesse von Ressourcen veranlasst eine Überprüfung oder auch den Aufbau von somatopsychischen Ressourcen in Form von ausreichend leistungsfähigen Aktuatoren (z.B. Hormone, neuronale Systeme, Muskeltonus).

	R	Referentialdomäne (RD)	
Somatopsychischer Basisprozess (SB)	RD 1 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)	RD 2 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)	RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)
SB 1: Grundlegende Lebensvorgänge Somatopsychischer Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen" Der somatopsychische Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen" besteht aus autochthonen Bewegungen und Prozessen von Organen, autochthonen Bewegungen und Prozessen von Gedanken und Gefühlen (z.B. Interpretationen und Reflexionen) innerhalb der Informations- bahnen und Kommunikationszentren mit Cortex, Nervenbahnen, Synapsen, Prozesse in Subsystemen des Zentralnervensystems und des Rückenmarks, Prozesse in Signal- gebern und Speichern von Informationen und informationstragenden Substanzen wie endokrinologische Stoffe (z.B. internale Kommunikation), ein geeignetes Umfeld zum Leben und Überleben mit Möglich- keiten des Schutzes und des Wohlbefindens herstellen, sich Ernähren können, Körper entleeren (vor allem Exkremente, Urin), Gesundheit erhalten und Störungen heilen, Körpertemperatur aufrecht erhalten, Verlet- zungen und Krankheiten adaptiv und resilient steuern, Sexualität leben (Beispiele)	Meditative Introspektion und imaginative Verfahren (Autogenes Training, Yoga, Training des Körpererlebens u.a. durch Singen, Wohlfühlmassage, Biofeedback Körperfunktionen erleben, pflegen / fördern und trainieren Assimilation verbessern Die eigenen psychischen und somatischen Zustände achten und stärken (u.a. mit Methoden und Verfahren der Tiefenpsychologie) Den körpereigenen Kräften Raum geben Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung)	Empathische Kommunikation mit anderen Menschen erleben, pflegen / fördern und trainieren (u.a. Methoden und Verfahren der Adlerianischen Psychotherapie und der Psychoanalyse) Assimilation und Akkommodation in diesen Bezügen erleben, pflegen / fördern und trainieren Mentale Simulation von Assimilaton und Akkommodation Problemlösungsorientierte Therapie (u.a. Verhaltenstherapie) Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung)	Erleben und Handeln in inzidentellen und intentionalen Kontexten pflegen / fördern und trainieren Assimilation und Akkommodation erleben, pflegen / fördern und trainieren Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung)

	R	Referentialdomäne (RD)	
Somatopsychischer Basisprozess (SB)	RD 1 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)	RD 2 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)	RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)
SB 2: Reifen und Wachsen Somatopsychischer Basisprozess "Reifen und Wachsen" Längenwachstum, Muskelwachstum, Organwachstum, Änderung der Wachstumsziele z.B. bei pathologisch gesteuerten Prozessen, neue Körperfunktionen aufbauen, neue kognitive Kompetenzen aufbauen, Handlungsspielräume erweitern, Handlungsmöglichkeiten verstärken, Heilungsprozesse durch Wachstum steuern, generatives Verhalten ausbauen (Beispiele)	Körperfunktionen erleben, pflegen / fördern und trainieren Die eigenen psychischen und somatischen Zustände achten und stärken Den körpereigenen Kräften Raum geben Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung)	Empathische Kommunikation mit anderen Menschen erleben, pflegen / fördern und trainieren Assimilation und Akkommodation in diesen Bezügen erleben, pflegen / fördern und trainieren Mentale Simulation von Assimilaton und Akkommodation Problemlösungsorientierte Therapie Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung)	Erleben und Handeln in inzidentellen und intentionalen Kontexten pflegen / fördern und trainieren Sich selbst als Teil der lebenden Natur erleben und tolerieren Psychoedukation (z.B. über Gefahren und deren Vermeidung / Bewältigung) Akkommodation verbessern
SB 3: Bewegen SB 3: Bewegen Somatopsychischer Basisprozess "Bewegen" Laufen, Klettern und anderes intentionales Bewegen, generelles aktionales Verhalten, Anpassung des eigenen Umfelds durch Handeln, Körperstatik und Bewegungs- dynamik mit Skelett, Muskeln, Sehnen und Knorpel, Ortsveränderungen bewirken, Arbeitsergebnisse bewirken, Kompetenzen verbessern und stärken, und Werkzeuge nutzen können, Bewegungseinschränkungen kompensieren, Steuern von Wohlbefinden und von Defizitenpfindungen (Beispiele)	Positives Körpergefühl entwickeln bzw. stärken Bewegungseinschränkungen durch Selbstversuche reduzieren bzw. kompensieren Schmerzen durch Selbstversuche reduzieren bzw. kompensieren Erlernen bzw. erleben, welche Bewegungen dem Körper gut tun bzw. von ihm zum Wohlbefinden benötigt werden	Positive Körperwahrnehmung entwickeln bzw. stärken Den eigenen Körper als Objekt mit Verbesserungsmöglichkeiten wahrnehmen Positive Körperwahrnehmung mit anderen Menschen z.B. mithilfe des Tanzens erzeugen oder verbessern. Assimilation und Akkommodation verbessern	Kontingenzen aus dem Zusammenwirken eigener Bewegungen mit Natur und baulich-technischem Umfeld erleben Durch Bewegungen des Körpers erlernen oder erleben, wie man auf sein Umfeld Einfluss nehmen kann

	R	Referentialdomäne (RD)	
Somatopsychischer Basisprozess (SB)	RD 1 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)	RD 2 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)	RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)
SB 4: Flüssigkeiten und Gefäße Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen" Blut und Blutgefäßsystem, Lymphe und Lymphbahnen, Liquor, Urin, Lymphe und Blut qualitativ steuern, Lymphe und Blut quantitativ im gesamten Körper steuern, Lymphgefäße steuern, Blutgefäße steuern, Lymphgefäße steuern, Schrees steuern, Zellenfüssigkeit qualitativ und quantitativ steuern, Hautfeuchtigkeit und Urin pro- duzieren und abgeben, Störungen in den Körperflüssigkeiten kompensieren, Steuern von Wahrnehmungen und von Wohlbefinden und von Defizitempfindungen einschließlich Schmerzempfindungen (Beispiele)	Blutkreislauf spüren und etwas steuern, z.B. mithilfe eines Biofeedbacksystems Assimilation verbessern	Die Zusammensetzung von Körperflüssigkeiten salutogen halten oder verbessern Erlernen oder erleben, was andere Menschen tun, um auf ihre Flüssigkeiten und Gefäße positiv einzuwirken	Erlernen oder erleben, wie die eigenen Körperflüssigkeiten durch Sonnen- einstrahlung oder durch andere Einflüsse der Natur positiv beeinflusst werden können Akkommodation verbessern
SB 5: Essen / Trinken Somatopsychischer Basisprozess "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen" Erleben von Nahrungsaufnahme, Erleben der Verarbeitung von Nährstoffen, biologische Umsetzung der Nahrungsmittel, der Vitamine und anderer aufgenommener Substanzen, vor allem in lebenserhaltenden Stoffen, Mechanik	Erlernen oder erleben, welche Nahrungs- mittel dem eigenen Körper dauerhaft gut tun	Von Anderen erlernen oder bei Anderen erleben, welche Nährstoffe der eigene Körper benötigt Erlernen oder erleben, welche weiteren Nährstoffe andere Menschen zu sich nehmen	Erlernen oder erleben, wie der eigene Körper durch Nahrungsmittel bzw. durch Einflüsse der Natur positiv beeinflusst werden kann Akkommodation verbessern

	Somatopsychischer Basisprozess (SB) Referentialdomäne 1 und selbstreferentiell	von Nahrung, Flüssigkeiten und Gasen in Speisegängen, Darm und Blase, Aufnahme und Verwerten der Nährstoffe für die Nut- zung im Körpergewebe und zum Erzeugen von Wohlbefinden oder von Defizitempfin- dungen, Steuerung der Verteilung im Körper, Nutzung von Nährstoffen für Verhinderung von Krankheiten und zur Heilung von Krank- heiten (Beispiele)	SB 6: Externale und internale Phänomene	Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene" mimmt, wie man Wahrnehmungs- und Sinnessystem, Wahrnehmungsewährleisten, steuern und speichern, auditive Wahrnehmung gewährleisten, steuern und speichern, steuern des Erlebens von Konsistenz und adaptieren (Beispiele)
Re	domäne 1 (Autopoietische eferentielle Funktionen)			Erleben, auf welchem Wege man wahrnimmt, wie man Informationen interpretiert, welche Wahrnehmungen eine Belastung darstellen und welche Wahrnehmung gut tut Die Funktionsbedingungen durch Assimilation für internale Phänomene positiv gestalten
Referentialdomäne (RD)	RD 2 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)			Erlernen oder erleben, auf welchem Wege andere Menschen wahrnehmen, wie ande- re Menschen Informationen interpretieren, welche Wahrnehmungen für andere eine Belastung darstellen und welche Wahrneh- mung anderen Menschen gut tut: Diese Erfahrungen mit dem eigenen Verhalten vergleichen
	RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)			Erlernen oder erleben, wie externale Phänomene ablaufen und wie sie durch Akkommodation gestaltet werden können

Referentialdomäne (RD)	Popsychischer RD 1 RD 2 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen) RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität) Externalität)	Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung (inzidentelles und intentionaler und Akkommodation veränderungen durch Assimilation somatischer und sozialer Kompetenz durch und durch Üben, intentional und interpretieren, währnehmen und der Uben, intentional nisse prüfend einwirken, Kenntnisse und kognitive Schemata reflektierend überprüfende kognitive Schemata reflektierend überprüfende und versieren Preude und Zurigen und interpretieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und sektieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und interpretieren und europaper intentional und erektieren bewinke Veränderungen nach erektieren bewinken, Kenntnisse und kognitive Schemata reflektierend überprüfende und Zurigen verwieren, Freude und Zurigen verwieren, Freud
	Somatopsychischer Basisprozess (SB)	SB 7: Erfahrungsbildung Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung (inzidentelles und intention les Lernen)" Verbesserung kognitiver, emotionaler, somatischer und sozialer Kompetenz durc Wahrnehmen und durch Üben, intention und inzidentell bewirkte Veränderung vor Verhaltensbereitschaften, Wahrnehmunge selektieren und interpretieren, auf Gesche nisse prüfend einwirken, Kenntnisse und kognitive Schemata reflektierend überprüfen, Problemlöseschemata anwenden und erweitern, Freude und Zufriedenheit zuor nen, Steuern des Erlebens von Konsistenz

Abb. 25: Therapeutische Nutzung der somatopsychischen Basisprozesse in den Referentialdomänen (Beispiele)

Somatopsychische Therapie kann sich zunutze machen, dass somatopsychische Prozesse als Regelkreise funktionieren. Werden bestimmte salutogene Schwellenwerte bzw. salutogene Zustände durch Lernen bzw. Assimilation, Adaptation oder Habituation erreicht, werden sie in das Messsystem, in die Stellglieder, in den Komparator und in den Sollwert (oder auch Schwellenwert) nach und nach aufgenommen. Kontrollierte Wiederholungen salutogener Maßnahmen dienen der Stärkung des relevanten Regelkreises und der Stärkung des Zusammenwirkens dieses Regelkreises mit anderen Regelkreisen. Durch eine erfolgreiche Stärkung des Regelkreises kann eine Stabilisierung von salutogenem Verhalten erreicht werden.

Dieser stabilisierte Zustand kann wiederum für die weitere therapeutische Aufbauarbeit genutzt werden, da eine Ergebnisphase zugleich eine Initialphase für weitere salutogene Prozesse sein kann. Diese weiteren salutogenen Prozesse entstehen aus Assimilation und Akkommodation, die Individuum und Umfeld in einem andauernden gegenseitig prägenden Austausch halten. Neue externale Angebote und neue Verhaltensweisen unterstützen und steuern einen solchen Austausch, der wiederum zu einem neuen salutogenen Resultat führen kann.

Somatopsychische Therapie kann als Veränderung von Prozessen durch Eindringen von externalen und internalen Teilsystemen verstanden werden. Eingeübte alternative Verhaltensweisen oder die sachgerechte Auflösung kognitiver Dissonanzen (z.B. "Alles war sicher, aber der Unfall ist passiert") können sich zu salutogenen Teilsystemen entwickeln, die in das bestehende pathogene Gesamtsystem einzudringen vermögen.

Somatopsychische Therapie hat den Untergang pathogener somatopsychischer Prozesse herbeizuführen (z.B. die Auflösung eines Prozesses zur Aufrechterhaltung eines so genannten Krankheitsgewinns). Aus einem solchen Untergang entsteht eine neue Stabilität, die allerdings durch weitere destruktive Erfahrungsbildung (z.B. Adaptation an neue Zustände mit pathogenem Potenzial wie etwa emotional schwierige soziale Externalitäten) gefährdet werden kann. Eine salutogene Therapie hat daher für entsprechende Resilienz wie etwa die Fähigkeit zu kognitiven Umstrukturierungen (Wilken, 1998) oder das so genannte posttraumatische Wachstum (Tedeschi und Calhoun, 2004) zu sorgen. Auf diese Weise werden schwierige somatopsychische Unterschiede zwischen dem Zustand der Stabilität und dem Zustand des Wechsels von Expansion und Untergang verringert, sodass unnötige Belastungen wegen Unruhezuständen vermieden werden.

Sofern in therapeutischen Vorgehensweisen die Eigenschaften und Funktionen somatopsychischer Prozesse richtig getroffen werden, die Teilziele von Gesundheit und die Möglichkeiten der Erfahrungsbildung genutzt werden, sind nach dem Konzept der vorliegenden Abhandlung die Bedingungen für eine erfolgreiche Therapiearbeit erfüllt.

8.3 Therapeutische Nutzung salutogener Teilziele

Interventionen mit somatopsychischen Methoden und Verfahren sollten sich an den salutogenen Zielen orientieren. Für die drei Referentialdomänen werden in der folgenden Übersicht (Abbildung 26) therapeutische Schwerpunktthemen genannt, die in kurative somatopsychische Methoden und Verfahren transformiert werden können. Anhand von sechs Beispielen mit verschiedenen Varianten somtopsychischer Therapie wird die therapeutische Nutzung der o.g. salutogenen Teilziele (s. Abschnitt 3.1) erläutert.

In einem therapeutischen Prozess können salutogene Teilziele je nach somatopsychischem Krankheitsbild in unterschiedlicher Reihenfolge angesteuert werden.

An drei Beispielen wird die Nutzung der Reihenfolge salutogener Teilziele für eine somatopsychische Therapie erläutert.

RD 3 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität) Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)	Angenehme Verhaltensweisen anderer Menschen erleben und aufsuchen, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltensweisen).	Interaktionen zu und Kommunikation mit anderen Menschen verbessern, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltens-weisen).	Sich selbst positiv steuern und sich mit sympathischen und positiven Menschen umgeben, und positiven beispiele s. z.B. nachfolgende Therapiebeispiele Nr. 2 (Induktion positiver Emotionen)	Eigene Gefühlszustände beobachten, beschreiben und in einem empathischen Kontext kommunizieren, s. z.B. nachfolgende Therapiebeispiele Nr. 1 (Erleben emotionaler Kontexte), Nr. 3 (Dialogische Fußwanderung) und Nr. 4
RD 2 Referentialdomän und soziale Bezüg		Interaktionen zu umit anderen Mens. s.z.B nachfolgend Nr. 5 (Erleben alte		Eigene Gefühlszustände be beschreiben und in einem o Kontext kommunizieren, s. z.B. nachfolgende Therap 1 (Erleben emotionaler Ko (Dialogische Fußwanderur
RD 1 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)	Eigene angenehme Gefühlszustände und Motivationen (im Unterschied zu unangenehmen Zuständen) kennen und beschreiben, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 1 (Erleben emotionaler Kontexte) und Nr. 4 (Meditative Introspektion).	Eigene zielgerichtete Abläufe in den Erlebensweisen in sich selbst wahrneh- men, s. zB. nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 2 (Induktion positiver Emotionen)	In sich selbst emotionale Orte finden, die auf eine ruhige Weise positiv wirken, s.z.B nachfolgende Therapiebeispiele Nr. 1 (Erleben emotionaler Kontexte) und Nr. 4 (Meditative Introspektion).	Eigene Gefühlszustände immer wieder über Tage hinweg beobachten und für sich selbst protokollieren.
	Teilziel 1 Appetenz in sich spüren: Motiviert sein und etwas Interessantes in sich (in der Internalität) und im Umfeld (in der Externalität) finden können	Teilziel 2 Dynamik erleben können: Kraft in sich spüren und gezielt einsetzen können	Teilziel 3 Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können: Zuversicht aus sich selbst heraus entstehen lassen können	Teilziel 4 Internalität an sich selbst kennen: Immer wieder zu erleben, dass Gefühle sich ständig neu erzeugen können

RD 3 Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität)	 Das Umfeld, speziell die Prozesse, in RD 3 detailliert wahrnehmen, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 6 (Therapie von Flugangst). 	Den gelungenen Umgang mit Gegeben- n, heiten und Möglichkeiten in RD 3 erle- 5 ben. s.z. B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 6 (Therapie von Flugangst).	Kontinuität in RD 3 und Identität mit Gegebenheiten und Möglichkeiten in RD 3 über lange Zeiträume hinweg erleben, über ein Gefühl von geografischer und sozialer Heimat verfügen.	Eigene somatopsychische Zustände im Zusammenspiel mit den Gegebenheiten und Möglichkeiten in der RD 3 kennen und spüren, z.B. in der Auseinander- setzung mit den schönen Dingen in der Natur oder in der Architektur.
RD 2 Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität)	Das Umfeld, speziell die Prozesse, in RD 2 detailliert wahrnehmen, sich konstruktiv mit anderen Menschen oder auch mit Kunstwerken auseinandersetzen, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltensweisen).	Den gelungenen Umgang mit Gegebenheiten und Möglichkeiten in RD 2 erleben, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltensweisen).	Kontinuität in RD 2 und Identität mit Gegebenheiten und Möglichkeiten in RD 2 über lange Zeiträume hinweg erleben, über ein Gefühl von sozialer Zugehörigkeit verfügen, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltensweisen).	Eigene somatopsychische Zustände leicht und treffend verbalisieren, spüren, welche somatopsychischen Zustände bei anderen Individuen sich aus einem eigenen vorausgegangenen entwickeln können (und vice versa), s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 5 (Erleben alternativer Verhaltensweisen).
RD 1 Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen)	Eigene Gefühle, das eigene Handeln, eigene Körperzustände und eigene Veränderungen zuverlässig und valide spüren, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 3 (Dialogische Fußwanderung).	Den gelungenen Umgang mit sich selbst erleben, sich aus sich selbst heraus wohl- fühlen.	Kontinuität in sich selbst und eigene Identität über lange Zeiträume hinweg erleben, s.z.B nachfolgendes Therapiebeispiel Nr. 3 (Dialogische Fußwanderung).	Über leichten und schnellen Zugang zu den eigenen somatopsychischen Zustän- den verfügen, spüren, welche somatopsy- chischen Zustände sich aus einem voraus- gegangenen entwickeln können, s.z.B nachfolgende Therapiebeispiele Nr. 1 (Erleben emotionaler Kontexte) und Nr. 4 (Meditative Introspektion).
	Teilziel 5 Verstehendes Erleben praktizieren: Sich selbst und die Welt in zufriedenstellendem Umfang erleben und verstehen können	Teilziel 6 Wunscherfüllung erfahren können: Die vorhandenen Kompetenzen werden als ausreichend erlebt, um sich weit- gehend konfliktfrei wichtige Wünsche erfüllen zu können	Teilziel 7 Systematik leben können: Das Verhalten weist Kontinuität auf oder vollführt einen Wandel, der als kohärent erlebt wird	Teilziel 8 Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben: Das eigene Verhalten wird in der Selbstwahrnehmung als leicht und durchsichtig erfahren

Abb. 26: Therapeutische Nutzung der Referentialdomänen für das Erreichen salutogener Teilzeile (Beispiele)

Beispiel 1

Bei Psychotraumen (CRV, Abschnitt 4.1) kann es z.B. sinnvoll sein, zunächst

- 1. die eigene Internalität (salutogenes Teilziel 4, Abschnitt 3.1) in kleinen Schritten zu stärken oder wieder zu entdecken, dann
- 2. in vorsichtiger Form Wunscherfüllung zu erfahren (salutogenes Teilziel 6), anschließend
- 3. allmählich Dynamik erleben können (salutogenes Teilziel 2).
- 4. Da ein Psychotrauma oft mit internaler Desorganisation einhergeht, kann als nächstes das salutogene Teilziel 7 (Systematik leben können) mittels einfacher Übungsaufgaben angegangen werden.
 - Daraus könnte sich möglicherweise
- 5. autochthon etwas Ruhe und Ausgeglichenheit (salutogenes Teilziel 3) entwickeln, sodass im Zusammenhang damit
- 6. eigene Interessen (Appetenz, salutogenes Teilziel 1) gefördert werden.
- 7. Bei ausreichender Erreichung der bisherigen Teilziele können durch entsprechende Übungen (z.B. imaginative Übungen, Körpertherapie) Leichtigkeit und Durchsichtigkeit (salutogenes Teilziel 8) erlebt werden.

Beispiel 2

Der Einfluss des pathogenen Teilziels "...emotionale Last, emotionale Dunkelheit..." (ONA, Abschnitt 41.) kann z.B. durch die Annäherung an salutogene Teilziele in folgender Reihenfolge geschwächt oder beseitigt werden:

- 1. Den Bereich der "Appetenz in sich spüren können" durch Anknüpfung an vorhandene Appetenzen vergrößern (salutogenes Teilziel 1, Abschnitt 3.1)
- 2. Die Kompetenz "Internalität an sich selbst erkennen können" erweitern (salutogenes Teilziel 4)
- 3. Den Bereich "Systematik leben können" (salutogenes Teilziel 7) verbessern
- 4. Wiederholungen von therapeutischen Maßnahmen bzw. von Varianten davon zur Festigung der Ergebnisse zu den Punkten 1 bis 3
- 5. Teile des vorhandenen Erlebens von Dynamik (salutogenes Teilziel 2) ausbauen
- 6. Erfüllung einfacher, vorhandener Wünsche (salutogenes Teilziel 6) erfahren lernen
- 7. Aus dem Erleben von Erfolgen / Teilerfolgen zu Punkt 6 "Systematik erfahren und leben können" (salutogenes Teilziel 7)
- 8. Wiederholungen von therapeutischen Maßnahmen bzw. von Varianten davon zur Festigung der Ergebnisse zu den Punkten 5 bis 7
- 9. In kleinen, wenig belastenden Bereichen verstehendes Erleben mit sich selbst (und später mit der Referentialdomäne 3) praktizieren können
- 10. In kleinen Schritten und in kleinen Zeitabschnitten Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können (salutogenes Teilziel 3)
- 11. Das Erleben von Leichtigkeit und Durchsichtigkeit (salutogenes Teilziel 8) in kleinen Bereichen und in kleinen Zeiträumen zulassen
- 12. Weiterer Ausbau der Kompetenzen aus den Punkten 9 bis 11

Beispiel 3

Zur Behandlung der Störung "Dynamische Bezugslosigkeit praktizieren müssen" (Teilziel 7, Abschnitt 4.1) könnte die Reihenfolge wie folgt gewählt werden:

1. Internalität an sich selbst erleben können (salutogenes Teilziel 4, Abschnitt 4.1): Sich selbst korrekt und zuverlässig zu spüren lernen

- 2. Verstehendes Erleben seiner selbst und der Welt in der Referentialdomäne 3 (salutogenes Teilziel 5) verbessern
- 3. Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können (salutogenes Teilziel 3)
- 4. Je nach Ressourcen und Bereitschaft des Individuums die anderen Teilziele angehen.

Je nach Störungsbild bzw. je nach individueller Wichtigkeit eines bestimmten salutogenen Teilziels ist die Reihenfolge in der Ansteuerung einzelner Teilziele festzulegen. Einzelne Teilziele können in Zeitabständen mehrfach oder auch iterativ therapeutisch verfolgt werden.

Somatopsychische Therapie soll durch den Prozess salutogener Erfahrungsbildung, vor allem durch therapeutisch ausgewählte oder adaptierte Assimilation und Akkommodation gesteuert, die Aktuatoren in ihren Regelkreisen zu neuer überdauernder Zielbildung somatopsychischer Prozesse führen. Bei Erfolg erhält das Individuum eine neue oder eine verstärkte Selbstwirksamkeits- bzw. Kontrollüberzeugung einschließlich einer verbesserten Kompetenzmeinung.

8.4 Therapeutische Nutzung kognitiv-emotionaler Modulationen

Kognitiv-emotionale Modulationen spielen eine wichtige Rolle bei der Erfahrungsbildung eines Individuums. Diese wichtige Rolle lässt sich therapeutisch nutzen, in dem Veränderungsprozesse durch kognitiv-emotionale Fehlverarbeitung angestoßen werden.

Beispiel 1

Therapeutische Nutzung von kognitiver Dissonanz

Eine kognitive Dissonanz (z.B. Widerspruch zwischen Nah- und Fernzielen eines Individuums) kann vom Individuum selbst oder im Rahmen einer somatopsychischen Behandlung entdeckt bzw. erkannt werden. Kognitive Dissonanzen sind kaum zu ertragen. Falls der Behandler das Individuum auf das Erkennen der bestehenden kognitiven Dissonanz hingeführt hat, bestehen u.a. folgende Möglichkeiten:

- dem Individuum die Auflösung der kognitiven Dissonanz selbst zu überlassen, falls es die geeigneten Ressourcen besitzt oder
- · dem Individuum einen lösungsorientierten und motivierenden Impuls zu geben.

Nach Auflösung der kognitiven Dissonanz durch das Individuum sind die wichtigen Kontexte und Kontingenzen vor dem Hintergrund der zu erreichenden Gesundheitsziele abzuwägen, um auf diese Weise einen salutogenen Fortschritt zu erzielen.

Unterstützt wird eine salutogene Entwicklung durch Nutzung von Konsistenzerleben als kognitivemotionale Modulation.

Beispiel 2

Therapeutische Nutzung des Primats der Aktualität (Recency effect)

Prägnant erlebbare Erfolge therapeutischer Übungen sind abzusichern (z.B. durch Nacharbeit oder durch Wiederholung) um auf diese Weise aktuelle, salutogene Erfahrungen gegenüber früheren pathogenen Erfahrungen in den Vordergrund des Verhaltens zu bringen.

Das Primat der Aktualität kann durch die Modulation "Spezifisch geht vor generell" unterstützt werden, wenn spezifisches Verhalten an Beispielen geübt wird.

Beispiel 3

Therapeutische Nutzung einer fehlerhaften Zusammenhangsvermutung

Eine fehlerhafte Zusammenhangsvermutung ist ein Attributionsfehler, der durch spielerische oder systematische Suche nach anderen Attributionsmöglichkeiten geschwächt oder ersetzt werden soll. Ein Patient kann beispielsweise seine Lage so deuten, dass ausschließlich andere Menschen und ungünstige Situationen seine missliche Lage verursacht haben. Hierbei ist herauszuarbeiten, welchen pathogenen Vorteil (z.B. einen so genannten Krankheitsgewinn) die fehlerhafte Zusammenhangsvermutung für das Individuum bedeutet. Der als pathogen zu wertende Vorteil ist durch eine salutogene Einbettung (z.B. in eine erlebbare zukunftsfähige Entwicklungsmöglichkeit) zu ersetzen.

Beispiel 4

Therapeutische Nutzung der sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung (Self-fulfilling prophecy)

Vorannahmen werden therapeutisch (z.B. durch Imaginationsübungen, s. Jacob & Tuschen-Caffier, 2011) in verhaltenskonkrete Erwartungen umgewandelt, um die Ressourcen des Individuums entsprechend auszurichten. Durch diese Ausrichtung wird die Realisierung des zu erreichenden Ziels wahrscheinlicher.

8.5 Reichweite somatopsychischer Therapie

Die in der vorliegenden Abhandlung beschriebene somatopsychische Therapie nach dem referentialpsychologischen Ansatz ist mit dem Anspruch auf folgende Reichweite versehen:

- 1. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht der Umgang des Individuums mit sich selbst. Der Schwerpunkt liegt auf der Therapie in der Referentialdomäne 1.
- 2. Darauf aufbauend wirkt sich die somatopsychische Therapie positiv auf das Interagieren mit der Referentialdomäne 2 aus, vor allem dann, wenn praxisbezogene Maßnahmen einbezogen werden.
- 3. Sobald sich die Therapie konstruktiv in den Referentialdomänen 1 und 2 auswirkt, ergeben sich salutogene und durch Übungen auszuformende Auswirkungen auf das Erleben und Handeln in der Referentialdomäne 3.

Da somatische und psychische Symptome oder Bestandteile eine ganzheitliche Symptomatik bilden, ist die Reichweite einer somatopsychischen Therapie als umfassender anzusehen als von Therapien, die lediglich bei dem psychischen oder lediglich bei dem somatischen Behandlungszugang verbleiben. Das Ergebnis einer somatopsychischen Therapie dürfte deswegen umfassender sein, da sie die wegen der sowohl auf Psyche als auch auf Soma spezifisch angelegten Behandlungsansätze u.a. das Prinzip der gegenseitigen Subsidiarität nutzt und somit stabiler und dauerhafter wirkt. Vergleichende empirische Untersuchungen gibt es allerdings noch nicht.

Die zeitliche Reichweite ergibt sich aus der Intensität der Zielereichung und aus der erreichten oder auch ausbaubaren Kompetenz des Individuums, salutogene Prozesse nachhaltig und adaptiv zu generieren. Die zeitliche Reichweite vergrößert sich, wenn das Individuum ein salutogenes Wachstum erfahren hat.

Begrenzungen der somatopsychischen Therapie werden wie folgt gesehen:

- 1. Grundsätzlich ergeben sich aus dem somatopsychischen Ansatz keine spezifischen Hinweise auf die Art des Aufbaus einer Beziehung zwischen Therapeut und Individuum.
- 2. Grundsätzlich ergeben sich aus dem somatopsychischen Ansatz keine spezifischen Hinweise auf die entsprechende Ausgestaltung psychoanalytischer Arbeit.
- 3. In der praktischen Anwendung wird es fachliche und organisatorische Schwierigkeiten geben, sowohl die somatischen als auch psychischen Aspekte eines Individuums gleichzeitig zu berücksichtigen.

Empirische Forschungsarbeiten werden überprüfen müssen, inwieweit der o.g. Anspruch und die Begrenzungen zutreffen oder inwieweit Modifikationen dieser vom Modell her abgeleiteten Reichweite gesehen werden müssen.

9 Beispiele somatopsychischer Therapie

9.1 Somatopsychisches Therapiebeispiel 1: Erleben emotionaler Kontexte

A Ziel

Das Individuum soll seine Gefühle benennen, beschreiben und besser als zuvor kennenlernen sowie leichter als zuvor für sich zugänglich machen.

Das Verfahren verschafft dem Individuum je nach Ausgang der Übung mehr Sicherheit in der Selbsteinschätzung als früher und dem Psychotherapeuten möglicherweise neue und für das Individuum überzeugende thematische Zugänge.

Es handelt sich um ein adjuvantes Therapieverfahren.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

- 1. Das Individuum soll ohne Störung durch sein Umfeld seine emotionalen Prozesse erleben und beschreiben.
- 2. Das Individuum soll ohne Störung durch sein Umfeld seine emotionalen Prozesse unter verschiedenen Aspekten erleben und bewerten.
- 3. Das Individuum soll die Inhalte der Punkte 1 und 2 auch somatisch lokalisieren können.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Das Individuum soll seine aktuelle Emotion ausführlich verbal so beschreiben können, dass diese von einem anderen Menschen empathisch nachvollzogen werden kann.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Das Individuum benutzt beschreibende Worte, um seine Emotion dem Therapeuten zu vermitteln. Die Mehrheit dieses Verhaltens erlaubt eine empathische und plausible Zuordnung: Als Zwischenziel können 50% ausreichen, im Endzustand sollten jedoch mindestens 90% erreicht werden.

B. Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer einer einzelnen Übung

10 bis 20 Minuten

B.2 Anweisungen

Sobald das Individuum Gefühle benennt, wird es aufgefordert, dieses Gefühl noch näher zu beschreiben, z.B. mit folgenden Worten:

"Können Sie dieses Gefühl noch ausführlicher und noch deutlicher beschreiben?"

Oder: "Mit was können Sie Ihr Gefühl vergleichen?"

Falls das Individuum wenig Übung oder wenig Geschick hat, Gefühle zu erkennen oder zu beschreiben, kann es sich zur Übung mit Beschreibungen von Gefühlen befassen, z.B. mithilfe eines Gefühlskreises (s. Abbildung 27).

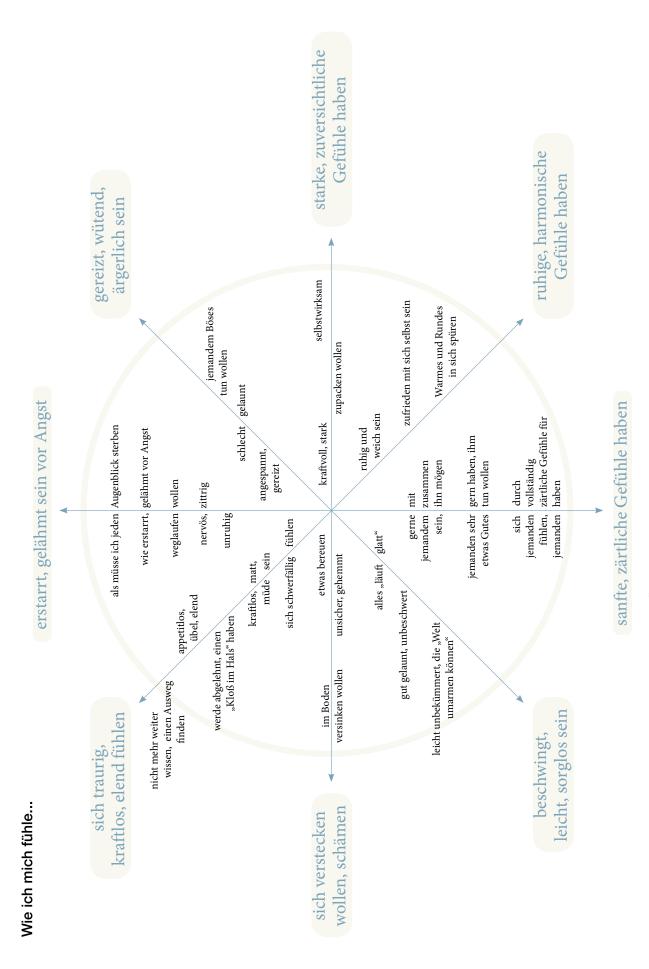


Abb. 27: Benennungen von Emotionen für therapeutische Übungen (Beispiele)

Das Individuum kann zu Folgendem aufgefordert werden:

"Sie sagten gerade (es wird das Gefühl benannt): Wie fühlt sich dieses Gefühl an?" Oder "Wo befindet sich das Gefühl in Ihrem Körper?" "Ist es dort unbeweglich oder bewegt es sich?" "Von wo nach wo bewegt es sich?"

Die Übungen sollen erreichen, dass das Individuum in der Lage ist, seine Gefühle zügig und detailliert sowie in einem semantischen Kontext zu beschreiben.

C Auswertung

Der Psychotherapeut kann die Gefühlsbeschreibungen des Individuums aufgreifen und die Inhalte aktuell oder planerisch nutzen.

Varianten zu Beispiel 1:

Anwendung imaginativer Verfahren mit oder ohne therapeutische Anleitung (z.B. imaginatives Begehen emotional positiver Landschaften).

Imagination bereits erlebter positiver Gefühlszustände

Mit therapeutischer Anleitung und Kontrolle: Transport von lokalen positiven Zuständen im Körper durch Imagination an eine andere Körperstelle.

9.2 Somatopsychisches Therapiebeispiel 2: Manuelle und instrumentelle Induktion positiver Emotionen

A Ziel

Das Individuum soll positive Emotionen besser als bisher erleben bzw. mehr Raum für positive Emotionen erhalten. Mithilfe manueller Therapie (z.B. durch eine "Wohlfühlmassage") sollen positive somatopsychische Zustände erzeugt und erlebbar gemacht werden.

Das Verfahren verschafft dem Individuum je nach Ausgang der Übung mehr Erfahrung im Erzeugen und Erleben positiver emotionaler Prozesse.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

- 1. Das Individuum soll ohne Störung durch sein Umfeld seine positiven emotionalen Prozesse erleben.
- 2. Das Individuum soll ohne Störung durch sein Umfeld seine positiven emotionalen Prozesse als machbar erleben.
- 3. Das Individuum soll die Inhalte der Punkte 1 und 2 auch somatisch lokalisieren können.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Das Individuum soll positive emotionale Prozesse ungestört erleben können und seine aktuellen Emotionen ausführlich verbal so beschreiben können, dass diese vom Behandler empathisch nachvollzogen werden können.

