

Kurt Fritzsche
Werner Geigges · Dietmar Richter
Michael Wirsching *Hrsg.*

Psychosomatische Grundversorgung

2. Auflage

 Springer

Psychosomatische Grundversorgung

K. Fritzsche
W. Geigges
D. Richter
M. Wirsching
(Hrsg.)

Psychosomatische Grundversorgung

2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 95 Abbildungen

 Springer

Herausgeber
Kurt Fritzsche
Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg

Werner Geigges
Reha-Klinik Glotterbad
Glottertal

Dietmar Richter
Bad Säckingen

Michael Wirsching
Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg

ISBN 978-3-662-47743-4 978-3-662-47744-1 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-47744-1

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

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Zeichner:

Gisela Mehren, Freiburg (Abb. 5.2, 5.3, 7.2, 9.1, 10.2, 10.4, 12.3, 14.1, 14.2, 16.2, 17.1, 18.1, 18.2, 20.1, 22.1, 25.1, 25.2, 27.1, 28.2)

Claudia Styrsky, München (Zeichnungen in den Abb. 10.3, 12.1, 12.2, 29.6, 29.8, 30.3, 30.4)

Peter Späth, Freiburg (Abb. 5.1)

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort zur 2. Auflage

»Das Lehren mit Worten ist nicht so gut wie das Lehren mit dem Leib.«
(Alte chinesische Redewendung)

Der Anstoß zu einer Neuauflage unseres Lehrbuchs kommt nicht nur aus der Notwendigkeit neues Wissen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie auch für nicht »Psycho-Ärzte« aufzubereiten, sondern auch durch eine neue Generation von Ärzten in allen Fachgebieten, die inzwischen sehr aufgeschlossen für psychosomatisches Denken sind. Es sind Ärzte, die durch die Reform des Medizinstudiums schon während ihres Studiums Kurse in ärztlicher Gesprächsführung absolviert haben und die durch inhaltlich und didaktisch gut aufbereitete Praktika in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie schon frühzeitig für ein ganzheitliches biopsychosoziales Krankheitsmodell sensibilisiert wurden. Es ist eine Generation von Ärzten entstanden, die wissen, dass das vorherrschende Krankheits- und Behandlungsmodell nur eine Möglichkeit ist, Medizin zu betreiben und die durch die Ökonomisierung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin immer mehr desillusioniert werden. Psychosomatische Medizin als humane Medizin ist in diesem Sinne »subversiv«, da sie Theorie und Praxis einer technisierten Medizin unterläuft und Ärzten wieder einen ganzheitlichen Ansatz ärztlicher Heilkunde lehrt. Psychosomatische Medizin in diesem Sinne ist nicht nur ein Spezialfach, sondern fester Bestandteil jedes ärztlichen Fachgebietes. Wir freuen uns, dass das Interesse an einer psychosomatischen Medizin weiter wächst und stellen uns gerne den inhaltlichen, methodischen und didaktischen Problemen, die bei der Konzeptualisierung unserer Kurse zur Psychosomatischen Grundversorgung und bei der Neuauflage dieses Lehrbuchs gefordert sind.

Wozu psychosomatische Grundversorgung?

Nach aktuellen Untersuchungen entwickelt zwischen 25–30 % der Bevölkerung mindestens einmal jährlich eine psychische Störung nach den Kriterien von ICD-10. Das Lebenszeitrisiko liegt bei mehr als 50 %. Am häufigsten treten Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen auf. Die Mehrheit dieser psychischen Störungen manifestiert sich in der Kindheit und Adoleszenz. Hier werden Weichen für eine lebenslange Leidensgeschichte gestellt. Immer noch werden psychische Störungen nicht frühzeitig erkannt und v. a. nicht adäquat behandelt. Unbehandelt nehmen psychische Störungen einen chronischen Verlauf mit enormem Leiden für die Patienten und nicht selten auch erheblichen Auswirkungen auf deren soziales Umfeld. Dies ist mit enormen Kosten für das Gesundheitswesen verbunden.

Durch die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung und der Weiterbildung Psychotherapie-fachgebunden hat Deutschland weltweit das beste Versorgungssystem ambulanter und stationärer psychosomatischer Medizin und Psychotherapie.

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

In Freiburg im Breisgau finden seit 1991 kontinuierlich Kurse zur Qualifikation in Psychosomatischer Grundversorgung statt. Mehrere tausend Ärztinnen und Ärzte, vom Berufseinsteiger bis zum langjährig erfahrenen Arzt, gaben uns über die Jahre die Rückmeldung durch die Kurse in ihrem persönlichen Umgang mit Patienten viel gelernt zu haben. Sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die eigene Zufriedenheit mit der täglichen Arbeit hätten sich verbessert.

Das Lehrbuch

Die in über 20 Jahren erworbenen Erfahrungen bei der inhaltlichen, didaktischen und methodischen Gestaltung der Fort- und Weiterbildungen in Psychosomatischer Grundversorgung fließen in dieses Buch ein. Der Untertitel »Lehrbuch« ist irreführend, denn psychosomatische Medizin lernt man nicht aus Büchern. Man lernt sie durch tägliche Erfahrungen mit Patienten, durch gute Lehrer, Supervision, Balintgruppen und am häufigsten durch eigene Fehler und Scheitern.

Dieses Buch wurde geschrieben für neugierige Ärzte, die Kenntnisse und Fertigkeiten in psychosomatischer Medizin erwerben und weiterentwickeln möchten. Die Hauptfrage ist daher: Wie lerne ich psychosomatische Grundversorgung?

Das Buch gliedert sich nach den 3 Zielen der psychosomatischen Grundversorgung:

1. Erkennen psychischer und psychosomatischer Probleme und Störungen,
2. Begrenzte eigene Beratungs- und Behandlungsangebote,
3. Rechtzeitige und gezielte Weitervermittlung in Fachpsychotherapie, sofern erforderlich.

Die Autoren gehen zunächst davon aus, was passiert, wenn ein Patient und ein Arzt zum ersten Mal in der Praxis oder im Krankenhaus aufeinandertreffen. Wir haben versucht, diesen Prozess, der oft nur 5–10 min dauert, in Zeitlupe detailliert anzuschauen, sowohl aus Sicht des Arztes als auch aus Sicht des Patienten. Jeder einzelne Schritt wird genau nachvollzogen und auch theoretisch begründet.

Der Hauptteil des Buches stellt grundlegende Denk- und Vorgehensweisen bei den häufigsten Krankheitsbildern, Störungen und Problemen vor.

Uns ist bewusst, dass der Arzt in Klinik und Praxis nach einem 80-stündigen Kurs in Psychosomatischer Grundversorgung und begrenztem Zeitbudget nur wenige Elemente sofort in seinem Arbeitsbereich anwenden wird. Am Anfang bleibt es vielleicht zunächst bei einem Patienten pro Woche, wo der Arzt eine ausführliche biopsychosoziale Anamnese erhebt und erste Interventionen zur Reduktion von Angst und Depressivität anwendet oder den Patienten für eine Fachpsychotherapie motiviert.

Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung einer integrierten psychosomatischen Versorgung und Modelle der Kooperation und Integration von Psychosomatik in Praxis und Krankenhaus werden vorgestellt. Ein wichtiges Anliegen des Buches ist die Vermittlung einer achtsamen Haltung gegenüber dem Patienten, unseren ärztlichen Kollegen gegenüber und besonders auch gegenüber sich selbst.

Am Schluss des Buches finden sich daher Überlegungen zur eigenen Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe. Dazu gehört auch die Teilnahme an einer Balintgruppe.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit in diesem Buch überwiegend das generische Maskulinum verwenden. Dieses impliziert natürlich immer auch die weibliche Form. Sofern die Geschlechtszugehörigkeit von Bedeutung ist, wird sie selbstverständlich sprachlich differenziert.

Das Buch verdankt sein theoretisches Fundament **Thure von Uexküll**. In jahrzehntelanger Arbeit hat er ein Modell der psychosomatischen Medizin entwickelt, welches alle klinischen Fächer umfasst und die Spaltung der Medizin in körperliche und seelische Krankheiten überwindet.

Der Arbeitskreis Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Südbaden e. V. ist seit seiner Gründung 1991 dieser Idee einer nicht dualistischen Medizin verpflichtet. Der Grundgedanke ist, dass psychosomatische Medizin ein integraler Bestandteil der Medizin ist. Es braucht psychosomatisch denkende und handelnde Ärzte in allen Fachgebieten der Medizin.

Kurt Fritzsche (für die Autorinnen und Autoren)

Freiburg, im Juli 2015

Vorwort zur 1. Auflage

Eine psychosomatische Haltung in der Medizin lässt sich nicht aus Büchern lernen. Deshalb ist der Untertitel »Lehrbuch« etwas irreführend. Vielmehr sind es tägliche Erfahrungen mit Patienten, gute Lehrer, Supervision, Balintgruppen und nicht zuletzt eigene Fehler und Scheitern, die uns Psychosomatik lehren. So ist auch dieses Buch aus der Praxis entstanden, aus der täglichen Arbeit der Autoren und den über 10-jährigen Erfahrungen in Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

Sein theoretisches Fundament verdankt das Buch Thure von Uexküll. In jahrzehntelanger Arbeit hat er ein Modell der psychosomatischen Medizin entwickelt, welches alle klinischen Fächer umfasst und die Spaltung der Medizin in körperliche und seelische Krankheiten überwindet. Wir sind uns bewusst, dass es eine ärztliche Praxis ohne Theorie nicht gibt. Oft ist uns die theoretische Fundierung unserer ärztlichen Entscheidungen allerdings gar nicht präsent. Das dargestellte Modell einer Psychosomatik als integrierte Medizin stellt eine »Landkarte« zur Verfügung, um praktisches Handeln besser zu verstehen.

Möchten Sie sich informieren über Gesprächsführung, Diagnostik und Therapie von Angststörungen, die Begleitung von Krebspatienten und die Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen, dann raten wir Ihnen, in dem jeweiligen Kapitel direkt nachzuschlagen. Den theoretischen Grundlagen können Sie sich auch erst im zweiten Anlauf nähern. Für die therapeutische Arbeit haben wir 4 Prinzipien dargestellt, die in jedem Behandlungsprozess wirksam sind. Diese Wirkfaktoren finden sich in unterschiedlicher Gewichtung bei allen Krankheitsbildern und Problembereichen wieder. Sie werden ergänzt durch spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten beim Erkennen und Behandeln dieser Störungen.

Dieses Buch wurde geschrieben für neugierige Ärzte, die Kenntnisse und Fertigkeiten in psychosomatischer Medizin erwerben und weiterentwickeln möchten. Die Hauptfrage ist daher: Wie lerne ich psychosomatische Grundversorgung? Psychosomatische Medizin ist ein Querschnittsfach mit einem kaum zu überschauenden Wissen. In einem Kurs und in diesem Lehrbuch ist es nicht möglich, alle Krankheitsbilder zu behandeln. Deswegen werden grundlegende Denk- und Vorgehensweisen an exemplarischen Krankheitsbildern erläutert.

Das Buch gliedert sich nach den drei Zielen der psychosomatischen Grundversorgung:

1. Erkennen psychischer und psychosomatischer Probleme und Störungen,
2. begrenzte eigene Beratungs- und Behandlungsangebote,
3. rechtzeitige und gezielte Weitervermittlung in Fachpsychotherapie, sofern erforderlich.

Die Autoren beschreiben zunächst, was geschieht, wenn ein Patient und ein Arzt zum ersten Mal in der Praxis oder im Krankenhaus aufeinander treffen. Wir haben versucht, diesen Prozess, der oft nur 5–10 min dauert, sozusagen in Zeitlupe, sowohl aus Sicht des Arztes als auch aus Sicht des Patienten detailliert anzuschauen, um jeden Schritt genau nachzuvollziehen und auch theoretisch zu begründen.

Der Hauptteil des Buches stellt Behandlungsansätze und ihre Anwendung bei den häufigsten Krankheitsbildern, Störungen und Problemen vor. Uns ist bewusst, dass der Arzt in Klinik

und Praxis nach einem 80-stündigen Kurs in psychosomatischer Grundversorgung und begrenztem Zeitbudget nur ausgewählte Elemente sofort in seinem Arbeitsbereich anwenden wird. Am Anfang bleibt es vielleicht erstmal bei einem Patienten pro Woche, wo der Arzt spürt, dass er ihn umfassender versteht und in der Lage ist, eine ausführliche biopsychosoziale Anamnese zu erheben und erste Interventionen zur Reduktion von Angst und Depressivität, zur Schmerzverarbeitung oder zur Motivation für eine Fachpsychotherapie auszuprobieren.

Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung einer integrierten psychosomatischen Versorgung und Modelle der Kooperation und Integration von Psychosomatik in Praxis und Krankenhaus werden vorgestellt. Am Schluss des Buches finden sich Überlegungen zur Psychohygiene der Helfer, im Sinne einer Burnout-Prophylaxe. Einer dieser hilfreichen Schritte, die Teilnahme an Balintgruppen, wird in einem eigenen Kapitel dargestellt.

Die Fallbeispiele zur Illustrierung eines Problems stammen aus der eigenen Praxis der Autoren, wurden von Teilnehmern der Kurse vorgetragen oder sind aus bereits veröffentlichten Büchern zur psychosomatischen Medizin entnommen, wenn sie uns besonders anschaulich erschienen.

Die in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Wichtigstes Anliegen des Buches ist die Vermittlung einer ärztlichen Haltung gegenüber dem Patienten, unseren ärztlichen Kollegen und uns selbst. Sie lässt sich mit der folgenden Anekdote beschreiben: Ein seit 17 Jahren niedergelassener Chirurg mit Qualifikation und Erfahrung in psychosomatischer Grundversorgung antwortete auf die Frage nach seinem schönsten Erlebnis mit Patienten spontan: »Mein schönstes Erlebnis war, als eine Patientin zu mir sagte: Herr Doktor, bei Ihnen vergesse ich immer, dass Sie Arzt sind«.