Das Individuum soll positive emotionale Prozesse induzieren lassen können.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Das Individuum zeigt durch somatischen Ausdruck, dass positive emotionale Zustände eintreten und benutzt beschreibende Worte, um seine Emotion dem Therapeuten zu vermitteln. Die Mehrheit dieses Verhaltens erlaubt eine empathische und plausible Zuordnung: Als Zwischenziel können 50% ausreichen, im Endzustand sollten jedoch mindestens 90% erreicht werden.

B Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer einer einzelnen Übung

10 bis 50 Minuten

B.2 Anweisungen

Sobald das Individuum passende Emotionen erkennbar macht oder benennt, wird es aufgefordert, dieses Gefühl noch näher zu beschreiben, z.B. mit folgenden Worten:

"Können Sie dieses Gefühl noch ausführlicher und noch deutlicher beschreiben?"

Oder: "Mit was können Sie Ihr Gefühl vergleichen?"

Falls das Individuum wenig Übung oder wenig Geschick hat, Gefühle zu erkennen oder zu beschreiben, kann es sich zur Übung mit Beschreibungen von Gefühlen befassen, z.B. mithilfe eines Gefühlskreises (s. Abbildung 27 zu Beispiel 1 somatopsychischer Therapie).

Das Individuum kann auch zu Folgendem aufgefordert werden:

"Sie sagten gerade (es wird das Gefühl benannt): Wie fühlt sich dieses Gefühl an?" Oder "Wo befindet sich das Gefühl in Ihrem Körper?" "Ist es dort unbeweglich oder bewegt es sich?" "Von wo nach wo bewegt es sich?"

Die Übungen sollen erreichen, dass das Individuum in der Lage ist, seine Gefühle zügig und detailliert sowie in einem semantischen Kontext zu beschreiben.

C Auswertung

Der Psychotherapeut kann die Gefühlszustände und Gefühlsbeschreibungen des Individuums aufgreifen und die Inhalte aktuell oder planerisch nutzen.

Varianten zu Beispiel 2:

Nach Vorbereitung und unter therapeutischer Kontrolle: Unter Wasser mit Atemgerät ohne Bewegung schweben und das tragende, warme Wasser intensiv erleben.

Nach Vorbereitung und unter therapeutischer Kontrolle: Progressive Muskelrelaxation (PMR). Nach Vorbereitung und unter therapeutischer Kontrolle: Autogenes Training (AT) mit Wohlfühlübungen. Hypnose durch Psychotherapeuten: Angenehme Gefühlszustände etablieren helfen und hypnoide Unterstützung von salutogener Assimilation und Akkommodation (z.B. salutogene Interpretation / Attribution von Erlebnissen sowie Ermutigung zu salutogener Akkommodation wie Aufsuchen oder Ausgestalten angenehmer Aufenthaltsorte).

Nach Vorbereitung und mit therapeutischer Durchführung: Biofeedback und Neurofeedback zum Erzeugen positiver Emotionen, z.B. bei Muskelentspannung mit Biofeedbackunterstützung, Entlastung der Herz- und Kreislaufbelastung (z.B. Senkung des erhöhten Blutdrucks durch Bauchatmung

und durch ein kaltes Getränk, Senkung oder Stabilisierung der Herzfrequenz, Erzeugung von mehr Alpha-Wellen im EEG).

Medikation zur Induktion positiver Emotionen, z.B. Gaben von SSRI, zur Unterstützung der Neuorientierung somatopsychischer Prozesse.

Fahrrad fahren (ca. 2 bis 3 Stunden) auf einer therapeutisch geeigneten Route mit therapeutischer Anleitung und Begleitung: Erleben von körperlicher Anspannung und Entspannung; dreimaliges Erleben schöner Landschaften durch Beschreibung des Kommenden wenige Minuten vorher, ausführliches (etwa 10 bis 15 Minuten) Erleben der entsprechenden Stelle und später (nach etwa 5 bis 15 Minuten) durch Nacherleben (das Individuum berichtet mit therapeutischer Unterstützung). Gehen (ca. 30 Minuten) auf einer Route, auf der es keine Störungen oder negativen emotionalen Einflüsse gibt. Das Individuum geht nach therapeutischer Vorbereitung allein (ohne andere Menschen, ohne Tiere, ohne Musik etc.) rhythmisch gleichmäßig mit etwas größerer Geschwindigkeit als sonst und lässt den Gedanken und Gefühlen freien Lauf. Dieses Verfahren kann auch der emotionalen Entlastung nach einem Extremerlebnis dienen.

9.3 Somatopsychisches Therapiebeispiel 3: Dialogische Fußwanderung

A Ziel

Das therapeutische Gespräch im Therapiezimmer zwischen Individuum und dem Psychotherapeuten soll durch flexible Umgebungsbedingungen ergänzende Möglichkeiten erhalten.

Bei einer Dialogischen Fußwanderung

- · verändert sich allmählich die Umgebung, sodass neue Wahrnehmungskontexte aufkommen können,
- verliert der Blickkontakt zwischen den Gesprächspartnern an Bedeutung, sodass die Gesprächspausen leichter als bei einer Gegenüber-Position möglich sind,
- können emotional entlastende Zwischenbemerkungen über die Umgebung oder über die körperliche Belastung eingeworfen werden,
- kann sich die vereinbarte Aufgabe der Fußwanderung zu einem emotionalen Bündnis der beiden Beteiligten entwickeln,
- können peinliche und belastende Themen leichter angesprochen werden,
- steht vereinbarungsgemäß mehr Zeit als im Standardkontext des Therapiezimmers zur Verfügung.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

Sofern die oben genannten Möglichkeiten therapeutisch nutzbar werden, lassen sich Blockaden lockern, Heilungsimpulse neu oder verstärkt setzen und Heilungsprozesse beschleunigen. Das Verfahren verschafft dem Psychotherapeuten möglicherweise neue thematische Zugänge zum Patienten und vermag dem Patienten mehr Sicherheit in der Einschätzung des therapeutischen Vorgehens zu bieten.

Es handelt sich je nach Phase der Therapiearbeit um ein primäres oder um ein adjuvantes Therapieverfahren (je nach Funktion dieser Übung innerhalb des Therapieprozesses).

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Das Individuum soll emotionale Prozesse geschützt erleben und ertragen können. Es soll immer wieder in der Lage sein, seine emotionalen Prozesse dem Psychotherapeuten zu beschreiben. Das Individuum soll zu erkennen geben, dass es sich emotional entlastet fühlt.

Das Individuum soll für den Augenblick zufriedenstellende Lösungsansätze oder Lösungen gefunden haben, die für die spätere Problembearbeitung konstruktiv genutzt werden können.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Das Individuum soll das Gespräch während der dialogischen Fußwanderung kontinuierlich mittragen. Zumindest in 50% der halben Fußwanderungszeit soll das Individuum sich am Gespräch beteilgen. Am besten wären 90% der halben Fußwanderungszeit.

Das Individuum soll etwa 30 Minuten nach Abschluss der Fußwanderung auf Nachfrage angeben können, dass es mehr positive als negative Impulse während der Fußwanderung erlebt und somit zumindest in einem wichtigen Problembereich eine positive Perspektive gesehen hat.

B Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer

120 bis 240 Minuten

B.2 Anweisungen

Die Fußwanderung soll (ungestört von Straßen, Verkehr und Lärm) durch eine Landschaft mit geringfügigen Änderungen (z.B. Waldgebiet oder offene Landschaft) und mit geringfügigen Wahrnehmungsimpulsen (also nicht durch einen Wildpark mit Tieren gehen) möglich sein und darf keine Orientierungsprobleme erzeugen.

Die Dialogische Fußwanderung wird emotional mit dem Patienten in Therapiesitzungen vorbereitet. Der Termin wird auch bei schlechtem Wetter beibehalten, sofern keine Gesundheitsschädigungen oder Kommunikationsbeeinträchtigungen zu befürchten sind.

Der Psychotherapeut macht sich während der Dialogischen Fußwanderung keine Notizen, sondern erstellt ein Gedächtnisprotokoll aufgrund der Stichpunkte, die sie / er während der Wanderung in seinem Gedächtnis gezielt abgespeichert hat.

Nach der Wanderung setzt sich der Psychotherapeut mit dem Patienten zu einem Abschlussgespräch zusammen, um die wichtigsten Eindrücke von der Wanderung zu erfassen.

C Auswertung

In den der Wanderung folgenden Therapiesitzungen sind die Erfahrungen aus der Dialogischen Fußwanderung mit den üblichen therapeutischen Methoden auszuwerten.

Da während der Dialogischen Fußwanderung meistens sehr viele Themen aufkommen, die jedoch nicht vollständig bearbeitet werden können, sollten diese in späteren Therapiesitzungen aufgegriffen werden.

Variante (ohne Fußwanderung):

Strukturierung von Problembereichen und lösungsorientierte Therapiegespräche

Psychosomatische Zustände von Unruhe, Chaos (z.B. durch quälende Grübelgedanken mit somatischen Verspannungen) überlasten ein Individuum.

Eine sachorientierte Strukturierung (z.B. Darstellung einer zeitlichen Entstehungsfolge oder Hierarchisierung von Problemen) und lösungsorientierte Therapiegespräche (mit direkten Folgen für das praktische Handeln) können salutogen wirken.

9.4 Somatopsychisches Therapiebeispiel 4: Meditative Introspektion

A Ziel

Das Individuum soll auf seine eigenen internalen Informationen reduziert werden.

- 1. Das Individuum soll einen Teil seiner internal ablaufenden Prozesse erleben und beschreiben, um dem Psychotherapeuten diagnostisch verwertbares Material zu liefern.
- 2. Das Individuum soll ein Teil seiner internal ablaufenden Prozesse erleben, um zu erfahren, wie sich sein psychischer Zustand verändert, wenn es keine externalen Impulse gibt.

Es handelt sich um ein adjuvantes Therapieverfahren.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

Frei ablaufende psychische Abläufe produzieren permanent Gedankenfetzen, Gedächtnismaterial, flüchtige Dialogteile, Assoziationen, Gefühlsimpulse und andere introspektiv wahrnehmbare Inhalte wie etwa Empfindungen aus Körperbereichen.

Versetzt man das Individuum in eine reizarme Umgebung, z.B. in ein schlichtes, helles Zimmer ohne Bilder, kann eine Situation analog eines projektiven Verfahrens entstehen. Das Individuum soll unbeeinflusst von externalen Reizen oder von intellektuellen Aufgabenstellungen seine Gedanken und Gefühle laufen lassen. Diese Aufgabenstellung kann einige Individuen ängstigen, da sie glauben, sie würden wegen der damit verbundenen Reduktion internaler Kontrolle in eine leidvolle innere Situation geraten, wie etwa Depression oder Panik.

Das Individuum soll nach Möglichkeit diese Übung im emotional geschützten Raum (z.B. Therapiezimmer) allein durchführen und die Augen schließen.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Das Verfahren verschafft dem Individuum mehr Sicherheit in der Selbsteinschätzung als früher und erschließt dem Psychotherapeuten möglicherweise neue und dem Individuum überzeugende thematische Zugänge.

Das Individuum soll erleben können, dass es Zugriff auf seine internal ablaufenden Prozesse hat.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

- 1. Das Individuum kann auf Nachfrage äußern, dass es einen Ablauf mit unterschiedlichen Inhalten gab (z.B. anfänglich sehr viele unruhige Gedankenfetzen mit allmählicher Verlangsamung). Gefordert wird dazu mindestens eine klare Aussage.
- 2. Das Individuum kann auf Nachfrage beschreiben, dass sich seine Stimmung im Verlauf der Übung geändert hat (z.B. von "neutral" zu "deprimiert" oder von unklar zu leichter als vorher). Gefordert wird dazu mindestens eine klare Aussage.

B Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer einer einzelnen Übung

10 bis 20 Minuten

B.2 Anweisungen

Das Individuum soll eine bequeme Sitzhaltung einnehmen, die keine Muskelanspannung erfordert. Der Kopf soll daher von einem Kopfpolster oder Kissen gehalten werden.

Das Individuum erhält wörtlich folgende Aufgabe:

"Ich würde gerne zusammen mit Ihnen herausfinden, wie Sie sich fühlen und was Sie denken, wenn Sie nichts von außen beeinflusst. Diese Übung kann etwas über Ihre eigenen wichtigen Gefühle oder über wichtige Stimmungen aussagen.

Bitte setzen Sie sich ohne Anspannung hin und versuchen Sie möglichst entspannt zu sein. Bitte sitzen Sie ohne Anspannung von Muskeln, auch der Kopf soll bequem angelehnt sein.

Ziehen Sie sich bitte in sich selbst zurück und beachten Sie bitte nichts hier im Raum, keine Gegenstände, keine Geräusche, bleiben Sie bitte nur bei sich selbst. Ich lasse Ihnen 10 bis 20 Minuten Zeit. Bitte sprechen Sie nicht, beobachten jedoch Ihren inneren Ablauf so genau, dass Sie mir nach Ablauf der Übung berichten können, was in Ihnen vorgegangen ist. Das Beste wäre, wenn Sie die Augen schließen würden.

Ich möchte Sie gern bei dieser Übung allein lassen. Wenn Sie es allein nicht mehr aushalten, beenden Sie bitte die Übung von sich aus und kommen mich holen.

Wenn Sie es jedoch wünschen, bleibe ich auch bei Ihnen und tue so, als ob ich nicht anwesend sei."

C Auswertung

Im Allgemeinen können sich die Individuen nicht an alle Einzelheiten erinnern. Viele berichten von Gedankenfetzen, die anfänglich mit wechselnden Themen unruhig durch den Kopf gingen. Später werden oftmals die Gedankensequenzen länger und beruhigen sich. Diese Verlangsamung wird von den Individuen oft positiv bewertet ("habe jetzt weniger Angst vor meinem Innenleben"). Einige Individuen verlieren sich in unangenehme und depressiv gestimmte Gedanken und benötigen anschließend eine Problemanalyse oder aufbauende Problemlösungsgespräche.

Eine positive Wertung durch den Psychotherapeuten sollte vor allem Folgendes erfahren:

- 1. Eine beruhigende Interpretation der Erfahrung durch das Individuum selbst.
- 2. Ein Ausbleiben einer Stimmungsverschlechterung während der Introspektion.
- 3. Eine positive Stimmungsveränderung während der Introspektion.
- 4. Eine Beruhigung / Verlangsamung der psychischen Abläufe während der Introspektion.
- 5. Entstehen von Aktivitätsimpulsen bzw. von greifbaren Zielen.
- 6. Ein besseres Verstehen der eigenen Innenwelt.

Eine negative Wertung durch den Psychotherapeuten sollte vor allem folgende Begebenheiten erfahren:

- 1. Eine unsicher wirkende Interpretation des Erlebten durch das Individuum selbst.
- 2. Eine Stimmungsverschlechterung während der Introspektion: Eine Verschlechterung hin zu einer depressiven Verstimmung sollte eine psychoserelevante Diagnostik auslösen.
- 3. Eine Beschleunigung der psychischen Abläufe sowie eine Zunahme belastender Themen während der Introspektion.

Der Psychotherapeut kann die Selbstinterpretationen des Individuums aufgreifen und die Inhalte sowie die Verläufe aktuell oder planerisch nutzen.

Varianten

1. Freies, getaktetes Gehen

Das Individuum geht etwas schneller als sonst und so gleichmäßig wie möglich auf einem geschützten informationsarmen Weg (ohne Straßenüberquerungen oder andere Störmöglichkeiten) 15 Minuten lang, kehrt dann um und setzt die Art und Weise des Gehens fort. Die Person geht allein (auch ohne Tiere), ohne Musik zu hören und ohne spezifische Denkaufgabe. Die Gedanken, Gefühle und Vorstellungen sollen während des Gehens freigelassen werden. Im Allgemeinen hat sich anfänglich unruhiges "Innenleben" am Ende der Übung für die Person deutlich spürbar reduziert. Das Individuum bekommt vorher die Aufgabe, dem Therapeuten über die Entwicklung zu berichten.

2. Reduktion des Handelns

Einige Stunden für sich allein völlig frei halten und darauf warten, ob Interesse an einem Vorhaben heranwächst.

Das Individuum bekommt vorher die Aufgabe, dem Therapeuten über die Entwicklung zu berichten.

3. Wahrnehmungsreduktion

Das Individuum setzt sich 10 bis 15 Minuten bequem (am besten mit Anlehnen des Kopfes) in einen möglichst informationslosen Raum ("weißes Zimmer") und lässt mit geöffneten Augen die Gedanken, Gefühle und Vorstellungen frei laufen. Es bekommt vorher die Aufgabe, dem Therapeuten über die Abläufe zu berichten.

4. Wahrnehmungsdeprivation

Sofern bereits Übungen mit introspektiver Meditation erfolgreich durchgeführt worden sind, können zur weiteren Intensivierung der Übung die Augen lichtdicht verdeckt (gleichwertig ist eine absolute Dunkelsituation im Raum) oder die Ohren akustisch verschlossen werden. Diese Übung sollte

zunächst mit einer Dauer von nur ein bis zwei Minuten begonnen werden. Länger als 10 Minuten sollte die Übung nicht dauern.

Das Individuum bekommt vorher die Aufgabe, dem Therapeuten über die Entwicklung während der Übung zu berichten.

9.5 Somatopsychisches Therapiebeispiel 5: Erleben eigener alternativer Verhaltensweisen

A. Ziel

Psychische Beeinträchtigungen zeichnen sich oftmals dadurch aus, dass das beeinträchtigende Erleben und Handeln resistent gegenüber Veränderungen ist. Manche Individuen vermeiden neues Verhalten, weil sie sich u.a. vor unerwarteten Konsequenzen im Zusammenhang mit dieser Veränderung fürchten. Anderen Individuen ist neues Verhalten so fremd, dass sie gar nicht wüssten, wie sie es praktizieren sollten.

Das Ziel des Verfahrens besteht darin, dass ausgewählte Individuen emotional wichtiges, neues Verhalten unverbindlich ausprobieren können.

Es handelt sich je nach Phase der Therapiearbeit um ein primäres oder um ein adjuvantes Therapieverfahren (je nach Funktion dieser Übung innerhalb des Therapieprozesses).

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

Zu diesem Zweck werden typische Verhaltensweisen ausgewählt, mit denen die Individuen sich nach Abschluss der Übung wohl fühlen können, u.a. Einleiten oder Abwehren von Kommunikation (z.B. bei Personen mit sozialen Vermeidungstendenzen) oder das Mitteilen von Emotionen und Wünschen (z.B. bei Personen mit lebensgeschichtlichen, überdauernden Erfahrungen von Angst erregenden Zurückweisungen).

Für die Auswahl sollten die Individuen u.a. über folgende Möglichkeiten verfügen:

- 1. Zumindest zeitweilig über eine gewisse emotionale Stabilität (z.B. aus der Therapie).
- 2. Über rudimentäre imaginative Kompetenzen.
- 3. Über eine positive Bewertung der bisher geleisteten therapeutischen Arbeit.

Das Verfahren verschafft dem Psychotherapeuten möglicherweise neue thematische Zugänge zum Individuum und vermag dem Individuum mehr Sicherheit in der Einschätzung des therapeutischen Vorgehens zu bieten.

Die Aufgabe für das Individuum besteht darin, unter Anleitung innerhalb eines emotionalen Schonraums neue Verhaltensweisen zu gestalten, zu üben und zu erleben. Die praktische Anleitung erfolgt am besten durch einen professionellen Theaterpädagogen, der über eigene schauspielerische Praxis verfügt, um ein gutes nachahmbares Vorbild abgeben zu können. Die Erarbeitung bzw. das Ausprobieren alternativer Verhaltensweisen wird emotional mit dem Individuum in Therapiesitzungen vorbereitet.

Die Übung wird in einer separaten Räumlichkeit ohne die Möglichkeit der visuellen oder auditiven Beobachtung durch unbeteiligte Personen durchgeführt.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Folgendes Verhalten wird angestrebt:

- 1. Einleiten von Kommunikation mit einer bekannten Person.
- 2. Abwehren von Kommunikation mit einer bekannten Person.
- 3. Einleiten von Kommunikation mit einer unbekannten Person.
- 4. Abwehren von Kommunikation mit einer unbekannten Person.
- 5. Einer bekannten Person eigene Emotionen und Wünsche mitteilen.
- 6. Einer unbekannten Person eigene Emotionen und Wünsche mitteilen.
- 7. Etwas Angenehmes (z.B. ein schönes Essen) imaginieren und dies verbal sowie pantomimisch verdeutlichen.
- 8. Etwas Unangenehmes (z.B. Anblick eines bedrohlich wirkenden Tiers) imaginieren und dies verbal sowie pantomimisch verdeutlichen.
- 9. Nonverbale Kommunikation üben (zuvor Üben bewusster Wahrnehmung von nonverbaler Kommunikation und ihre emotionale Bedeutung).
- Eine kleine Ansprache mit sechs bis 10 Sätzen in 2 Minuten vor Gästen halten: Sich selbst vorstellen und den eigenen Bezug zur Angelegenheit erläutern (z.B. ich bin die Schwester / der Bruder von ...), die eigentliche Sache erörtern (z.B. gratulieren), zum Abschluss zu etwas Gemeinsamem aufrufen (z.B. die Gläser erheben oder Beifall klatschen).

Weitere Verhaltensweisen können sich aus den persönlichen Therapiethemen ableiten lassen.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Von dem Zielverhalten sollen mindestens drei Verhaltensweisen so praktiziert werden, dass das Individuum mit sich selbst zufrieden ist, weil es sich mit der Rolle identisch fühlt.

B Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer

50 bis maximal 100 Minuten

B.2 Anweisungen

Auf diese Übungen soll der Psychotherapeut das Individuum emotional und inhaltlich vorbereiten. Zu diesem Zweck ist es zweckmäßig, wenn das Individuum durch den Theaterpädagogen unterstützt wird.

Der Psychotherapeut sollte erst dann an den Übungen beobachtend teilnehmen, wenn sich zwischen Individuum und Theaterpädagogen ein tragfähiges Arbeitsbündnis eingestellt hat. Sofern nicht innerhalb der ersten 20 Minuten eine positive Beziehung zwischen beiden entstanden ist, sollte die Übung beendet werden.

Nach einigen Tagen sind Wiederholungen der Übungen vorzusehen, um die Verhaltensweisen weiter auszudifferenzieren und zu verstärken.

C Auswertung

Der Theaterpädagoge fertigt für den Psychotherapeuten eine Beschreibung und Kommentierung der abgelaufenen Übung an.

In den der Übung folgenden Therapiesitzungen sind die Erfahrungen aus der Übung mit den üblichen therapeutischen Methoden auszuwerten.

9.6 Somatopsychisches Therapiebeispiel 6: Therapie von Flugangst

A. Ziel

Das Individuum soll sein Erleben von handlungseinschränkender Flugangst reduzieren bzw. verlieren. Zu Beginn ist die Grundsatzfrage zu klären, warum Fliegen in einem Flugzeug, das als gefährlicher Vorgang einzustufen ist, individuell so wichtig ist ("Was ist am Fliegen so wichtig für Sie oder wann ist Fliegen so wichtig, dass man sein Leben gefährden will?").

Das Verfahren verschafft dem Individuum mehr Kontrolle über sein Angsterleben. Dies führt zu einem Erleben internaler Kontrolle über die Angst und zu einer autochthonen positiven Kompetenzmeinung über sich selbst.

Es handelt sich um ein eigenständiges Therapieverfahren.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

Die Illusion von Kontrolle soll durch physikalisch gestützte Attributionen über sicheres Fliegen weiter entwickelt werden (Adaptation des explanativen Verhaltens).

Das Individuum soll einen Teil seines Erlebens von Flugangst internal neu bewerten und internal ablaufende Prozesse detailreich erleben, um zu erfahren, wo und wie sich sein psychischer Zustand dabei positiv verändern könnte. Das Individuum soll nach Möglichkeit diese Übung im emotional geschützten Raum (Therapiezimmer) durchführen und immer wieder die Augen schließen. Darauf aufbauend sind graduelle mentale / imaginative Expositionsübungen durchzuführen.

Das Individuum soll zudem selbst praktisch erfahren, dass Luft ein Flugzeug tragen kann. Der Psychotherapeut weist darauf hin, dass man deutlich merkt, wie das Flugzeug immer weich durch die Luft aufgenommen und aufgefangen wird, genauso wie Wellen im Wasser einen Menschen auf und ab bewegen können.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Das Individuum soll in einem Verkehrsflugzeug keine unnötige Angst erleben und somit übliche Routen als Passagier mitfliegen können.

Vor, während und nach dem Flug soll das Individuum seine zweckentsprechenden Handlungen ausüben können.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Das Individuum zeigt durch somatischen Ausdruck, dass übliche emotionale Zustände eintreten und benutzt beschreibende Worte, um seine Emotionen dem Therapeuten zu vermitteln. Das Individuum zeigt dadurch, dass es ausreichend handlungsfähig ist.

Das Individuum soll

- 1. ohne mentale Blockaden einen Linienflug von ca. 50 Minuten Dauer virtuell erleben können,
- 2. mindestens auf einem Flug in einer kleinen Maschine mit Fluglehrer von ca. 30 Minuten Dauer die Welt unten und das Fliegen oben positiv bewerten können,
- 3. mindestens auf einem Linienflug von ca. 50 Minuten Dauer keine unnötige Angst erleben und in der üblichen Form handlungsfähig bleiben.

B Therapeutisches Vorgehen

B.1 Dauer

Dauer der mentalen Übung 20 bis 60 Minuten und Dauer der praktischen Übung 50 bis 70 Minuten (Flugzeit) zuzüglich Aufenthaltszeiten in Fughafengebäuden.

B.2 Anweisungen

B.2.1 Angsterleben mental reproduzieren

Das Individuum soll ein Teil seines Erlebens von Flugangst beschreiben, um dem Psychotherapeuten diagnostisch und therapeutisch verwertbares Material zu liefern.

Das Individuum soll sein Angsterleben unbeeinflusst von externalen Reizen weitestgehend frei laufen lassen. Diese Aufgabenstellung kann einige Individuen ängstigen, da sie glauben, sie würden wegen der damit verbundenen Reduktion internaler Kontrolle in eine leidvolle innere Situation mit erhöhter Angstwahrnehmung geraten.

B.2.2 Flugphysik gemeinsam erarbeiten

Erklärungen vermitteln zu folgenden Gegebenheiten:

1. Gängige Erklärung: Der Luftstrom wird durch die Tragfläche geteilt. Der obere Luftstrom hat wegen der Krümmung der Tragflächen einen längeren Weg gegenüber dem unteren Luftstrom – auf diese Weise entsteht oberhalb der Tragfläche ein Unterdruck, der das Flugzeug nach oben saugt. Die üblichen Druckunterschiede in der Luft beim Fliegen heben das Flugzeug oft spürbar (manchmal ruckartig) an oder senken es ab.

Mithilfe eines Kindersachbuchs o.ä. soll das Individuum sich mit der Flugwelt vertraut machen.

2. Nichtübliche Erklärung: Wie die Wassermoleküle (wegen ihrer Trägheit) beim Wasserski unterhalb der Skifläche nicht schnell verdrängt werden können, halten auch die Luftmoleküle unterhalb der Tragfläche, wenn sie etwas schräg nach oben gerichtet ist, träge zusammen und bremsen das

Absinken des Flugzeugs ab (nachzuvollziehen beim Landevorgang, wenn die Tragflächen oftmals schräg gegen den Luftstrom stehen).

- 3. "Lenkbewegungen" in der Luft: Wie beim Boot im Wasser können Klappen (z.B. Heckruder oder Seitenruder) das Flugzeug nach rechts, links oder mit dem Höhenruder auch nach oben oder unten "lenken".
- 4. Maschinen-, Geräte- oder Luftgeräusche beim Fliegen: z.B. Aufheulen der Turbinen, Ein- und Ausfahren des Fahrwerks, hörbares Rütteln von mechanischen Teilen des Flugzeugs (ein Flugzeug muss elastisch und biegsam sein, um die Luftwiderstände und das Aufsetzen auf der Landebahn weich aufzunehmen).

B 2.3 Übungen

Praktisch

Beim Fahren mit dem Auto soll aus dem Seitenfenster oder aus dem geöffneten Schiebedach mit der flachen Hand erlebt werden, wie "stark" Luft sein kann.

Von etwas größerer Entfernung (z.B. von der Aussichtsplattform auf einem Flughafengebäude) aus soll das Landen (und das Starten) von normalen Passagierflugzeugen vom Individuum erlebt und analysiert werden: u.a. kann erlebt und verstanden werden, dass Flugzeuge zuerst mit dem hinteren Fahrwerk aufsetzen.

Die Beobachtungen können durch den Besuch eines kleinen Flughafens mit Starts kleiner Maschinen (Sportflugzeuge) ergänzt werden.

Dauer der Expositionen ca. 10 Landungen.

Mental

Das Individuum hört über Kopfhörer reale Fluggeräusche. 3 bis 5 Mal verbales Wiederholen von positiv Erlebtem.

B 2.4 Exposition Fliegen mit Fluglehrer

Die im Folgenden beschriebenen Vorgehensweisen sollen regelmäßig Pausen von ca. 1 bis 3 Minuten enthalten, in denen das Individuum sich nur mit sich selbst beschäftigen kann.

Zusammen mit einem Fluglehrer (der dem Individuum seinen fachlichen und Erfahrungshintergrund erläutert) wird zusammen mit dem Individuum ein Flug mit kleiner Maschine am Standort der Maschine vorbereitet. Das Individuum soll die Beschreibungen der Maschine und die Erläuterungen verstehen und das Flugzeug anfassen. Es sollen die doppelten Sicherheiten (z.B. im Zündungssystem des Motors, Segeleigenschaften ohne Motorkraft) erklärt werden. Die Bedingungen des Wetters werden im Einzelnen erläutert und es werden mögliche Flugrouten vorgeschlagen, aus denen das Individuum auswählen kann.

Es wird abgesprochen und gezeigt, wo das Individuum sitzt und wo der Psychotherapeut sitzt. Es wird vereinbart, in welcher Art und Weise zwischen dem Individuum und dem Psychotherapeuten Körperkontakt gehalten oder hergestellt wird (z.B. die Hand halten oder die Schulter berühren). Der Körperkontakt ermöglicht auch den Zugang zur Überprüfung von somatischen Symptomen wie Muskelverspannungen, Pulsfrequenz und Hautfeuchte.

Der Psychotherapeut beschreibt das kommende Fliegen im Einzelnen wie ein Zeitlupen-ablauf (u.a.): "Von hier aus rollen wir mit dem Flugzeug über diesen Weg dahinten an die Startbahn. Dann wird alles geprüft. Der Tower wird von dort informiert werden und dieser wird Hinweise geben."

Der Fluglehrer bestätigt (u.a.): "Der Tank ist ausreichend gefüllt, die Technik des Flugzeugs habe ich bereits geprüft."

Das Einsteigen erfolgt mit großer Körperachtsamkeit, sodass eine harmonische Verbindung zwischen dem Individuum und dem Flugzeug entstehen kann. Jede Bewegung und jede Aktion erfolgt ganz bewusst mit deutlicher Wahrnehmung in allen Sinnesbereichen. Es sollen Rückmeldungen über die Wahrnehmungen (von externalen und internalen Begebenheiten) von dem Individuum im Detail gegeben werden.

Der Fluglehrer begleitet alle seine Handlungen und seine Entscheidungen durch ausführliche verbale Erläuterungen.

Alles, was gemacht werden wird oder was sich ereignen wird, wird verbal und durch Gesten so angekündigt, dass das Individuum das Kommende emotional eindeutig antizipieren kann. Es soll auch antizipiert werden, dass z.B. der lärmende Motor in der Startphase ängstigen kann.

Das Individuum soll sagen, welche Einrichtungen oder Funktionen des Flugzeugs es ausprobieren oder ausprobieren lassen möchte.

Beim Start und im Steigflug ist Körperkontakt zwischen Patient und Therapeuten meistens wichtig. Der Flugablauf wird so einfach wie möglich gehalten, um dem Individuum die Wahrnehmung der Abläufe zu erleichtern. Der Fluglehrer erläutert den Funkverkehr, die Position und die Landschaft. Der Psychotherapeut fragt nach, ob die sanften Flugbewegungen wahrgenommen wurden, und fordert den Patienten auf, die Handlungen des Fluglehrers zu beobachten und einen Zusammenhang zu den Flugzeugbewegungen herzustellen.

Es soll erlebt werden, dass der Steuerknüppel bei dem Individuum parallel zu dem des Fluglehrers funktioniert. Der Steuerknüppel soll von dem Individuum vorsichtig berührt werden, um die Bewegungen zu spüren.

Vielleicht gelingt es, dass das Individuum auch einmal kurz selbst den Steuerknüppel bewegt (Ziel: Erleben von Kontrolle).

Nach dieser Flugexposition wird der erlebte Ablauf in einigen Minuten kurz nachbesprochen. Das Individuum soll in den nächsten Stunden und in ein bis zwei Tagen seine Innenwelt aus eigener Kraft positiv strukturieren.

In der nächsten Therapiesitzung erfolgt die Nachbearbeitung.

Befindet sich das Individuum in einer positiven Verfassung, sollen positive Wahrnehmungen aus der Flugexposition mental / imaginativ wiederholt und gefestigt werden. Änderungswünsche für eine Wiederholung der Flugexposition sollen so weit wie möglich zusammen mit dem Individuum detailliert für die praktische Umsetzung vorbereitet werden.

B 2.5 Exposition Fliegen mit Linienmaschine

Die Vorbereitung auf einen Flug mit einer Linienmaschine erfolgt zunächst durch gemeinsame Auswahl einer emotional passenden Strecke und der Flugdauer einschließlich der Größe der Maschine. Passend sind häufig mittelgroße Flugzeuge, Strecken von maximal einer Flugstunde und Ziele, die emotional positiv gefärbt sind. Das Individuum ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Angst größer werden kann, wenn der zwangsläufige Rückflug bevorsteht.

Nach Möglichkeit erfolgen die Buchung und die Bezahlung durch den Patienten selbst, um eine aktive emotionale Einbindung zu ermöglichen.

Der Psychotherapeut informiert in Absprache mit dem Individuum die Fluggesellschaft schriftlich

über die bevorstehende Exposition. Eventuell ist am Zielflughafen die Unterstützung durch einen Service (Begleitservice, oftmals kostenpflichtig) erforderlich, um Wartezeiten / Check-in-Prozeduren für den Rückflug zu verkürzen.

Die Anfahrt zum Flughafen erfolgt grundsätzlich getrennt. Das Zusammentreffen des Psychotherapeuten mit dem Individuum erfolgt am Check-in-Schalter. Auch dort wird dem Personal der Grund für den Flug genannt, um optimale Sitzbedingungen (z.B. vergrößerter Raum für die Beine, Nähe zum Bordpersonal, freier Zugang zum Gang) zu erhalten und um das Bordpersonal schon vorab zu informieren. Der Psychotherapeut und das Individuum halten kontinuierlich Kommunikationskontakt und bleiben in enger räumlicher Nähe. Körperkontakt ermöglicht auch den Zugang zur Überprüfung von somatischen Symptomen wie Muskelverspannungen, Pulsfrequenz und Hautfeuchte. Beim Betreten des Flugzeugs nimmt der Psychotherapeut Kontakt zum Purser auf und bittet diesen, die Piloten zu informieren. Erst nachdem alle oder die meisten Passagiere ihren Platz eingenommen haben, gehen das Individuum und der Psychotherapeut zu ihrem Platz. Nach Möglichkeit sollte das Individuum die Begebenheiten vor und während des Flugs selbst beschreiben, analysieren und emotional bewerten. Angebote eines Piloten, das Cockpit oder bei Ankunft am Zielflughafen das Flugzeug erklärt zu bekommen, sollten angenommen werden.

Ansonsten ist der therapeutische Kontakt vergleichbar mit dem Umgang im Sportflugzeug. Die positiven Erlebnisse der Flugexposition sollten in einer Therapiesitzung imaginativ nacherlebt werden.

Vor der Wiederholung einer Flugexposition soll der zu erwartende Flug imaginativ von der Abfahrt zu Hause bis zum Erreichen des Ziels im Voraus erlebt werden (mit visuellen Vorstellungen und beinahe in Echtzeit mit Zeitdehnungen bei emotional komplexen Situationen). Sobald Blockaden in der Imagination aufkommen, kann die Flugexposition nicht durchgeführt werden.

C Auswertung

Eine therapeutisch positive Wertung durch den Psychotherapeuten sollte vor allem Folgendes erhalten:

- 1. Eine beruhigende Interpretation der Erfahrung durch den Patienten selbst.
- 2. Ein Ausbleiben einer Stimmungsverschlechterung während der Übungen.
- 3. Eine positive Stimmungsveränderung während einiger Übungen.
- 4. Eine Beruhigung / Verlangsamung der psychischen Abläufe während der Übungen.
- 5. Entstehen von Aktivitätsimpulsen während der Flugexposition.
- 6. Ein besseres Verstehen der eigenen Innenwelt und der Flugwelt.

Eine therapeutisch negative Wertung durch den Psychotherapeuten sollte vor allem Folgendes erhalten:

- 1. Eine unsichere Interpretation der Erfahrung durch den Patienten selbst.
- 2. Eine Stimmungsverschlechterung während der Übungen.
- 3. Eine Beschleunigung der psychischen Abläufe sowie eine Zunahme belastender Themen während der Übungen.