Kurt Fritzsche (für die Autorinnen und Autoren)
Freiburg, im Juli 2003

Danksagung

Wir bedanken uns bei den tausenden ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die bisher unsere Kurse besucht haben und die viele wichtige Anregungen zu diesem Buch beigetragen haben. Bedanken möchten wir uns bei den Patienten in der Klinik und in der Haus- und Facharztpraxis, die sich über das Verständnis freuen, das ihnen entgegen gebracht wird, und die uns immer wieder bestärken auf dem Weg zu einer integrierten psychosomatischen Medizin fortzufahren.

Wir danken den Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg, der Werner-Schwidder-Klinik in Bad Krozingen, der Rehaklinik Glotterbad, der Celenus-Klinik Freiburg und den Patienten aus den Praxen der Dozenten, dass sie sich für ein Patienten-Live-Gespräch im Rahmen unserer Kurse zur Verfügung gestellt und offen und eindrucksvoll über ihre Beschwerden, ihre Lebensgeschichte und ihre Behandlung berichtet haben.

Wir danken auch den Dozenten des Arbeitskreises Psychosomatische Grundversorgung Südbaden e. V., die nicht als Autoren an der Entstehung der 2. Auflage dieses Lehrbuchs mitgewirkt haben, aber bei unseren Arbeitstreffen durch Diskussionsbeiträge und Arbeitsmaterialien wichtige Impulse zur Verbesserung unseres Curriculums gegeben haben: Bettina Engemann, Manfred Sauer, Christoph Schaefer, Bettina Seiberling, Georg Schmitt, Axel Schweickhardt und dem leider verstorbenen Freund und Kollegen Georg Napp.

Wir danken Almut Zeeck für die kritische Durchsicht des Kapitels über Anorexia nervosa und Bulimie.

Unser besonderer Dank gilt Thure von Uexküll, der mit seinem Modell einer Psychosomatik als integrierte Medizin unsere Arbeit sehr geprägt hat. Danken möchten wir auch Michael Wirsching, dem Ärztlichen Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Universitätsklinikum Freiburg, der Anfang der 90er Jahre mit großem Engagement und Unterstützung von KV Südbaden und Bezirksärztekammer Südbaden die ersten Kurse in Psychosomatischer Grundversorgung initiiert hat.

Wir danken vor allem Frau Kunz und Frau Krivickaite, die in geduldiger und mühevoller Kleinarbeit mit Unterstützung von Frau Schulz vom Springer-Verlag und der Lektorin, Frau Leubner-Metzger, für die Fertigstellung des Manuskripts gesorgt haben.

Kurt Fritzsche (für die Autorinnen und Autoren)

Die Mitherausgeber dieses umfangreich neu gestalteten Lehrbuchs *Psychosomatische Grundversorgung* danken in besonderer Weise Herrn Prof. Dr. med. Kurt Fritzsche für seine zahlreichen Initiativen und Anregungen zur Gestaltung dieser 2. Auflage. Seine unermüdliche, stets »liebevoll antreibende« Art bei der redaktionellen Gestaltung der einzelnen Kapitel hat dieses Buch in der jetzt vorliegenden Form entstehen lassen.

Werner Geigges, Dietmar Richter und Michael Wirsching

Inhaltsverzeichnis

I	Was ist psychosomatische Grundversorgung?	
1	Was ist psychosomatische Medizin?	3
	<i>Werner Geigges, Kurt Fritzsche</i>	
1.1	Definition	4
1.2	Das theoretische Modell der psychosomatischen Medizin und seine philosophischen Grundlagen	5
1.2.1	Konstruktivismus – Wir erschaffen uns unsere Wirklichkeit selbst	5
1.2.2	Krankheit als Passungsstörung	6
1.2.3	Selbstregulation lebender Systeme (Exkurs)	6
1.3	Das biopsychosoziale Modell von Krankheit am Beispiel der koronaren Herzkrankheit	7
1.4	Wissenschaftliche Grundlagen	8
1.4.1	Psychobiologie	8
1.5	Was macht uns krank, was hält uns gesund?	11
1.5.1	Stressmodell	12
1.5.2	Antistresssysteme des menschlichen Organismus	13
1.5.3	Ein integratives Modell der psychosomatischen Medizin	16
	Literatur.	17
2	Warum psychosomatische Grundversorgung?	19
	<i>Werner Geigges, Kurt Fritzsche</i>	
2.1	Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind häufig	20
2.2	Versorgungssituation bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Krankheiten	21
	Literatur.	22
3	Ziele der Fort- und Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung	23
	<i>Werner Geigges, Kurt Fritzsche</i>	
3.1	Inhalte der psychosomatischen Grundversorgung	24
3.2	Prozessqualität in der psychosomatischen Grundversorgung: Basisdiagnostik, Basistherapie und Kooperation	24
3.3	Die narrative Dimension in der psychosomatischen Grundversorgung: Krankengeschichte als »Lebenserzählung«	26
3.4	Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung	27
	Literatur.	29

II Der Erstkontakt: Erkennen psychosozialer Belastungen und Therapieplanung

4	Beziehungsgestaltung – Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit	33
	<i>Kurt Fritzsche, Dietmar Richter, Dietrich Noelle</i>	
4.1	Arzt und Patient im Annäherungsprozess	34
4.2	Einstellungen und Techniken, die sich bewährt haben	34
4.2.1	Empathie	34
4.2.2	Echtheit	34
4.2.3	Bedingungslose Wertschätzung	35
4.2.4	Innehalten, Geduld haben, abwarten	35
4.2.5	Die Kunst des Zuhörens	35
4.2.6	Fragen	36
4.2.7	Die Person des Arztes als diagnostisches Instrument und als Medikament	37
4.3	Formen der Arzt-Patient-Beziehung	37
4.3.1	Das paternalistische Modell	38
4.3.2	Das Dienstleistungs- oder Konsumentenmodell	38
4.3.3	Das partnerschaftliche Modell	39
	Literatur.	40
5	Gesprächsführung – Vom Verhören zum Zuhören	41
	<i>Kurt Fritzsche, Dietmar Richter, Christina Burbaum</i>	
5.1	Bedeutung des ärztlichen Gespräches für Diagnostik und Therapie	42
5.2	Häufige Mängel und Fehler im Arzt-Patient-Gespräch	42
5.3	Patientenzentrierte und arztzentrierte Gesprächsführung	42
5.3.1	Die patientenzentrierte Gesprächsführung	43
5.3.2	Strukturierung des Gespräches – die arztzentrierte Gesprächsführung	46
5.4	Umgang mit negativen Emotionen (Angst, Ärger, Wut)	48
5.4.1	Mit welchem Ohr hört der Arzt?	49
5.4.2	Umgang mit aggressiven Patienten – ein Deeskalationsmodell	51
	Literatur.	53
6	Die biopsychosoziale Anamnese	55
	<i>Kurt Fritzsche, Christina Burbaum</i>	
6.1	Begrüßung und Beziehungsgestaltung	56
6.2	Setting und Sitzordnung	56
6.3	Patientenzentrierte Phase der Befunderhebung (aktuelle Beschwerden)	57
6.4	Arztzentrierte Phase der Befunderhebung	57
6.5	Körperliche Untersuchung	58
6.6	Psychosoziale Anamnese und aktuelle Lebenssituation	58
6.6.1	Einfühlungsvermögen für körperliche Beschwerden (Exkurs)	60
6.7	Gesamtdiagnose	60
6.8	Behandlungsplanung	61
6.9	Abschluss	61
6.10	Dokumentation	62
	Literatur.	62

7	Das Paar- und Familiengespräch	63
	<i>Werner Geigges, Dietrich Noelle, Michael Wirsching</i>	
7.1	Theoretischer Teil	64
7.1.1	Konzept des Lebenszyklus	64
7.2	Praktischer Teil	66
7.2.1	Das Familiengespräch im medizinischen Kontext	66
7.2.2	Phasen des Familiengesprächs	67
7.2.3	Erstellung eines Genogramms	70
7.2.4	Techniken der Gesprächsführung	71
	Literatur.	73
8	Was wirkt? – Allgemeine Wirkfaktoren ärztlicher Interventionen	75
	<i>Kurt Fritzsche, Daniela Wetzel-Richter</i>	
8.1	Psychosoziale Grundbedürfnisse	76
8.2	Allgemeine Wirkfaktoren	78
8.2.1	Eine gute Arzt-Patient-Beziehung	78
8.2.2	Aktive Unterstützung zur Problem- und Krankheitsbewältigung	80
8.2.3	Salutogenese und Ressourcenaktivierung	81
8.2.4	Gesundheitsförderung durch Lebensstiländerung	81
	Literatur.	86
III	Erkennen und Behandeln häufiger Krankheitsbilder und Problembereiche	
9	Somatoforme Störungen	91
	<i>Kurt Fritzsche, Martin Dornberg, Christina Burbaum</i>	
9.1	Theoretischer Teil	92
9.1.1	Kennzeichen	92
9.1.2	Symptome	92
9.1.3	Diagnostische Einteilung	92
9.1.4	Häufigkeit und Verlauf	94
9.1.5	Ursachen	95
9.2	Praktischer Teil	95
9.2.1	Erkennen	95
9.2.2	Behandlung	96
	Literatur.	103
10	Chronische Schmerzstörung	105
	<i>Kurt Fritzsche, Martin Dornberg, Blandine Niklaus</i>	
10.1	Theoretischer Teil	106
10.1.1	Kennzeichen	106
10.1.2	Diagnostische Einteilung	106
10.1.3	Häufigkeit	108
10.1.4	Ursachen	108
10.1.5	Risikofaktoren für Chronifizierung	108
10.1.6	Sonderform der chronischen Schmerzstörung: Das Fibromyalgiesyndrom	110

10.2	Praktischer Teil	111
10.2.1	Erkennen – die psychosomatische Schmerzanamnese	111
10.2.2	Behandlung	113
	Literatur.	118
11	Angststörungen	119
	<i>Kurt Fritzsche, Uwe H. Ross</i>	
11.1	Theoretischer Teil	120
11.1.1	Kennzeichen	120
11.1.2	Symptome	120
11.1.3	Diagnostische Einteilung	120
11.1.4	Differentialdiagnosen	124
11.1.5	Häufigkeit und Verlauf	124
11.1.6	Ursachen	125
11.2	Praktischer Teil	125
11.2.1	Erkennen	125
11.2.2	Arzt-Patient-Beziehung und Haltung	126
11.2.3	Behandlung	126
11.2.4	Krisenintervention bei Panikattacken	130
11.2.5	Medikamentöse Behandlung	130
11.2.6	Fallstricke	131
11.2.7	Überweisung und Kooperation mit psychotherapeutischen Praxen und Kliniken	131
11.2.8	Psychotherapeutische Behandlung	132
	Literatur.	132
12	Depression und Suizidalität	133
	<i>Kurt Fritzsche, Daniela Wetzel-Richter</i>	
12.1	Theoretischer Teil	134
12.1.1	Kennzeichen	134
12.1.2	Diagnostische Einteilung	134
12.1.3	Differenzialdiagnose	136
12.1.4	Ursachen	138
12.2	Praktischer Teil	141
12.2.1	Erkennen	141
12.2.2	Therapeutische Grundhaltung	142
12.2.3	Arzt-Patient-Beziehung	142
12.2.4	Behandlung	143
12.2.5	Gesprächsführung: Begleiten-Aktivieren-Informieren-Motivieren	143
12.2.6	Einbeziehen von Familie und nahen Bezugspersonen	144
12.2.7	Psychopharmaka	145
12.2.8	Psychotherapie	146
12.2.9	Suizidalität	147
	Literatur.	151

13	Krebserkrankung	153
	<i>Kurt Fritzsche, Werner Geigges</i>	
13.1	Theoretischer Teil	154
13.1.1	Psychosoziale Faktoren	154
13.1.2	Diagnose Krebs	154
13.1.3	Problem Fatigue	157
13.2	Praktischer Teil	157
13.2.1	Das Informations- und Aufklärungsgespräch	157
13.2.2	Behandlungsstufen	162
13.2.3	Psychotherapie bei Krebs	163
13.2.4	Sterbebegleitung	164
	Literatur	164
14	Koronare Herzkrankheit	167
	<i>Kurt Fritzsche, Daniela Wetzel-Richter</i>	
14.1	Theoretischer Teil	168
14.1.1	Kennzeichen	168
14.1.2	Psychosoziale Faktoren	168
14.1.3	Geschlechtsspezifische Aspekte	169
14.2	Praktischer Teil	170
14.2.1	Erkennen	170
14.2.2	Haltung und Arzt-Patient-Beziehung	171
14.2.3	Psychotherapie nach Herzinfarkt	173
14.2.4	Psychopharmaka	173
	Literatur	173
15	Diabetes mellitus	175
	<i>Werner Geigges, Ulrich Garwers, Martin Poppelreuter, Kurt Fritzsche</i>	
15.1	Theoretischer Teil	176
15.1.1	Kennzeichen	176
15.1.2	Symptome	176
15.1.3	Psychosomatik des Diabetes mellitus	176
15.1.4	Häufigkeit und Verlauf	179
15.2	Praktischer Teil	179
15.2.1	Erkennen psychischer Belastungen	179
15.2.2	Therapeutische Grundhaltung	180
15.2.3	Behandlung	181
	Literatur	182
16	Adipositas und metabolisches Syndrom	185
	<i>Kurt Fritzsche, Daniela Wetzel-Richter, Werner Geigges</i>	
16.1	Adipositas	186
16.1.1	Theoretischer Teil	186
16.1.1.1	Kennzeichen und diagnostische Einteilung.	186
16.1.1.2	Häufigkeit und Verlauf.	186
16.1.1.3	Psychosoziale Folgen der Adipositas	186
16.1.1.4	Ursachen	186