Der Psychotherapeut kann die Selbstinterpretationen des Individuums aufgreifen und die Inhalte sowie die Verläufe bei Bedarf aktuell oder planerisch nutzen.

Da sich Angst / eine Phobie sehr selten nur auf einen kleinen Lebensbereich beschränkt, hat die Auswertung das Gesamtverhalten des Individuums zu berücksichtigen.

Varianten:

Das graduelle Vorgehen (vor allem informieren, mental produzieren, handeln, praktisch üben, exponieren, reflektieren) kann auch auf die Behandlung von Ängsten in anderen Lebensbereichen mit motorgetriebenen Fahrzeugen (z.B. PKW, LKW, Bus, Straßenbahn, Eisenbahn, Arbeitsmaschinen, Seilbahnen, Schiffe) übertragen werden.

Im Übrigen finden sich unter den üblichen Therapiemethoden und -verfahren (s.u.a. in dem Lehrbuch von Capuzzi und Gross, 2007) viele Vorgehensweisen, die für eine somatopsychische Anwendung geeignet sind. Besonders geeignet sind diejenigen Therapiemethoden und -verfahren, die mit den wesentlichen Vorgaben der vorliegenden Abhandlung kongruent sind, vor allem hinsichtlich der referentialpsychologischen Ausrichtung sowie der Zielsystematik von Gesundheit.

9.7 Somatopsychisches Therapiebeispiel 7:
Bewältigung eines Psychotraumas (Cruciatus Vehemens)

A. Ziel

Nach Extremerlebnissen kann es zu krankheitswertigen somatopsychischen Störungen (Psychotrauma) kommen. Die Erfahrungen mit unterschiedichen Möglichkeiten und Versuchen der Behandlung eines Psychotraumas werden bei Echterhoff (2009) referiert und bewertet.

Die Erkrankung durch ein Psychotrauma ist grundsätzlich so prägnant, dass über die verschiedenen Therapieschulen hinweg ein einheitliches therapeutisches Vorgehen zu erkennen ist. Gemeinsam ist allen therapeutischen Vorgehensweisen ein dreischrittiger Ablauf: Emotionale Entlastung, Bearbeitung der somatopsychischen Störungen in Verbindung mit der Bearbeitung der Problemthemen, Vorbereitung und Begleitung der Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag. Die Akute Belastungsreaktion (ABR, F43.0 nach ICD-10) und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1 nach ICD-10) unterscheiden sich grundsätzlich nicht, sodass die Vorschläge für die Behandlung eines Psychotraumas sowohl für die ABR als auch für die PTBS gelten.

A.1 Inhalt und situativer Rahmen

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Erzeugung und die Wiederherstellung wahrgenommener Selbstwirksamkeit und somit der förderlichen und auch schützenden Funktion des Glaubens an die eigene Kompetenz, der erlebten Kontrolle über traumatisierende Bedingungen und deren Folgen (s. z.B. Benight und Bandura, 2004). Eine eigene, zugestandene Schuld kann helfen, ein Extremereignis zu erklären, denn so kann der Betroffene im Nachhinein kognitive Kontrolle über das Ereignis und aktionale Kontrolle über künftige Vorgänge erhoffen. Das Eingeständnis von Schuld oder Mitverantwortung kann helfen, ein Extremerlebnis besser als ohne Eingeständnis zu bewältigen (Bulman & Wortman, 1977). Aus zurück erlangter Kontrollüberzeugung kann Illusion von Kontrolle entstehen, die salutogen wirken kann (Echterhoff, 2003, 2009).

Ein betroffenes Individuum soll nach erfolgreichem Abschluss einer Therapie grundsätzlich nicht in den früheren somatopsychischen Zustand zurückkommen, sondern partiell neues salutogenes Verhalten produzieren können. Dieses neue Verhalten kann als Wachstum oder post- oder psychotraumatisches Wachstum bezeichnet werden (Tedeschi und Calhoun, 2004). Daraus entsteht individuell ein verändertes somatopsychisches Ziel mit neuem Verhalten.

Wirkung der Therapie (u.a.)	Wiederherstellen / Erzeugen des Erfahrens von Wirksamkeit	Daraus entsteht möglicherweise von selbst Illusion von Kontrolle	Emotionale Stabilisi erung	Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag		
Referentialtherapie: Bezüge herstellen zu (u.a.)	dem Ablauf, den Ursachen und den Folgen des Extremereignisses	den eigenen Gefühlen, den eigenen Erlebnisreaktionen und den eigenen Handlungsversuchen	den Reaktionen anderer Menschen	Kommunikationen mit anderen Menschen		
Verlust (u.a.)	der Illusion von Kontrolle	des Erlebens von Selbstwirksamkeit	von wichtigen Erklärungs- gewohnheiten	von emotionaler Stabilität und von emotional schützenden Erwartungen		
Extremerlebnis mit Psychotrauma						

Abb. 28: Referentialthverapeutisches Vorgehen bei der Behandlung eines Psychotraumas (Cruciatus Vehemens)

Eine schematische Übersicht über die Struktur der RT bei der Behandlung eines Psychotraumas zeigt Abbildung 28.

A.2 Zielverhalten (Erleben und Handeln)

Folgendes Verhalten wird angestrebt:

Für den Betroffenen sollten bei Abschluss der Behandlung im Wesentlichen drei Ergebnisse zustande gekommen sein:

- 1. Die mit dem Erlebnis aufgetretenen Symptome sollen unauffällig geworden oder ganz zurückgegangen sein.
- 2. Der Betroffene soll neue Lösungen und neue Handlungsweisen für sich erworben haben, die ihn stärken.
- 3. Der Betroffene soll sich selbst als wieder belastbar sowie arbeitsfähig wahrnehmen.

A.3 Richtigkeit und Kompetenzgrad des nach Abschluss der Therapie zu prüfenden Verhaltens

Das Individuum muss Folgendes leisten können (in jeweils 90% der Fälle):

Bezüge herstellen können u.a. zu ...

- 1. ... dem Ablauf und den Ursachen des Extremerlebnisses.
- 2. ... den eigenen Gefühlen und Erlebnisreaktionen,
- 3. ... den Reaktionen anderer Menschen,
- 4. ... den möglichen Folgen des Extremerlebnisses,
- 5. ... eigenen Handlungsversuchen,
- 6. ... den Kommunikationen mit anderen Menschen,
- 7. ... dem Erfahren und Erleben von Selbstwirksamkeit (vor allem von internaler Kontrolle), darauf aufbauend entsteht autochthon Illusion von Kontrolle.

B Therapeutisches Vorgehen

Die somatopsychische Therapie umfasst vor allem Folgendes:

Protektive Intervention

vor allem psychologische Ersthilfe, emotionale Entlastung durch Schutz geben und durch Begleiten, Akzentuierung sowie Strukturierung des Ablaufs und durch Psychoedukation, erste Versuche der Erklärung des Geschehens, Körpertherapie und gleichmäßiges, ungestörtes spazieren gehen, eigene Gefühle erleben und erklären können, Verhinderung von Fehlentwicklungen (wie vorschnelle Entscheidungen, voreiliger Wechsel der Tätigkeit, Verlass auf Medikation als Problemlösung, Substanzmissbrauch, voreilige Trennung vom Partner), Objektivierung und Nachvollziehen von Angstund Schmerzabläufen (s. weiter unten Hinweise zur Angst- und Schmerztomografie), eventuell vorübergehende Medikation.

Supportive Intervention

Z.B. somatopsychische Methoden wie Symptomreduktion, Körpertherapie, Strukturierung innerer Abläufe durch Reduktion von Handeln auf einen einzigen Vorgang (also nicht gleichzeitig mehrere Dinge tun) und durch Erleben von Selbstwirksamkeit an kleinen Übungen, meditative Introspektion, Rhythmisierung und Beruhigung der Referentialdomäne 1, Detailbearbeitung des Ablaufs des Extremereignisses mit weiteren Erklärungsversuchen, um im Nachhinein Kontolle über das Ereignis zu erhalten, graduelle mentale und in-vivo-Konfrontation, z.B. innerhalb einer emotional vorsichtigen Unfallstellenbegehung (s. Hinweise weiter unten), salutogener Aufbau von Gefühlen durch z.B. Beendigung der Detailerörterung des Extremerlebnisses, praktische Lösungen aktueller Probleme.

Implementative Intervention

Vor allem den Umgang mit Verletzung, Krankheit und Tod grundsätzlich klären helfen, Grenzen eigener Verantwortlichkeit finden, Vorbereitung und Begleitung der graduellen Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag.

Konfirmative Intervention

Im Mittelpunkt steht das Beraten nach Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag einschließlich Bekräftigung gelungener Verhaltensweisen und -ergebnisse, Optimierung von Verhaltensdetails (z.B. Erleben und Wahrnehmen des Augenblicks).

und

Rekursive Intervention

z.B. katamnestische Gespräche, Nachgespräch mit Rückschau zur weiteren Stabilisierung.

B 1 Dauer

Für jeden dieser sechs Punkte unter B. jeweils 100 bis 250 Minuten (Mittelwerte mit großer individueller Varianz).

B 2 Anweisungen

Zur Behandlung eines Psychotraumas sind Detailkenntnisse aus der Kontrollpsychologie und Referentialtherapie erforderlich. Die Anweisungen an die Patienten ergeben sich aus den verschiedenen Therapieverfahren.

C Auswertung

Die erreichten Therapieziele sind darauf hin zu prüfen (zu überwachen und zu generalisieren), dass das damit verbundene neue oder wieder erlangte Verhalten stabil und zukunftsfähig ist. Nach der Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag kann es daher sinnvoll sein, mit dem Individuum eine gemeinsame Rückschau vorzunehmen, um die eigene gelungene Leistung des betroffenen Individuums in sachbezogener Weise zurückzumelden.

9.8 Besondere Therapieverfahren zur Behandlung eines Psychotraumas (Beispiele)

Exposition: Die therapeutische Unfallstellenbegehung (bzw. Begehung des Orts des Extremerlebnisses)

Die Unfallstellenbegehung wird unter Begleitung durch den Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.

Die Annäherung an die Unfallstelle erfolgt zurückhaltend und soll immer wieder vom Therapeuten in Frage gestellt werden ("Wir müssen nicht da hin").

Ziel der Unfallbegehung ist:

- · Vertrautmachen mit dem Schrecklichen
- · Subjektive Erklärungen finden
- · Korrektur bzw. Präzisierung der Erinnerungen
- Abschluss / Beenden der Intrusionen / Flashbacks

Während und nach der Begehung der Unfallstelle werden zwischen dem Patienten und dem Therapeuten die Gefühle und Eindrücke am Unfallort thematisiert.

Sollte die Unfallstellenbegehung positiv verlaufen (ist erst am Folgetag zu überprüfen), kann der Termin für eine Arbeitserprobung vereinbart werden.

Analog dazu sind die Orte mit anderen Extremerlebnissen (z.B. Überfall) zu begehen.

Angsttomografie, Schmerztomografie

Das Ziel von Angst- bzw. Schmerztomografie besteht in einer Entlastung des Patienten: Es soll wie in Zeitlupe erlebt werden, wo / wie die Angst und wo / wie der Schmerz im Körper entsteht, sich bewegt, sich verändert und vergeht. Zu diesem Zweck wird eine große, grobe Zeichnung (Maßstab beinahe 1:1) des Patientenkörpers erstellt und in verschiedenen Farben die unterschiedlichen Zustände und Veränderungen eingebracht. Der Patient soll zeigen, an welcher Stelle er möglicherweise selbst etwas verändern kann. Der Patient kann auch üben, durch Vorwegnahme von unangenehmen Zuständen den eintretenden Zustand abzuschwächen oder gar zu verhindern. Provokation eines störenden Zustands bzw. entsprechende paradoxe Intention kann das weitere Auftreten von Erwartungsangst verhindern.

Änderung des psychosomatischen Erlebens

Durch Achtsamkeitsübungen, mentale Übungen, imaginative Verfahren und durch emotionale Steuerung der Vorstellungswelt des Patienten durch den Psychotherapeuten können allmählich Umstimmungen der Art des Erlebens und des emotionalen Verarbeitens erzeugt werden (s.a. Therapiebeispiel Nr. 4).

Reduktion des Schmerzerlebens

Der Patient soll einen Teil seines Schmerzerlebens beschreiben, um dem Psychotherapeuten diagnostisch verwertbares Material zu liefern.

Der Patient soll einen Teil seines Schmerzerlebens internal neu bewerten und die ablaufenden Prozesse bewusst erleben, um zu erfahren, an welcher Stelle sich sein somatopsychischer Zustand positiv verändern ließe.

Das Verfahren verschafft dem Patienten mehr Kontrolle über sein Schmerzerleben. Dies führt zu einem Erleben internaler Kontrolle über den Schmerz. Dieses therapeutische Vorgehen kann andere Arten von Schmerzbehandlung ergänzen.

Behandlung von Albträumen

Viele Patienten leiden in Folge eines Extremerlebnisses an wiederkehrenden Albträumen. Psychotherapeutisch ergibt sich die Möglichkeit, den inhaltlichen Ablauf des Albtraums imaginativ so zu beeinflussen, dass weniger Angst eintritt oder der Albtraum sogar ganz verschwindet.

Erlernen und Erleben eigener alternativer Verhaltensweisen

Psychische Beeinträchtigungen zeichnen sich oftmals dadurch aus, dass das beeinträchtigende Erleben und Handeln resistent gegenüber Veränderungen ist. Manche Patienten vermeiden neues Verhalten, weil sie sich u.a. vor unerwarteten Konsequenzen im Zusammenhang mit dieser Veränderung fürchten. Anderen Patienten ist ein neues Verhalten so fremd, dass sie gar nicht wissen, wie sie es praktizieren sollen. Das Ziel des Verfahrens besteht darin, dass ausgewählte Patienten emotional wichtiges, neues Verhalten unverbindlich im Schonraum ausprobieren können (s.a. Abschnitt 9.5).

Visuelle Übung zur Verbesserung der Konzentration

Psychische Beeinträchtigungen zeichnen sich oftmals dadurch aus, dass das beeinträchtigende Erleben und Handeln durch Unruhe gekennzeichnet ist. Manche Patienten klagen über Gedächtnisund Konzentrationsprobleme, die u.a. durch übermäßiges Kontrollieren kompensiert werden sollen oder mit großem Aufwand auch tatsächlich kompensiert werden.

Das Ziel des Verfahrens besteht darin, dass Patienten emotional unwichtige und einfach strukturierte Dinge des täglichen Lebens wie etwa einen Kugelschreiber oder einen einzelnen Schlüssel im Detail und ausführlich betrachten, zeichnerisch sowie verbal beschreiben und anschließend die Reproduktion mit dem Original kritisch vergleichen.

Durch diese Übung soll der Patient mehr Aufmerksamkeit externalen Dingen gegenüber erbringen und spüren, dass er sich doch trotz aller Probleme in einem deutlich erkennbaren Umfang konzentrieren kann.

Beenden der traumatisierenden Thematik

Spätestens wenn alle Details des Extremereignisses und des Extremerlebnisses therapeutisch ausführlich behandelt worden sind, der Patient das Extremerlebnis explanativ eingeordnet hat und ein zukunftsfähiges Verhalten erkennen lässt, dürfen diese Erfolge nicht mehr external gestört werden. Der Patient darf nicht mehr im Detail über das erlittene Extremereignis und über sein Extremerlebnis außerhalb des therapeutischen Settings sprechen; lediglich inhaltsschwache Antworten wie "Das war schon richtig schwierig für mich" oder "Ich arbeite gut an einer Verbesserung meines Zustands" sind therapeutisch wünschenswert.

Die oben beschriebene Behandlung eines Psychotraumas bestätigt Einschätzungen, die Hobfell, Watson et al. (2007) mithilfe einer Metaanalyse erarbeitet haben. Im Kern der Behandlung eines Psychotraumas sollen demnach folgende Interventionsaufgaben ("five essential elements") stehen: Empfinden persönlicher Sicherheit ("sense of safety"), Beruhigung erleben ("calming"), Erleben von Selbstwirksamkeit und von Wirksamkeit einer Gemeinschaft, der man sich zugehörig fühlt ("a sense of self- and community efficacy"), Erleben von sozialen Bezügen und von konstruktivem Eingebundensein ("connectedness") und eine positive Zukunftserwartung ("hope").

10 Evaluation somatopsychischer Therapie

Empirische Forschung nach den bekannten Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens vor allem in der Psychologie (Bortz, 2005; Popper, 1993) ist für systematische Überprüfung von somatopsychischen Behandlungsmaßnahmen unerlässlich. Die Bezeichnung "evidenzbasiert" soll im medizinischen Bereich helfen, die empirische Sicherung von Ergebnissen und Erkenntnissen zu festigen. Generelle Konzepte und praktische Anleitungen für eine empirisch fundierte Evaluation finden sich u.a. bei Wottawa und Thierau (2003) und für die kriteriumsorientierte Evaluation bei Echterhoff (1978).

Es existieren mittlerweile für den medizinischen Bereich Anleitungen zur evidenzbasierten Forschung bzw. zur empirisch fundierten Forschung. Hierzu gehören freie Publikationen und Vorgaben von öffentlich-rechtlichen Stellen, die Forschungsmittel vergeben. Diese bisher erstellten Anleitungen und Vorgaben lassen manchmal die einfachen, grundlegenden Anforderungen an Forschung nicht erkennen, da sie oftmals mit spezifischen Richtlinien für die Zulassung von Medikamenten und mit standes- und ethikrechtlichen Regelungen überfrachtet sind.

Für das Vorgehen in der Evaluation somatopsychischer Therapie werden im Folgenden Leitsätze formuliert.

Leitsätze für die Evaluation von somatopsychischen Behandlungsmaßnahmen sind:

- Somatopsychische Evaluation ist die kriteriumsorientierte, empirische Erprobung und Überprüfung einer Behandlungsmaßnahme und die hypothesengeleitete Interpretation der Ergebnisse. Somatopsychische Evaluation kann vor allem folgenden Zwecken dienen:
- 1.1 Prüfung der Spezifität einer Behandlungsmaßnahme,
- 1.2 Prüfung der Diskriminanz einer Behandlungsmaßnahme (z.B. durch den Vergleich der Hauptwirkung mit Nebenwirkungen).
- 2 In der somatopsychischen Evaluation wird u.a. nach folgenden Aufgaben unterschieden:
- 2.1 Evaluation der Ergebnisse der Behandlung eines Individuums.
- 2.2 Evaluation der Generalisierbarkeit der Behandlungsergebnisse.
- 2.3 Summative Evaluation (Evaluation der Veränderung von Prä nach Post).
- 2.4 Formative Evaluation (Evaluation der Abfolge aufeinander aufbauender Schritte in der Behandlung, mit der Möglichkeit, Zwischenergebnisse für nachfolgende Schritte zu nutzen)
- 3 Eine somatopsychische Behandlung kann u.a. nach folgenden Gesichtspunkten bewertet werden:
- 3.1 Grad der Effektivität (gemessen an dem vorgegebenen Ziel).
- 3.2 Grad der Effizienz (Aufwand für die Zielerreichung, z.B. ökonomischer, organisatorischer, zeitlicher und emotionaler Aufwand).
- Die zu bewertende Behandlungsmaßnahme muss fachlich in den Kontext einer Theorie oder eines Konstrukts gemäß der Nosologie einer Störung eingeordnet werden können. Die Nosologie einer Störung, für die eine Behandlungsmaßnahme vorgesehen ist, beschreibt und analysiert die für die Evaluationsarbeit ätiologisch wichtigen Zusammenhänge, die bereits theoretisch und empirisch gesichert sind.
- Evaluationsarbeit hat zwischen (a) dem Gewinnen von fachlichen Erkenntnissen (vor allem der Generalisierbarkeit von Ergebnissen, die hypothesengeleitet erzielt wurde, und (b) der Entwicklung der Marktfähigkeit eines Produkts (vor allem der Implementationsmöglichkeiten in den Gesundheitsmarkt durch Optimierung und Adaptation) zu unterscheiden. Die Kriterien, an dem jeweils die Erfolge von (a) und (b) gemessen werden, unterscheiden sich grundsätzlich.

- Die Vorgaben für die Stichprobenbildung ergeben sich vor allem aus der zu definierenden Grundgesamtheit der Zielgruppe, der aufgestellten Hypothesen (s. Leitsätze 4 und 6) und des zu wählenden Signifikanzniveaus (abhängig von der Wichtigkeit der Fragestellung und abhängig von der Zuverlässigkeit des bisherigen Erkenntnisstands).
- 6.1 Eine Grundgesamtheit im Sinne der vorliegenden Abhandlung besteht prinzipiell aus einer (in der inferenzstatistischen Denkweise unendlich großen und zeitlich unabhängigen) Gruppe von Menschen mit einer definierten Störung. Die Stichprobe daraus ist nach Zufallsprinzipien zu ziehen, sodass sich daraus eine sogenannte randomisierte Stichprobe ergibt. Auch eine homogene Stichprobe kann randomisiert hergestellt werden. Quotenstichproben und nicht randomisierte Stichproben können inferenzstatistisch betrachtet lediglich der Hypothesengenerierung dienen.
- 6.2 Die erforderliche Größe der Stichprobe ergibt sich vor allem aus inferenzstatistischen Überlegungen (z.B. hinsichtlich gewünschter Effektstärken).
- 6.3 Eine Aussage über Effektstärken ergibt sich vor allem durch den Vergleich mit einem Erwartungswert (z.B. aus Kontrollgruppen oder einem Schwellenwert wie etwa aus der Wahrscheinlichkeit von Spontanremissionen).
- 6.4 Gelegenheitsstichproben ermöglichen ausschließlich eine Aussage über die bislang erbrachte Leistung einer dadurch definierten Behandlungseinrichtung oder aber über eine undefinierte Erfolgswahrscheinlichkeit.

Somatopsychische Evaluationsarbeit hat für die Praxis zu erreichen, dass die untersuchte Behandlungsmaßnahme mit einer für alle beteiligten Akteure erkennbare Sicherheit generalisiert und somit implementiert werden kann.

11 Somatopsychisch angelegte Diagnostik und Begutachtung

11.1 Duale Orientierung somatopsychisch angelegter Diagnostik

Somatopsychische Diagnostik ist sowohl normorientiert als auch kriteriumsorientiert anzulegen, da beide Aspekte für die Krankheitswertigkeit bzw. für Gesundheitswertigkeit von Bedeutung sind. Es wird in der vorliegenden Arbeit eine Kombination beider Aspekte vorgeschlagen und nicht ein "Entweder-Oder".

Zur dualen Orientierung somatopsychischer Diagnostik gehören:

- die Wertung diagnostischer Ergebnisse innerhalb einer Normverteilung (vor allem einer Normalverteilung) und
- 2. die Wertung diagnostischer Ergebnisse in Bezug auf inhaltliche Kriterien.

Diagnostische Tests liefern im Allgemeinen Bezugsgrößen innerhalb einer Normalverteilung (so genannte Normwerte), aus denen ersichtlich wird, welcher Bereich um den Mittelwert herum noch als normal bzw. als üblich angesehen werden kann.

Bei dem vorgeschlagenen Vorgehen wird geprüft, ob ein Merkmal innerhalb eines sogenannten Normalbereichs (meistens +/- 1 σ) einer Bezugsgruppe liegt, und falls nicht, wird geprüft, ob ein bestimmtes inhaltliches, krankheitswertiges bzw. gesundheitswertiges Kriterium erreicht wird. Eine duale Orientierung ermöglicht die Nutzung zweier Bezugssysteme, um die diagnostischen Fragen zur Ausprägung von Merkmalen nicht nur nach kollektiven Maßen, sondern auch nach kontentspezifischen, also kriteriumsorientierten Gesichtspunkten beantworten zu können.

Sobald man diagnostische Verfahren verwendet, die den Standards entsprechen (s. z.B. Häcker, Leutner und Amelang, 1998; Testkuratorium, 2007), ist der Mittelwertsbereich definiert. Außerhalb des Mittelwertsbereichs sind inhaltliche Kriterien anhand von Teilzielen anzuwenden. Im gesunden Bereich kann es sein, dass alle Teilziele stabil gegeben sind oder aber lediglich zum Teil erreicht wurden.

Falls die salutogenen Teilziele nicht vollständig und nicht stabil diagnostisch erkennbar werden, ist möglicherweise Psychotherapie erforderlich.

Der Gebrauch bislang vorhandener Tests ist in vielen Fällen lediglich mit Kompromissen möglich, da eine somaotopsychische Therapie oftmals andere Ziele verfolgt als die bisherigen Tests messen. Mithilfe der dualen Orientierung somatopsychischer Diagnostik lässt sich ausweisen, welche salutogenen Teilziele erreicht und welche pathogenen Teilziele geschwächt bzw. aufgelöst werden konnten. Allerdings sind die darauf abgestellten Tests noch zu entwickeln.

11.2 Somatopsychisch angelegte Begutachtung

11.2.1 Prinzipien einer somatopsychisch angelegten Begutachtung

Begutachtungen gehen im Allgemeinen von einer Fragestellung im Zusammenhang mit einem praxisbezogenen Problem aus. Zu den Problemen gehören z.B. Streitfälle zwischen Patienten und Kostenträgern sowie sozialgerichtliche Aufgaben, verkehrstherapeutisch relevante Vorgänge, problematische Therapieplanungen, familiengerichtliche Streitfälle und forensische Klärungen in Strafverfahren. Aus diesen Problemen entstehen über Fragestellungen einzelne Hypothesen, um deren Widerlegung es wissenschaftstheoretisch geht. Bearbeitbare Hypothesen entstehen jedoch ausschließlich im Kontext von Theorien, Modellen oder Konstrukten, aus denen sich der

fachlich-systematische Zusammenhang herleitet. Grundprinzipien für die Arbeit von Gutachtern im sozialrechtlichen Kontext beschreiben u.a. Becker (2008) sowie Echterhoff und Heinecke (2010). Die generellen Vorgehensweisen erläutern und definieren u.a. das Testkuratorium (2007) sowie Westhoff und Kluck (2008). Allen Konzepten für fachlich fundiertes Begutachten ist das Prinzip gemeinsam, dass eine Begutachtung ein umfassendes Prüfverfahren ist, bestehend aus einer Kombination von Tests, in der – im Kontext von Kriterien – sowohl salutogene als auch pathogene somatopsychische Prozesse eine Rolle spielen können.

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO) kann die Auswirkungen der psychischen und somatischen Schäden über einen Katalog von Beeinträchtigungen der Teilhabe (unabhängig von den Ursachen) am privaten Leben und am Arbeitsleben beschreiben helfen. Die ICF bietet geeignete Möglichkeiten die vorgefundenen Beeinträchtigungen standardisiert zusammenzufassen. Eine deutsche Langfassung liegt vor (s. im Literaturverzeichnis unter ICF) ebenso wie eine Kurzfassung für Auswirkungen psychischer Beeinträchtigungen (Linden, Baron & Muschalla, 2009).

In den zwei folgenden Abschnitten werden Empfehlungen für die somatopsychische Begutachtung im Bereich des Sozialrechts (s.a. Versorgungsmedizin-Verordnung, 2009) und für die Zwecke der Therapieplanung formuliert.

11.2.2 Somatopsychische Begutachtung im Bereich des Sozialrechts

Eine typische Fragestellung im Sozialrecht kann lauten: "Ist bei der Person X die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. der Grad der Schädigung (GdS) so hoch bzw. so gestaltet, dass eine Ausübung der bisherigen Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich ist?"

Eine somatopsychische Vorgehensweise für die Begutachtung im Bereich des Sozialrechts sieht üblicherweise wie folgt aus:

1. Phänomenologische Beschreibung des Störungsbilds

Weitestgehend unabhängig von den Klassifikationssystemen für Erkrankungen ist eine möglichst wert- und interpretationsfreie Beschreibung des Störungsbilds zu verfassen. Falls die Person X z.B. sagt, dass sie Angst habe, ist zu fragen, wie diese Angst im Erleben und Handeln im Einzelnen zu erkennen ist und welche Möglichkeiten die Person X dadurch verloren hat. Sowohl psychische als auch somatische Phänomene – im Zusammenspiel mit der sozialen und dinglichen Umgebung – sind zu erfragen und zu protokollieren. Anhand von entsprechenden Beispielen, die nicht nur von der Person X kommen müssen, in Form von kleinen Episoden kann eine hohe phänomenologische Deutlichkeit erreicht werden.

Anhand der Eigenschaften somatopsychischer Basisprozesse kann die phänomenologische Beschreibung vervollständigt und gegliedert werden.

2. Bildung von Begutachtungshypothesen

Innerhalb des phänomenologischen Materials sind meist verschiedene Zusammenhänge (z.B. Häufungen von Vorgängen, Stärkeausprägungen, Koinzidenzen, Ähnlichkeiten) zu erkennen. In der Exploration können Vermutungen über Zusammenhänge erarbeitet werden.

Beispiel a:

Falls von Person X Kontakt zu Menschen vermieden wird, kann im somatopsychischen Sinn gefragt werden: "Treten bei Ihnen Muskelverspannungen im Nacken-Schulter-Bereich auf?" Und falls ja: "Sind diese schmerzhaft?" Oder: "Was können Sie überhaupt nicht leiden?" Oder: "Nehmen Sie Medikamente für Ihr Herz- Kreislaufsystem?"

Beispiel b:

Falls über intensive Aktivitäten berichtet wird, kann im somatopsychischen Sinn gefragt werden: "Vergessen Sie schon mal etwas?" Oder: "Was ist Ihnen in Ihrem Leben wirklich wichtig?" Oder: "Wie lange schlafen Sie gewöhnlich?" Oder: "Was und wie essen Sie?" Oder: "Haben Sie Schwierigkeiten im Bereich des Magens und Darms?"

Die vorgefundenen Phänomene werden geordnet, wobei einzelne Phänomene mehrere Zuordnungen erhalten können. Ein praktisches Ordnungshilfsmittel kann eine zweidimensionale Matrix sein, die sowohl in dem einen als auch in dem anderen Eingang die Phänomene auflistet, die in den Zellen fachlich miteinander verbunden bzw. fachlich kommentiert werden (s.a. Abbildung 29).

Phänomene	Muskelverspannung im Schulter-Nacken-Bereich	Schlafdauer 4 Stunden	Unruhe im Darm	Abneigung gegen Warten
Muskelverspan- nung im Schulter-Nacken- Bereich	heller, ziehender Schmerz im Nacken, fast dauerhaft	miteinander verbunden?	miteinander verbunden?	miteinander verbunden?
Schlafdauer 4 Stunden		Einschlafprobleme und hohe Störbar- keit (Erwartungs- angst?)	miteinander verbunden?	miteinander verbunden?
Unruhe im Darm			fast täglich Durchfall: Somatopsychische Eigenschaften verändert?	miteinander verbunden?
Abneigung gegen Warten		Schwierigkeiten in Referentialdomäne 1?		muss häufig Warten abbrechen, auch zu seinem eigenen Nachteil

Abb. 29: Matrix mit Beispielen zur Ordnung von Phänomenen an einem begutachteten Individuum (Grundmuster)

Zu ermitteln ist hierbei, inwieweit Eigenschaften somatopsychischer Prozesse beeinträchtigt bzw. besonders bemerkenswert sind. Die individuellen Besonderheiten kognitiv-emotionaler Modulationen im Rahmen der Akkommodation / Assimilation sind zu erfragen bzw. zu erfassen. So kann es sein, dass einige Modulationen besonders schwach oder besonders stark gelebt werden. Brauchbare Hinweise für die Bildung von Begutachtungshypothesen können auch aus der Funktion von salutogenen Teilzielen erarbeitet werden. Werden bestimmte salutogene Teilziele vernachlässigt,

könnte sich dies in einer Aktivierung inhaltlich relevanter pathogener Teilziele zeigen. Die in den Zellen der Tabelle in Abbildung 29 deutlich werdenden Schwerpunkte oder Zusammenhänge der Phänomene werden inhaltlich mit den acht pathogenen Teilzielen abgeglichen, um zu sehen, welche Teilziele besonders betroffen sind. Die besonders relevanten Teilziele liefern die Inhalte für die Begutachtungshypothesen. Im Rahmen von Testungen und von anderen Prüfverfahren sind die Begutachtungshypothesen nach dem üblichen inferenzstatistischen Procedere zu widerlegen.

3. Erarbeitung von Kriterien für die Entscheidungsfindung

Die Entscheidungsfindung erfolgt durch den Vergleich von Kriterien, die sich aus den Anforderungen der Arbeitstätigkeit von Person X ergeben, mit den Befunden, die sich aus den gutachtlich ermittelten Beschreibungen und Daten zu Person X ableiten lassen. Es ist normalerweise in der Praxis schwierig, die Anforderungen an die Arbeitstätigkeit zu ermitteln. Bei unklaren Sachlagen muss beim Arbeitgeber oder bei entsprechenden fachlichen Stellen (z.B. Industrie- und Handelskammer oder Arbeitsamt bzw. in autorisierten Internetsites) nachgefragt werden. Besonders bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten ist die näherungsweise 100%-ige Erfüllung von Kriterien erforderlich (z.B. Greifsicherheit oder Resistenz gegenüber Irritationen). In vielen Fällen ist eine hohe somatopsychische Dauerbelastbarkeit gefordert, z.B. bei Mitarbeitern von Call-Centern, die sich u.a. aus geeigneten Funktionen des Sprechens, des Hörens, der Magen- und Darmfunktion, des Herz-Kreislaufsystems und der konstruktiven kognitiv-emotionalen Modulation ergibt. Die drei Referentialdomänen sind jeweils spezifisch zu berücksichtigen.

4. Entscheidungsfindung

Die Grundlagen für die Entscheidungsfindung stellen wie üblich die Ergebnisse vor allem der Aktenanalyse, der Exploration und der Testungen dar. Für die Testungen existieren keine spezifisch somatopsychischen Verfahren im Sinne der vorliegenden Abhandlung. Allerdings können auf dem Markt verfügbare Tests nach somatopsychischen Gesichtspunkten ausgesucht werden, sodass ein somatopsychisches Konzept zumindest in Teilen berücksichtigt werden kann. Bis zur Verfügbarkeit spezifischer somatopsychischer Tests ist es erforderlich, die Auswahl und die Kombination der Tests auf somatopsychische Anforderungen hin zu optimieren. Meistens wird es erforderlich sein, zugleich somatisch orientierte Tests und Untersuchungsverfahren hinzuzunehmen, z.B. Blutdruckmessungen, Messungen der Muskelanspannung (Elektromyogramm), Bewegungsfunktionstests, Schmerzanalysen, endokrinologische Analysen, die entweder vom Gutachter selbst durchgeführt oder deren Durchführung in Auftrag gegeben wird.

Es werden aus den Befunden bei Bedarf Diagnosen entwickelt, der MdE-Wert (bzw. der Wert der GdS) erarbeitet und im Vergleich zu den Kriterien ermittelt, wie die gestellte Frage zu beantworten ist.

Die förmliche Gliederung des Gutachtens richtet sich nach den Vorgaben der anfragenden Stelle.

An einem Beispiel soll die Hypothesenbildung und Hypothesenprüfung bei einer sozialrechtlich veranlassten somatopsychischen Begutachtung verdeutlicht werden.

a. Das Ausgangsproblem und die sozialrechtlich veranlasste Fragestellungen

Nach dem Arbeitsunfall am xx.xx.xx traten körperliche und psychische Folgeschäden auf, die den Versicherten daran hindern, seine Arbeitstätigkeit wieder wie gewohnt aufzunehmen. Der Unfall

ereignete sich, als Herr XX Arbeiten auf einem Dach ausführte. Er machte einen Schritt nach hinten und trat mit einem Fuß auf eine Plexiglasabdeckung. Diese gab unter ihm nach, sodass er etwa 8 Meter in die Tiefe stürzte und auf einem Betonboden aufschlug.

Zu den sozialrechtlich veranlassten Fragen gehörte die folgende:

Kann die zu begutachtende Person wieder vollumfänglich oder eingeschränkt in die frühere Arbeitstätigkeit zurückkehren?

b. Zur Einordnung der Beeinträchtigungen: Das allgemeine Krankheits- und Störungskonzept

Als Schadensfolgen stehen bei den körperlichen Beeinträchtigungen die fortwährenden, starken Beschwerden im rechten Arm durch die Ellenbogenverletzung und die Einschränkung im Bewegungsumfang mit einhergehenden Schmerzen im Vordergrund. Die Art und die Schwere des Arbeitsunfalls lässt die Vermutung zu, dass ein Psychotrauma eingetreten ist.

Bei einem Psychotrauma entstehen für die betroffene Person grundsätzlich folgende Probleme: Wiedererleben, emotionale Taubheit, Verlust des Glaubens an die eigene Wirksamkeit, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen und Albträume, hohe Erregbarkeit, Zerbrechen des eigenen Wertesystems und des Werteverständnisses.

Im vorliegenden Fall werden vornehmlich folgende Beeinträchtigungen aus den Problembereichen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen und Albträume, hohe Erregbarkeit erwartet. Innerhalb dieser Problembereiche werden spezifizierbare Beeinträchtigungen vermutet, deren Vorkommen und Schwere im Begutachtungsprozess zu prüfen sind:

Ein- und Durchschlafstörungen mit ereignisbezogenen Albträumen (z.B. träumen zu stürzen), schweißgebadetem Aufschrecken im Schlaf, Insuffizienzperioden, Unruhe, depressive Verstimmungen, suizidale Gedanken, Ängste (dass seinen Familienmitgliedern etwas zustoßen könnte), Ängste vor und während der Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Zukunftsängste, Stimmungsschwankungen, Schwierigkeiten, Freude zu empfinden, die Unfähigkeit zu entspannen, Unfähigkeit, Freunde und Familie nahe an sich heran zu lassen, Intrusionen in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen, Wahrnehmungsverzerrungen, Antriebsschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisprobleme, Selbstvorwürfe, erhöhte Grübelneigung, Gedankenkreisen, anhaltendes Vermeidungsverhalten bezüglich unfallaffinen Situationen und Reizen, Vermeiden von Menschengruppen, Abflachung der allgemeinen Reagibilität, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, erhöhtes Arousal, Hypervigilanz, erhöhtes Kontrollbedürfnis, Schreckhaftigkeit, übermäßige Körperanspannung mit oder ohne Schmerzen, Engegefühle im Thoraxbereich, Zittern.

c. Anforderungen an die somatopsychischen Kompetenzen

Für die bisherige Arbeitstätigkeit (Industriereinigung in einem definierten Bereich) wurden vor allem folgende psychische und psychosomatische Kompetenzen benötigt:

Angemessene körperliche Fitness und Kraft (u.a. zum Halten von Hochdruckreinigern mit bis zu 1000 Bar, Arbeiten auf Höhen etc.), dauerhafte Konzentration und Aufmerksamkeit.

d. Sozialrechtlich veranlasste Fragestellung und wissenschaftliche Hypothesenbildungen

Die sozialrechtlich veranlasste Frage (s. unter Punkt a.) wird in wissenschaftlich bearbeitbare Hypothesen H₀ und H₁ umgeformt. Gemäß fachwissenschaftlicher Systematik sind die Hypothesen

H₀ zu falsifizieren, um die Alternativhypothesen H₁ anzunehmen bzw. beibehalten zu müssen. In somatopsychischen Gutachten können und müssen auch qualitative Sachverhalte wie Symptome (geäußerte oder beobachtbare Beeinträchtigungen) in den Versuch der Widerlegung von H₀ einbezogen werden. Für die Bewertung qualitativer Sachverhalte sind qualitativ definierte Kriterien erforderlich, z.B. die Art und die Dauerhaftigkeit der Symptome oder die Kompetenzmeinung der begutachteten Person hinsichtlich der eigenen künftigen Arbeitstätigkeit. Wichtig ist zu prüfen, ob somatopsychische Beeinträchtigungen gegeben sind, die zum Krankheits- und Störungskonzept passen. Sobald quantitative Sachverhalte (vor allem Messwerte aus Leistungsprüfungen oder anderen somatopsychischen Tests) verwendet werden, sind Grenzwerte (z.B. Cut-off-Werte) zur Bewertung der Ergebnisse erforderlich. Die quantitativen Grenzen sollten normorientiert (bezogen auf eine Vergleichsgruppe) oder besser kriteriumsorientiert (bezogen auf die künftigen Anforderungen) definiert sein.

Die formal formulierten Hypothesen lauten:

 H_0 (A) = Die frühere Erwerbsfähigkeit ist vorhanden.

 H_0 (B) = Es bestehen genügend somatopsychische Kompetenzen, die für die frühere Arbeitstätigkeit benötigt werden.

H₀ (C) = Die gegenwärtig vorgefundene Erwerbsfähigkeit kann nicht verbessert werden.

H₁ (A) = Die frühere Erwerbsfähigkeit kann nicht wiederhergestellt werden.

H₁ (B) = Die für die frühere Arbeitstätigkeit benötigten somatopsychischen Kompetenzen sind nicht vorhanden.

H₁ (C) = Die gegenwärtig vorgefundene Erwerbsfähigkeit kann verbessert werden.

e. Ergebnis der Hypothesenprüfungen

Im vorliegenden Fall wurden die Hypothesen H_0 (A) und H_0 (B) vor dem Hintergrund des Krankheits- bzw. Störungskonzepts einschließlich der arbeitsmäßigen Anforderungen an die somatopsychischen Kompetenzen widerlegt. Die Alternativhypothesen H_1 (A) und H_1 (B) sollten aufrechterhalten werden.

Es konnten keine umfassenden Hindernisse zur Verbesserung der gegenwärtig vorgefundenen Erwerbsfähigkeit ermittelt werden, sodass die Hypothese H₁ (C) ebenfalls aufrecht erhalten werden sollte.

11.2.3 Somatopsychische Begutachtung für die Zwecke der Therapieplanung

Ein Kostenträger im Gesundheitswesen stellt beispielsweise folgende typische Frage: "Welche Behandlungsmaßnahmen sind für die Wiederherstellung der Gesundheit des Versicherten Y erforderlich?" Zu diesem Zweck ist Folgendes zu tun:

1. Phänomenologische Beschreibung des Störungsbilds

s. Abschnitt 11.2.2, Punkt 1

2. Erarbeitung einer Datenbasis für die Therapieplanung

Innerhalb des phänomenlogischen Materials sind meist verschiedene Zusammenhänge (z.B. Häufungen von Vorgängen, Stärkeausprägungen, Koinzidenzen, Ähnlichkeiten) zu erkennen. Mögliche somatopsychische Zusammenhänge sind zu vermuten und können zu Fragen an den Versicherten Y führen.

Beispiel a:

Vom Versicherten Y wird Schwäche und Traurigkeit berichtet.

Darauf bezogene somatopsychisch orientierte Fragen des Therapeuten können z.B. sein: "Wie lange schlafen Sie gewöhnlich?" Und falls sehr lang: "Wie hoch ist Ihr Blutdruck?" Oder: "Haben Sie öfter Kopfschmerzen, welche?" "Treiben Sie Sport?", "Trinken Sie Alkohol, wie viel?" oder: "Haben Sie Freunde, wie gehen die mit Ihnen um?", "Wie stark sind Ihre sexuellen Interessen?"

Beispiel b:

Falls vom Patienten über den unangenehmen Einfluss von Menschen auf die eigene Person berichtet wird, kann im somatopsychischen Sinn z.B. wie folgt gefragt werden: "Haben Sie Hobbys bzw. eigene starke Interessen?" Oder: "Was haben Sie in Ihrem Leben schon einmal geändert?" Oder: "Beschreiben Sie Ihren derzeitigen körperlichen Zustand möglichst ausführlich". Die vorgefundenen Phänomene werden wie oben in Abschnitt 11.2.2 in einer Matrix geordnet und in den einzelnen Zellen im Kontext beschrieben.

1. Entscheidungsfindung

s.a. Abschnitt 11.2.2.

Die vorgefundenen Fakten und Daten werden in somatopsychische Befunde (s.a. Abschnitt 5.2) überführt und auf die salutogenen und pathogenen Teilziele bezogen. Daraus entstehen die Hypothesen (über die Störungen bzw. gesundheitsrelevanten Ressourcen), die inferenzstatistisch mithilfe von Tests einer Prüfung auf Widerlegbarkeit unterzogen werden (s. Abschnitt 11.2.2). Die Ergebnisse dieser Prüfung zu den pathogenen Teilzielen dienen der Ermittlung einer Diagnose und die Ergebnisse der Prüfung zu den salutogenen Teilzielen dienen der Sondierung von konstruktiven Ressourcen und von Resilienzen.

2. Therapieempfehlung

Der empfohlene therapeutische Ablauf umfasst die Beschreibung der spezifischen kriteriumsorientierten Therapieziele in den einzelnen Therapiephasen und der jeweiligen spezifischen Behandlungsmethoden.

Hinzuweisen ist auf die therapeutische Rolle der vorgefundenen individuellen somatopsychischen Prozesse einschließlich ihrer möglicherweise individuell ausgeformten Eigenschaften sowie von wichtigen, individuell praktizierten kognitiv-emotionalen Modulationen jeweils bezogen auf die drei Referentialdomänen.

Die förmliche Gliederung des Gutachtens richtet sich nach den Vorgaben der anfragenden Stelle.

12 Somatopsychische Therapie und Coaching

Coaching ist unter Beachtung der Axiome und Prämissen (s. Anhang A1) eine systematische Methode, um durch gezielte Transformation von dem Zustand des Kompetenzmangels in den Zustand ausreichender Kompetenz zu kommen. Zu dieser Transformation gehört das Ziel "Angestrebte Kompetenz des Coachees ("der Klient"), dessen Erreichen vom Patienten und vom Coach intendiert ist (s. Abbildung 30).

Coaching	Aufgabenbezogene Verhaltensgrenzen	Optimiertes berufliches Verhalten	Transformation des Verhaltens	Coachee (Klient)	Vorhandensein geeigneter Coachingmethoden.	Erfolgsmotivation, Lern- und Veränderungsfähigkeit (internale Ressourcen), ökonomische Ressourcen (z.B. Kostenübernahme durch ein Unternehmen), zeitgebundene Ressourcen (z.B. Freistellung aus einem Unternehmen).	Erfahren eigener Wirksamkeit durch Eintreten und Erleben des beruflichen Erfolgs bzw. durch Vergleich des erreichten Verhaltens mit dem angestrebten optimier- ten beruflichen Verhalten.
Somatopsychische Therapie	Krankheitswertiges Verhalten	Gesundes Verhalten	Transformation	Patient	Vorhandensein geeigneter Heilmethoden und -verfahren.	Leidensdruck, Therapiemotivation, Therapiefähigkeit (internale Ressourcen), ökonomische Ressourcen (z.B. aus einer Versicherung), soziale Ressourcen (z.B. aus der Familie).	Erreichen der salutogenen Ziele, Beschwerdefreiheit, Vergleich des erreichten Verhaltens mit gesundem Verhalten, Erfahren von Wirksamkeit.
	Problem / Mangel	Ziel: Erweiterung der Verhaltenskompetenzen	Prozess	Rolle des Individuums	Fachliche Voraussetzungen	Voraussetzungen beim Individuum	Überprüfung der Zielerreichung

Abb. 30: Gegenüberstellung von somatopsychischer Therapie und Coaching.

In der somatopsychischen Therapie und im Coaching erfahren Individuen eine konstruktive Transformation ihres Verhaltens. Mit beiden Zielgruppen kann mit den meisten Methoden und Verfahren gearbeitet werden, die aus der somatopsychischen Therapie stammen, obwohl die Ziele unterschiedlich sind. Für das Coaching kommen ausschließlich Methoden und Verfahren in Betracht, die autochthon beim Klienten wirken. Allochthone Methoden und Verfahren wie Medikationen oder psychoaktive Substanzen gehören nicht zum Coaching.

13 Forschung

Qualitätstandards von Forschung und Entwicklung in der Medizin wurden erst in den letzten Jahren systematisch durchdacht. Psychologie als Grundlagenfach hingegen kann hierbei auf eine deutlich längere Tradition zurückblicken, da Psychologie einen definierten Betrachtungs- und Bearbeitungsgegenstand hat, während sich die Medizin fachlich aus mehreren Disziplinen und Anwendungsbereichen zusammensetzt.

Die Qualitätsstufen evidenzbasierter medizinischer Forschung werden je nach Quelle u.a. wie folgt beschrieben (Wikipedia 2011, Das Deutsche Cochrane Zentrum 2011, Deutsche Diabetes Gesellschaft 2011):

Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.

Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.

Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.

Level 4a: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.

Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees

Alle Beschreibungen von Qualitätsstufen dieser Art ignorieren allerdings

- 1. die methodische Definition von "gut" oder "ausreichend " (s. Level 1 und 3) und
- 2. die Notwendigkeit von hypothesengeleiteten Studien (Modell- Konstruktvalidierungsstudien, Wirksamkeitsstudien nach dem Wenn-dann-Prinzip)

Psychotherapeutische Forschung sollte somatopsychisch ausgerichtet sein und hat vor allem Folgendes zu beachten:

- 1. Psyche und Soma sind ontologisch als Entität zu verstehen. Wird in Forschungsarbeiten diese Entität missachtet, können Methoden und Verfahren diese Einheit nicht mehr herstellen, sodass aus den Forschungsdaten kaum mehr als schwer interpretierbare Korrelationen herausgearbeitet werden können. Allerdings erlaubt ein mangelhafter forschungslogischer Ansatz oftmuals die Bildung von Hypothesen, die in einer die Entität beachtenden Forschungsarbeit dem inferenzstatistischen Versuch der Widerlegung zugeführt werden können. Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte somatopsychische Modell ermöglicht für eine solche Forschungsarbeit die Einhaltung der Entität von Psyche und Soma.
- 2. Ein Individuum darf wegen der Einheit von Psyche und Soma nicht über separierbare Eigenschaften einzelner Organe, einzelner Funktionsweisen oder gar über spezifische Behandlungsmethoden bzw. -verfahren verstanden werden. Die Wirkungen eines Psychopharmakons erklärt nicht die somatopsychischen Eigenschaften oder die somatopsychischen Ziele eines Individuums.

- 3. Somatopsychische Therapie fördert Resilienzen sowie Ressourcen und beschränkt sich nicht auf Bekämpfungen von Störungen oder gar von Symptomen.
- 4. Somatopsychische Forschung hat systematischer als bisher die gesamte fachliche Breite von somatopsychisch basierten Behandlungsmethoden einzubeziehen.
- 5. Passend zu den Behandlungsmethoden sind diagnostische Verfahren im Sinne kriteriumsorientierter Tests zu entwickeln, die besser als bisher den bekannten testtheoretischen Anforderungen – vor allem an Validität – entsprechen müssen.

Somatopsychische Forschung soll die Praxis verbessern. Tut sie es nicht, können dadurch zwar marktfähige Produkte optimiert, aber auch Gegebenheiten überholter oder ergänzungsbedürftiger Denkweisen reproduziert werden. Eine langfristige Forschungsstrategie im somatopsychischen Bereich, die ausschließlich hypothesengeleitetes Arbeiten ermöglicht, ist dringend erforderlich, um die Praxis psychotherapeutischer Behandlungen zu verbessern. Hypothesengeleitete Forschung setzt das Vorhandensein von Modellen und Konstrukten voraus. Die vorliegende Abhandlung über somatopsychische Zusammenhänge soll mit den vorgestellten Modellen und Konstrukten geeignete Hypothesenbildungen unterstützen.

14 Folgerungen für die derzeitige Praxis

Derzeit verfügt die Psychotherapie über viele brauchbare und bewährte Behandlungsmethoden, die zum Teil fachlich plausibel sind und partiell oder auch vollständig empirisch fundiert werden konnten und die geeignet sind, Ressourcen sowie Resilienzen zu fördern.

Zugleich ist allerdings wichtiges psychologisches Fachwissen derzeit nicht ausreichend für psychotherapeutische Zwecke ausgeschöpft worden. Unter anderem gilt dies für folgende Bereiche des Fachwissens einschließlich der dazugehörigen Therapieforschung:

- 1. Kontrollpsychologie (s. Erleben von Selbstwirksamkeit, denn daraus vermag eine Stärkung kontrollpsychologisch fundierter Psychotherapie wie der Referentialtherapie entstehen),
- 2. Motivationspsychologie (wie das Erwartungs-mal-Wert-Konzept),
- 3. Tiefenpsychologie (z.B. Imaginationen),
- 4. Wahrnehmungspsychologie (u.a. Körpererleben),
- 5. Allgemeine Psychologie (z.B. Body-Mind-Problematik),
- 6. Biologie sowie Biologische Psychologie und
- 7. Lernpsychologie (z.B. Erfahrungsbildung), die die oben aufgeführten Bereiche zu dem Zweck der Verbesserung somatopsychischer Therapie fachlich auszugestalten und zu evaluieren hat.

Falls die neurologisch bzw. hirnphysiologisch orientierten Ansätze zukünftig über die bereits etablierten psychologischen Erkenntnisse hinausgehen sollten, könnten möglicherweise ergänzende somatopsychische Impulse für therapeutische Zwecke genutzt werden.

Wenn auch eine somatopsychisch angelegte Therapie zunächst Orientierungsschwierigkeiten bereiten sollte, besteht die Mindestanforderung an eine somatopsychische Therapie darin, sowohl Methoden und Verfahren für den psychischen als auch für den somatischen Bereich anzuwenden. Auf dieser Basis kann schrittweise eine gezielte Hinwendung zu einer somatopsychischen Therapiesystematik erfolgen.

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, L., Lumma, K. & Kopetzky, T. (1997). *Aspekte angewandter Individualpsychologie*. Eschweiler: Institut für humanistische Psychologie.

Adler, A. (1907). Studie über Minderwertigkeit von Organen. Berlin und Wien: Urban & Schwarzenberg. Digitale Volltext-Ausgabe in Wikisource, URL: http://de.wikisource.org/w/index.php?title=Seite:AdlerStudie.djvu/7&oldid=1002434 (Version vom 20.08.2010).

Almada, S. J., Zonderman, A. B., Shekelle, R. B., Dyer, A. R., Daviglus, M. L., Costa, P. T. et al. (1991). Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: The Western Electric study. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 165-175.

Ainslie, G. & Haslam, N. (1992). Hyperbolic Discounting. In G. Loewenstein, J. Elster (Eds.), *Choice over time (pp. 57-92).* New York: Russel Sage Foundation.

Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine, 1,* 173-179.

Alexander, G. (2011). Eutonie. Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung. 10., erg. Aufl. Bern: Huber.

Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil2 SGB IX). (2008). Bonn / Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Ansbacher, H. L. & Ansbacher, R. R. (1995). Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften (4.erg. Aufl.). München: Reinhardt.

Antonovsky, A. (1997) Salutogenese, Entmystifizierung der Gesundheit (Deutsche, erweiterte Herausgabe von A. Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt).

Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 258-290.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Bar-Hillel, M. (1980). The base-rate fallacy in probability judgments. Acta Psychologica, 44, 211-233.

Bar-Hillel, M., Wagenaar, W. A. (1993). The perception of randomness. In G. Keren & C. Lewis (Eds.), *A handbook for data analysis in the behavioral sciences: Methodological issues* (pp. 369-393). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Baron, J. & Hershey, J. C. (1988). Outcome bias in decision evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 569-579.

Baron, J. (2000). Thinking and deciding (3rd ed.). New York, NY US: Cambridge University Press.

Baron, J., Beattie, J. & Hershey, J. C. (1988). Heuristics and biases in diagnostic reasoning II: Congruence, information, and certainty. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 42, 88-110.

Beck, A. T. (1999). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.

Becker, P. (2008). Das professionelle Gutachten – Anforderungen aus rechtlicher Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, *3*, 85-92.

Benedek, T. & Rubenstein, B. B. (1939). The correlations between ovarian activity and psychodynamic processes: II. The menstrual phase. *Psychosomatic Medicine*, *1*, 461-485.

Bengel, J. (Hrsg.) (2009). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und der medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Benight, C. C & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1129-1148.

Bennett, M. R. & Hacker, M. S. (2008). *History of cognitive neuroscience*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Berblinger, K. & Greenhill, M. (1954). Levels of communication in ulcerative colitis; a case study. *Psychosomatic Medicine*, *16*, 156-162.

Bernstein, W. M., Stephan, W. G. & Davis, M. H. (1979). Explaining attributions for achievement: A path analytic approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1810-1821.

Bertalanffy, L. (1964). The mind-body problem: A new view. Psychosomatic Medicine, 26, 29-45.

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. In: *PLoS One, Band 7, Ausgabe 2.* http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0030795 vom 12.02.2012.

Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bower, H. B. & Hilgard, E. R. (1983). *Theorien des Lernens I.* (5., veränderte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brehm, J. W. (1966). A Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press.

Brendemühl, U., Echterhoff, W. & Trautmann, A., (2002). *Psychologische Ersthilfe und psychologisches Unfallmanagement. Handreichung für die Fortbildung von psychologischen Ersthelfern.* Unveröffentlichtes Seminarmaterial. Köln: Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu).

Bruder, K.-J. & Bruder-Bezzel, A. (Hrsg.) (2006). *Individualpsychologische Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Buehler, R., Griffin, D. & Ross, M. (1994). Exploring the Planning Fallacy: Why people underestimate their task completion times. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 366-381.

Bulman, R. J. & Wortman, C. B. (1977). Attribution of blame and coping in the "Real World": Accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 5, 351-363.

Camic, P. & Knight, S. (Hrsg.). *Clinical Handbook of Health Psychology*. A Practical Guide to Effective Interventions. Göttingen: Hogrefe.

Cannell, J. J. (1988). National normed elementary achievement testing in America's public schools: How all 50 states are above the national average. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 7 (2), 5-9.

Capuzzi, D. & Gross, D.R. (2007). Counselling and psychotherapy. Theories and interventions (4th ed.). New Jersey: Pearson.

Carli, L. L. (1999). Cognitive reconstruction, hindsight, and reactions to victims and perpetrators. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*, 966-979.

Carroll, J. (1978). The effect of imagining an event on expectations for the event: An interpretation in terms of the availability heuristic. *Journal of Experimental Social Psychology, 14*, 88-96.

Caspi, A., & Moffitt, T. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 583-590.

Chen, Y. (2008). Herd behavior in purchasing books online. *Computers in Human Behavior, 24*, 1977-1992.

De Jong-Meyer, R. (2009). Kognitive Verfahren nach Beck und Ellis. In J. Margraf. & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1, S. 611-627, 3. vollst. bearb. u. erw. Auflage. Heidelberg: Springer.

Descartes, R. (1993). *Meditationen über die Grundlagen der Philosophie* (L. Gäbe, Hrsg. und Übers.). Hamburg: Meiner. (Originalarbeit erschienen 1641)

Diener, Ed (2009). The Science of Well-Being. Houten: Springer Niederlande.

Dies, R. (1972). Personal gullibility or pseudodiagnosis: A further test of the 'fallacy of personal validation'. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 47-50.

Dijksterhuis, A., van Knippenberg, A., Kruglanski, A. W. & Schaper, C. (1996). Motivated social cognition: Need for closure effects on memory and judgment. *Journal of Experimental Social Psychology*, 32, 254-270.

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2007). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (4., überarbeitete Aufl. unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10*). Bern: Huber.

DiLollo, V. (1964). Contrast effects in the judgment of lifted weights. *Journal of Experimental Psychology*, 68, 383-387.

Dörner, D. (2003). Die Logik des Mißlingens (8. Auflage). Reinbek: Rowohlt.

Dreikurs, R. (1997). Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ebbinghaus, H. (1913). *Memory: A contribution to experimental psychology*. New York: Columbia University Press. (Original work published 1885)

Echterhoff, G., Hirst, W. & Hussy, W. (2005). How eyewitnesses resist misinformation: Social postwarnings and the monitoring of memory characteristics. *Memory & Cognition*, 33, 770-782.

Echterhoff, G., Groll, S. & Hirst, W. (2007). Tainted truth: Overcorrection for misinformation influence on eyewitness memory. *Social Cognition*, *25*, 367-409.

Echterhoff, W. (1978). Lern- und Veränderungsmessung. In K. J. Klauer (Hrsg.). *Handbuch der pädagogischen Diagnostik* (Band 1, S. 157-176) (Nachdruck 1980). Düsseldorf: Schwann.

Echterhoff, W. (1981). Erfolgskontrolle zur Verhaltensbeeinflussung von Verkehrsteilnehmern: Grundlagen und Empfehlungen. Köln: Verlag TÜV Rheinland.

Echterhoff, W. (1992). Erfahrungsbildung von Verkehrsteilnehmern. Aachen: Verlag Mainz.

Echterhoff, W. (2003). Praktische und konzeptionelle Arbeit in der psychologischen Unfallnachsorge – Referentialtherapie als neue Behandlungsmethode für Posttraumatische Belastungsstörungen. In S. Möller & Th. Hünerfauth (Hrsg.). *Notfallpsychologie. Ein Arbeitsschwerpunkt der Zukunft* (S. 17-27). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Echterhoff, W. (2009). Psychologische Unfallnachsorge. In H.-P. Krüger (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie VI *Verkehrspsychologie*, Band 2, Anwendungsfelder der Verkehrspsychologie (S. 393-440). Göttingen: Hogrefe.

Echterhoff, W. & Spoerer, E. (1991). Psychologische Nachsorge für Unfallbeteiligte. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, *37*, 172-176.

Echterhoff, W. & Heinecke, M. (2010). Güte und Qualität psychologischer Diagnostik in der sozialrechtlichen Begutachtung. *MedSach*, *3*, 124-127.

Ehrentheil, O. (1959). Some remarks about somato-psychic compared to psychosomatic relationships. *Psychosomatic Medicine*, *21*, 1-7.

Ellis, A. (1996). Training der Gefühle. Landsberg am Lech: mvg.

Ellis, A. (1997). Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ellsberg, D. (1961). Risk, ambiguity and the savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, 75, 643-699.

Ewert, J.-P. (1998). Neurobiologie des Verhaltens: *Kurzgefasstes Lehrbuch für Psychologen, Mediziner und Biologen*. Göttingen: Hogrefe.

Faltermeier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Feigl, H. (1958). The "Mental" and the "Physical". In H. Feigl, M. Scriven & G. Maxwell (Eds.), *Concepts, theories, and the mind-body problem* (Minnesota Studies in the Philosophy of Science, vol. 2, pp. 370-497). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Feldenkrais, M. (2006). Die Feldenkrais-Methode in Aktion. 7. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.

Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen. 6., vollst. Überarb. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.

Flammer, A. (1990). Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern: Huber.

Flammer, A. & Grob, A. (1994). Kontrollmeinungen, ihre Begründungen und autobiographisches Erinnern. Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie, 41, 1, 17-38.

Flammer, A. & Scheuber-Sahli, E. (1995). Selective recall as an intervention in modifiy control-beliefs in an academic achievemnet setting. *Swiss Journal of Psychology, 54,* 1, 50-56. Forer, B. (1949). The fallacy of personal validation: A classroom demonstration of gullibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 44,* 118-123.

Fox, C. & Levav, J. (2000). Familiarity bias and belief reversal in relative likelihood judgment. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82, 268-292.

Freud, S. (1940). Das Ich und das Es. In S. Freud, *Gesammelte Werke*, vol. 13, pp. 235-289. London: Imago. (Erstveröffentlichung 1923)

Freud, S. (1969). Die Abwehr-Neuropsychosen, Versuch einer psychologischen Theorie. In S. Freud, *Gesammelte Werke*, Bd. 1, S. 57-74. Frankfurt a. M.: Fischer. (Erstveröffentlichung 1894)

Freud, S. (1969). Studien über Hysterie. In S. Freud, *Gesammelte Werke*, Bd. 1, 3. Auflage, S. 75-312. Frankfurt a. M.: Fischer. (Erstveröffentlichung 1895)

Freud, S. (1969). Triebe und Triebschicksale. *In Gesammelte Werke*, Bd. 10, 5. Auflage, S. 209-232. Frankfurt a. M.: Fischer. (Erstveröffentlichung 1915)

Frey, D. (1981). Informationssuche und Informationsbewertung bei Entscheidungen. Bern: Huber.

Frey, D. (1986). Recent research on selective exposure to information. In L. Berkowitz (Hrsg.). *Advances in experimental social psychology*, vol. 19, pp. 41-80. New York: Academic Press.

Frey, D., Rogner, O. & Havemann, D. (1987). Der Genesungsverlauf von Unfallpatienten aus kognitionspsychologischer Sicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie, XVI, 1, 11-28.

Frisch, D. & Baron, J. (1988). Ambiguity and rationality. *Journal of Behavioral Decision Making 1*, 149-157.

Fritsche, I., Jonas, E. & Frey, D. (2006). Kontrollwahrnehmungen und Kontrollmotivation. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*, S. 85-95. Göttingen: Hogrefe.

Galton, F. (1886). Regression towards mediocrity in hereditary stature. *Journal of the Anthropological Institute*, 15, 246-263.

Ganz, V. H., Gurland, B. J., Deming, W. E. & Fisher, B. J. (1972). The study of the psychiatric symptoms of systemic lupus erythematosus. A biometric study. *Psychosomatic Medicine*, *34*, 207-220.

Geier, A., Rozin, P. & Doros, G. (2006). Unit Bias: A new heuristic that helps explain the effect of portion size on food intake. *Psychological Science*, *17*, 521-525.

Gershberg, F. B. & Shimamura, A. P. (1994). Serial position effects in implicit and explicit tests of memory. Journal of Experimental Psychology: *Learning, Memory, & Cognition, 20,* 1370-1378.

Geulen, D. & Hurrelmann, K. (1980). Zur Problematik einer umfassenden Sozialisationstheorie. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.). *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 51-70). Weinheim: Beltz.

Gigerenzer, G. (2007): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Bertelsmann.

Gigerenzer, G. (2009). Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken (5. Aufl.). Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag BVT.

Gigerenzer, G. (2011). Forschung und Lehre leiden unter Bürokratie. Gespräch mit Prof. Dr. Gerd Gigerenzer. *reportpsychologie*, *Jg.* 36, 307-310.

Gilbert, D. T., Pinel, E. C., Wilson, T. D., Blumberg, S. J., & Wheatley, T. P. (1998). Immune neglect: A source of durability bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 617-638.

Gilovich, T., Savitsky, K. & Medvec, V. H. (1998). The illusion of transparency: Biased assessments of others' ability to read one's emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 332-346.

Gilovich, T., Vallone, R. & Tversky A. (1985). The Hot Hand in basketball: On the misperception of random sequences. *Cognitive Psychology*, 17, 295-314.

Goethals, G. & Reckman, R. (1973). The perception of consistency in attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, *9*, 491-501.

Graham, D. T. (1967). Health, disease, and the mind-body problem: Linguistic parallelism. *Psychosomatic Medicine*, *29*, 52-71.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, *35*, 603-618.

Grush, J. E., McKeongh, K. L. & Ahlerings, R. F. (1978). Extrapolating laboratory exposure research to actual political elections. *Journal of Personality and Social Psychology, 36,* 257-270.

Grush, J. E. (1980). Impact of candidate expenditures, regionality and prior outcomes on the 1976 Democratic Presidential Primaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 337-347.

Gudjonsson, G. (1990). The relationship of intellectual skills to suggestibility, compliance and acquiescence. *Personality and Individual Differences*, 11, 227-231.

Gumenik, W. E., & Levitt, J. (1968). The von Restorff effect as a function of difference of the isolated item. *American Journal of Psychology*, *81*, 247-252.

Hacker, W. (2005): *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit.* 2. Aufl. Bern: Huber.

Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (1998). *Standards für psychologisches und pädagogisches Testen*. Göttingen: Hogrefe.

Hamilton, D. L. & Rose, T. L. (1980). Illusory correlation and the maintenance of stereotypic beliefs. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 832-845.

Hasselhorn, M. & Gold, A. (2009). *Pädagogische Psychologie: Erfolgreiches Lernen und Lehren.* (2., durchges. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Hawkins, S. A. & Hastie, R. (1990). Hindsight: Biased judgements of past events after the outcomes are known. *Psychological Bulletin, 107,* 311-327.

Heckhausen, H. & Heckhausen, J. (2010). *Motivation und Handeln* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought Contents and Cognitive Functioning in Motivational versus Volitional States of Mind. *Motivation and Emotion*. *11*, 2, 101-120.

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

Heinecke, M. (2009). *Kompetenzmeinung, Kontrollverhalten und Erfolg in der beruflichen Entwicklung.* Dissertation, Fachbereich G, Bergische Universität Wuppertal.

Hell, W., Fiedler, K. & Gigerenzer, G. (Hrsg.) (1993). Kognitive Täuschungen. Fehlleistungen und Mechanismen des Urteilens, Denkens und Erinnerns. Heidelberg: Spektrum.

Hellpach, W. (1933). Elementares Lehrbuch der Sozialpsychologie. Berlin: Springer. Neuauflage: Sozialpsychologie: Ein Elementarlehrbuch für Studierende und Praktizierende. 3., durchgesehene Aufl. Stuttgart: Enke.

Hennig, J. (1998). Psychoneuroimmunologie. Verhaltens- und Befindenseinflüsse auf das Immunsystem bei Gesundheit und Krankheit. Göttingen: Hogrefe.

Hilbert, M. (2012). Toward a synthesis of cognitive biases: How noisy information processing can bias human decision making. *Psychological Bulletin*, vol 138, (2), 211-237.

Hobfell, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P., de Jong, J.T., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoss, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Steinberg, A.M. & Ursano, R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry, Winter (4)*, 283-315; discussion 316-369.

Hommel, B. (2010). Die Neurowissenschaften als Herausforderung und Chance der Psychologie. *Psychologische Rundschau, 61, 4*, 199-202.

Hsee, C. K. & Leclerc, F. (1998). Will products look more attractive when presented separately or together? *Journal of Consumer Research*, *25*, 175-186.

Hurrelmann, K. & Ulich, D. (Hrsg.) (1980). Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz.

Hurrelmann, K. (1999). Gesundheitswissenschaften. Heidelberg: Springer.

Hurrelmann K. (2010). Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation in deutscher Sprache im Internet bei DIMDI, Köln, *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit*, Behinderung und Gesundheit.

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung -2005-10-01.pdf

Idson, L. C., Liberman, N. & Higgins, E. T. (2000). Distinguishing gains from nonlosses and losses from nongains: A regulatory focus perspective on hedonic intensity. *Journal of Experimental Social Psychology*, *36*, 252-274.

Jacob, G. A. & Tuschen-Caffier, B. (2011). Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal*, *10*, 2, 139-145.

Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.

Jäncke, L. & Petermann, F. (Hrsg.) (2010). Wie viel Biologie braucht die Psychologie? *Psychologische Rundschau 4/10*, Themenheft.

Janssen, S. M. J., Chessa, A. G. & Murre, J. M. J. (2005). The reminiscence bump in autobiographical memory: Effects of age, gender, education, and culture. *Memory*, 13, 658-668.

Janssen, S. M. J., Chessa, A. G. & Murre, J. M. J. (2006). Memory for time: How people date events. *Memory and Cognition, 34,* 138-147.

Johnson, D. H. & Rytz, T. (Hrsg.) (2012). Klassiker der Körperwahrnehmung. Bern: Huber.

Jones, E. E. & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 1-24.

Jones, E. E. & Nisbett, R. E. (1971). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.), *Attribution: perceiving the causes of behavior* (pp. 79-94). Morristown, N.J.: General Learning Press.

Jost, J.T. & Banaji, M.R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology, 33,* 1-27.

Jost, J.T. & Banaji, M. R., Nosek, B. A. (2004). A decade of system justification theory: Accumulated evidence of conscious and unconscious bolstering of the status quo. *Political Psychology*, *25*, 881-919.

Kahneman, D. & Tversky, A. (1973). On the Psychology of Prediction. *Psychological Review, 80,* 237-257.

Kahneman, D., Knetsch, J. L. & Thaler, R. H. (1991). Anomalies: The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias. *Journal of Economic Perspectives*, *5*, 1, 193-206.

Kammer, D. (1982). Differences in trait ascriptions to self and friend: Unconscious founding intensity from variability. *Psychological Reports*, *51*, 99-102.

Kant, I. (1986). Kritik der reinen Vernunft. Ditzingen: Reclam. (Originalarbeit erschienen 1781).

Kasten, E. (2011). Somatopsychologie: Psychische Probleme als Folge körperlicher Funktionsstörungen. *Report Psychologie*, *36*, 12-20.

Keimer, J. & Oehler, R. (2004). Psyche und Trauma. dieBG, 2, 78-80.

Keller, J. & Landhäußer, A. (2011). Im Flow sein: Experimentelle Analysen des Zustands optimaler Beanspruchung. *Psychologische Rundschau, 62* (4), 213-220.

Kelley, H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol.15, pp. 192-238. Lincoln: University of Nebraska Press.

Kenrick, D. T., Gutierres, S. E. (1980). Contrast effects and judgements of physical attractiveness: When beauty becomes a social problem. *Journal of Personality and Social Psychology, 38,* 131-140.

Kirschbaum, C. (2008). *Biopsychologie von A bis Z.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag. (Internet-publikation).

Klar, Y. (2002). Way beyond compare: Nonselective superiority and inferiority biases in judging randomly assigned group members relative to their peers. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 331-351.

Klauer, K. J. (1974). Methodik der Lehrzieldefinition und Lehrstoffanalyse. Düsseldorf: Schwann.

Klauer, K. J. (1987). *Kriteriumsorientierte Tests. Lehrbuch der Theorie und Praxis lehrzielorientierten Messens.* Göttingen: Hogrefe.

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie.* München: Reinhardt.

Krämer, W. & Trenkler, G. (1996). Lexikon der populären Irrtümer. Frankfurt a.M.: Eichborn.

Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1121-1134.

Kuran, T. & Sunstein, C. (1999). Availability cascades and risk regulation. *Stanford Law Review, 5,* 683-768.

Landsberger, H. A. (1958). *Hawthorne Revisited: Management and the worker, its critics, and developments in human relations in industry.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 32,* 311-328.

Langer, E. J. (1983). The psychology of control. London: Sage.

Langerock, H. (1915). Professionalism: A study in professional deformation. *American Journal of Sociology, 21,* 30-44.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, NY: McGraw-Hill.

Legrenzi, P., Girotto, V. & Johnson-Laird, P. N. (1993). Focusing in reasoning and decision-making. *Cognition*, *49*, 37-66.