16.1.2	Praktischer Teil	187
16.1.2.1	Erkennen von Übergewicht und Adipositas	187
16.1.2.2	Grundhaltung	187
16.1.2.3	Arzt-Patient-Beziehung	188
16.1.2.4	Behandlung	188
16.2	Metabolisches Syndrom	190
16.2.1	Theoretischer Teil	190
16.2.1.1	Kennzeichen	190
16.2.1.2	Ursachen	190
16.2.1.3	Häufigkeit und Verlauf	190
16.2.1.4	Depression, metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus	190
16.2.2	Praktischer Teil	191
16.2.2.1	Erkennen	191
16.2.2.2	Grundhaltung	191
16.2.2.3	Arzt-Patient-Beziehung	191
16.2.2.4	Behandlung	191
	Literatur	192
17	Anorexia nervosa und Bulimie	195
	<i>Kurt Fritzsche, Peter Rochlitz</i>	
17.1	Anorexia nervosa (ICD-10: F 50.0)	196
17.1.1	Theoretischer Teil	196
17.1.1.1	Kennzeichen	196
17.1.1.2	Diagnostische Einteilung	196
17.1.1.3	Häufigkeit und Verlauf	197
17.1.1.4	Entstehungsbedingungen der Anorexia nervosa	198
17.1.2	Praktischer Teil	198
17.1.2.1	Erkennen	198
17.1.2.2	Therapeutische Grundhaltung	200
17.1.2.3	Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung	200
17.1.2.4	Psychotherapeutische Behandlung	201
17.2	Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2)	201
17.2.1	Theoretischer Teil	201
17.2.1.1	Kennzeichen	201
17.2.1.2	Häufigkeit und Verlauf	202
17.2.1.3	Entstehungsbedingungen der Bulimia nervosa	202
17.2.2	Praktischer Teil	202
17.2.2.1	Erkennen	202
17.2.2.2	Therapeutische Grundhaltung	203
17.2.2.3	Arzt-Patient-Beziehung	203
17.2.2.4	Psychotherapeutische Behandlung	203
	Literatur	204
18	Suchtkrankheiten	205
	<i>Kurt Fritzsche</i>	
18.1	Theoretischer Teil	206
18.1.1	Kennzeichen	206
18.1.2	Symptome	206

18.1.3	Diagnostische Einteilung	206
18.1.4	Häufigkeit und Verlauf	207
18.1.5	Ursachen	207
18.1.6	Internetsucht	207
18.1.7	Hypersexualität	207
18.2	Praktischer Teil	207
18.2.1	Erkennen	207
18.2.2	Behandlung	209
18.2.3	Behandlung bei Internetsucht	213
	Literatur.	214
19	Akute und posttraumatische Belastungsstörung	215
	<i>Peter Schröder</i>	
19.1	Theoretischer Teil	216
19.1.1	Einführung	216
19.1.2	Welche Patienten sind betroffen?	216
19.1.3	Was ist ein traumatisches Ereignis?	217
19.1.4	Häufigkeit	217
19.1.5	»Opfer« oder »Überlebender«?	217
19.1.6	Typische Folgen eines Traumas	218
19.1.7	Gefühle traumatisierter Menschen	219
19.1.8	Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma	219
19.2	Praktischer Teil	220
19.2.1	Das Konzept der Ressourcenarbeit bei Trauma	220
19.2.2	Erste Hilfe-Möglichkeiten nach Trauma	222
19.2.3	Ziele professioneller Therapie	224
19.2.4	Pharmakotherapie	224
19.2.5	Fallstücke	224
	Literatur.	225
20	Persönlichkeitsstörungen	227
	<i>Kurt Fritzsche, Werner Geigges, Michael Wirsching</i>	
20.1	Theoretischer Teil	228
20.1.1	Kennzeichen	228
20.1.2	Symptome	228
20.1.3	Diagnostische Einteilung	229
20.1.4	Häufigkeit und Verlauf	232
20.1.5	Entstehungsbedingungen	232
20.2	Praktischer Teil	232
20.2.1	Haltung in der Arzt-Patient-Beziehung	232
20.2.2	Behandlung	233
20.2.3	Prognose	237
	Literatur.	237

21	Sexualmedizin	239
	<i>Dietmar Richter, Daniela Wetzel-Richter</i>	
21.1	Theoretischer Teil	240
21.1.1	Definition und Dimensionen der Sexualität	240
21.1.2	Sexualphysiologie der Frau	240
21.1.3	Sexualphysiologie des Mannes	242
21.1.4	Sexualstörungen	242
21.2	Praktischer Teil	245
21.2.1	Kommunikationshemmung	245
21.2.2	Erkennen – die sexualmedizinische Erstanamnese	246
21.2.3	Gesprächsführung	246
21.2.4	Sexualmedizinische Behandlungsmöglichkeiten	247
21.2.5	Spezifische Behandlung	247
	Literatur.	248
22	Psychosomatik im Alter	251
	<i>Kurt Fritzsche, Margrit Ott</i>	
22.1	Theoretischer Teil	252
22.1.1	Symptome – der Altersprozess als ein psychosomatisches Paradigma	252
22.1.2	Einsamkeit im Alter	253
22.1.3	Probleme älterer Patienten im Krankenhaus	253
22.1.4	Krankheit als Lösungsversuch	254
22.2	Praktischer Teil	254
22.2.1	Erkennen	254
22.2.2	Haltung	256
22.2.3	Arzt-Patient-Beziehung	257
22.2.4	Behandlung	257
	Literatur.	258
23	Unheilbar Kranke und Sterbende	261
	<i>Kurt Fritzsche, Gerhild Becker</i>	
23.1	Theoretischer Teil	262
23.1.1	Gefühlsambivalenz und illusionäre Verkennung der Wirklichkeit	262
23.1.2	Palliativmedizin	262
23.1.3	Arzt-Patient-Gespräch über palliative Behandlung	263
23.2	Praktischer Teil	263
23.2.1	Kommunikation über Diagnose und Prognose	263
23.2.2	Palliatives Behandlungskonzept entwickeln, Reanimation besprechen	264
23.2.3	Die psychosoziale Begleitung	265
	Literatur.	267
24	Familie und Partnerschaft	269
	<i>Michael Wirsching, Werner Geigges</i>	
24.1	Familie als System	270
24.2	Paarkonflikte	271
24.3	Eltern und Kinder	273
24.4	Hilfe im Alter	274
24.5	Schwere und chronische körperliche oder psychische Erkrankung	276
	Literatur.	279