Lehr, U. (1982). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittsstudien. *Medizin, Mensch, Gesellschaft, 7,* 242-248.

Leibniz, G. W. (1998). *Monadologie* (H. Hecht , Hrsg. und Übers.). Stuttgart: Reclam. (Originalarbeit erschienen 1714)

Levy, A. G., Maselko, J., Bauer, M., Richmann, L. & Kubzansky, L. (2007). Why do people with an anxiety disorder utilize more nonmental health care than those without? *Health Psychology, 26,* 545-553.

Lichtenstein, S., Fischhoff, B. & Phillips, L. D. (1982). Calibration of probabilities: The state of the art to 1980. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 306-354). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe, Testzentrale.

Liste von Psychotherapie- und Selbsterfahrungsmethoden. Zugriff am 31.07.2010 http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_von_Psychotherapie-_und_Selbsterfahrungsmethoden

Luhmann, N. (1987). Strukturelle Defizite. Bemerkungen zur systemtheoretischen Analyse des Erziehungssystems. In J. Oelkers & H.E. Tenorth (Hrsg.). *Pädagogik, Erziehungswissenschaft und Systemtheorie* (S. 57-75). Weinheim: Beltz.

Luhmann, N. (1991). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie (4. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Lundberg, U., Dohns, I., Melin, B., Sandsjö, L., Palmerud, G., Kadefors, R. et al. (1999). Psychophysiological stress responses, muscle tension, and neck and shoulder pain among supermarket cashiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, *4*, 245-255

Mandelbrot, B. B.(1987). Die fraktale Geometrie in der Natur. Basel, Boston: Birkhäuser.

Markus, G. B. (1986). Stability and change in political attitudes: Observed, recalled and explained. *Political Behavior*, 8, 21-44.

Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.) (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Marsh, R. L. & Bower, G. H. (1993). Eliciting cryptomnesia: Unconscious plagiarism in a puzzle task. Journal of Experimental Psychology: *Learning, Memory, and Cognition, 19*, 673-688.

Martens, J.U. & Kuhl, J. (2009). *Die Kunst der Selbstmotivierung. Neue Erkenntnisse der Motivationsforschung praktisch nutzen.* (3., aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Mather, M., Shafir, E. & Johnson, M. K. (2000). Misrememberance of options past: Source monitoring and choice. *Psychological Science*, *11*, 132-138.

Maturana, H. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living.* Dordrecht: Reidel.

McAndrew, F. & Akande, A. (1995). African perceptions of Americans of African and European descent. *Journal of Social Psychology, 135,* 649-655.

McClintock, B. (1983, December 8). *The significance of responses of the genome to challenge*. Nobel-lecture given at the Karolinska Institutet in Stockholm. Retrieved September 25, 2009, from http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1983/mcclintock-lecture.pdf

Meichenbaum, D. (2003). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber.

Mellers, B. A. & McGraw, A. P. (2001). Anticipated emotions as guides to choice. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 210-214.

Metzinger, Th. (Hrsg.) (2000). *Neural correlates of consciousness: empirical and conceptual questions.* Massachusetts, USA: Massachusetts Institute of Technology.

Mitchell, T., Thompson, L. (1994). A theory of temporal adjustments of the evaluation of events: Rosy Prospection & Rosy Retrospection. In C. Stubbart, J. Porac & J. Meindl (Hrsg.). *Advances in managerial cognition and organizational information-processing*, vol. 5, pp. 85-114. Greenwich, CT: JAI press.

Moffitt, T. E., Caspi, A., & Rutter, M. (2005). Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Archives of General Psychiatry, 62,* 473-481.

Moffitt, T. E., Caspi, A. & Rutter, M. (2006). Measured gene-environment interactions in psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 5-27.

Monin, B. & Miller, D. T. (2001). Moral credentials and the expression of prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 5-16.

Müller-Braunschweig, H. & Stiller, N. (Hrsg.) (2009). Körperorientierte Psychotherapie. Methoden-Anwendungen-Grundlagen. Berlin: Springer.

Nadeau R., Cloutier E. & Guay, J.H. (1993). New evidence about the existence of a bandwagon effect in the opinion formation process. *International Political Science Review, 14,* 203-213.

Nakamura, M. (1987). Central tendency of decision making under uncertainty. *Behaviormetrika*, 22, 29-48.

Nakayachi, K. (1998). An examination of zero-risk effect in willingness to pay for protective actions. *Japanese Journal of Psychology*, 69, 3, 171-177.

Nisbett, R. E. & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. Behaviour Research and Therapy, 23, 4, 437-451.

Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology, 26,* 82-95.

Piaget, J. (1978). Das Weltbild des Kindes. München: dtv/Klett-Cotta.

Pinel, J. P. J. & Pauli, P. (Hrsg.) (2007). *Biopsychologie* (6. aktualisierte Auflage). München: Pearson.

Pliner, P. (1982). The effects of mere exposure on liking for edible substances. *Appetite, 3,* 283-290.

Polczyk, R. & Pasek, T. (2006). Types of suggestibility: Relationships among compliance, indirect, and direct suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*, 392-415.

Popper, K. R. (1935). *Logik der Forschung. Zur Erkenntnistheorie der modernen Naturwissenschaft.* Wien: Springer.

Popper, K. (1993). Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Pronin, E., Kruger, J., Savitsky, K. & Ross, L. (2001). You don't know me, but I know you: The illusion of asymmetric insight. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 639-656.

Pronin, E., Lin, D. Y. & Ross, L. (2002). The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28, 369-381.*

Quattrone, G. A. & Jones, E. E. (1980). The Perception of Variability within In-groups and Outgroups: Implications for the Law of small Numbers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 141-152.

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.) (2006). Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer.

Restorff, H. von (1933). Über die Wirkung von Bereichsbildungen im Spurenfeld. *Psychologische Forschung*, *18*, 299-342.

Ritov, I. & Baron, J. (1990). Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *Journal of Behavioral Decision Making*, *3*, 263-277.

Rogner, O., Frey, D. & Havemann, D. (1985). Psychologische Determinanten des Genesungsprozesses von Unfallpatienten. In D. Albert (Hrsg.). *Bericht über den 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Wien 1984* (Band II, S. 683-684). Göttingen: Hogrefe.

Rosenhan, D. L. & Messick, S. (1966). Affect and Expectation. *Journal of Personality and Social Psychology* 3, 38-44.

Rosenthal, R. & Jacobson, F. (1966). Teachers' expectancies: Determinants of pupils' IQ gains. *Psychological Reports*, 19, 115-118.

Ross, L., Greene, D. & House, P. (1977). The "false consensus effect": An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology, 13,* 279-301.

Ross, M. & Sicoly, F. (1979). Egocentric biases in availability and attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 322-336.

Rubin, D. C., Wetzlel, S. E. & Nebes, R. D. (1986). Autobiographical memory across the adult lifespan. In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 202-221). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Ruch, W. § Proyer, R.T. (2011). Positive Psychologie: Grundlagen, Forschungsthemen und Anwendungen. *reportpsychologie*, *36*, 2, 60-70.

Salber, W. (1965). Morphologie des seelischen Geschehens. Ratingen: Henn.

Samuelson, W. & Zeckhauser, R. (1988). Status Quo Bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1, 7-59.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.

Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.

Scheier, M. F. & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 255-268.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4,* 219-247.

Schleim, S. (2011). *Die Neurogesellschaft: Wie die Hirnforschung Recht und Moral herausfordert.* Hannover: Heise.

Schlenker, B. R. & Miller, R. S. (1977). Egocentrism in groups: Self-serving biases or logical information processing? *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 755-764.

Schmalohr, E. (2007). Klinische Psychologie und Psychotherapie zwischen Psychologie und Medizin. *Report Psychologie*, 10, 440-448.

Schmidt-Traub, S. (2001). Angst bewältigen. Berlin: Springer.

Schmitz, T.W., De Rosa, E., & Anderson, A. (2009). Opposing influences of affective state valence on visual cortical encoding. *The Journal of Neuroscience*, *29*, 7199-7207.

Schneewind, K. A. (1979). Sozialisation unter entwicklungspsychologischer Perspektive. In L. Montada (Hrsg.). *Brennpunkt der Entwicklungspsychologie* (S.288-299). Stuttgart: Kohlhammer.

Schneewind, K. A. (1986). Sozialisation. In W. Sarges & R. Fricke (Hrsg.). *Psychologie für die Erwachsenenbildung -Weiterbildung* (S. 496-500). Göttingen: Hogrefe.

Schwarz, R. & Halama, M. (1998). Psychische Beeinträchtigungen nach Unfällen im Fahrdienst. *das warnkreuz*, 9.

Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*, S. 521-524. Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (2004) (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. 3., überarb.u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Seligmann, M. E. P. (1980). Human Helplessness. New York: Academic Press.

Servan-Schreiber, D. (2008). Das Antikrebs-Buch. Was uns schützt: Vorbeugen und nachsorgen mit natürlichen Mitteln. München: Antje Kunstmann.

Silbergeld, S., Brast, N. & Noble, E.P. (1971). The menstrual cycle: A double-blind study of symptoms, mood and behavior, and biochemical variables using enovid and placebo. *Psychosomatic Medicine*, *33*, 411-428.

Singer, W. (2003). Ein neues Menschenbild. Gespräche über Hirnforschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Skinner, B. F. (1973). Wissenschaft und menschliches Verhalten. München: Kindler.

Snyder, M. & Swann, W. B. (1978). Hypothesis-testing processes in social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 1202-1212.

Spinoza, B. de (2007). *Die Ethik* (Nach der Edition von C. Gebhardts "Spinoza Opera". Überarbeitung der Übersetzung von J. Stern,1888). Stuttgart: Reclam. (Originarbeit erschienen 1677)

Spork, P. (2004). Das Uhrwerk der Natur. Chronobiologie – Leben mit der Zeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. Als ebook 2011 verfügbar.

Spork, P. (2009). *Der Zweite Code. Epigenetik – oder wie wir unser Erbgut steuern können.* Reinbek: Rowohlt.

Staw, B. (1976). Knee-deep in the Big Muddy: A study of escalating commitment to a chosen course of action. *Organizational Behavior & Human Performance*, 16, 27-44.

Stone, J., Perry, Z. & Darley, J. (1997). 'White men can't jump': Evidence for the perceptual confirmation of racial stereotypes following a basketball game. *Basic and Applied Social Psychology, 19,* 291-306.

Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H.J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bunddesausschusses zur Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* 2, 2010, 160-168.

Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1998). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz.* Eschborn: Dietmar Klotz.

Swann, W. B. Jr. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. In J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (vol. 2, pp. 33-66). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P. & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviors. *European Journal of Social Psychology, 1,* 149-178.

Taleb, N. (2007). The black swan: The impact of the highly improbable. New York: Random House.

Tavris, C. & Aronson, E. (2010): *Ich habe recht, auch wenn ich mich irre: Warum wir fragwürdige Überzeugungen, schlechte Entscheidungen und verletzende Handlungen rechtfertigen.* München: Riemann Verlag.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*, 1-18.

Testkuratorium. (2007). TBS-TK. Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen. *Psychologische Rundschau, 58,* 25-30.

Thompson, S.C. (1993). Naturally occuring perceptions of control: A model of bounded flexibility. In G. Weary, F. Gleicher & K.L. Marsh (Eds.), *Control motivation and social cognition* (pp. 74-93). New York: Springer.

Thomsen, A. (1941). Psychological projection and the election: a simple class experiment. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 11,* 115-117.

Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology, 4,* 25-29.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: a heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, *5*, 207-232.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1981, January 30). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, *211*, 453-458.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1983). Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review, 90,* 293-315.

Tversky, A. (1994). Contingent preferences: Loss aversion and tradeoff contrast in decision making. *Japanese Psychological Research*, *36*, 3-9.

Uexküll, Th. von & Wesiack, W. (2008). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, Th. von Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.). *Somatopsychische Medizin* (S. 3-42). München: Urban & Fischer.

Uexküll, Th. von (2008). Somatopsychische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, Th. von Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.). *Somatopsychische Medizin* (S. 1339-1359). München: Urban & Fischer.

Vaihinger, R. (2002). Selbstwert und Kohärenzerleben – Eine psychologische Studie zu Bewältigungsfaktoren bei Strafgefangenen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Bergische Universität Wuppertal.

Venter, C. (2010) Spiegelgespräch in Heft 26/2010 vom 28.06.2010.

Volpert, W. (1971). Sensumotorisches Lernen. Frankfurt am Main: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Volpert, W. (1974). Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung. Köln: Pahl-Rugenstein.

Vul, E., Harris, C., Winkielman, P. & Pashler, H. (2010). Puzzling high correlations in fMRI studies of emotion, personality, and social cognition. *Perspectives on Psychological Science.* 4, 3, 274-290.

Wagner, R. K. & Sternberg, R. J. (1985). Practical intelligence in realworld pursuits: The role of tacit knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology, 49,* 436-458.

Walchli, S. & Landman, J. (2003). Effects of counterfactual thought on postpurchase consumer affect. *Psychology & Marketing*, 20, 23-46.

Weiss, R. (1975). Loneliness. The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.

Weizsäcker, C. F. von (1943). Zum Weltbild der Physik. Leipzig: Hirzel.

Weltgesundheitsorganisation (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 30.07.2010 unter http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de

Westhoff, H. & Kluck, M.-L. (2008). *Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen* (5. Aufl.). Berlin: Springer.

Wilken, B. (1998). Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Stuttgart: Kohlhammer.

Williams, J. M., Hogan, T. D. & Andersen, M. B. (1993). Positive states of mind and athletic injury risk. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 468-472.

Wilson, T. D. & Gilbert, D. T. (2003). Affective forecasting. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 35, pp. 345-411). San Diego, CA: Academic Press.

Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). Lehrbuch Evaluation (3. Auflage). Bern: Huber.

Wright, J. P. & Potter, P. (Hrsg.) (2000). *Psyche and soma: Physicians and metaphysicians on the mind-body-problem from antiquity to enlightenment.* Oxford: Oxford University Press / Clarendon Press.

Wright, R. A., Wadley, V. G., Danner, M. & Phillips, P. N. (1992). Persuasion, reactance, and judgments of interpersonal appeal. *European Journal of Social Psychology*, 22, 85-91.

Zajonc, R. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *9*, 1-27.

Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2001ff. Göttingen: Hogrefe.

Zuckerman, M. (1983). The egocentric bias: Seeing oneself as cause and target of others' behavior. *Journal of Personality,* 51, 621-630.

Anhang

A1 Grundlagen und Ansatz

A1.1 Das Konzept einer Einheit von Psyche und Soma

Placebo-Wirkungen belegten schon früh die Tatsache, dass es einen innigen Zusammenhang zwischen Körper und Seele gibt. Aber dennoch tun sich manche Akteure im Gesundheitswesen immer noch schwer, Psyche und Soma als Einheit zu verstehen. Manchmal hat es den Anschein, als ob Psychotherapiepatienten den Zusammenhang zwischen Körper und Seele selbst deutlich spüren und sich deswegen daran stören, dass im Gesundheitswesen Körper und Seele organisatorisch sowie therapeutisch oft und gern getrennt werden. Frühere Bezeichnungen wie "Vegetative Störung" oder "Vegetative Dystonie", heutzutage oft "Somatisierungsstörung" genannt, haben Zustände beschreiben und erklären geholfen, wenn in Körperorganen, in den Nervenbahnen und anderen somatischen Elementen nichts Krankhaftes zu finden war, aber der Diagnostiker dennoch ein Leiden akzeptieren musste. Diese Art der bisherigen Nomenklatur geht von einem Verständnis aus, dass der eigentlich gesunde Körper aus einer unbekannten Störquelle heraus auf eine unbekannte Weise krank gemacht wird. Diese Störquelle schien die "Seele" zu sein.

Psychotherapie auf psychologischer Basis und Somatherapie auf medizinischer Basis können grundsätzlich gemeinsame Ziele haben. Beide Fachgebiete sind grundsätzlich eigenständig und kooperieren grundsätzlich keineswegs adjuvant.

Bezeichnungen wie "psychosomatisch", "psychophysiologisch" oder "psychovegetativ" werden in der vorliegenden Abhandlung begrifflich unter "somatopsychisch" eingeordnet, soweit keine besondere Betonung auf dem Somatischen liegt. Als Substantiv für somatopsychisch wird in der vorliegenden Abhandlung der Begriff Somatopsychik verwendet. Die begriffliche Festlegung verweist auf den fachlichen Ansatz der vorliegenden Abhandlung, der sich von empirisch fundierten Theorien und Konstrukten der Psychologie leiten lässt. Die verwendeten Theorien und Konstrukte beschreiben und erklären umfassende Funktionsbereiche des Menschen, z.B. die Erlebens- und Handlungsregulation, die Wahrnehmung in allen Bereichen, die Prozesse der Akkommodation und Assimilation, die Motivationssystematik, das Reifen oder das Lernen, oftmals unter Einbeziehung somatischer Zusammenhänge. Die Denkmethoden und die Ergebnisse der Psychologie ermöglichen als Leitvorstellungen eine umfassende lebenswissenschaftliche Sichtweise, in die die Kenntnisse und Erkenntnisse der Humanbiologie zum Nutzen einer nosologischen, ätiologischen und therapeutischen Vorgehensweise gut integriert werden kann. Bereits in einer Veröffentlichung von Ganz, Gurland, Deming und Fisher aus dem Jahr 1972 wurden - abgeleitet aus der psychologisch geleiteten Aufgabenstellung der Studie - bereits durchgängig die Begriffe "somatopsychic" und "somatopsychics" verwendet. Mittlerweile beginnt eine neue fachliche Entwicklung mit der Bezeichnung "Somatopsychologie" (Kasten, 2010), in der die Folgen somatischer Beeinträchtigungen auf die Psyche untersucht wird.

Die Unterteilung in Körper und Seele wird durch Introspektion und durch Reflexion über sich selbst begünstigt, denn Reflexion ermöglicht eine Distanzierung vom eigenen Körper, indem der eigene Körper wie eine Außenwelt wahrgenommen werden kann. Begünstigt wird die Annahme einer solchen Trennung ebenso durch die Vorstellung, dass die Seele im Prozess des Sterbens den Körper heil verlassen und diesen als vergänglichen Träger zurücklassen würde. Die Seele wird so als selbstständiges und unabhängig vom Körper überlebensfähiges Funktionsteil postuliert.

Darauf passend formulierten einige Religionen einen Eigentumsvorbehalt für Seelen ihrer Glaubensanhänger, und den dazu gehörigen Organisationen (speziell Kirchen) gelang manchmal eine Aufnahme dieses Eigentumsvorbehalts in das weltliche Rechtssystem (z.B. sollen Personen bestraft worden sein, die im Körper von Menschen nach einer Seele suchten). Ein als religiöser Begriff verstandenes Wort "Seele" muss sich überhaupt nicht mit der Bedeutung in einem psychologischen oder medizinischen Kontext decken.

Manche Diskussionen greifen das Descartes-Problem mit der damaligen Lösung "cogito ergo sum" erneut neurologisch auf und finden als neue Lösung den Abschied vom freien Willen mit der Steuerungsdominanz des Soma über die Psyche (Singer, 2003). Man könnte sich allerdings fragen, wie ein wissenschaftliches Buch entstehen kann, wenn der Autor somatisch gesteuert wird. Steuert das Soma die Psyche, sind Gedanken, Gefühle und Wünsche nur eine funktionslose Beigabe oder eine Art Dekoration von somatischen Eigenschaften und Funktionen, also eigentlich unnötig. Bei dieser Betrachtungsweise ist das Problem über den Zusammenhang von Soma und Psyche nur beiseite gelegt worden. Auch die Ausführungen von Metzinger (2000) und von Bennett und Hacker (2003) führen wegen ihrer Annahme eines dualen Verhältnisses von Psyche und Soma zu mehr Fragen als zu Antworten. Die Verfolgung historisch bedeutsamer Ansätze zum sogenannten Mind-Body-Problem durch Wright und Potter (2000) stellt eine wertvolle Dokumentation dar, die allerdings unterschiedliche Anregungen liefert.

Körper und Seele als Entität zu verstehen, fiel im europäischen Kulturraum offenbar schwer, denn in der europäischen Philosophie versuchten immer wieder Denker vergeblich, die befremdlich wirkende Trennung von Körper und Seele aufzuheben oder zumindest abzumildern. Einer dieser Versuche, die Spaltung des Menschen fachlich zu überwinden, bestand in der Annahme, dass Körper und Seele ohne erkennbare Verbindung – wenn überhaupt, dann über ein passendes Eingreifen Gottes – parallel laufen, so wie die Uhrzeit auf verschiedenen Uhren parallel abläuft (Leibniz, 1714/1998). Der psychophysische Parallelismus bzw. Dualismus geht, wie von Descartes (1641/1993) dargestellt, von der Wesensverschiedenheit von Körper (die Physis, das Soma) und Seele (die Psyche) aus. Dieser Parallelismus verneint ein gegenseitiges Aufeinanderwirken von Körper und Seele. Trennt man Körper und Seele auf diese Weise, fällt es schwer, Erklärungen für das offensichtliche Zusammenspiel beider zu finden. Über die Entwicklung der problematischen Dichotomie von Körper und Seele berichten in anschaulicher Weise Pinel und Pauli (2007).

Seit Beginn empirischer Forschung wird manchmal durch aufwändige methodische und verfahrenstechnische Arbeitsweisen versucht, die Vorgänge von Körper und Seele substanziell und kausal aufeinander zu beziehen. Zur Verdeutlichung dieser nicht zielführenden Vorgehensweise sei ein Beispiel genommen: Würde man alle Pferde und auch alle leeren Kutschen erfassen und auf dieser Basis eine Korrelation zwischen beiden Elementen herstellen, so wäre der Korrelationskoeffizient näherungsweise Null. Erst wenn man die von einem Pferd gezogene Kutsche als Entität betrachtet, kommt man zu Erkenntnissen über das Gefährt und über das Zusammenspiel zwischen Pferd, Kutscher und einem Fahrgast. Auf den Menschen übertragen heißt das, dass es zunächst eine Theorie über das Zusammenwirken von Soma und Psyche geben muss, wenn man Zusammenhänge zwischen beiden Bereichen messen und verstehen will.

Betrachtet man Psyche und Soma als zwei Entitäten, können Methoden und Verfahren, gleich welcher Art, diese ontologisch angelegte Trennung nicht überwinden. Paradoxien und Scheinprobleme können die Folge eines solchen Vorgehens sein. Eine dieser Paradoxien besteht z.B. darin, dass dieselben physiologischen Vorgänge oftmals unterschiedlich interpretiert werden können. Blasse Haut z.B. kann als Folge überdauernder Hypotonie, als momentane Folge einer Schreckreaktion oder als nicht kompensierte Unterkühlung etc. interpretiert werden. Sichtbar gut durchblutete Haut kann u.a. als Folge von Eustress oder auch als Folge von Disstress verstanden werden.

Eines der grundlegenden Scheinprobleme besteht z.B. in der Frage, welche Kraft oder welches Organ das Soma und die Psyche miteinander verbindet. Eine irgendwie geartete Lebenskraft mithilfe von über den ganzen Körper verteilten Nervensystemen oder die Amygdala vielleicht? Oder der Wirkstoff Cortisol? Oder ist die HPA / HHN-Achse¹ gar ein "objective window into the psyche" (Mason et al., 2001)? Vor allem Neurotransmitter finden immer wieder und zu Recht viel Interesse.

Neurotransmitter des Zentralnervensystems erregen oder hemmen Aktionspotenziale. Weitere Botenund Wirkstoffsysteme, wie etwa elektrische Impulse oder hormonale Stoffe, steuern ebenfalls die Somatopsychik eines Individuums. Zu den Neurotransmittern gehören vor allem (Pinel und Pauli, 2007, S. 119)

Aminosäuren

Glutamat, Aspartat, Glycin, GABA (Gamma-Aminobuttersäure),

Monoamine

Catecholamine (Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin), Indolamine (Serotonin),

Lösliche Gase

Stickstoffmonoxid, Kohlenmonoxid,

Acetylcholin

Neuropeptide

Endorphine, andere Neuropeptide.

Pinel und Pauli (2007) versuchen in ihrem Lehrbuch erst gar nicht eine Zusammenhangssystematik zwischen Neurotransmittern und emotionalen Zuständen aufzubauen, da ihnen offenbar bewusst ist, dass sie eine umfassende und in sich stimmige Funktionsstruktur nicht zweifelsfrei herstellen können. Wichtige somatopsychische Zustände können auch dadurch auftreten, wenn die Hemmung fehlt, also einige Neurotransmitter passiv bleiben und somit keine Messwertausschläge liefern. Hinzu kommen weitere Boten- und Wirkstoffsysteme, wie etwa elektrische Impulse oder hormonale Stoffe, die ebenfalls der somatopsychischen Steuerung eines Individuums zuzurechnen sind. Die bisherigen neuropsychologischen Versuche, biopsychologisch fundierte Kontingenzen, Konnektivitäten, Korrelationen oder Kausalitäten zwischen Psyche und Soma herzustellen, waren vergeblich oder sind wegen der verwendeten Ansätze wissenschaftslogisch nicht möglich, erläutert Schmalohr (2007) nachvollziehbar. Gigerenzer bestätigt diese Kritik: "Ich bin überzeugt, man kann durch fMRI eine Menge über die Physiologie des Gehirns lernen. Was das menschliche Verhalten betrifft, so haben die bunten Bilder mir bisher für meinen Forschungsbereich nur wenig gezeigt. Es ist auch typisch, dass die Neuro-Entscheidungsforschung bisher kaum Kenntnis nimmt vom modernen Stand der Psychologie." (Gigerenzer, 2011, S. 310).

¹ HPA/HHN-Achse Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) / Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN)-System.

Beispielvorgang in vereinfachter Form bei Disstress: Hypothalamus stimuliert Hypophyse, die ACTH (adrenocortic-tropes Hormon) in den Blutkreislauf ausschüttet; die Nebenniere produziert daraufhin Cortisol, das intensiv auf Hippocampus einwirkt, die damit verbundene Angst (vielleicht auch Depression) zwingt die Amygdala zur Überaktivität, die deswegen im präfrontalen Cortex Handeln und positive Emotionen blockiert.

Im Bereich des so genannten "functional magnetic resonance imaging" (fMRI) findet vor allem die funktionelle Magnetresonanz-Tomografie (fMRT) im cerebralen Bereich eine praktische Anwendung. Schleim (2011), Hommel (2010) und Vul et al. (2009) bestätigen zu Recht die Kritik an der gegenwärtigen Leistung der Neurowissenschaften. Ein fMRI erfasst lediglich das Blutvolumen in Blutgefäßen und keineswegs neuronale Funktionen oder gar kausale Zusammenhänge. Zudem wächst die Wahrscheinlichkeit, signifikante Korrelationen – auch ohne einen tatsächlichen Zusammenhang – allein über eine beträchtliche Stichprobengröße, also der Zahl der Untersuchungselemente, den so genannten Voxels ("dreidimensionale Pixel") zu errechnen.

Vernachlässigt werden bei diesen Analysen zudem die Nerventeilsysteme im Rückenmark, im Magen- und Darmbereich sowie in anderen Körperregionen. Auch diese Nerventeilsysteme außerhalb des Gehirns können speichern, reagieren und steuern.

Wenn man jedoch Soma und Psyche als Entität versteht, ergibt sich offenbar kein Erkenntniswert aus der Tatsache, dass z.B. sich nach einem Extremerlebnis im bildgebenden Verfahren zwar cerebrale Phänomene zeigen, die aber auch nicht immer an den gleichen Stellen auftreten. Die Faszination des Bildhaften darf den Betrachter wissenschaftslogisch nicht täuschen (Jäncke und Petermann, 2010). Richtig wäre, die psychischen und somatischen Phänomene als Cluster oder als Syndrom zu betrachten, sodass z.B. emotionale Taubheit, erhöhtes Auftreten von Neuropeptiden, Angst und erhöhte Werte von Acetylcholin zusammen ein Störungssyndrom eines Individuums zeigen können. Je nach individueller Konstitution kann das gleiche Störungssyndrom unterschiedliche Ausprägungen in den einzelnen Phänomenen zeigen. Die quantitativen Verfahren zur Clusteranalyse können für das Herausarbeiten von Clustern aus einer Sammlung funktional ähnlicher Phänomene gute Dienste leisten. Allerdings liegen hierzu keine systematisch gefundenen Ergebnisse im somatopsychischen Bereich vor (s.a. Ergänzungskapitel E in der vorliegenden Abhandlung als Internetversion).

Es scheint einige schwerpunktmäßige Funktionszusammenhänge zu geben, die immer wieder auffallen, wenn man versucht, die Darstellungen in der Fachliteratur inhaltlich zu kondensieren:

- Neuropeptide (vor allem Endorphine, morphinartig wirkende Peptide) haben u.a. eine Schmerz reduzierende Wirkung, kontrollieren den Blutdruck, regulieren die Darmperistaltik, die Körpertemperatur, die Hormonausschüttung oder beeinflussen Körperbewegungen.
- Acetylcholin verbindet Neuronen mit den motorischen Endplatten der Muskeln, steht somit auch im Zusammenhang mit dem Zustand der Angst (Ewert, 1998, S. 158), ebenso wie das Corticotropin Releasing Hormon (CRH), welches über die Freisetzung von Corticotropin (ACTH) das Cortisol (Hydrocortison) mobilisiert und dadurch Furcht und Angst bedingen kann (Ewert, 1998, S. 151).
- · GABA (γ-Aminobuttersäure, Gamma-aminobutyric acid), die offenbar das "natürliche Angstpotenzial" zurückhält oder zurückdrängt;
- Noradrenalin reguliert u.a. die psychische Erregung bzw. Belastbarkeit;
- Serotonin (vor allem f
 ür die Regulation des Wohlbefindens, z.B. des guten Schlafs),
- Dopamin erzeugt im Zusammenhang mit neuen Erlebnissen oder Erkenntnissen ein ausgeprägtes Glücks- bzw. Wohlgefühl).

In einigen außereuropäischen Kulturräumen (z.B. in Asien) werden Körper und Seele nicht als getrennte Gegenstände behandelt, sondern bis heute als Einheit verstanden. Deswegen entwickelte sich dort im Allgemeinen ein anderes Verständnis vom Menschen, seinem Verhalten und seinen Erkrankungen. So entstanden eigenständige Konstruktbildungen wie etwa der Energiefluss Qi oder das System der Meridiane, die u.a. für die Akupunktur von Bedeutung sind. Der in traditioneller chinesischer Medizin konzeptionell ungeteilt gebliebene Mensch wird in einer solchen Denkweise im Kontext seines Lebensumfelds betrachtet, diagnostiziert und therapiert.

Reifungsvorgänge, wie etwa die der Pubertät bzw. die der Pubeszenz, zeigen, dass das Soma neue Qualitäten des Erlebens und Handelns freigibt (z.B. Sehnsüchte und neue Interaktionen mit anderen Menschen) und dass Erleben und Handeln neue somatische Qualitäten ermöglichen (z.B. partnerbezogene Veränderungen des Blutkreislaufs, von Sekreten und von Muskelkontraktionen). Es ist ungenau oder sogar falsch, wenn psychische Störungen vermutet werden, nur weil im somatischen Bereich keine krankheitswertige Ursache für eine Störung gefunden wurde. Es entsteht ebenfalls ein Fehler, wenn somatische Störungen angenommen werden, nur weil im psychischen Bereich nichts Gravierendes gefunden werden konnte. Einzelne grenzwertige Beeinträchtigungen jeweils im Soma und in der Psyche können allerdings durch ihr Zusammenwirken eine krankheitswertige Störung darstellen.

Bedeutsame Hinweise auf die Einheit von Psyche und Soma wurden in der Vergangenheit oft ignoriert. So z.B. beschrieb der Physiologe Carpenter bereits Mitte des 19. Jahrhunderts den nach ihm benannten Carpenter-Effekt, der von Hellpach (1933, S. 48) zum Ideorealgesetz verallgemeinert wurde. Dieser dadurch beschriebene Vorgang zeigt u.a., dass eine bewusste oder auch unbewusste Vorstellung entsprechende körperliche Bewegungen auslösen oder steuern kann. Er kann so stark sein, dass er im Sporttraining und bei der Therapie bewegungsbehinderter Individuen Nutzen bringen kann. Die damalige Suche nach einer fachlichen Erklärung führte fälschlicherweise dazu, nach einem verbindenden Organ oder einer verbindenden Schaltstelle zwischen Psyche und Soma zu suchen.

Einen historisch und fachlich wichtigen Beitrag zum Verständnis der Einheit von Psyche und Soma lieferte Freud (1895/1969), z.B. mit seinen Modellen der "Konversionsneurose" (z.B. kann ein Konflikt durch Körpersymptome ausgedrückt und zugleich neutralisiert werden) und der "Aktualneurose" (bewusst wahrgenommene Geschehnisse können körperliche Symptome beinhalten, z.B. kann sich eine starke, aber nicht abgeführte Erregung zugleich als panische Angst darstellen). Freuds Konstrukte "Konversionsneurose" und "Aktualneurose" implizieren die Einheit von Psyche und Soma. Dieser Ansatz von Freud zeigt, dass aus einer gemeinsamen Betrachtung und Erklärung von Psyche und Soma zugleich neue Begrifflichkeiten (z.B. Konversionsneurose) hervorgehen. Über die Entstehungs- und Wirkungsweise von Krebs eines Menschen berichtet Servan-Schreiber (2008) anhand somatopsychischer Wirkungszusammenhänge und verdeutlicht anhand von Forschungsergebnissen und von plausiblen Zusammenhängen, dass erst eine ganzheitliche Betrachtung des Gesamtsystems Mensch ein vollständiges und handlungsrelevantes Verständnis von Krebserkrankung und Krebstherapie liefert.

Die Individualpsychologie Adlers beinhaltet ebenfalls eine somatopsychische Sichtweise: Zur tatsächlichen oder vermeintlichen Organminderwertigkeit gehört ein Gefühl der Minderwertigkeit (Ansbacher und Ansbacher, 1995; Dreikurs, 1997).

Die Theorie behavioristischer Psychologie sensu Skinner (1973) benötigt keine Trennung von Psyche und Soma, da sie das beobachtbare Verhalten als Teil neuronaler (d.h. intrapsychischer) Prozesse versteht.

Am Beispiel von Nahrungsaufnahme und Nahrungsverwertung kann die Einheit von Psyche und Soma anhand übergreifender Regulationsprozesse anschaulich gemacht werden. Zunächst kann ein Gefühl von Hunger auftreten. Durch darauffolgende Nahrungsaufnahme und -verwertung entstehen biochemische und mechanische Prozesse, die mit dem Gefühl der Sättigung oder der unangenehmen Völle verbunden sein können. Kenntnisse über die richtige und falsche Ernährung implizieren eine Bewertung der aufgenommenen Nahrung und der zur Verfügung stehenden Ernährungsmöglichkeiten. Dieses gehört zur Art der Nahrungsmittelresorption in Verbindung mit den Eingriffsmöglichkeiten des Immunsystems.

Der Wunsch nach Nahrungsaufnahme mit dazugehörigen bildhaften (z.B. das Bild von der

gewünschten Nahrung) und erlebnisorientierten Zielvorstellungen (z.B. über den zu erwartenden Vorgang des Kauens und das zu erwartende Erleben des Schmeckens) belegen die Einheit von körperlichen und seelischen Prozessen. Das Erleben und die Vorgänge einer Nahrungsaufnahme können zu einem besonderen Wohlbefinden führen. Kommt hingegen vor der Nahrungsaufnahme als Vorstellung das Bild unreiner oder schlechter Nahrung auf, kann dies zur Abkehr von der Nahrungsaufnahme führen, so könnte die Mechanik des Schluckens versagen, sich die Chemie des gastrointestinalen Trakts verändern oder es kann eine ekelgetriebene Fluchtbewegung aufkommen. Gefühls- und Körperzustände können auch durch spezifische chemische Substanzen induziert werden, z.B. durch Psychopharmaka oder durch psychotrope Genussmittel. In Experimenten konnte gezeigt werden, dass induzierte Zustände sogar auf andere Einwirkungen (z.B. wahrgenommene Personen) als auf die gegebenen Substanzen kausal attribuiert werden können (z.B. Schachter und Singer, 1962).

Europäische Identitätstheorien beruhen auf den Thesen, dass Psyche und Soma ein und dasselbe sind (Feigl, 1958; Weizsäcker 1943), ihre Verschiedenheit nur unterschiedlichen Erkenntniszugängen entspringe und somit lediglich verschiedene Seiten eines und desselben Gegenstands darstellen (Spinoza, 1677/2007). In der vorliegenden Abhandlung werden Psyche und Soma als verschiedene Seiten eines Menschen verstanden, für die jeweils passende Erkenntniszugänge, vor allem in Form spezifischer Methoden existieren, z.B. als Erfassung mentaler Leistungen durch Intelligenztests, Verhaltensbeobachtung oder als narrative Vorgehensweisen. Die Psyche und das Soma bilden im Zusammenwirken mit dem Umfeld ontologisch eine Einheit. Daraus folgt die Existenz eines entsprechenden Systems, in dem es Prozesse mit Einwirkungen, Bedürfnissen, Informationen und Interpretationen gibt. Für eine sachgerechte Fortentwicklung einer Psychosomatik verlangen Uexküll und Wesiack (2008, S. 9) zu Recht die Einbeziehung des Konstruktivismus, der Zeichentheorie oder Semiotik und der Systemtheorie.