25	Krisenintervention	281
	<i>Kurt Fritzsche, Daniela Wetzel-Richter</i>	
25.1	Was ist eine Krise?	282
25.2	Wie äußern sich Krisen?	282
25.3	Behandlungsschritte bei Krisen	283
25.3.1	Erster Schritt: Minderung von Angst und depressiver Symptomatik	283
25.3.2	Zweiter Schritt: Klärung der aktuellen Konfliktsituation	285
25.3.3	Dritter Schritt: Beratung und Unterstützung	285
25.4	Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen	287
25.5	Weiterbehandlung und Weitervermittlung	287
25.6	Technik der Gesprächsführung in der Krisenintervention	288
25.7	Beispiele zur Krisenintervention	288
25.7.1	Der ängstliche, somatisierende Patient	288
25.7.2	Der verleugnende, nicht krankheitseinsichtige Patient	289
25.7.3	Der Verlust einer nahen Bezugsperson	289
25.7.4	Der suizidale Patient	290
25.7.5	Der feindselige, aggressive Patient	290
25.7.6	Akutes Trauma	291
	Literatur.	291
IV	Als Arzt genormt und geformt – Wie erhalte ich die Freude an meinem Beruf?	
26	Psychosomatik in der Hausarztpraxis	295
	<i>Peter Schröder, Kurt Fritzsche</i>	
26.1	Der Hausarzt zwischen Psyche und Soma	296
26.2	Die systematische biopsychosoziale Anamnese in der Hausarztpraxis	297
26.3	Schaffen einer neuen gemeinsamen Wirklichkeit	298
26.4	Nehmen Sie sich Extrazeit!	298
26.5	Chancen der Integration einer psychosomatischen Medizin in die Hausarztpraxis	299
26.6	Lösungen	300
	Literatur.	301
27	Psychosomatik im Krankenhaus	303
	<i>Kurt Fritzsche, Martin Dornberg</i>	
27.1	Psychische und psychosomatische Störungen und Probleme im Krankenhaus	304
27.2	Ziele und Umsetzung einer psychosomatischen Grundversorgung im Krankenhaus	304
27.2.1	Weiterbildungsergebnisse eines Kurses in Psychosomatischer Grundversorgung für Krankenhausärzte	305
27.3	Die Stationsvisite	306
27.3.1	Die Stationsvisite in ihrer bisherigen Form	306
27.3.2	Die psychosomatische Stationsvisite	306
27.4	Der psychosomatische Konsil- und Liaisondienst	307
27.4.1	Wirksamkeit des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes	308
27.5	Integrierte internistische Psychosomatik	309
	Literatur.	309

28	Die Balintgruppe	311
	<i>Kurt Fritzsche, Werner Geigges</i>	
28.1	Theoretischer Teil	312
28.1.1	Definition	312
28.1.2	Relevanz	312
28.1.3	Wer war Michael Balint?	312
28.1.4	Grundannahmen der Balintarbeit	313
28.1.5	Gegenübertragung und Parallelprozess	313
28.2	Praktischer Teil	314
28.2.1	Rahmen und Verlauf einer Balintgruppe	314
28.2.2	Aufgabe des Gruppenleiters	314
28.2.3	Aufgaben des vorstellenden Arztes	314
28.2.4	Skulpturarbeit in der Balintgruppe	317
28.2.5	Einstellungsänderung des Arztes	318
28.2.6	Wie werde ich Balintgruppenleiter?	319
	Literatur	320
29	Entspannung, Körperwahrnehmung und Erholung	321
	<i>Uwe H. Ross, Kurt Fritzsche</i>	
29.1	Entspannung	322
29.1.1	Entspannen – Wozu?	322
29.1.2	Begriffsklärung: Was ist Entspannung?	322
29.1.3	Kennzeichen der Entspannungsreaktion	325
29.2	Körperwahrnehmung	326
29.2.1	Körperwahrnehmung – Bedeutung bei Entspannung und Selbstregulation	326
29.2.2	Entspannungsübungen mit dem Patienten	329
29.3	Erholung	330
29.3.1	Begriffsklärung: Was ist Erholung?	330
29.3.2	Was wird eigentlich erschöpft?	333
29.3.3	Das 3-Phasen-Modell der Erholung	333
	Literatur	335
30	Burnout-Prävention	337
	<i>Uwe H. Ross, Kurt Fritzsche</i>	
30.1	Theoretischer Teil	338
30.1.1	Begriffsklärung – Was ist Burnout?	338
30.1.2	Ursachen von Burnout	339
30.1.3	Arbeitsbelastung drückt auf Zufriedenheit und Sozialleben	340
30.1.4	Persönliche Faktoren: Wer ist gefährdet?	341
30.1.5	Burnout und Depression	342
30.1.6	Therapie des Burnout-Syndroms	342
30.2	Praktischer Teil – Burnout wirksam vorbeugen	343
30.2.1	Prävention auf persönlicher Ebene	344
30.2.2	Prävention auf organisationaler Ebene	354
30.2.3	Resilienzfaktoren: Was hält Ärzte unter Stress gesund?	356
	Literatur	356

31	Wie weiter? Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie	359
	<i>Kurt Fritzsche, Peter Schröder</i>	
31.1	Psychosomatische Grundversorgung als Teil der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin	360
31.2	Zusatzweiterbildung Psychotherapie-fachgebunden	360
31.2.1	Ausbildungsziel und Lernziele	361
31.2.2	Leitlinien	362
31.2.3	Inhalte	362
31.2.4	Fallbeispiele	363
31.3	Weiterbildung in systemischer Therapie	365
31.4	Weitere Fort- und Weiterbildungen in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie	366
	Literatur.	367
	Serviceteil	369
	Glossar	370
	Stichwortverzeichnis	375

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Gerhild Becker

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 3
79106 Freiburg
gerhild.becker@uniklinik-freiburg.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Christina Burbaum

Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abt. Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
Engelberger Str. 41
79085 Freiburg
burbaum@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. med. Dr. phil. Martin Dornberg

Alemannenstr. 78a
79117 Freiburg
Martin.dornberg@rkk-sjk.de
Dornberg.Freiburg@t-online.de

Prof. Dr. med. Kurt Fritzsche

Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Hauptstr. 8
79104 Freiburg
kurt.fritzsche@uniklinik-freiburg.de

Dr. Ulrich Garwers

Rehaklinik Glotterbad
Gehrenstr. 10
79286 Glottental
u.garwers@rehaklinik-glotterbad.de

Dr. med. Werner Geigges

Rehaklinik Glotterbad
Gehrenstr. 10
79286 Glottental
w.geigges@rehaklinik-glotterbad.de

Dr. med. Blandine Niklaus

Celenus Psychosomatische Fachklinik
Freiburg GmbH
An den Heilquellen 2
79111 Freiburg
blandineniklaus@t-online.de

Dr. med. Dietrich Noelle

Ziegeleiweg 2
79312 Emmendingen
noelle.dietrich@t-online.de

Dr. Margrit Ott

Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie (ZGGF)
Lehener Str. 88
79106 Freiburg
margrit.ott@uniklinik-freiburg.de

Dr. Martin Poppelreuter

Rehaklinik Glotterbad
Gehrenstr. 10
79286 Glottental
m.poppelreuter@rehaklinik-glotterbad.de

Prof. Dr. med. Dietmar Richter

Obere Flüh 4
79713 Bad Säckingen
info@prof-richter.de

Dr. med. Peter Rochlitz

Celenus Psychosomatische Fachklinik
Freiburg GmbH
An den Heilquellen 2
79111 Freiburg
P.Rochlitz@fachklinik-freiburg.de

PD Dr. med. Uwe H. Ross

Luisenstr. 6
79098 Freiburg
dr-ross@web.de

Dr. med. Peter Schröder

Tennenbacherstr. 42
79106 Freiburg
peter.schroeder@klinikum.uni-freiburg.de

Dr. med. Daniela Wetzel-Richter

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
Spitalstraße 25
79539 Lörrach
praxis@wetzel-richter.de

Prof. Dr. med. Michael Wirsching

Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Hauptstr. 8
79104 Freiburg
michael.wirsching@uniklinik-freiburg.de

Was ist psychosomatische Grundversorgung?