Die Bezeichnung "Individuum" für den Menschen dokumentiert die Entität "Psyche-Soma". Individuen lassen sich als Systeme mit verschiedenen Teilsystemen verstehen. Teilsysteme sind im vorliegenden Fall z.B. Körperorgane wie Herz oder Darm, Nervenbahnen, das Gehirn, das limbische System, die Sinnesorgane, Körperglieder und Bewegungen, Kognition, Metakognition und Abstraktion, Emotion, Sprachverständnis und Kommunizieren, Sexualität, Reflexion und biografische Identität, Verdauung und Internalisierung des Umfelds.

Individuen sind Systeme, die sowohl autochthon funktionieren als auch allochthone Einwirkungen zulassen oder auch aufsuchen. Ein naturwissenschaftlicher Umgang mit einem System erfordert das Herausarbeiten seiner Regeln und Gesetze.

Inwiefern die Entität "Psyche-Soma" ein autopoietisches System ist oder nicht, braucht in der vorliegenden Abhandlung nicht vollständig erörtert werden. Die Entität "Psyche-Soma" ist allerdings insofern autopoietisch, als sie ständig und selbstständig das eigene System operativ aufrecht erhält sowie ständig und selbstständig weiter entwickelt. Dieses Vorgehen darf durchaus als salutogenetischer Prozess (Antonovsky, 1997) verstanden werden (Uexküll, 2008, S. 1344). Die Entität "Psyche-Soma" ist "selbstreferentiell" im Sinne von Luhmann (1991), da es sich durch Regelkreisprozesse, die auch in das externe Umfeld des Individuums hineinlaufen, und durch kognitive bzw. metakognitive Reflexion fortwährend kontrolliert, steuert, optimiert oder auch deteriosiert. Die Entität "Psyche-Soma" reproduziert sich mit erkennbarer Selbstähnlichkeit. Das Verhalten eines Individuums ist jeweils eine verkleinerte und ausschnittweise Kopie des Ausgangsobjekts (der Entität "Psyche-Soma"). Insofern kann die Entität "Psyche-Soma" auch als fraktales System (Mandelbrot, 1987) verstanden werden. Betrachtet man Psyche und Soma im Zusammenwirken mit dem Umfeld als Einheit, lösen sich einige Paradoxien und Scheinprobleme auf. Paradoxien bestehen z.B. in einem Zustand äußerer Ruhe bei gleichzeitiger innerer Unruhe, bei hoher Leistungsmotivation und gleichzeitiger Minderleistung trotz erwiesener Leistungspotenziale, der Kompetenz zuverlässiger Introspektion bei gleichzeitiger Angstreduktion oder der geringen Suizidtendenz bei gleichzeitiger Schwersterkrankung; sie bestehen auch bei erlebter somatopsychischer

Gesundheit bei gleichzeitigem Nachweis von krankheitswertigen Merkmalen (z.B. wenn die Nachteile einer Erkrankung komfortabel kompensiert werden können).

Scheinprobleme ergeben sich u.a. durch die "schulmedizinische" Annahme, dass alles das, was nicht erklärt werden kann, psychische Ursachen haben muss, sowie durch die Forderung, dass sich zu psychischen Vorgängen physiologische Parallelvorgänge abspielen, oder durch die Annahme, dass eine einzige Ursache ausreicht, somatopsychische Vorgänge zu erklären.

In leider sehr vielen publizierten medizinischen Untersuchungen werden die getätigten Aussagen nicht immer ausreichend gesichert, weil einfache Grundregeln empirischer Forschung nicht eingehalten werden (s.a. die Auswertung psychosomatischer Publikationen aus der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine") in der Internetversion der vorliegenden Abhandlung, Ergänzungskapitel E.

Zu Versäumnissen in der medizinischen Forschung gehörten bislang u.a.:

- 1. Die fehlende Definition oder Beschreibung der Grundgesamtheit und somit die fehlende Ableitung der Randomisierung und der Größe der Stichprobe als Voraussetzung für inferenzstatistische Prüfungen (es werden vielmehr oftmals Gelegenheitsstichproben verwendet).
- 2. Die fehlende Definition einer Theorie bzw. eines Konstrukts zur Ableitung von Untersuchungshypothesen und der auszuwählenden Daten (vielmehr werden häufig verfügbare und nicht die notwendigen Daten über Symptome oder Störungen in quantitative Analysen eingebracht).
- 3. Die Verwendung (irgendwie) greifbarer Daten führt zu retrospektiven Analysen (hierbei gehen bereits Zusammenhänge als gegeben ein, die eigentlich überprüft werden sollen, wie etwa, dass bei krebskranken Personen selbstverständlich eher Depressionen als bei gesunden festzustellen sind).
- 4. Mit Punkt 3, aber auch bereits wegen der Punkte 1 und 2, ist oftmals eine fälschliche Unterstellung von kausalen Zusammenhängen verbunden.
- 5. Der fehlerhafte Einsatz von inferenzstatistischen Prüfverfahren (z.B. die Missachtung der Skaleneigenschaften der Merkmale oder die Missachtung der Verbundenheit von Stichproben oder Merkmalen).
- 6. Der Einsatz einer Überzahl von inferenzstatistischen Prüfverfahren, ohne die fachliche Unabhängigkeit der geprüften Sachverhalte zu kennen oder zu berücksichtigen (vielmehr dürfen lediglich hypothesengeleitete, aus Theorien bzw. Konstrukten abgeleitete inferenzstatistische Prüfungen erfolgen, s. Punkt 1 und 2).

Wichtige Mängel in medizinischen Publikationen und wichtige fehlerhafte Interpretationen medizinischer Arbeitsergebnisse sind mit Begründungen bei Gigerenzer (2009) nachzulesen.

7. Es wird immer wieder versucht, in empirisch angelegten Studien Hypothesen zu bestätigen, was wissenschaftslogisch jedoch nicht geht, da ausschließlich Falsifizierungen zulässig sind.

Eine Fokussierung auf somatopsychische Zusammenhänge eröffnet neue Möglichkeiten im Verständnis und in der Behandlung von gesundheitlichen Störungen. Sie führt jedoch nicht zu einem Abbau guter pharmakologischer, medizinisch-technischer, chirurgischer oder anderer erfolgreicher Behandlungsmethoden und -verfahren. Genau genommen ist es eigentlich verwunderlich, warum ein Individuum in Psyche und Soma aufgespalten wird, obwohl bereits das Verständnis von Laien über die Unteilbarkeit eines Individuums (s. auch die lateinische Ursprungsbedeutung dieser Bezeichnung) eindeutig und in elementarer Weise richtig ist. Die vorliegende Abhandlung setzt sich zum Ziel, mithilfe psychologischer, empirisch fundierter Forschungslogik und

psychologisch-naturwissenschaftlicher Denkmethodik eine Psychotherapie mit Beteiligung somatischer Gegebenheiten zu entwickeln.

Eine ausführliche Beschreibung neuropsychologischer Zusammenhänge, die zugleich ein Plädoyer für eine ganzheitliche Sicht auf Psyche und Soma darstellt und konsequent entsprechende Therapievorschläge unterbreitet, ist bereits von Grawe (2004) gegeben worden.

A1.2 Grundmodell der neuen Somatopsychik

Die Grundlage der vorliegenden Abhandlung wird in der folgenden Abbildung als Grundmodell kurz zusammenfasst (s. Abbildung A1).

Das Individuum: Einheit von Soma und Psyche



Abb. A1: Grundmodell der neuen Somatopsychik

Abbildung A1 zeigt den Denkansatz der vorliegenden Abhandlung zur neuen Somatopsychik unter Berücksichtigung der somatopsychischen Basisprozesse, der salutogenen und der pathogenen Entwicklungsmöglichkeiten eines Individuums mit dem grundsätzlichen Therapieansatz.

Die Gleichmächtigkeit von Psyche und Soma (s. Abschnitt 2.4) bewirkt im krankheitswertigen Fall die Ausbildung von neuen Zusammenhängen, die in das Gesamtsystem eingreifen. Im gesundheitswertigen Fall gilt dies ebenso für die Ausbildung von Wohlbefindensclustern in der Entität Psyche-Soma eines Individuums: Z.B. kann dauerhaft erlebtes Wohlbefinden in einer längeren Lebensdauer somatisch erkennbar werden (Bopp et. al. 2012).

A1.3 Assimilationsleistung von Genen

Die biologisch-genetische Forschung belegt, dass genetische Informationen sich durch aktuelle externale Einflüsse verändern können, also auch durch Verhalten. Moffitt, Caspi und Rutter (2005, 2006) akzentuieren erneut das erforderliche forschungslogische Vorgehen einer Gen-Umwelt-

Interaktionsforschung, die hypothesengeleitet sein ist. Sie erarbeiten ein neues konzeptionelles System. Caspi und Moffitt (2006, S. 585) empfehlen, wegen interaktiver Funktionszusammenhänge zwischen Substraten neuronaler Prozesse und den Genen bzw. Genotypen neurowissenschaftliche Vorgänge in die Gen-Umwelt-Interaktionsforschung wie folgt mit einzubeziehen (s. Abbildung A2).

(a) Datenbasis der Neurowissenschaft		(b) Epidemiologische Gen- Umwelt-Interaktionsforschung	(c) Experimentelle Neurowissenschaft
Neurowissenschaft	1	→ Gen-Umwelt-Interaktion →	→ Neurowissenschaft
Fachliche Bauteile	1	Hypothese, Forschungsergebnis →	→ Neue Studien
1 Verbindung einer Störung S zu neuronalem Substrat N	7	\$	
2 Umwelt U beeinflusst neuronales Substrat N	1	$\begin{array}{c c} & & \\ & &$	Genetische Variation im Neurosystem reagiert auf Umwelten
3 Genotyp G beeinflusst neuronales Substrat N	K	D > D	

Abb. A2: Integration von Neurowissenschaft und Gen-Umwelt-Interaktionsforschung

Erläuterung: Die Neurowissenschaft stellt die fachlichen Bauteile für die Bildung von Hypothesen über die Gen-Umwelt-Interaktion bereit (s. Spalte a), die gegen erhobene Daten getestet werden (s. Spalte b), um beständig neue Studien zur Aufhellung der Black Box der Biologie anzuregen zwischen den Genen (G), dem umweltlichen Pathogen (U) und der Störung (S) Aus: Caspi und Moffitt, 2006, Figure 1, S. 584)

Originalabbildung gekürzt, Übersetzung vom Verfasser der vorliegenden Abhandlung)

Das Gen COMT, das für das Enzym Catechol-O-Methyltransferase (mit den zwei Isoformen MB-COMT und S-COMT) zuständig ist, spielt eine zunehmende Rolle in der Gen-Umwelt-Interaktionsforschung. Das Enzym COMT baut unter anderem körpereigene Catecholamine (z.B. Dopamin) ab.

Vermutet werden ebenfalls Gen-Umwelt-Interaktionen über das Enzym Monoaminoxidase A (MAOA), über den Serotonintransporter 5-HTT und über den Glucocorticoidrezeptor, der mit dem Gen FKBP5 zusammenwirkt (Caspi und Moffitt, 2006). Gene können auf diese Weise Vulnerabilitäten für die Entstehung von psychisch erkennbaren Störungen beinhalten oder auch im Verbund mit anderen Genen Genotypen bilden, die pathogene oder auch protektive Einwirkungen auf das Verhalten zulassen. In Interaktionsprozessen können Gene durch aktuelle Prozesse verändert werden. Nicht nur durch Interaktionsprozesse zwischen Genen und Umwelt können aktuelle genetische Variationen auftreten, sondern auch durch Interaktionen – u.a. durch Funktionen der Genregulation - innerhalb von DNA-Molekülen können sich beim Menschen durch Retrotransposons neue genetische Konstellationen ergeben (McClintock, 1983). So genannte Transposons liefern einen Stoff, der in einem Zufallsprozess neue Gene und Regulationsmechanismen entstehen lässt. Da alle Zellen des Körpers zunächst über dieselbe Genomausstattung verfügen, können alle Zellen durch Austausch mit der externalen Welt spezifische Änderungen ihrer Genome erfahren. Die Änderungen werden in der Epigenetik durch das Vorhandensein von Epigenomen erkärt (Spork, 2009). Es ist bekannt, dass schwerwiegende Erlebnisse unmittelbare Einwirkungen auf Gene haben, wenn schwerwiegende Erlebnisse z.B. die Herztätigkeit, den Kreislauf, Muskelspannungen, Hautfeuchte, Träume und Agressionsbereitschaft verändern.

Vor allem für den psychischen Bereich und auch für somatische Leistungen ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass eher eine Bandbreite von veränderbaren Möglichkeiten biologisch-genetisch weitergegeben wird als dass deterministische Festlegungen ein menschliches Wesen binden. Je nach Stärke des Lebensumfelds oder individueller Gestaltungsmotivation werden die biologischen Entfaltungsmöglichkeiten mehr oder weniger ausgeschöpft und auch die Assimilationsleistung der biologischen Gene genutzt. Die Konzepte und die Befunde vor allem der Epigenetik sollten konsequenter als bislang beachtet werden. Meistens werden die gegebenen biologischen Ressourcen nur zu einem Teil genutzt.

Neben der oben genannten biologischen Heritabilität gibt es eine Erblichkeit, die psychologisch zu definieren ist. Die psychologische Heritabilität umfasst die Einwirkungen während der Schwangerschaft auf das Erleben eines Fötus oder die Einflüsse im perinatalen und postnatalen Abschnitt auf das Erleben des jungen Menschen.

Immer wieder werden Behauptungen oder vermeintliche Beweise über genetisch bedingte Verursachungen von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Störungen verbreitet. Selbstverständlich gibt es Vererbungsgesetze und -regeln, aber diese Zusammenhänge sind - bis auf quantitativ geringzahlige Ausnahmen – keineswegs monokausal oder gar deterministisch. Biologisch-genetische Bedingungen bieten Möglichkeiten oder große Bereiche von Ausgestaltungen. Dies ist u.a. an Kindern von denselben Eltern zu beobachten, denn die Unterschiede zwischen deren Kindern können beträchtlich sein. A-posteriori-Untersuchungen an Stichproben, in denen bereits eine krankeitswertige Schädigung vorliegt, vermitteln den Fehlschluss auf einen vermeintlich gesicherten Zusammenhang. So genannte Verankerungen, Festlegungen oder gar Determinismen existieren im biologisch-genetischen Bereich lediglich ausnahmsweise (z.B. bei der Bluterkrankheit). Ansonsten folgen biologisch-genetische Einflüsse meistens den Wahrscheinlichkeitsbereichen Mendelscher Gesetze. Die Schwierigkeiten in diesem Bereich werden noch dadurch vergrößert, dass kongenitale Erkrankungen in der Praxis von konnatal oder perinatal erworbenen Besonderheiten oder Gesundheitseinschränkungen kaum kausal zu unterscheiden sind. "So steht es mit unserem Wissen vom Genom: Wir wissen nichts." (persönliches Resümee des US-Genomforschers Craig Venter, 2010). Das Sammeln von einzelnen Fakten ist allerdings erforderlich und stellt jedoch lediglich die Vorarbeit für neue konzeptionelle Systeme (Modelle, Theorien) dar.

A1.4 Axiome und Prämissen einer somatopsychischen Therapie

A1.4.1 Axiome für den wissenschaftlichen Zugang der somatopsychischen Therapie zu einem Individuum

Die psychische Innenwelt eines Individuums (internale Domäne) gerät im Laufe seines Lebens mindestens so groß wie seine erlebte Außenwelt (externale Domäne). Die internale Domäne ist Ordnungen und Regeln unterworfen, mit denen sich die Psychologie befasst. Psychologie wird in der vorliegenden Abhandlung als Naturwissenschaft verstanden: Die Natur des Individuums liefert dem psychologischen Forscher beschreibbare Phänomene, die eine wissenschaftliche Ordnung erhalten. Zwischen einigen Phänomenen bestehen Zusammenhänge, die erfassbar, wiederholbar, erklärbar und unabhängig von einem speziellen Betrachter darstellbar sind.

Für den wissenschaftlichen Zugang der Psychologie zu einem Individuum sind wie in anderen Wissenschaftsgebieten üblich oder notwendig die Axiome offen zu legen. Ein Axiom soll ein in sich widerspruchsfreier Satz sein, der unmittelbar einleuchtet, und aus anderen Axiomen oder aus anderen Fachgebieten nicht abgeleitet werden darf, aber mit anderen Axiomen oder anderen Fachgebieten in Verbindung stehen kann. Ein Axiom ist somit nicht widerlegbar und auch nicht beweisbar. Folgt eine Theorie den Axiomen, wird sie am Ende einer abgeschlossenen Erkenntniskette zwangsläufig wieder auf die zugrunde liegenden Axiome treffen. Dies ist jedoch kein Beweis für die Richtigkeit der Axiome. Sie dürfen nur so lange aufrechterhalten werden, als sie untereinander keine Widersprüche und als sie keine Widersprüche innerhalb einer auf sie aufbauenden Theorie erzeugen.

Axiome sollen vor allem dazu dienen,

- 1. ein Fachgebiet zu begründen und zu begrenzen,
- 2. Erkenntnisgewinne in diesem Fachgebiet zu ermöglichen, indem sie die Struktur einer Theorie mit aufbauen helfen, die für empirische Forschung benötigt wird, und
- 3. Entscheidungshilfen für die Auswahl oder Entwicklung von Vorgehensweisen in der Praxis zu bieten, um thematisch und methodisch innerhalb des Fachgebiets zu bleiben.

Die somatopsychischen Axiome lauten folgendermaßen:

- Axiom 1: Die Somatopsychik ist ein naturwissenschaftlicher Gegenstand.
- Axiom 2: Die Psyche und das Soma stellen unterschiedliche Aspekte eines Individuums dar, die unterschiedliche fachliche Zugänge erfordern.
- Axiom 3: Psychologie betrachtet die Somatopsychik unter dem Aspekt des Verhaltens mit den dazu gehörigen Teilaspekten des Erlebens und des Handelns.
- Axiom 4: Somatopsychische Vorgänge umfassen Erleben (vor allem Wahrnehmung) und Handeln (inklusive Lebensvorgänge wie physiologische Vorgänge, neurologische Herz-Kreislaufvorgänge, Stoffwechselvorgänge, endokrinologische Vorgänge) eines Individuums.
- Axiom 5: Methodisch spezifizierte Erkenntniszugänge erschließen Erleben und Handeln sowie andere Lebensvorgänge als naturwissenschaftlichen Gegenstand.
- Axiom 6: Somatopsychik erfasst die Gesamtheit der Lebensvorgänge eines Individuums.
- Axiom 7: Die somatopsychischen Vorgänge eines Individuums können sich ändern.
- Axiom 8: Somatopsychik hat eine im Sinne Kants (1781/1986) erkennbare ontologische Struktur und zeigt zwischen Individuen erkennbare differentielle Besonderheiten.

Die oben genannten Axiome können durch Prämissen für das Aufgabengebiet der somatopsychischen Therapie spezifiziert werden.

A1.4.2 Prämissen für den Zugang der somatopsychischen Therapie zu einem Individuum

Prämissen dienen dazu, fachliche Denk- und Vorgehensweisen für die darauf aufsetzende fachliche Arbeit in Form von Konstrukten, Modellen und Praktiken methodisch vorzustrukturieren.

Folgende Prämissen werden in der vorliegenden Abhandlung für die somatopsychische Therapie gesehen:

- Prämisse 1: Somatopsychische Therapie bewirkt Änderungen des Verhaltens (Erleben und Handeln).
- Prämisse 2: Verhaltensänderungen verlaufen autochthon, können jedoch allochthon (u.a. durch Psychotherapie) veranlasst und unterstützt werden.
- Prämisse 3: Wissenschaftliche Zugänge zu Verhaltensänderungen (durch Beschreiben, Systematisieren und Erklären) können mithilfe psychologischer, somatischer oder somatopsychischer Denk- und Forschungsmethoden geschaffen werden.
- Prämisse 4: Handeln ist sowohl aktionales Handeln (vor allem durch Körperbewegungen und durch Vorgänge von inneren Organen) des Soma als auch Probehandeln der Psyche vor allem durch Kognitionen.
- Prämisse 5: Das Erleben und das Handeln eines Individuums agieren in drei Bezugsbereichen (Referentialdomänen genannt):
 - 1) Internalität (Bezüge zu eigenem Erleben)
 - 2) Externalität der Bezüge zu anderen Menschen (empathische und soziale Bezüge)
 - 3) Externalität der Bezüge zur Natur, zum eigenen Körper und zum baulich-technischen Umfeld
- Prämisse 6: Psychische Gesundheit ist der Zustand des Wohlbefindens.
 Die Weltgesundheitsorganisation definiert im Jahr 1946 wie folgt:: "Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" (S. 1).
 Wohlergehen in diesen drei Bereichen ist die notwendige Bedingung für Wohlbefinden als das Wahrnehmen und das Erleben des Wohlergehens.
- Prämisse 7: Wohlbefinden zeichnet sich vor allem durch das Gefühl der eigenen Freiheit und somit der Kohärenz aus, das autochthon lebt und erlebt wird. Die Freiheit betrifft das eigene Erleben sowie Handeln (Kohärenz bei Antonovsky, 1997, und die Leichtigkeit im Umgang mit der erlebten und gelebten eigenen Identität (aktuell, retround prospektiv).
- Prämisse 8: Wohlbefinden stellt sich bei einem Individuum dann ein, wenn es in geeigneter Weise mit sich selbst (internale Bedingungen) und mit seinem Umfeld (externale Bedingungen) konsistent und zielführend umgehen kann und dies auch überdauernd so erlebt.
- Prämisse 9: Wohlbefinden enthält je nach Persönlichkeit und Lebenssituation eines Individuums unterschiedliche thematische Inhalte (z.B. Partnerschaft, ökonomische Tätigkeit, Einbindung in eine Gemeinschaft) und unterschiedliche Stärkeausprägungen von Wohlbefinden.

Zu den psychologischen Methoden (s. Prämisse 3) gehören u.a. psychologische Diagnostik und psychologische Behandlungskonzepte (z.B. ausgeführt in der Verhaltenstherapie oder in tiefenpsychologischen Verfahren). Somatische Methoden entstammen u.a. den Bereichen der Chemie und Pharmazie, der Elektronik, der Opto-Elektronik oder der Feinmechanik. Psychotherapeutische Methoden können u.a. sein: Diagnostik des Erlebens und des Verstehens des eigenen Umfelds, Erleben von Innenwelten des Körpers, Erleben neuer Körperwahrnehmung während einer manuellen Behandlung, durch Biofeedback oder durch übende Verfahren wie etwa graduelle Exposition.

Akkommodation und Assimilation werden als Begriffe in mehreren Fachgebieten verwendet. Von Piaget (1978) werden sie in einem lern- und entwicklungspsychologischen Kontext benutzt. In der vorliegenden Abhandlung beschreiben Akkommodation und Assimilation die Vorgänge eines Individuums, neue, geänderte und somit passende Verhaltensbezüge (Referenzen) zu seinem Umfeld, des Umfelds zu ihm als Individuum und zu sich selbst herzustellen. Mit dem Vorgang der Akkommodation wird die Externalität an die Internalität angepasst. Mit dem Vorgang der Assimilation wird die Internalität an die Externalität angepasst.

A1.4.3 Nutzen von Axiomen und Prämissen im vorliegenden Zusammenhang

Axiome und Prämissen ermöglichen eine systematische Überprüfung und eine wissenschaftliche Weiterentwicklung eines Fachgebiets in der Forschung. Für die Praxis haben Prämissen und Axiome den Vorteil, dass praxisrelevante Methoden, Verfahren und Ideen systematisch entwickelt, weiterentwickelt, angewendet und verbessert werden können.

Axiome und Prämissen erlauben es, Klarheit über Missbrauch fachlicher Systeme oder Begrifflichkeiten zu verschaffen. So können mithilfe der oben genannten Axiome und Prämissen Esoterik und Glaubensdogmen für die Praxis der Psychotherapie ausgeschlossen werden.

Die praktische Wirklichkeit unseres Gesundheitssystems in der westlichen Welt fixiert die Denkweise einer Trennung von Psyche und Soma durch Ordnungsschemata für Erkrankungen wie ICD-10 der WHO (Dilling und Freyberger, 2007) oder DSM IV (Saß, Wittchen, Zaudig und Hauben, 2003) sowie in Deutschland durch Regelungen von Zuständigkeiten von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten. Diese Aufteilung in zwei Bereiche wird mit entsprechenden Markt- und Finanzregulierungen gefördert sowie geschützt. Die Beachtung wird vor allem durch formale Sanktionen des kassenärztlichen Systems bewehrt.

Wenn sich eine neue wissenschaftliche Denkweise zur somatopsychischen Einheit fachlich bewährt hat, wird sie leider erst in Dekaden in der Praxis Wirkung zeigen. Dies belegen die langwierige Integration von psychologischer Therapie in die Praxis und auch die verzögerte praktische Beachtung des umfänglich kleinen Arbeitsbereichs der so genannten Schockfälle mit Posttraumatischer Belastungsstörung (schon die Bezeichnung dieser Störung sieht nach einer Namensgebung für eine Restkategorie aus).

A1.5 Sowohl Soma als Psyche

Wenn Soma und Psyche fachlich getrennt werden, führt dies u.a. dazu, dass Störungen nicht vollständig erfasst, verstanden und behandelt werden und dass die Aufgabe, das Zusammenspiel zwischen beiden Welten zu ermitteln und fachlich zu verstehen, unlösbar ist. Die Abbildung A3 zeigt das Konzept einer Einheit von Psyche und Soma.

Sofern Soma und Psyche als Einheit verstanden werden, besteht z.B. die Symptomatik einer Störung sowohl aus somatischen als auch aus psychischen Gegebenheiten, die innerhalb eines Clusters miteinander interagieren können.

Sowohl Soma als auch Psyche

Beispiel "Wohlbefinden"

Zusammenspiel und wechselseitige Stabilisierung optimaler Werte von Nervenbahnen, Synapsen mit elektrochemischen Impulsen, biochemischen Botenstoffen, Drüsen, Atmungsorganen, Pumpleistung des Herzens etc. mit positiven Gefühlen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Erleben, Gedanken, Bewusstsein etc.

Es wird ein Cluster von Merkmalen sowohl somatischer und als auch psychischer Gegebenheiten herausgearbeitet.

Beispiel "Störung"

Zusammenspiel von nichtoptimalen Werten von Drüsen, Hormonen, des Magen-Darm-Trakts, des Blutgefäßsystems, des Bewegungsapparats mit Enttäuschungen, Trauer, negativen Gefühlen und Empfindungen, destruktiven Wahrnehmungen, Erleben, Einschätzungen, Vermutungen etc.

Eine Störung bzw. Krankheit besteht sowohl aus Merkmalen somatischer als auch psychischer Gegebenheiten.

Abb. A3: Konzept einer Einheit von Soma und Psyche

A1.6 Definitionen

In der vorliegenden Abhandlung werden folgende grundlegende Definitionen verwendet:

- 1. Ein Individuum (der Mensch) besteht aus der Einheit von Soma und Psyche.
- 2. Das Verhalten eines Individuums besteht aus dem Erleben (z.B. die Gegebenheiten der Wahrnehmungen und der Emotionen) und dem Handeln, das so genannte beobachtbare Verhalten.
- 3. Assimilation ist Anpassung der internalen Welt an die externale Welt. Assimilation wird in der vorliegenden Abhandlung im Wesentlichen als Erfahrungsbildung verstanden: z.B. Kennenlernen, Verstehen und Erklären lernen, Interpretieren lernen und Transferkompetenzen erwerben. Akkommodation wird in der vorliegenden Abhandlung als Anpassung der externalen Welt an die internale Welt eines Individuums verstanden: z.B. Gestalten und Verändern, Optimieren, Aussortieren, auch Vernichten und Neues Erschaffen.
- 4. Somatopsychik beschreibt, ordnet und erklärt das zielorientierte Zusammenwirken von Soma und Psyche in Modellen, Konstrukten und Wirkungszusammenhängen.
- 5. Gesundheit ist Wohlbefinden mit definierbaren somatopsychischen, zielorientierten Ressourcen und Resilienzen.

- 6. Krankheit besteht aus definierbaren somatopsychischen, zielorientierten Störungen. Befunde dienen der Bestimmung von Störungen und werden über qualitative und / oder quantitative Sachverhalte (z.B. Symptome) und / oder Messwerte (z.B. Ergebnisse neuropsychologischer Tests) definiert.
- 7. Somatopsychische Therapie fördert eine zielbezogene salutogene Entwicklung der Einheit von Soma und Psyche und verwendet dazu hauptsächlich Erkenntnisse aus der Lernpsychologie

Auf den o.g. Axiomen, Prämissen und Definitionen unter Berücksichtigung der empirisch gewonnenen Ergebnisse, vor allem aus der Kontrollpsychologie (s. die Übersichtsarbeit von Flammer, 1990), baut die fachliche Systematik der vorliegenden Abhandlung auf.

Ergänzungskapitel E

Zusammenhang von Psyche und Soma? Auswertung der Beiträge in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

E1 Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien

Die regelmäßige Bearbeitung somatopsychischer Themen hat eine lange Tradition, wie allein die Historie des Periodikums "Psychosomatic Medicine" zeigt. Im Jahr 1939 verfasste Franz Alexander die Abhandlung "Psychological Aspects of Medicine", in der er der Psychoanalyse einen positiven Einfluss auf die Beachtung somatopsychischer Themen zuweist: "The main contribution of psychoanalysis to medicine was to add to the optical microscope a psychological microscope, a psychological technique by which the emotional life of the patients can be subjected to a detailed scrutiny" (Alexander, 1939, S.18). Noch Jahrzehnte später werden in dieser Zeitschrift immer wieder Plädoyers – zum Teil anhand von Einzelfallbeschreibungen – gehalten, den psychischen Bereich in die Betrachtung und Behandlung von somatischen Störungen aufzunehmen (z.B. Berblinger und Greenhill, 1954; Ehrentheil, 1959; Bertalanffy, 1964; Graham, 1967).

Nach und nach wurden mehr somatopsychische Studien an Stichproben (meist Gelegenheitsstichproben) publiziert, aus deren Ergebnisse Zusammenhänge zwischen Soma und Psyche zu erkennen sein sollten. Alle Beiträge in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" wurden darauf geprüft, inwieweit sie auf empirischer Basis einen Beitrag zum Verständnis des Zusammenhangs von Soma und Psyche liefern können. Die methodischen Auswahlkriterien mussten sehr schwach angesetzt werden, da – gemessen an den schon lange üblichen Forschungsstandards der Psychologie als wissenschaftlichem Grundlagenfach – kaum eine einzige Publikation in die Auswahl hätte aufgenommen werden können.

Verwendet man die mittlerweile anerkannten Qualitätsstufen evidenzbasierter medizinischer Forschung, so erreichte keine Thematik Level 1 oder Level 2. Arbeiten mit Level 3 gab es in der Anfangszeit des Erscheinens der Zeitschrift, als Theorien oder Konstrukte eine modellbasierte Untersuchungssystematik lieferten. Vor allem aus der Psychoanalyse heraus gab es solche Ansätze.

Die Qualitätsstufen evidenzbasierter medizinischer Forschung werden in Kapitel 13 beschrieben.

Die Auswertung der Zeitschrift kann sich für Hypothesenbildungen und für Weiterentwicklungen von Hypothesen lohnen. Geordnet nach den im Hauptwerk "Somatopsychik" beschriebenen somatopsychischen Basisprozessen werden im Folgenden Aussagen aus den ausgewählten Beiträgen vorgestellt. Die manchmal ungenau dargestellten Anliegen der Studien lassen nicht immer eine sichere Zuordnung zu den somatopsychischen Basisprozessen zu. Eine Kommentierung der Auswertung erfolgt im Anschluss an die inhaltliche Vorstellung.

Zur Vereinfachung der Darstellung wird im vorliegenden Kapitel im Unterschied zu den anderen Kapiteln die häufig große Anzahl von Autoren einzelner Beiträge in der Zitierweise auf einen Autor durch den Zusatz "et al." reduziert.

Zur Verbesserung der Orientierung des Lesers werden die folgenden Abschnitte mit den Auswertungen der Beiträge aus der Zeitschrift Psychosomatic Medicine" pragmatisch wie folgt untergliedert, sofern diese Themen untersucht wurden: Atemwegebereich, Sinnesorganbereich, belastende Lebensereignisse, genitaler, generativer und sexueller Bereich, Persönlichkeit und Erleben / Handeln, Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln, Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln, Störungen der Körperoberfläche.

Die Besonderheit der Themen in der Zeitschrift erforderte eine spezifische fachliche Gliederung, um in etwa eine geordnete Übersichtlichkeit herstellen zu können.

E2 Somatopsychischer Basisprozess "Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

E2.1 Atemwegebereich

Den Zusammenhang zwischen Asthmabeschwerden und psychischer Belastung durch Ärger oder Angst untersuchten Tal et al. (1976) an 35 männlichen und 25 weiblichen Kindern. Belastende Emotionen wurden u.a. durch Kopfrechnen unter übertriebenem Zeitdruck, durch Kritisieren und durch Filme mit blutigen Operationen erzeugt. Zur Ermittlung der Asthmabeschwerden wurde die Luftmenge verwendet, die in einer Sekunde forciert ausgeatmet (FEV1) werden konnte. Entlastende Situationen wurden durch Ruhephasen mit Gabe von Süßigkeiten erzeugt. Entspannung verbesserte die Ausatmung, Ärger verschlechterte häufiger als Angst die Ausatmung.

Jeweils 21 Personen mit Asthma, mit psychogenen Atmungsstörungen und normale Personen erhielten eine bronchokonstriktive Substanz und wurden u.a. auf Luftwegewiderstand untersucht. Die Atemkapazität wird von Erkrankten häufig richtig eingeschätzt, und die Rolle psychischer Komponenten erscheint den Autoren besonders wichtig zu sein (Heim et al., 1972).

E2.2 Sinnesorganbereich

Zusammenhänge zwischen schwachen Sehbehinderungen und psychosozialen Merkmalen versuchten Wulsin et al. (1991) in einer Längsschnittstudie mit 31 Patienten (mit "proliferative diabetic retinopathy") herauszufinden. Im ophtalmologischen Untersuchungsbereich maßen die Autoren die Sehschärfe und im psychosozialen Bereich verwendeten die Autoren folgende Skalen: The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS), The Symptom Checklist 90-Revised (SCL 90) und The Ways of Coping Checklist- Revised. Sie vermuten einen kausalen Zusammenhang zwischen psychischen Beeinträchtigungen und Entstehung bzw. Verschlechterung der Sehbehinderung.

E2.3 Belastende Lebensereignisse

Mit der Skala "Holmes-Rahe Life Schedule of Recent Events" und mithilfe von persönlichen Befragungen untersuchten Jacobs et al. (1980) 25 krebskranke Kinder und 25 Kinder ohne Krebserkrankung. In Familien, deren Kinder an Krebs erkrankt waren, fanden sich häufiger "important life events" (z.B. nicht gewollte Schwangerschaft, Probleme bei der Geburt, häufige Erkrankungen) als in Familien von Kindern ohne Krebs.

Der Fragebogen Schedule of Recent Experience (SRE) und biografische Daten dienen der Darstellung von "life changes", die mit 42 Merkmalen von 232 Klinikpatienten unterschiedlicher Störungen in Beziehung gesetzt wurden (Wyler et al., 1971). Für chronische Erkrankungen und für die Schwere der Erkrankung fanden die Autoren einen bedeutsamen Zusammenhang.

Personen, die Probleme wegen "life change stress" gut bewältigen können (good copers), zeigen in

ihrem Immunsystem eine höhere Anzahl von Natürlichen Killerzellen als "bad copers" (Locke et al., 1984). Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen an 114 gesunden Studenten, dass Angst und Depression die Leistung des Immunsystems beeinträchtigen.

Den Kenntnisstand zur Psychoneuroimmunologie fassen Kiecolt-Glaser et al. (2002) vor allem aus Beiträgen der Zeitschrift Psychosomatic Medicine seit ihrem Bestehen (1939) u.a. wie folgt zusammen. Psychosoziale Stressoren, Gefühle oder Interventionen können Einfluss nehmen auf aktuelle Gesundheitsänderungen, vor allem hinsichtlich Infektionskrankheiten and Wundheilung, auf die Produktion von Zytokinen (interzelluläre Mediatoren), auf Dysregulation des Immunsystems und auf Erkrankungsrisiken.

E2.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich

Rezidive von Genitalherpes von 30 weiblichen und 6 männlichen Patienten stehen nach den Auswertungen von Kemeny et al. (1989) in Zusammenhang mit Disstress, negativer (vor allem depressiver) Gemütsverfassung und Zustand des Immunsystems (gemessen am Aufkommen entsprechender Zellen), ermittelt über einen Zeitraum von sechs Monaten.

Erhöhte Testosteronwerte bei Kriminellen fanden Ehrenkranz et al (1974) bei aggressiven (gleichzeitig weniger ängstlichen) Personen und auch bei sozial dominanten Männern, die allerdings kein aggressives Handeln erkennbar machten (je 12 Personen pro Kategorie). Aber auch Männer mit unterdurchschnittlichen Testosteronwerten können grundsätzlich aggressiv sein, wenn sie sich falsch behandelt fühlen.

Vermutete Nebenwirkungen des Kontrazeptivums Enovid untersuchten Silbergeld et al. (1971) im Vergleich zu einem Placebo an acht Frauen über vier Menstruationszyklen hinweg. Zu diesen vermuteten Nebenwirkungen gehörten: 120 Menstruationssymptome, Gemütsverfassung, Verhalten und biochemische Merkmale. Die Autoren berichten u.a. folgende Resultate: Kürzere und regelmäßigere Perioden, etwas Entlastung von Menstruationssymptomen, Beruhigung und Elimination von periodensynchroner Angst.

Menstruationsschwierigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale verbanden Gruba et al. (1975) in einer Untersuchung an 60 jungen Frauen ("undergraduates") mithilfe des Moos' Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) und des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Sie vermuten aufgrund einiger Auffälligkeiten, dass psychische Merkmale eine besondere Rolle bei Menstruationssymptomen spielen.

Inwieweit Menstruationsvorgänge (über "Platelet 5-HT Uptake") die Stimmung – gemessen mit dem Moos' Menstruation Distress Questionnaire (MDQ) und der Spielberger State Anxiety Scale – beeinträchtigen, untersuchten Tam et al. (1985) an sechs Personen. Sie fanden keinen zeitlich durchgehenden Zusammenhang.

E2.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln

162 ältere Männer wurden auf das Merkmal "dependente Persönlichkeit" untersucht (Greenberg et al., 1981). Dieses Merkmal steht nach den Ergebnissen der Autoren in Zusammenhang mit einer späteren Erkrankung an benignen Tumoren, Bluthochdruck, gastrointestinalen Geschwüren und Krebs. Es fand sich keine spezifische Häufung an Krebserkrankungen.

An Stichproben mit 58 und 104 Untersuchungspersonen konnten Greenberg et al. (1981) keinen Zusammenhang zwischen dependenter Persönlichkeit (gemessen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) und Krebserkrankung ermitteln, allerdings vermuten sie eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen generell.

Unterdrückung von Gefühlen (dargestellt durch das Konstrukt "introversion / extroversion") und Klagen über den eigenen beeinträchtigten Zustand bzw. über eine beeinträchtigte Gesundheit setzte Frankle (1952) innerhalb einer Stichprobe von 75 Studentinnen/en der Sozialarbeit zueinander in Beziehung. Der Autor verwendete die Introversion/Extraversionsskala Minnesota T-S-E- Inventory und die Beschwerdeliste vom Cornell Index, Form N-2 und berichtet, dass introvertierte Personen häufiger als extrovertrierte somatische Beschwerden nannten, sich jedoch hinsichtlich psychischer Beschwerden nicht unterschieden.

An 40 Darmkrebspatienten, 14 Magenkrebspatienten und 10 unauffälligen Personen wendete Lehrer (1980) die Social Readjustment Rating Scale an. Er vermutet, dass "emotional stress" Krebs im Gastrointestinaltrakt prädisponiert.

Um zu prüfen, wieweit psychische Bedingungen infektiöse Erkrankungen beeinflussen, untersuchten Kasl et al. (1979) den Erkrankungsverlauf der Mononucleosis infectiosa (syn. Pfeiffer-Drüsenfieber, Lymphoidzellenangina) in einer 4-Jahres-Längsschnittstudie an 1400 Kadetten einer Militärakademie. Es standen umfangreiche psychosoziale Daten aus der Lebensgeschichte und der Herkunftsfamilie der Kadetten, ihre Ausbildungsdaten, ihre Leistungsdaten und Daten ihres somatischen Status zur Verfügung. Einige der Ergebnisse wurden von den Autoren wie folgt interpretiert: Das Risiko einer Infektion steigt bei Kadetten, die Väter mit "overachiever"-Merkmalen (z.B. Berufsstatus oberhalb des Ausbildungsstatus) hatten, die emotional sehr stark eine Militärkarriere anstrebten, die sehr stark von Werten der Militärausbildung und -karriere überzeugt waren, die schwache akademische Leistungen zeigten oder die trotz hoher Motivation schwache akademische Leistungen erbrachten.

E2.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln

Bereits im Jahr 1947 versuchten Mitchell et al. die in der Fachliteratur vorzufindende Aussage zu stützen, dass allergisch bedingte Erkrankungen signifikante psychische Anteile hätten. Mithilfe einfacher quantitativer Vorgehensweisen kommen sie u.a. zu dem Schluss, dass eine psychische Fehlanpassung mit allergisch bedingten Leiden zu tun hat.

50 Neurodermitis-Patienten wurden mithilfe des Rorschachtests mit 50 vergleichbaren Personen eines Flugzeugherstellers verglichen, die eine arbeitsbedingte Hautschädigung erlitten hatten. Neurodermitis-Patienten zeigten tendenziell mehr unterdrückte Feindseligkeit und eine psychoneurotische Belastung mit hysterischer Symptomatologie (R. J. Levy, 1952). Die Autorin stellt allerdings auch fest, dass die Kontrollgruppe von psychisch gesunden Menschen abweicht.

58 Patienten mit einem Somatisierungssyndrom verglichen Rief et al. (1998) mit 21 gesunden Personen mithilfe von Herzschlagfrequenz, Blutvolumenpuls am Finger, elektrodermale Aktivität, Elektromyographie, Cortisolwerte, Wohlbefinden in Ruhe- und Belastungssituationen, Leistungen selektiver Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung für krankheitsorientierte Begriffe. Die Somatisierungsgruppe hatte im Vergleich zur gesunden Gruppe eine höhere morgendliche Cortisolkonzentration im Speichel, eine höhere Herzschlagfrequenz, eine geringeren Blutvolumenpuls. Während der Belastungssituationen fühlte sich die Somatisierungsgruppe im Vergleich zur

gesunden Gruppe häufiger stressbelastet und zeigte eine höhere Herzschlagfrequenz.

In einer Längsschnittstudie über 35 Jahre untersuchten Russek et al. (1990) die Erkrankungshistorien von 126 früheren Collegestudenten. Erfasst wurden u.a. Ergebnisse aus Frustrationstests und aus Selbstberichten über Gefühle (z.B. Angst, Ärger). Das Merkmal "krankheitswertige Angst" ("severe anxiety") zeigte prospektiv einen besonders engen Zusammenhang zu koronaren Herzerkrankungen und auch zu anderen Erkrankungen. Diese Form der Angst war häufig mit feindseligen Impulsen verbunden.

E2.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln

Eine gemeinsame Betrachtung bisher veröffentlichter Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Krebs und psychischen Faktoren führten Perrin et al. (1959) durch. Eine höhere Krebsbelastung vermuten sie bei hospitalisierten psychotisch Kranken, bei neurotischen Personen, vor allem mit Depression und mit Schuldgefühlen, bei Personen mit einem emotionalen Trauma sowie bei "unreifen" Menschen. Ein langsameres Krebswachstum vermuten sie hingegen bei Menschen, die emotional weniger als üblich gehemmt sind.

Neben anderen Aufgaben verglich Caroll (1976) an 21 depressiven und 10 schizophrenen Patienten sekundäre Depressionen von schizophrenen Patienten mit primären Depressionen depressiver Patienten anhand von psychologischen und endokrinologischen Parametern ("Hypothalamopituitary-adrenal – HPA"). Die schizophrenen Patienten verfügten trotz der massiven Störung des Ichs ("severe ego defense breakdown") einschließlich der depressiven Symptomatik über ein normales endokrinologisches Bild. Die depressive Gruppe hingegen zeigte erhöhte Cortisolwerte im Urin sowie in der cerebrospinalen Flüssigkeit, unvollständige Suppression der Hypophysen-Aktivität ("incomplete suppression of limbic systempituitary-adrenal activity) by.) des limbischen Systems durch Dexamethason. Caroll (1976) empfiehlt u.a., zwischen primärer und sekundärer Depression zu unterscheiden.

In einer Längsschnittstudie über 10 Jahre untersuchten Brown et al. (2003) die Überlebenschancen von 205 Krebspatienten in Abhängigkeit von psychischen Beeinträchtigungen. Vor allem eine depressive Symptomatologie verkürzt die Überlebenszeit.

Aus den Daten einer Längsschnittstudie über 17 Jahre an einer 2020 großen männlichen Stichprobe folgern Shekelle et al. (1981), dass Depression (gemessen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Entstehung und der Ausbreitung von verschiedenen Krebsarten zusammenhängt. Ein Follow-up lief noch weiter, sodass nach 20 Jahren an 2018 Personen die Analysen fortgesetzt werden konnten (Persky et al., 1987). Die früher aufgestellten Interpretationen wurden bekräftigt gefunden. Das Persönlichkeitsmerkmal "Unterdrückung" (von Gefühlen) wurde als nicht relevant angesehen.

Somatische Erkrankungen und psychiatrische Diagnosen wurden von W. D. Ross et al. (1950) an 1608 Patienten aus kanadischen psychiatrischen Kliniken miteinander in Beziehung gesetzt, um Emotionsmuster mit körperlichen Störungen in Verbindung zu bringen. Beziehungen wurden u.a. gefunden zwischen einem Geschwür im Verdauungstrakt und dem manischen Teil einer manischdepressiven Psychose, zwischen erhöhtem Blutdruck und Involutionsmelancholie (ältere Patienten) und mit negativer Korrelation zwischen erhöhtem Blutdruck und Epilepsie.

97 Patienten mit chronischen leichten Rückenschmerzen wurden mit 49 gesunden Personen

anhand der diagnostischen Ergebnisse hinsichtlich ihrer Neigung zur Somatisierung ("described as somatizers") aus verschiedenen Skalen verglichen (Bacon et al., 1994). Zu diesen Skalen gehörten Diagnostic Interview Schedule III-A (DIS), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Sickness Impact Profile (SIP) und Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). 25,8 % der Patienten gegenüber 4,1% der gesunden Personen berichten über lebenslange Somatisierungsbeschwerden. Majore Depression und Alkoholabhängigkeit traten häufiger mit zunehmender Schwere einer Somatisierung auf.

Einen umfänglichen Zusammenhang zwischen somatischen und psychischen Faktoren versuchten Simon et al. (1996) anhand einer internationalen Stichprobe (5438 Patienten aus 15 Regionen) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu finden. Die Autoren nutzten für die Studie den "28-item General Health Questionnaire (GHQ)" und die Skala "Composite International Diagnostic Interview (CIDI)". Sie berichten, dass in allen Regionen die somatischen Symptome stark mit akutem psychischem Disstress (vor allem Angst und Depression) verbunden waren.

E2.8 Störungen der Körperoberfläche

Krankheitswertiges Hautjucken (z.B. wegen Dermatitis, Psoriasis) setzen Gupta et al. (1994) zu Depression in Beziehung. Sie untersuchten 252 Patienten und sehen die Beziehung wie folgt: Die Depression ist stärker ausgeprägt je heftiger das Hautjucken auftritt.

Die psychische Konnektivität der Lupuserkrankung ("systemic lupus erythematosus") von 68 Klinikpatienten wurde von Ganz et al. (1972) mit 179 Items eines strukturierten Interviewbogens erfasst und mit den Ergebnissen von 36 stationär behandelten Arthritispatienten ("rheumatoid arthritis patients") verglichen. Die Lupus-Patienten waren stärker als die Rheuma-Patienten mit Depression und Symptomen aus dem Formenkreis der Schizophrenie belastet.

E3 Somatopsychischer Basisprozess "Reifen und Wachsen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

Unter den oben genannten Bedingungen fand sich zu "Reifen und Wachsen" lediglich ein einziger Beitrag. Schorer (1964) sieht einen Zusammenhang zwischen muskulärer Dystrophy und z.B. zu dem eingeschränkten Vermögen, Abbilder von Menschen zu zeichnen, zu katastrophisierenden Vorstellungen, Autismus und hyperkinetisches Verhalten.

E4 Somatopsychischer Basisprozess "Bewegen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

Durch körperliches Training gestärkte somatische Fitness (gemessen an der Menge aufgenommen Sauerstoffs) fiel bei 112 Untersuchungspersonen zusammen mit Verbesserung von Depressionsund Angstzuständen sowie Entfremdungsgefühlen, berichten Roth et al. (1985). Einen kausalen Zusammenhang zu einer belastenden Entwicklung dieser emotionalen Zustände mit Disstress verneinen sie, bestätigen jedoch einen kausalen Zusammenhang zur Verringerung dieser belastenden Zustände nach Disstress.

Positive Lebensgefühle reduzieren nach der Untersuchung von Williams et al. (1993) an 82 Sportlern das Risiko der Verletzung durch Sportunfälle.

Einen Zusammenhang zwischen berichteten körperlichen Beschwerden von 72 Kassiererinnen einer Supermarktkette und ermittelten somatischen Symptomen (z.B. Bluthochdruck, gemessene Muskelspannung im Nacken-Schulterbereich) sehen Lundberg et al. (1999).

E5 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

E5.1 Belastende Lebensereignisse

Zwischen emotional belastenden Geschehnissen und krankheitswertigem Bluthochdruck sehen Reiser, Rosenbaum et al. (1951) nach Analyse von 12 Patienten einen engen Zusammenhang.

An 83 gesunden männlichen Personen untersuchten Wientjes et al. (1994) somatische Beschwerden im täglichen Leben, situative (state) und überdauernde (trait) Angst, die geschätzte Baseline von CO₂ im Blut und die Herzschlagfrequenz. Trait-Angst erklärte ca. ein Drittel der Varianz der somatischen Beschwerden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass psychische Einflüsse stärker als somatische sein dürften.

Belastendes Brennen in der Herzgegend ("heartburn") sehen Naliboff et al. (2004) nach einer Längsschnittstudie mit 60 heartburn-Patienten in einem signifikanten Zusammenhang zu anhaltendem Disstress mit vitaler Erschöpfung ("vital exhaustion").

E5.2 Genitaler, generativer und sexueller Bereich

30 männliche Patienten mit nachgewiesener oder aus Sicht des Patienten vermeintlicher Harn-röhrenentzündung untersuchte W. D. Ross (1947) auf psychische Auffälligkeiten. Er sieht Zusammenhänge zu reaktiver Depression, Angstzuständen, Hysterie, präpsychotischer und psychopathischer Persönlichkeit.

E5.3 Persönlichkeit sowie Erleben und Handeln

Im Jahr 1939 publizierte Alexander nach Durchsicht von Studien, die ab 1919 veröffentlicht worden waren, die Annahme, dass essentieller Bluthochdruck definierbare psychische Ursachen haben müsse (S. 173). Kardiovasculäre Erkrankungen und krankheitswertigen Bluthochdruck einschließlich problematischer Butdruckschwankungen würden schon seit langem mit psychischen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht. Er kommt zu dem Schluss, dass essentieller Bluthochdruck Ausdruck außergewöhnlich starker und unterdrückter feindseliger Impulse ist. Psychotherapie kann seiner Ansicht nach helfen, das Blutdruckproblem zu reduzieren (S. 178).

Blumenthal et al. (1987) berichten über den Zusammenhang zwischen koronaren Herzerkrankungen von Typ A-Personen (als Merkmal wurden u.a. genannt: Raucher, erhöhtes Cholesterin, erhöhter Blutdruck) und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Sie untersuchten 113 Patienten und fanden u.a. heraus, dass soziale Unterstützung das Risiko koronarer Herzerkrankungen bei Typ A-Personen senkt.

Negative Gefühlslagen ähnlich dem Neurotizismus sowie denen der Typ A-Personen und repressive Copingstile fanden sich in ausgeprägter Form bei 178 Herzpatienten (Denollet, 1991).

Bei 37 Typ A-Personen, vor allem mit hohem Job Involvement unter 53 routinemäßig untersuchten Patienten konnten koronare arterielle Herzerkrankungen festgestellt werden (Kahn et al., 1982).

Mithilfe von Propranolol ("a beta-adrenergic blocker"), Isoproterenol ("a beta-agonist") oder einem Placebo ("saline") versuchten Krantz et al. (1987) bei 12 gesunden Männern die Herz-Kreislaufaktivität (Herzschlagfrequenz, Blutdruck) zu beeinflussen, um auf psychische Merkmale des Typ-A-Verhaltens einzuwirken. Sie führten eine strukturierte Befragung und einen schwierigen Rechentest vor und nach der Wirkstoffgabe durch. Propranolol beeinflusste ebenso wie Isoproterenol die Herzschlagfrequenz, den systolischen Blutdruck, Leistungen in den Testaufgaben und Zustände von Angst und Feindseligkeit. Allerdings waren die Tendenzen widersprüchlich bzw. nicht homogen.

Typ A-Konstellationen führen allerdings nicht zu höheren Blutdruckwerten innerhalb einer Bypass-Operation (Kornfeld et al., 1985).

E5.4 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln

Schmerz, Angst und Ärger wurden von Schachter (1957) in 48 Untersuchungspersonen induziert und mit zahlreichen physiologischen Werten (z.B. Atmung, Hauttemperatur, Hautfeuchte, Blutdruck) in Verbindung gebracht. Die physiologischen Werte veränderten sich mit der Belastung durch Schmerz, Angst und Ärger. Personen mit krankheitswertigem Bluthochdruck zeigten höhere Angst- und Ärgerwerte als Personen mit gesundem Blutdruck.

Inwieweit Depression und Bluthochdruck zusammenhängen, untersuchten Friedman et al. (1977) an 1101 kaukasischen Männern ("outpatients"), fanden jedoch lediglich eine signifikante Korrelation zwischen Angstbelastung und Bluthochdruck.

Soziokulturelle Faktoren und krankheitswertigen Bluthochdruck untersuchten Dressler et al. (1986) an 147 Mexikanerinnen und Mexikanern. Je höher die Unterstützung durch ein nahes soziales Umfeld (vor allem durch so genannte compadres) von Mexikanern wahrgenommen wurde, desto normaler war der Blutdruck. Mit der Anzahl sozialer Kontakte stiegen die Blutdruckwerte tendenziell. Bei jungen Mexikanerinnen zeigten sich bei sozialer Unterstützung eher höhere Blutdruckwerte, bei älteren Mexikanerinnen senkte soziale Unterstützung den Blutdruck.

Schmerzen in der Brust überprüften Costa et al. (1985) an 83 Patienten auf ihren Zusammenhang u.a. zu koronarer Stenose und Neurotizismus. Koronare Stenose lag hauptsächlich vor, wenn einige der genannten Beschwerden auch beim Gehen auftraten. Ansonsten standen die Beschwerden hauptsächlich in Zusammenhang mit Neurotizismus.

E5.5 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln

J. A. Wagner et al. (2006) gehen davon aus, dass bei depressiven Frauen signifikant häufig Probleme mit dem Endothelium (vor allem Erweiterung des Innenwandgewebes von Blutgefäßen) bestehen und dass diese Frauen nach der Menopause einen Teil ihres Schutzes vor koronaren Herzerkrankungen verlieren. An 39 Frauen ohne Herzerkrankung (20 Frauen mit und 19 Frauen ohne frühere depressive Erkrankung) fanden sie diesen Zusammenhang.

E6 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

Depressive Symptome stehen im Zusammenhang mit einem erhöhten arteriellen Blutdruck, einem erhöhten Body-Mass-Index (BMI), einer erhöhten waist-to-hip-ratio (WHR), erhöhten Triglycerinund Glucosewerten im Blut (McCaffery et al., 2003). Diese Ergebnisse beruhen auf Untersuchungen von 87 eineiligen und 86 zweieiligen Zwillingen.

Unangenehme und schwierige Lebensereignisse aus dem beruflichen und privaten Leben, erfasst durch 43 Items der Schedule of Recent Events (SRE), bewirken nach Ansicht von Grant et al. (1974) eine ungünstige Veränderung der Diabetes. Sie verfolgten die Entwicklung von 37 Diabetespatienten über 8 bis 18 Monate.

Ein Geschwür im Verdauungstrakt (bei 100 erkrankten Männern) steht nach der Studie von S. Rubin und Bowman (1942) in Verbindung mit erhöhter EEG-Wellen-Aktivität, die mit passiver, rezeptiver und elementar bedürfnisorientierter ("fundamental", "dependent") Persönlichkeitsprägung zusammenhängen soll. Die Wellen-Aktivität dieser erkrankten Personengruppe sei "dominant" (etwa drei bis dreieinhalb so häufig wie bei normalen Personen).

Magenbeschwerden (speziell Magenschmerzen) nahmen ab, wenn in Psychotherapiesitzungen oftmals das Wort "up" als hoffnungsfrohes Signal verstanden wurde, und nahmen zu, wenn oftmals das Wort "down" als belastendes Signal für den Patienten genannt wurde. Die Untersuchung erfolgte an 20 männlichen College-Studenten (Fisher et al., 1977).

E7 Somatopsychischer Basisprozess "Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

E7.1 Atemwegsbereich

28 Patienten mit Hyperventilationsproblemen erhielten in Verbindung mit angenehmen oder unangenehmen Gerüchen CO2-angereicherte Atemluft (van den Bergh et al., 1997) um zu zeigen, dass Hyperventilationsprobleme durch Gerüche über Lernprozesse beeinflusst werden können. Atemfrequenz und Atemvolumen (einschließlich geäußerter Beschwerden) konnten durch Konditionierung dieser Art deutlich verändert werden.

E7.2 Sinnesorganbereich

Eine schwache Tinnitusbelastung geht mit besserem Copingverhalten einher als eine erhöhte Tinnitusbelastung (Kirsch et al., 1989).

E7.3 Belastende Lebensereignisse

Arterieller Bluthochdruck wies in der Studie mit 230 Patienten von Reiser, Brust et al. (1951) einen erkennbaren Zusammenhang zu emotional belastenden Lebensereignissen auf. Die Autoren nehmen an, dass ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis die emotionale Belastung und den Blutdruck reduzieren hilft.

Dass sich mit dem eigenen Erleben (gemessen mit dem Private Self-Consciousness Inventory) zu befassen vor einer somatopsychischen Erkrankung schützt, sehen Suls et al. (1985) durch ihre Untersuchung bestätigt. In einer prospektiven Studie an 120 Personen zeigte sich, dass belastende Lebensereignisse (gemessen mit einer Skala) bei denjenigen Personen mehr Symptome (gemessen mit einer Skala) erzeugen, die sich in geringerem Umfang mit ihrer eigenen Befindlichkeit befassen als Personen, die dies in höherem Maße praktizieren.

Ein Psychotrauma kann physiologische Aktivitäten und krankheitswertige Prozesse in Gang setzen (Pennebaker, 1985). Er berichtet über darauf bezogene Ergebnisse eigener sowie fremder Untersuchungen und stellt folgendes Konzept vor:

- 1. Verhalten zu unterdrücken ist grundsätzlich mit Disstress und mit Erkrankung verbunden.
- 2. Können Individuen ihre Gedanken nicht ausdrücken und Gefühle nicht zeigen, beherrscht das traumatisierende Erlebnis Gedanken sowie Gefühle oftmals übermäßig und erhöht das Risiko gesundheitlicher Langzeitschäden.
- 3. Das traumatisierende Erlebnis jemandem anzuvertrauen oder es in Sprache zu überführen reduziert oftmals kurzfristig Aktivitäten des autonomen Nervensystems (z.B. Hautleitfähigkeit) und das Erkrankungsrisiko.

163 Angehörige einer U-Boot-Ausbildungsstelle erhielten den Life Experience Survey (LES), Social Support Questionnaire (SSQ) und den Health Questionnaire, um herauszufinden, wie sich Lebensereignisse und soziale Unterstützung auf die Gesundheit auswirken (Sarason et al., 1985). Negative, belastende Lebensereignisse, vor allem bei geringer sozialer Unterstützung, fördern die Entwicklung von gesundheitlichen Störungen.

Die Flugmannschaft (121 Personen) auf einem Flugzeugträger, die im Vietnamkrieg-Einsatz war, erhielt die Skala Schedule of Recent Experience (SRE), die nach aktuellen, belastenden Lebensereignissen, hauptsächlich im privaten Umfeld fragt (R. T. Rubin et al.,1972). Eine höhere Anzahl von Erkrankungen konzentrierte sich auf eine kleine Gruppe von Personen mit aktueller emotionaler Belastung, vor allem zu Zeiten von Kampfeinsätzen.

Bei 30 Vietnam-Kriegsveteranen, die wegen Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), diagnostiziert mithilfe des Structured Clinical Interview for DSM-III-R, stationär untergebracht waren, wurden für die Studie von Mason et al. (2001) das Cortisol im Urin gemessen. Weitere Daten kamen aus einer Batterie psychologischer Tests ("Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder, CAPS-2 = Clinician-Administered PTSD Scale, measurements included the BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, the HDS = Hamilton Depression Scale , the BDS = Beck Depression Scale, and the DEQ = Depressive Experiences Questionnaire. Measurements available to us from the hospital admission period included the CES = Combat Exposure Scale and the MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory, including the Clinical, Harris-Lingoes, Content, and Supplementary Scales"*, Mason et al. S. 387 und 389). Die Autoren berichten u.a., dass der Cortisol-Wert dann nicht erhöht war, wenn die Patienten sich emotional zurückgezogen hatten. Dieser Rückzug ("disengagement") verband sich mit emotionaler Taubheit ("numbing") und mit Depression mit schuldbezogener Scham ("shame-laden depression").

E7.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich

Araujo et al. (1998) fanden an 1265 Männern im Alter von 40 bis 70 Jahren heraus, dass die erektile Dysfunktion (MED = male erectile dysfunction) mit der Belastung durch eine Depression in Verbindung gebracht werden kann. Zur Ermittlung dieses Ergebnisses wurde eine Vielzahl von somatischen Werten (z.B. BMI = body mass index, HDL = high-density lipoprotein cholesterol, Herzerkrankungen, Diabetes) und von persönlichen / psychischen Merkmalsausprägungen (z.B. Erfassung der Depression mit einer Skala des Center for Epidemiological Studies-Depression, CES-D) miteinander in Beziehung gesetzt.

Schwerer sexueller Missbrauch in der Kindheit zeigte sich im Erwachsenenalter der Frauen an Somatisierungsstörungen, lebenslangen Panikstörungen, Medikamenten- Drogenabhängigkeit und chronischen Beckenschmerzen (Walker et al., 1992). Dies zeigten die Ergebnisse einer Studie an 100 Patientinnen. Walker et al. (S. 662) verweisen darauf, dass Patienten mit diesen Störungen oftmals keine Kontrolle über ihre Welt erleben, sondern sich eher anderen Kräften (auch Menschen) ausgeliefert fühlen.

59 weibliche Klienten mit hochgradig "geschuppten" intraepithelialen Läsionen (high grade squamous intraepithelial lesions) bzw. 163 weibliche Klienten einer Beratungsstelle für Familienplanung mit schwach ausgeprägten geschuppten intraepithelialen Läsionen (low grade squamous intraepithelial lesions) wurden hinsichtlich belastender Lebensereignisse (Skala "Stressful life events") mit einer Kontrollgruppe von 160 Klientinnen mit unauffälligem zytologischen Status am Gebärmutterhals verglichen. Nach Eliminierung des Einflusses der Variablen Alter, Infektion mit einem aggressiven Papillomavirus ("high-risk human papillomavirus") und Anzahl bisheriger Sexualpartner wurde deutlich, dass Scheidung, Untreue, erhöhte Klagsamkeit, körperliche und psychische Gewalt durch den Partner bei weißen Frauen – hingegen nicht bei Frauen mit afrogenetischem Hintergrund – das Risiko von "squamous intraepithelial lesions" erhöhen (Coker et al., 2003).

Scheinschwangerschaften von 27 Frauen setzten Schopbach et al. (1952) mit somatischen und psychischen Merkmalen in Verbindung. Somatische Maßnahmen (z.B. Gabe von Hormonen) und ärztliche Aufklärung über die wahre Diagnose führten selten zur Auflösung der Scheinschwangerschaft. Vor allem Psychotherapie zur Bearbeitung psychischer Konflikte, z.B. hinsichtlich psychoanalytisch interpretierter Zusammenhänge (wie sexuelle Wünsche / Schuldgefühle und Kindeswunsch), vermochte zu helfen.

75 Frauen wurden in Verbindung mit der Geburt ihres Kindes auf Faktoren untersucht, die die Geburtsschmerzen beeinflussen. Die Schmerzbelastung wurde eher geringer, wenn die Frauen wünschten, die Wehenschmerzen und den Geburtsvorgang eigenständig anzugehen (Davenport-Slack et al., 1974).

Über 55 weibliche Patienten mit Harnröhrenbeschwerden berichten Chertok et al. (1977). Sie stellen fest, dass oftmals Irritationen in der Selbstwahrnehmung des urethrogenitalen Bereichs bestehen und dass Harnröhrenbeschwerden nach Disstress (vor allem Trennung vom Partner) auftreten. Psychotherapeutische Behandlungen seien sehr schwierig, aber häufig erfolgreich gewesen.

Psychodynamische und ovariale Prozesse bringen Benedek et al. (1939) anhand einer Untersuchung an 125 Menstruationsperioden von 15 Personen zusammen. Die Autoren erfassten Inhalte von Träumen sowie erfragte Gefühlsinhalte (z.B. sexuelle Themen, Ängste, Aggressionen) und fügten diese über den Zeitverlauf mit biochemischen und physiologischen Merkmalen (z.B. Vaginalabstrich, Körpertemperatur, Hormon Progesteron) zusammen. Die Autoren sehen sich darin

bestätigt, dass psychoanalytische Prozesse und biologische Aktivitäten gemeinsam interpretiert werden können.

E7.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln

Mit der somatopsychischen Rolle von Neurotizismus und Zynismus befassen sich Almada et al. (1991) und untersuchten 1871 erwerbstätige Männer, über die aus früherer Zeit bereits Gesundheitsdaten vorlagen, mithilfe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) und bezogen u.a. Daten über systolischen Blutdruck, Cholesterol, Zigarettenkonsum, Alkoholkonsum, Tod u.a. durch koronare Herzerkrankung mit ein. Im Unterschied zum Neurotizismus fanden die Autoren eine bedeutsame Korrelation von gesundheitlichen Problemen zum Zynismus. Zynismus ist nach Ansicht der Autoren auch der Grund für eine Unterschätzung gesundheitsschädlicher Handlungen wie etwa Rauchen oder Alkoholkonsum.

Inwieweit eine akute Depression die Schmerzwahrnehmung, reduziert untersuchten Lautenbacher et al. (1994) an 20 Patienten mit einer Majoren Depression (hinzu kamen Kontrollgruppen). Schmerz wurde u.a. durch Hautkontakthitze erzeugt. Es fand sich kein Zusammenhang zur Reaktionszeit der Untersuchungspersonen oder zum Einfluss von Naloxon (Morphinantagonist). Die Schwelle bei der Wahrnehmung von Schmerz unter Majorer Depression lag im Vergleich zu den anderen untersuchten Personen höher, unabhängig von der Art der Symptomatik.

Am Beispiel der Sichelzellenkrankheit (sickle cell disease), einer Störung der roten Sichelzellen-Blutkörperchen, untersuchten Edwards et al. (2001) über 12 Monate an 104 Afroamerikanern die Rolle der Selbstwirksamkeitsüberzeugung hinsichtlich somatischer Symptome, psychischer Symptome, Schmerzbelastung und Anzahl der Arztbesuche. Die Ergebnisse der standardisierten Befragung zeigte: Je stärker die Selbstwirksamkeitsüberzeugung desto geringer ist die Anzahl der berichteten Symptome.

E7.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln

Patienten mit Angststörungen, die zugleich mit Komorbiditäten belastet sind, verlangen bzw. erhalten häufiger als Patienten, die lediglich an Angststörungen (ohne Komorbiditäten) leiden, Leistungen somatischer Gesundheitsdienste ("nonmental healthcare utilization"). Dies ergaben die Analysen von Unterlagen von 1.041 Patienten (A. G. Levy et al. 2007).

An 162 Patienten, die ein Krankenhaus aufsuchten, gingen Noyes et al. (2003) der Frage nach, ob Hypochondrie (nach dem Modell von Stuart und Noyes) mit besorgtem Verhalten in Verbindung steht, dass sich in der erhöhten Anzahl von krankheitsbezogenen Nachfragen zeigt. Als Verfahren wurden verwendet: Somatic Symptom Inventory, Relationship Scales Questionnaire, Inventory of Interpersonal Problems, NEO-Five-Factor Index, and "measures of physician-patient interaction". The Structured Diagnostic Interview for DSMIII-R Hypochondriasis. Die Autoren berichten, dass hypochondrische sowie andere somatische Symptome mit Folgendem positiv korreliert: Mit besorgtem und auch ängstlichem Verhalten, mit selbst berichteten zwischenmenschlichen Problemen, mit Neurotizismus und mit einem gestörten Verhältnis zu medizinischem Personal.

E7.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln

40 schizophrene Patienten wurden mit nicht-schizophrenen Patienten, jeweils mit Entzündung der Dickdarmschleimhaut, somatisch und psychologisch verglichen. Schizophrene Patienten zeigten häufiger einen schwierigeren Verlauf der Störung als die Patienten der Vergleichsgruppe. Es gab eine bedeutsame Korrelation zwischen dem Ausmaß der berichteten emotionalen Störungen bzw. der berichteten Schwere der Symptome und der Schwere der Dickdarmerkrankung (O'Connor et al., 1966).

Mithilfe einer strukturierten Befragung (179 Items) verglichen Ganz et al. (1972) psychiatrische Symptome von 68 Patienten, die an einem systemischem Lupus erythematodes (systemische L.E., Schmetterlingsflechte) litten, mit psychiatrischen Symptomen von 36 Patienten mit rheumatoider Arthritis. Patienten mit L.E. zeigten vergleichsweise mehr psychiatrische Symptome (u.a. depressiver und schizophrener Art) und mehr organbezogene Beschwerden.

Brodman et al. (1947) untersuchten in drei Armee- und Marinehospitälern mithilfe des Cornell Service Index 270 weiße und 292 schwarze Patienten mit Atemwegserkrankungen, um herauszufinden, ob psychische Beeinträchtigungen ("personality disturbances") die Genesungsdauer beeinflussen. Diagnostiziert wurden in Hospital 3: Angstzustände mit somatopsychischen und hypochondrischen Beschwerden (in 75% der Fälle), Körperliche Unruhe ("bodily disturbances") verbunden mit Angst, jedoch ohne Beschwerden, problematische Wertewelt ("poor morale"), Ängste, Depression, Psychose. Je nach Störung, je nach Entscheidung des medizinischen Personals und je nach Hospital korrelierten längere Verweilzeiten in den Krankenstationen mit den aufgeführten psychischen Beeinträchtigungen (von durchschnittlich 15% bis durchschnittlich 40% zeitlicher Verlängerung).

E8 Somatopsychischer Basisprozess "Erfahrungsbildung (inzidentelles und intentionales Lernen)" in Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

Zu dem somatopsychischen Basisprozess "Erfahrungsbildung (inzidentelles und intentionales Lernen)" wurden in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" keine Beiträge gefunden. Allerdings würden sich Beiträge, die anderen Basisprozessen zugeordnet wurden, diesem Basisprozess zuweisen lassen, z.B. Untersuchungen zur Hypochondrie, zur psychischen Belastung von somatisch auffälligen Beschwerden wie etwa im urethrogenitalen Bereich.

E9 Bewertung der Erkenntnisse aus den ausgewählten Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine"

In den Anfängen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" (Jahrgang 1 im Jahr 1939) waren die Beiträge oftmals psychoanalytisch geprägt und verfolgten auf diese Weise einen somatopsychischen Ansatz. Der bereits damals geringe Anteil psychoanalytischer Arbeiten mit empirisch fundiertem Datenmaterial verringerte sich, sodass der Anteil theoriegeleiteter Forschungsansätze in den weiteren Jahrgängen der Zeitschrift kaum noch erkennbar war.

Selbstverständlich lassen sich die ausgewerteten Beiträge nicht eindeutig einem einzigen somatopsychischen Basisprozess zuordnen. Es fällt allerdings auf, dass die Basisprozesse "Reifen und Wachsen", "Bewegen" und "Erfahrungsbildung" in den Beiträgen der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine" zahlenmäßig nur sehr schwach bearbeitet wurden. Dies ist sicher vor allem aus der klinisch orientierten Sichtweise – also mit Fokus auf das Ergebnis einer krankheitswertigen Entwicklung – der Autoren zu erklären. Selbstverständlich enthalten diese drei gering besetzten Basisprozesse jedoch genügend Potenzial für krankheitswertige Entwicklungen.

In relativ vielen medizinisch dominierten Beiträgen dienten die psychologischen Tests als Ergänzung, um psychische Aspekte nicht zu versäumen bzw. um biologische Merkmale zu finden, die die psychischen Variablen ersetzen könnten. Es fehlen theoretische Konzepte, deswegen werden manchmal Testbatterien zusammengestellt, die von "experienced clinicians" durchgeführt werden. Konzeptionell wichtig ist allerdings das theoriegeleitete Vorgehen, vor allem Hypothesen innerhalb eines fachlichen Konzepts (z.B. Theorie oder Konstrukt). Vermisst werden häufig forschungslogisch korrekte Vorgehensweisen, wie sie in allen Grundlagenfächern zu finden sind, aber im angewandten Bereich häufig missachtet werden, da sie offenbar unbekannt sind oder als unbequem bewertet werden. Allerdings gab es auch forschungslogisch brauchbare Studien in der Zeitschrift "Psychosomatic Medicine". Zum Beispiel berichteten Benedek et al. bereits im Jahr 1939 über einen brauchbaren hypothesengeleiteten Ansatz, der wieder aufgegriffen wurde in Studien von Silbergeld, Brast und Noble (1971).