- Kapitel 1** **Was ist psychosomatische Medizin?** – 3
Werner Geigges, Kurt Fritzsche
- Kapitel 2** **Warum psychosomatische Grundversorgung** – 19
Werner Geigges, Kurt Fritzsche
- Kapitel 3** **Ziele der Fort- und Weiterbildung in
der psychosomatischen Grundversorgung** – 23
Werner Geigges, Kurt Fritzsche

Was ist psychosomatische Medizin?

Werner Geigges, Kurt Fritzsche

- 1.1 Definition – 4**
- 1.2 Das theoretische Modell der psychosomatischen Medizin und seine philosophischen Grundlagen – 5**
 - 1.2.1 Konstruktivismus – Wir erschaffen uns unsere Wirklichkeit selbst – 5
 - 1.2.2 Krankheit als Passungsstörung – 6
 - 1.2.3 Selbstregulation lebender Systeme (Exkurs) – 6
- 1.3 Das biopsychosoziale Modell von Krankheit am Beispiel der koronaren Herzkrankheit – 7**
- 1.4 Wissenschaftliche Grundlagen – 8**
 - 1.4.1 Psychobiologie – 8
- 1.5 Was macht uns krank, was hält uns gesund? – 11**
 - 1.5.1 Stressmodell – 12
 - 1.5.2 Antistresssysteme des menschlichen Organismus – 13
 - 1.5.3 Ein integratives Modell der psychosomatischen Medizin – 16
- Literatur – 17**

1.1 Definition

Psychosomatische Medizin hatte immer die »Mission«, eine ganzheitliche Heilkunde zu werden, d. h. nicht von zwei unterschiedlichen und voneinander unabhängigen Konzepten von Körper und Seele auszugehen. In seinem wegweisenden Kapitel in der Zeitschrift *Science* mit dem Titel »The need for a new medical model: A challenge for biomedicine« (Engel 1977) hat Engel diese Mission als Forderung nach einer biopsychosozialen Medizin formuliert, die somatische, psychische und soziale Probleme des Kranken nicht nur additiv als Angelegenheit verschiedener Disziplinen versteht, sondern »integriert«, als einander ergänzende Aspekte eines kranken Menschen.

In **Abb. 1.1** wird das biopsychosoziale System mit seinen Dimensionen dargestellt. Wie bei einem Teleskop kommen unterschiedliche Teile des Gesamtsystems scharf ins Blickfeld, während andere verblassen, je nachdem welcher Perspektive und welchen Methoden der Untersucher folgt. Dies bedeutet nicht, dass eines der Teilsysteme weniger wichtig als die anderen ist oder oberflächlichere Aspekte als die anderen erfasst. Entscheidend sind vielmehr die Wechselwirkungen, die sich auf und zwischen den verschiedenen Ebenen des Ganzen abspielen.

Thure von Uexküll (1908–2004), einer der Begründer der psychosomatischen Medizin in Deutschland, definierte deshalb psychosomatische

Medizin als »Medizin für neugierige Ärzte«, die nicht mit Teildiagnosen zufrieden sind, sondern wissen, dass eine rationale Therapie »Gesamtdiagnosen« erfordert, aus denen hervorgeht, was und mit welchem Gewicht somatische, psychische und soziale Faktoren zu dem Krankheitsbild eines Patienten beitragen.

Psychosomatische Medizin wird heute als interdisziplinäres, umfassendes Bezugssystem zum ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Kranksein verstanden, mit drei Perspektiven: einer mehrdimensionalen biografisch/biopsychosozialen Verständnisperspektive, einer ganzheitlichen Heilungsperspektive und einer Bewältigungsperspektive (Herrmann-Lingen 2012). Dabei sind drei Blickrichtungen zu unterscheiden: 1. Der gemeinsame Blick zurück auf das Ganze, etwa in der biopsychosozialen Anamnese. 2. Der gemeinsame Blick auf das gegenwärtige Ganze, z. B. das Symptom und seine Bedeutung im Affekt- und Beziehungskontext und 3. Der ganzheitliche Blick voraus, als die gemeinsame Arbeit mit dem Patienten an der Frage, was wie anders bzw. besser werden kann, was nicht mehr so wird, wie es war und wie das Leben dennoch damit weitergehen kann.

Psychosomatische Medizin ist zum einen ein Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben und zum anderen eine Spezialdisziplin. Drei differenzielle Versorgungsebenen sind zu unterscheiden: die psychosomatische Grundversorgung, die fachgebundene Psychotherapie des somatisch tätigen Arz-

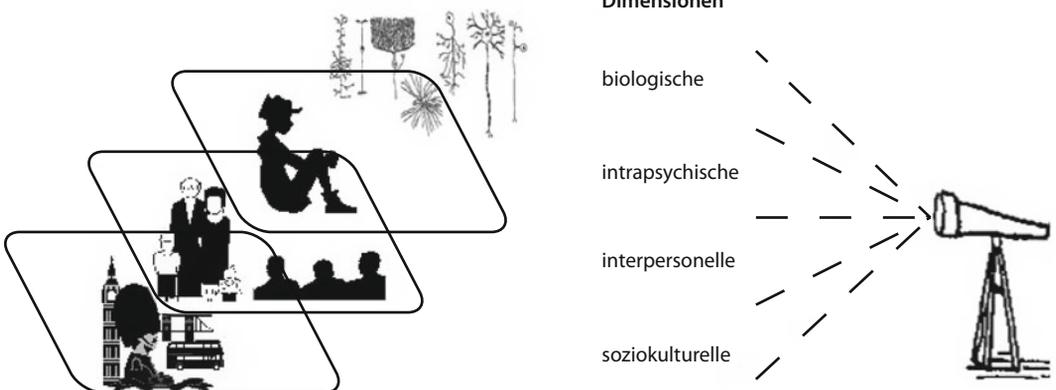


Abb. 1.1 Das biopsychosoziale Modell

tes und die Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

1.2 Das theoretische Modell der psychosomatischen Medizin und seine philosophischen Grundlagen

Thure von Uexküll sah im einseitig naturwissenschaftlich orientierten Menschenbild der modernen Medizin die geistige Voraussetzung für die zunehmende Industrialisierung und Ökonomisierung der modernen Medizin: »Psychosomatische Medizin beginnt mit der Entdeckung, dass die Krise der Medizin eine Krise ihrer Philosophie ist, die dem Arzt einseitige Modelle und Konzepte für seine Empirie vorschreibt.« Um die moderne Medizin als integrativen Arbeitsbereich zu begreifen, bedarf es eines Menschenbildes, welches den Mensch als biopsychosoziales Wesen im Netzwerk seiner persönlichen und beruflichen Beziehungen begreift.