Zahlenmäßig dominierend sind Beiträge, in denen Individuen über ihre Krankheit verstanden werden sollen. Dies führt dazu, dass vornehmlich retrospektive Analysen und Interpretationen vorgenommen werden. Für die Entdeckung kausaler Wirkungszusammenhänge zwischen Soma und Psyche ist dieses Vorgehen forschungslogisch ungeeignet. Die überwiegende Mehrheit der Studien lieferte bestenfalls Korrelationsergebnisse (ohne Erklärungsmöglichkeiten), quantitativ lokalisierte Auffälligkeiten über Zusammenhänge (ohne Bedeutsamkeitsnachweise oder ohne Möglichkeit der Aussage über Ergebnisreichweiten) oder inferenzstatistisch nicht ausreichend kontrollierte (z.B. ohne alpha-Adjustierung und ohne Kontrolle der inferenzstatistischen Unabhängigkeit der Merkmale) multivariate Analysen aus Gelegenheitsstudien mit einer fachlich nicht koordinierten Testauswahl (ohne Generaliserungsmöglichkeit). Retrospektiv angelegte Studien dominieren zahlenmäßig und kommen oftmals zu trivialen Ergebnissen, wie etwa dass Personen nach oder mit lebensbedrohlicher Erkrankung eine höhere Angstbelastung zeigen als nicht erkrankte Personen. Prospektiv angelegte Studien mit hypothesengeleitetem Vorgehen und mit randomisiertem Untersuchungsdesign fanden sich nur selten: Grundlegende und eigentlich ganz einfache Anforderungen an empirisch korrekte Vorgehensweisen wurden häufig deutlich erkennbar missachtet. Trotz der Vorselektion leiden fast alle ausgewerteten Beiträge an methodischen und verfahrenstechnischen Mängeln. Die Berücksichtigung forschungslogisch korrekter Kriterien würde dazu führen, dass die Mehrheit auch der zitierten Studien nicht durchgeführt oder nicht publiziert worden wären. Die in den letzten Jahren an die Medizin herangetragenen Forderungen nach evidenzorientierter Forschung bzw. nach evidenzbasierten fachlichen Ergebnissen war längst überfällig, da Forschung in anderen Gebieten, z.B. in der Biologie oder in der Psychologie, traditionell empirisch und hypothesengeleitet durchgeführt wurde.

Es ist erforderlich, Theorien und Konstrukte zu entwickeln, die relevante Parameter definieren, um darauf geeignete, prospektiv angelegte Studien aufzubauen (Scheier und Bridges, 1995). Diese beiden Autoren beschreiben nach einer Metaanalyse von koronaren Herzerkrankungen und von Erkrankungen durch HIV ein psychosomatisches Modell, das die Genese von Krankheiten erklären hilft. Als krankheitsorientierte Variablen benennen Scheier und Bridges "Anger and Hostility" (Ärger und Feindseligkeit), "Emotional Suppression" (Unterdrückung von Gefühlen), "Depression", "Pessimism and Fatalism".

Sie schreiben:

"... persuasive evidence exists associating hostility and anger to a variety of CHD-related health outcomes. Indeed, the evidence is stronger for this particular connection than for any other connection that was examined.

The evidence involving depression, fatalism, and pessimism is more impressive. As a group, these variables clearly showed the widest effects of any of the variables surveyed. Merging

these variables with fighting spirit, active coping, and vital exhaustion into a 'disengagement cluster'... yields even a wider set of effects." (S. 263)

Scheier und Bridges verstehen nach dieser Metaanalyse die erfassten Krankheiten als "disrupter of life goals and activities" (Unterbrecher des Erreichens von Lebenszielen und von Handlungen) und als Auskoppeln aus dem bisherigen Lebensvollzug ("Disengagement").

Der Disengagement-Ansatz von Scheier und Bridges (1995) kann als Grundmuster hypothesengeleiteter somatopsychischer Forschung angesehen werden (s. Abschnitt 4.2.2, Abbildung 14).

Literatur zum Ergänzungskapitel E

Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine, 1,* 173-179.

Almada, S. J., Zonderman, A. B., Shekelle, R. B., Dyer, A. R., Daviglus, M. L., Costa, P. T. et al. (1991). Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: The Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 165-175.

Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, I. & McKinlay, J. B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465.

Bacon, N. M. K., Bacon, S. F., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Patterson, T. L. & Grant, I. et al. (1994). Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 118-127.

Benedek, T. & Rubenstein, B. B. (1939). The correlations between ovarian activity and psychodynamic processes: II. The menstrual phase. *Psychosomatic Medicine*, *1*, 461-485.

Berblinger, K. & Greenhill, M. (1954). Levels of communication in ulcerative colitis; a case study. *Psychosomatic Medicine*, *16*, 156-162.

Bertalanffy, L. (1964). The mind-body problem: A new view. Psychosomatic Medicine, 26, 29-45.

Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T. & Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *49*, 331-340.

Brodman, K., Mittelmann, B., Wechsler, D., Weider, A. & Wolff, H. (1947). The relation of personality disturbances to duration of convalescence from acute respiratory infections. *Psychosomatic Medicine*, *9*, 37-44.

Brown, K. W., Levy, A. R., Rosberger, Z. & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: A follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 636-643.

Carroll, B. J. (1976). Limbic system-adrenal cortex regulation in depression and schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 38, 106-121.

Chertok, L., Bourguignon, O., Guillon, F. & Aboulker, P. (1977). Urethral syndrome in the female ("irritable bladder"): The expression of fantasies about the urogenital area. *Psychosomatic Medicine*, 39, 1-10.

Coker, A. L., Bond, S., Madeleine, M. M., Luchok, K., & Pirisi, L. (2003). Psychosocial stress and cervical neoplasia risk. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 644-651.

Costa, P. T., Zonderman, A. B., Engel, B. T., Baile, W. F., Brimlow, D. L. & Brinker, J. (1985). The relation of chest pain symptoms to angiographic findings of coronary artery stenosis and neuroticism. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 285-293.

Das Deutsche Cochrane Zentrum. (2011). http://www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung 12.11.2011.

Davenport-Slack, B., & Hamblin Boylan, C. (1974). Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic Medicine*, *36*, 215-223.

Denollet, J. (1991). Negative affectivity and repressive coping: Pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 538-556.

Deutsche Diabetes Gesellschaft (2011).

http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/leitlinien_metho-dik.php 12.11.2011.

Dressler, W. W., Mata, A., Chavez, A., Viteri, F. E. & Gallagher, P. (1986). Social support and arterial pressure in a central mexican community. *Psychosomatic Medicine*, *48*, 338-350.

Edwards, R., Telfair, J., Cecil, H. & Lenoci, J. (2001). Self-efficacy as a predictor of adult adjustment to sickle cell disease: One-year outcomes. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 850-858.

Ehrenkranz, J., Bliss, E. & Sheard, M. H. (1974). Plasma testosterone: Correlation with aggressive behavior and social dominance in man. *Psychosomatic Medicine*, *36*, 469-475.

Ehrentheil, O. (1959). Some remarks about somato-psychic compared to psychosomatic relationships. *Psychosomatic Medicine*, *21*, 1-7.

Fisher, S. & Greenberg, R. P. (1977). Stomach symptoms and up-down metaphors and gradients. *Psychosomatic Medicine*, *39*, 93-101.

Frankle, A. H. (1952). Psychometric investigation of the relationship between emotional repression and the occurrence of psychosomatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *14*, 252-255.

Friedman, M. J. & Bennet, P. L. (1977). Depression and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 39, 134-142.

Grant, I., Kyle, G. C., Teichmann, A. & Mendels, J. (1974). Recent life events and diabetes in adults. *Psychosomatic Medicine*, *36*, 121-128.

Greenberg, R. P. & Dattore, P J. (1981). The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine*, *43*, 35-43.

Gruba, G. H. & Rohrbaugh, M. (1975). MMPI correlates of menstrual distress. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 265-273.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J. & Ellis, C. N. (1994). Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 36-40.

Heim, E., Blaser, A. & Waidelich, E. (1972). Dyspnea: Psychophysiologic relationships. *Psychosomatic Medicine*, *34*, 405-423.

Jacobs, T. J. & Charles, E. (1980). Life events and the occurrence of cancer in children. *Psychosomatic Medicine*, *42*, 11-24.

Kahn, J. P., Kornfeld, D. S., Blood, D. K., Lynn, R. B., Heller, S. & Frank, K. A. (1982). Type A behavior and the Thallium Stress Test. *Psychosomatic Medicine*, *44*, 431-436.

Kasl, S. V., Evans, A. S. & Niederman, J. C. (1979). Psychosocial risk factors in the development of infectious mononucleosis. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 445-466.

Kemeny, M. E., Cohen, F., Zegans, L. S. & Conant, M. A. (1989). Psychological and immunological predictors of genital herpes recurrence. *Psychosomatic Medicine*, *51*, 195-208.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the future. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 15-28.

Kirsch, C. A., Blanchard, E. B. & Parnes, S. M. (1989). Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, *51*, 209-217.

Kornfeld, D. S., Kahn, J. P., Frank, K. A., Heller, S., Freeman, P. & Keller-Epstein, W. (1985). Type A behavior and blood pressure during general surgery. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 234-241.

Krantz, D. S., Contrada, R. J., LaRiccia, P. J., Anderson, J. R., Durel, L. A., Dembroski, T. M. et al. (1987). Effects of beta-adrenergic stimulation and blockade on cardiovascular reactivity, affect, and type a behavior. *Psychosomatic Medicine*, *49*, 146-158.

Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, D., Fassbender, K., Krumrey, K. & Krieg, J.-C. (1994). Pain perception in depression: Relationships to symptomatology and naloxone-sensitive mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 345-352.

Lautenbacher, S., Spernal, J., Schreiber, W. & Krieg, J.-C. (1999). Relationship between clinical pain complaints and pain sensitivity in patients with depression and panic disorder. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 822-827.

Lehrer, S. (1980). Life change and gastric cancer. Psychosomatic Medicine, 42, 499-502.

Levy, R. J. (1952). The Rorschach pattern in neurodermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 14, 41-49.

Locke, S. E., Kraus, L., Lesermann, J., Hurst, M. W., Heisel, J. S. & Williams, R. M. (1984). Life change stress, psychiatric symptoms, and natural killer cell activity. *Psychosomatic Medicine*, *46*, 441-453.

Mason, J. W., Wang, S., Yehuda, R., Riney, S., Charney, D. S. & Southwick, S. M. (2001). Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 63, 387-401.

McCaffery, J. M., Niaura, R., Todaro, J. F., Swan, G. E. & Carmelli, D. (2003). Depressive symptoms and metabolic risk in adult male twins enrolled in the National Heart, Lung, and Blood Institute twin study. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 490-497.

Mitchell, J. H., Charles, M. D., Curran, C. A. & Myers, R. N. (1947). Some psychosomatic aspects of allergic diseases. *Psychosomatic Medicine*, *9*, 184-191.

Naliboff, B. D., Mayer, M., Fass, R., Fitzgerald, L., Chang, L., Bolus, R. et al. (2004). The effect of life stress on symptoms of heartburn. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 426-434.

Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A. et al. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 292-300.

O'Connor, J. F., Daniels, G., Karush, A., Flood, C. & Stern, L. O. (1966). Prognostic implications of psychiatric diagnosis in ulcerative colitis. *Psychosomatic Medicine*, *28*, 375-381.

Perrin, G. M. & Pierce, I. R. (1959). Psychosomatic aspects of cancer. A review. *Psychosomatic Medicine*, *21*, 397-421.

Persky, V. W., Kempthorne-Rawson, J. & Shekelle, R. B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, *49*, 435-449.

Reiser, M. F., Brust, A. A., Ferris, E. B., Shapiro, A. P., Baker, H. M.& Ransohoff, W. (1951). Life situations, emotions, and the course of patients with arterial hypertension. *Psychosomatic Medicine*, *13*, 133-139.

Reiser, M. F., Rosenbaum, M. & Ferris, E. B. (1951). Psychologic mechanisms in malignant hypertension. *Psychosomatic Medicine*, *13*, 147-159.

Rief, W., Shaw, R. & Fichter, M. M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 198-203.

Ross, W. D. (1947). Urethral discharge as a symptom of psychiatric disorder. Psychosomatic Medicine, 9, 273-279.

Ross, W. D., Hay, J. & McDowall, M. F. (1950). The association of certain vegetative disturbances with various psychoses. *Psychosomatic Medicine*, *12*, 170-178.

Roth, D. L. & Holmes, D. S. (1985). Influence of physical fitness in determining the impact of stressful life events on physical and psychologic health. Psychosomatic Medicine, 47, 164-173.

Rubin, R. T., Gunderson, E. K. E. & Arthur, R. J. (1972). Life stress and illness patterns in the US Navy: VI. Environmental, demographic, and prior life change variables in relation to illness onset in naval aviators during a combat cruise. *Psychosomatic Medicine*, *34*, 533-547.

Rubin, S. & Bowman, K. (1942). Electroencephalographic and Personality Correlates in Peptic Ulcer. *Psychosomatic Medicine*, *4*, 309-318.

Russek, L. G., King, S. H., Russek, S. J. & Russek, H. I. (1990). The Harvard Mastery of Stress Study 35-year follow-up: Prognostic significance of patterns of psychophysiological arousal and adaptation. *Psychosomatic Medicine*, *52*, 271-285.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H. & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 156-163.

Schachter, J. (1957). Pain, fear, and anger in hypertensives and normotensives. A psychophysiological study. *Psychosomatic Medicine*, *19*, 17-29.

Scheier, M. F. & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 255-268.

Schopbach, R. R., Fried, P. H. & Rakoff, A. E. (1952). Pseudocyesis. A psychosomatic disorder. *Psychosomatic Medicine*, *14*, 129-134.

Schorer, C. E. (1964). Muscular dystrophy and the mind. Psychsomatic Medicine, 26, 5-13.

Silbergeld, S., Brast, N. & Noble, E.P. (1971). The menstrual cycle: A double-blind study of symptoms, mood and behavior, and biochemical variables using enovid and placebo. *Psychosomatic Medicine*, *33*, 411-428.

Simon, G., Gater, R., Kisely, S. & Piccinelli, M. (1996). Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 481-488.

Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfeld, A. M., Garron, D. C., Bieliauskas, L. A., Liu, S. C. et al. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, *43*, 117-125.

Suls, J. & Fletcher, B. (1985). Self-attention, life stress, and illness: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 469-481.

Tal, A. & Miklich, D. R. (1976). Emotionally induced decreases in pulmonary flow rates in asthmatic children. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 190-200.

Tam, W. Y. K., Chan, M. & Lee, P. H. K. (1985). The menstrual cycle and platelet 5-HT uptake. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 352-362.

Van den Bergh, O., Stegen, K. & Van de Woestijne, K. P. (1997). Learning to have psychosomatic complaints: Conditioning of respiratory behavior and somatic complaints in psychosomatic patients. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 13-23.

Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV – Versorgungsmedizinische Grundsätze. (2009). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Wagner, J. A., Tennen, H., Mansoor, G. A. & Abbott, G. (2006). History of major depressive disorder and endothelial function in postmenopausal women. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 80-86.

Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L. et al. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine*, *54*, 658-664.

Wientjes, C. J. E. & Grossmann, P. (1994). Overreactivity of the psyche or the soma? Interindividual associations between psychosomatic symptoms, anxiety, heart rate, and end-tidal partial carbon dioxide pressure. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 533-540.

Wikipedia (2011). http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin 12.11.2011.

Williams, J. M., Hogan, T. D. & Andersen, M. B. (1993). Positive states of mind and athletic injury risk. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 468-472.

Wulsin, L. R., Jacobson, A. M. & Rand, L. I. (1991). Psychosocial correlates of mild visual loss. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 109-117.

Wyler, A. R. Masuda, M. & Holmes, T. H. (1971). Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosomatic Medicine, 33,* 115-122.

Sachwortverzeichnis

```
Α
abhängige Persönlichkeit / Persönlichkeitsstörung (F60.7) 74
Abhängigkeitssyndrom (F10.0 bis F19.9) 74, 76
ABR s. Akute Belastungsreaktion (F43.0)
ADHS s. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
adlerianisch 87, 106, 120
Aggressionen 38, 69, 71, 73, 75, 76, 77, 79, 117, 217
Agoraphobie (F40.0) 74
Akkommodation 20, 46, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 73, 74, 75, 77, 78, 81, 86, 87, 118, 120–124, 125,
    129, 136, 161, 190, 197, 202, 203 s.a. Assimilation
Aktuator 31, 32, 33, 34, 47, 55, 112, 119, 129
Akute Belastungsreaktion (F43.0) 69, 73, 74, 79, 89, 149
akute vorübergehende psychotische Störungen (F23) 76
andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) 74
Angor 62, 68
Angst 51, 61, 62, 65, 67, 68, 73, 74, 93, 94, 95, 115, 126, 127, 134, 211, 214, 219 s.a. Angor
Angsttomografie 151, 153 s.a. Schmerztomografie
Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) 78
anhaltende wahnhafte Störungen (F22) 76 s.a. bipolare schizotype und wahnhafte Störungen
    (F20 bis F22); s.a. Schizophrenie (F20)
Animus Aeguus (ANA) 53, 69, 82
Anorexia Nervosa (F50.0, F50.1) 74 s.a. Essstörungen (F50)
Anpassungsstörungen (F43.2) 71, 77, 79
Anxious Avoidance 68
Appetentia Rerum Agilis (ARA) 53, 68, 82 s.a. Appetenz
Appetenz 52, 53, 68, 80, 82, 106, 126, 128 s.a. Appetentia Rerum Agilis (ARA)
Assimilation 20, 46, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 73, 74, 75, 77, 78, 81, 86, 87, 118, 120–124, 125, 129,
    136, 161, 190, 197, 199, 202, 203 s.a. Akkommodation
Ätiologie 81
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung 75
Autismus (z.B. F84.-) 77, 78, 212
autopoietisch 15, 22, 23, 24, 49, 77, 120-124, 126, 127
Axiome 35, 105, 167, 200, 202, 204
Befundcluster 89, 93 s.a. Behandlungscluster; s.a. Cluster
Begutachtung 159, 160, 161, 163, 164
Behandlungscluster 89, 92, 93, 95, 97, 98 s.a. Befundcluster; s.a. Cluster
Behavioural Coherence and Harmony 71
Belohnungssystem 38, 39, 51, 68, 73, 76, 77, 78, 80, 86
Bestrafungssystem 38, 39, 58, 68, 73, 76, 77, 78, 80, 87
Bezuglosigkeit 63, 67, 71, 83, 107
bipolare affektive Störung (F31.-) 78, 79
bipolare schizotype und wahnhafte Störungen (F20 bis F22) 76 s.a. anhaltende wahnhafte
    Störungen (F22); s.a. Schizophrenie (F20)
```

Borderline (F60.30, F60.31) 69, 75 s.a. emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) Burdened Somberness 72

C

Cluster 47, 202, 203 s.a. Befundcluster; s.a. Behandlungscluster

Coaching 85, 167, 168

Compensatio Delens (COD) 63, 71, 74, 76, 77, 82

Compensatio Vitae (CPV) 63, 70, 77, 82

Compensatory external / somatic Vitality 70 s.a. Experience of internal Vitality; s.a. Sense (Experience) of Vitality

Comprehensive Experience of Self and Reality 70

Conscientia Virium (COV) 53, 69, 82

Contentio Anxie Evitandi (CAE) 62, 68, 73, 74, 75, 82, 89

Cruciatus Vehemens (CRV) 62, 69, 74, 77, 82, 87, 93, 115, 128, 149, 150

D

Definitionen von Krankheit, Störung, Befund 203, 204

Depersonalisation, Derealisationssyndrom (F48.1) 74, 116

Depression, depressive Episode (F32.-) 45, 65, 72, 73, 78, 93, 98, 108, 117, 139, 196, **211**, 212, 213, **214**, 216, 218, **219**, 220 *s.a.* **Onus Atrum (ONA)**

Desorganisation 62, 67, 69, 80, 82, 107, 128

Destructive Compensation 71

Diagnostik 88, 141, 159, 201

dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) 76,77

dissoziative Amnesie (F44.-) 74

dissoziative Störungen (F44.-) 69, 74, 77

duale Orientierung der Diagnostik 159

Dunkelheit, emotionale 63, 67, 72, 80, 83, 107, 128 s.a. Onus Atrum (ONA)

Durchsichtigkeit 52, 54, 72, 80, 83, 107, 127, 128 s.a. Facilitas Et Perspicuitas (FEP)

Dynamik 40, 52, 53, 69, 80, 82, 106, 112, 126, 128 s.a. Conscientia Virium (COV)

Dysthymia (F34.1) 78

Ε

Eager Curiosity / Eagerness 68

emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) 76 s.a. Borderline (F60.30, F60.31)

Entität Psyche-Soma 35, 64, 169, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 199

Equanimity 69

Erfahrungsbildung 15, 16, 17, 18, 19, 20, **41**, 49, 51, 58, 59, 64, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 116, 124, 125, 129, 171, 197, 203, 219

Erleben 15, 19, 53, 67, 150, 200, 201, 203

Erschöpfung, Erschöpfungszustände 75, 213 s.a. Vital exhaustion

Erwartungsangst 43, 74, 153, 161

Erzwingenmüssen 63, 67, 71 s.a. Compensatio Delens (COD)

Essstörungen (F50) 76, 77 s.a. Anorexia Nervosa (F50.0, F50.1)

Evaluation 157, 158

Experience of internal Vitality 70 s.a. Compensatory external / somatic Vitality; s.a. Sense (Experience) of Vitality

Exposition 93, 95, 98, 144

Externalität 15, 16, 201 s.a.

```
F
Facilitas Et Perspicuitas (FEP) 54, 72, 83
Fear of imminent Extinction / Annihilation 70
Feeling of Assault and Agitation 69
Flugangst 144
FMRI s. Functional magnetic resonance imaging
Functional magnetic resonance imaging 192, 193
G
genetische Einflüsse 197, 198, 199
Gesundheit 51, 52, 53, 54, 55, 64, 67, 68, 72, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 105, 197, 201, 203
Gesundheitswertigkeit, gesundheitswertig 53, 57, 197
Glaube 19, 25, 26, 116, 149, 163 s.a. Religion
Gleichmächtigkeit von Psyche und Soma 46, 197
Grundmodell der neuen Somatopsychik 197
Gutachten 162, 164
н
Halluzinosen 77
Handeln 15, 19, 56, 67, 73, 75, 77, 93, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 116, 120, 121, 130, 133,
    135, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 151, 154, 160, 192, 194, 200, 201, 203 s.a. Erleben
Hilflosigkeit 49, 58, 67, 81, 116
Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) 78
Hypervigilanz 74, 117, 163
ICF (International Classification of Functions) 160
Illusion von Kontrolle 19, 22, 109, 144, 150, 151
Immunsystem 74, 103, 194, 209
inkontingentes Verhalten 75
Instabilität 93 s.a. Stabilität
Intellectus Sui et Peritia Rerum (ISP) 54, 70
Intensität der Erreichung von Therapiezielen 108, 130 s.a. Kompetenzgrad bei der Erreichung
    von Therapiezielen; s.a. Therapieziele
Interitus Imminens Dissors (IID) 63, 70, 75, 76, 82
Internalität 15, 52, 53, 54, 63, 67, 70, 80, 82, 106, 107, 126, 128, 201, 202 s.a. Externalität;
    s.a. Überdecken, Überdeckenmüssen der eigenen Internalität
Interventionen 56, 87, 97, 100, 102, 119, 125, 197 s.a. Therapie
K
Kämpferische Verteidigung 62, 67, 69, 80, 82, 107
Kompetenzgrad 108, 109, 133, 136, 138, 140, 143, 145, 151
Kompetenzgrad bei der Erreichung von Therapiezielen 108 s.a. Intensität der Erreichung von
    Therapiezielen; s.a. Therapieziele
Kontingenzen 17, 20, 27, 41, 49, 62, 63, 69, 70, 71, 73, 79, 93, 110, 121, 123, 129, 192
```

Kontrolle, Kontrollverhalten, kontrollpsychologischer Ansatz 17, 19, 20, 51, 52, 53, 57, 58, 66, 67, 81, 86, 87, 89, 97, 100, 106, 109, 110, 111, 118, 129, 144, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 154,

163, **171**, **197**, 204

Körpertherapie, Körperpsychotherapie 15, 87, 93, 95, 97, 98, 100, 110, **112**, 128, 151 Krankheitswertigkeit, krankheitswertig 16, 21, 44, 51, 54, 58, 59, 61, 62, 64, **67**, 74, 75, 76, 77, 79, 82, 149, 159, 167, 194, 197, 211, 212, 213, 214, 216 kriteriumsorientiertes Testen 106, 109, 170

L

Last, emotionale 107, 128 s.a. Onus Atrum (ONA)
Leichtigkeit 35, 52, 54, 72, 80, 83, 107, 127, 128, 201 s.a. Facilitas Et Perspicuitas (FEP)
Leiden 38, 49, 61, 62, 63, 67, 68, 72, 76, 77, 79, 80, 82, 85, 107, 167, 190, 197, 210
Libertas Actionis (LA) 52, 53, 68
Licentia Irreverens (LII) 63, 71, 77, 79, 83
Liebe 57, 81, 82

М

manische Episode (F30) 76, 78 manische / hypomanische Störung 71, 77 Medikation 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 102, 103, 119, 137, 151, 168 Modulationen, kognitiv-emotionale 20, 21, 22–29, 86, 119, 129, 161, 165 multiple Persönlichkeitsstörung (F44.81) 74 Muskelverspannungen 33, 73, 74, 146, 148, 161

Ν

narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8) 71, 78, 79 Neurowissenschaften 193, 198 nichtorganische Schlafstörungen (F51) 74 Nosologie, nosologisch 61, 157, 190

0

Obsessive detached Freedom 71
Onus Atrum (ONA) 63, 72, 76, 78, 79, 83, 93, 128
Ordo Sibi Constans (OSC) 54, 71, 83

P

Panikattacken 45, 69, 75, 103 Panikstörung (F41.0) 75, 217 paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0) 70, 76 pathogene Teilziele, Ziele 62-63, 67, 85, 107, 128, 162 Perturbatio Delens Pertinax (PDP) 62, 69, 75, 76, 82 s.a. Unruhe, zerstörerische Phantomschmerz 31, 44, 45 Phasenaufbau von Therapie 85, 88 s.a. Therapie Phobien 68, 73, 74, 82, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 148 postpathogenes, posttraumatisches Wachstum 125 posttherapeutisch 112 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) 42, 69, 73, 74, 75, 79, 87, 118, 149, 202, 216 s.a. Psychotrauma Prämissen 35, 105, 167, 200, 201, 202, 204 prodromal 21, 54, 58, 81, 85 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19) 73, 76, 111, 195

Psychotrauma 42, 58, 69, 74, 79, 111, **115**, 118, **128**, **149**, 150, 152, 153, 155, 163, 216 PTBS *s.* Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Pyromanie (F63.1) 77

R

Reaktanz 19, 24, 77, 81

Reaktion auf schwere Belastung (F43.8, F43.9) 74

Referentialdomänen (RD) 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 49, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 86, 102, 110, 111, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 152, 162, 165, 201 s.a. Referentialdomäne 1, 2 und 3

- Referentialdomäne 1 15, 16, 22, 23, 24, 49, 53, 57, 68, 69, 70, 73, 74, 77, 78, 102, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 130, 152 *s.a.* Umgang mit sich selbst
- Referentialdomäne 2 16, 25, 26, 49, 53, 63, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 102, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 130 *s.a.* Umgang mit der externalen Welt
- Referentialdomäne 3 15, 16, 27, 28, 29, 49, 53, 63, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130 *s.a.* Umgang mit der externalen Welt

Referentialpsychologie 19, 20, 109

Referentialtherapie 20, 109, 150, 152, 171

Regelkreise, somatopsychische 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 46, 76, 80, 112, 125, 129

Regulationsprozess 17, 18, 51, 194

Religion 16, 191 s.a. Glaube

Resilienz 39, 53, 56, 62, 68, 72, 87, 103, 105, 106, 112, 125, 165, 170, 171, 203

RET, Rational-emotive Therapie 21, 110, 111

rezidivierende depressive Störungen (F33) 78

Ruhe und Ausgeglichenheit 52, 53, 69, 80, 82, 106, 126, 128, 129 *s.a.* Animus Aequus (ANA); *s.a.* Unruhe

S

salutogene Teilziele, Ziele 42, **53**, 57, 67, **68**, **69**, **70**, **71**, **72**, 85, **125**, 126, 127, 128, 129, 159, 161, 165, 167

schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55) 76,77

schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) 78

Schizophrenie (F20) 70, 76, 77, 111, 212

Schmerzgedächtnis 44

Schmerztomografie 151, 153 s.a. Angsttomografie

Selbstheilungskräfte 62, 105, 112

selbstreferentiell 15, 22, 23, 24, 49, 77, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127

Sense (Experience) of Vitality 69, 70 s.a. Conscientia Virium (COV)

Sensus Vitae Interioris (SVI) 54, 70, 82

Soma 31, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 64, 65, 86, 119, 130, 169, **190**, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 220

somatoforme Störungen (F45) 71, 73, 77

Somatopsychik 31, 35, 45, 46, 56, 190, 192, 197, 200, 203, 207

somatopsychische Basisprozesse 31, 39–41, 42–46, 47, 48, 49, 64, 80, 86, 87, 119–124, 207–221

somatopsychische Prozesse 31, 38, 39, 47, 48, 49

Soziopathie 71, 77, 79

Stabilisierung 16, 45, 93, 96, 99, 100, 112, 125, 150, 152, 203

Stabilität 36, 46, 80, 101, 112, 125, 142, 150 s.a. Instabilität

Subsidiarität, Soma und Psyche 41, 42, 43, 44, 45, 86, 119, 130 Systematik leben 52, 54, 127, 128 Systematik somatopsychischer Störungen 67

Т

Teilziele s. salutogene Teilziele, Ziele; s. pathogene Teilziele, Ziele
Therapie 15, 21, 36, 49, 85, 87, 88, 97, 102, 105–109, 110–113, 115–118, 119–132, 133–155, 157, 159, 167, 168, 194, 200, 201, 202, 204
Therapieforschung 157, 169–170, 171, 196, 200–204
Therapiesystematik 85, 171

Transparancy 72
Transzendenz 56

Trichotillomanie (F63.3) 77

U

Überdecken, Überdeckenmüssen der eigenen Internalität 63, 67, 70, 80, 82, 107 s.a. Compensatio Vitae (CPV); s.a. Internalität

Umgang mit der externalen Welt 20, 51, 57, 110, 203 s.a. Referentialdomäne 2 und 3

Umgang mit sich selbst 49, 55, 103, 110, 127 s.a. Referentialdomäne 1

Unruhe 43, 46, 62, 74, 75, 89, 90, 91, 92, 116, 125, 139, 154, 161, 163, 219

- langlebige und wiederkehrende innere 75

Therapieziele 88, 107, 108, 109, 152, 165

- motorische 75
- zerstörerische 62, 69, 74, 75, 76 s.a. Perturbatio Delens Pertinax (PDP)

V

Verhalten 15, 53-54, 62-63, 107, 108

Vermeidungsverhalten 42, 73, 74, 93, 105, 107, 117, 163

Vernichtetwerden 63, 67, 70, 80, 82, 107 s.a. Interitus Imminens Dissors (IID)

verstehendes Erleben 52, 54, 70, 80, 82, 107, 127, 128, 129 *s.a.* Intellectus Sui et Peritia Rerum (ISP)

Vital exhaustion 65, 213, 221 s.a. Erschöpfung, Erschöpfungszustände Vota Expleta (VEX) 54, 71, 82

W

Wirksamkeit, Erfahren von 20, 101, 109, 167

Wish Fulfillment (Achievement) 71 s.a. Vota Expleta (VEX)

Wohlbefinden 35, 38, 39, 40, 44, 45, 46, **49**, **51–57**, 58, 61, 67, **68–72**, 74, 79, **80**, **82–83**, 86, 100, 103, 105, 106, 107, 193, 195, 197, 201, 203, 210

Wunscherfüllung 52, 54, 80, 82, 107, 127, 128 s.a. Vota Expleta (VEX)

Z

Ziele s. pathogene Teilziele, Ziele; s. salutogene Teilziele, Ziele Zwangsstörung (F42) 77

Danksagungen

Die lateinischen Fachbegriffe der Krankheiten und der Gesundheitskategorien prüfte und gestaltete mein Kollege, Herr Univ.-Prof. Dr. phil. habil. Christoph Schubert, Universität Wuppertal. Die dazu gehörigen englischsprachigen Fachbegriffe prüfte und gestaltete Frau Univ.-Prof. Birgit Neumann, Universität Passau.

Ich danke beiden dafür sehr.

Für Recherchearbeiten danke ich Sonja Hansen und Johanna Schumacher, für redaktionelle Hilfe bedanke ich mich bei Juliette Tóth. Alle drei befanden sich auf dem Weg zu ihrem Abschluss im Studium der Psychologie.

Die Endredaktion leistete vor allem Frau Dipl.-Psychol. Mara Schulte-Schröer.

Die englische Ausgabe dieses Buches wurde mit dem System DeepL Translator (www.deepl.com) übersetzt und von M.Sc.-Psych. Adrienne Slorach überarbeitet.

Den Buchsatz erarbeiteten Dipl.-Des. Julia Echterhoff, Köln, (www.julistrationen.com) und Dipl.-Des. Andreas Burbach (www.andreasburbach.de), ui/deation GmbH & Co KG, Köln (www.uideation.com). Die Abbildungen wurden von Dipl.-Des. Julia Echterhoff und die Umschlagsgestaltung von Dipl.-Des. Andreas Burbach erstellt.

Der Autor

Geb. 1942, Studium der Psychologie in Köln und in Wien, Diplom 1967, Promotion zu Methoden der Lernerfolgsmessung 1972 (Dr. rer. nat. an der Universität zu Köln), Durchführung von Forschungsprojekten zur Verhaltensänderung und zur Lernpsychologie (im Bildungswesen sowie im Bereich Mobilität und Verkehr).

Lehraufgaben an verschiedenen Universitäten (u.a. in Düsseldorf und in Bochum), Habilitation im Fachgebiet Psychologie mit dem Thema "Erfahrungsbildung" an der Universität Wuppertal, apl. Professor für Psychologie der Universität Wuppertal (1996) mit Themen der Lernpsychologie, Pädagogischen und Klinischen Psychologie.

Leitung von hochschulnahen Forschungsinstituten, Mitwirkung an der Gründung der Fernuniversität, Arbeit in Fachgremien von Fachgesellschaften, der Bundesregierung und der Europäischen Union.

Als Psychologischer Psychotherapeut Aufbau und Implementierung eines neuen Psychotherapieprogramms vor allem für den Bereich von Extremerlebnissen.

Literatur des Autors befindet sich im Internet unter der Adresse: www.echterhoff.com.



Der Autor, Prof. Dr. Wilfried Echterhoff, Hochschullehrer für Psychologie an der Bergischen Universität Wuppertal und Leiter eines Instituts für Psychotherapie und Coaching bis zum Jahr 2012, setzt mit diesem Buch seine Reihe neuer wissenschaftlicher und praktischer Impulse fort.

Dieses Buch ...

- ... versteht Psychotherapie als Aufbauarbeit für einen Menschen und nicht als Attacke gegen Krankheiten
- ... fügt den modernen Kenntnisstand zu einem neuen Bild von Körper und Seele zusammen
- ... betrachtet das Zusammenspiel von Körper und Seele wie das Verhalten eines Liebespaars: Man fördert sich gegenseitig und hat gemeinsame konstruktive oder manchmal auch destruktive Ziele
- ... verdeutlicht eine Fülle von bislang vernachlässigten Wirkweisen zwischen Körper und Seele
- ... erläutert im Detail, wie Körper und Seele zusammenwirken
- ... beschreibt zum ersten Mal detaiiliert den Zustand von Gesundheit mithilfe von acht Merkmalen auf der Grundlage der allgemeinen Definition der Weltgesundheitsorganisation
- ... erarbeitet auf fachlicher Grundlage eine neue Krankheitssystematik für das Gesamtsystem Körper/Seele und hebt sich somit vom Mainstream ab
- ... stellt ein neues Konzept zur Somatopsychik vor, in dem die Entstehung, die Zusammenhänge und die Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten verständlich gemacht werden
- ... gibt vielfältige praktische Anleitungen für die Behandlung von ausgewählten Krankheiten
- ... vermittelt eine neue Denkweise, die sich sofort praktisch umsetzen lässt, und erläutert die Reichweiten und Grenzen der Kenntnisse und praktischen Handhabungen

DOI: https://doi.org/10.25926/hnf9-2243

URN: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:468-20230118-112417-0