1.2.1 Konstruktivismus – Wir erschaffen uns unsere Wirklichkeit selbst

Das Gehirn bildet Regelhaftigkeiten der Umgebung landkartenartig in kortikalen Repräsentanzen ab, die sich jedoch durch neue Erfahrungen ständig verändern, die sogenannte Plastizität des Gehirns: Beim gleichen Stimulus für bestimmte Wahrnehmungsrezeptoren werden unterschiedliche Hirnareale aktiviert. Welche Hirnareale in einem bestimmten Augenblick reagieren, hängt entscheidend vom emotionalen Zustand der Person ab.

Deshalb sind wissenschaftliche Modelle auch keine unabhängig vom Bewusstsein existierend verstandenen Wahrheiten, sondern Konstruktionspläne zur Beschreibung von Lebenswirklichkeiten. So sind im naturwissenschaftlich geprägten somatischen Krankheitsmodell Symptome, Wirkungen von im Körper verborgenen biomechanischen Ursachen, die erkannt und beseitigt werden müssen. Deshalb haben Krankheitssymptome für Ärzte eine ganz andere Bedeutung als für die betroffenen Patienten und ihre Familienangehörigen. Nur wenn



ALLES KLAR.

■ **Abb. 1.2** Cartoon: Ein Cowboy und Indianer treffen sich in der Prärie. (Zeichnung: Gisela Mehren)

wir uns für die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen unserer Patienten interessieren, kann es uns gelingen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, in der die jeweils subjektiv erlebte Wirklichkeit zu einer gemeinsamen neuen Wirklichkeit wird.

Die unterschiedlich erlebte Wirklichkeit wird in der folgenden Geschichte »Ein Cowboy und ein Indianer treffen sich in der Prärie« (nach Jahnshoff 2002) eindrücklich dargestellt (■ **Abb. 1.2**):

Der Indianer zeigt mit dem Zeigefinger auf den Cowboy. Der hebt als Antwort Zeigefinger und Mittelfinger gespreizt hoch. Der Indianer faltet die Hände vor dem Gesicht. Da schüttelt der Cowboy locker seine rechte Hand. Beide reiten davon.

Der Cowboy: »Heute habe ich eine Rothaut getroffen. Sie hat mit dem Zeigefinger gedroht, mich zu erschießen. Da habe ich dem Indianer mit der Hand bedeutet, ihn zweimal zu erschießen. Weil er mich aber um Gnade gebeten hat, habe ich ihm zu verstehen gegeben, er solle verschwinden.«

Der Indianer: »Heute habe ich ein Bleichgesicht getroffen. Auf meine Frage nach seinem Namen hat der Weiße geantwortet: ›Ziege‹. Auf meine weitere Frage: ›Bergziege?‹ kam die Antwort: ›Nein, Flussziege‹.«

1.2.2 Krankheit als Passungsstörung

G. Bateson (1985), ein amerikanischer Anthropologe, Biologe und Psychologe, definierte als Einheit des Überlebens die unzertrennliche Einheit von Organismus und Umwelt. Dieser grundlegende Aspekt lebender Systeme gilt demnach sowohl für die biologische Systemebene, also z. B. für eine einzelne Zelle, wie auch für den biopsychosozialen Gesamtorganismus.

Gesundheit bedeutet demnach das permanente Ringen um eine jeweils neu herzustellende Passung zwischen dem Organismus und seiner Umwelt und dies auf allen Systemebenen des menschlichen Organismus. **Passung** bedeutet daher eine gelingende Organismus-Umwelt-Interaktion: der Organismus konstruiert aus einer neutralen Umgebung eine zu seinen Bedürfnissen und Verhaltensmöglichkeiten passende Umwelt (**individuelle Wirklichkeit**). Es handelt sich also bei dieser Organismus-Umwelt-Interaktion um einen basalen Kommunikationsprozess. Gesundheit ist in diesem Passungsmodell die Fähigkeit, lebensnotwendige Ressourcen der Umgebung als passende Gegenleistung für die eigenen vitalen Bedürfnisse und Verhaltensmöglichkeiten zu nutzen. Das bedeutet, jeder Organismus besitzt eine Passungskompetenz, d. h. spezielle kommunikative Fähigkeiten, und ist prinzipiell angewiesen auf passende Gegenleistungen seiner Umgebung. Krankheit bedeutet in diesem Modell einen **Passungsverlust** im Zusammenwirken von Organismus und Umwelt. Im Passungsmodell der psychosomatischen Medizin sind Symptome Zeichen für Passungsstörungen in der Organismus-Umwelt-Beziehung.

Fallbeispiel

Eine 52-jährige Patientin kommt in Begleitung ihres Ehemanns in die ambulante psychosomatische Sprechstunde. Die Patientin kann praktisch nur noch im eigenen Haus und da nur noch auf dem Balkon leben. Der Ehemann muss sie nachmittags auf einen Höhenzug in der Nähe fahren, weil sie nur noch gesunde Höhenluft ertragen kann. Diagnostisch handelt es sich um eine sogenannte Umweltkrankheit (Sick-Building-Syndrom), eine Diagnose, die immer häufiger gestellt wird. Wie für eine somatoforme Störung charakteristisch, findet sich bei geringen

körperlichen Funktionsstörungen ein Maximum an Einschränkung auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation. Bezogen auf unser Modell sehen wir hierin ein typisches Beispiel für einen Menschen, dem es nicht mehr gelingt, hilfreiche Umwelten zu konstruieren.

Die Passungsdynamik ist ein permanenter und unerwartet neu auftretender Prozess. Das heißt, Passung liegt eigentlich immer nur in sehr kurzen Momenten vor, wo wir vielleicht das Gefühl haben von einem umfassenden Wohlbefinden, von Glück oder dem Eindruck »es stimmt«. Aber Passung geht permanent verloren. So lange dieses Ringen um Passung kontrollierbar bleibt, wird dadurch sowohl auf der biologischen wie psychosozialen Ebene Wachstum angeregt. Passungsstörungen können so zum Motor der psychischen Entwicklung werden; zum Antrieb, die eigentlichen Möglichkeiten über den jeweils erreichten Stand hinaus zu entwickeln und das eigene Potenzial so gut wie möglich auszuschöpfen. In unserem therapeutischen Handeln geht es also immer wieder um Hilfe zur **Passungsarbeit**, d. h. um kommunikative Abstimmungsprozesse mit dem Patienten. Dabei soll ein spezieller Beziehungsraum mit dem Patienten zusammen gestaltet werden, wodurch hilfreiche Umweltdimensionen aufgebaut und Selbstorganisation und Selbstheilung wieder aktiviert werden können.

1.2.3 Selbstregulation lebender Systeme (Exkurs)

Nach dem biopsychosozialen Systemmodell gliedert sich der Organismus in zahlreiche **Subsysteme**, die durch permanente Auf- und Abwärtseffekte rekursiv miteinander verbunden sind. Mit der Integration von Teilen zu einem Ganzen – einem System – entstehen sprunghaft neue Eigenschaften, die es auf der Ebene der Teile (hier Subsystem) nicht gibt und die sich auch nicht auf deren Eigenschaften zurückführen lassen. In der Sprache der Systemtheorie sprechen wir von **Emergenz**, d. h. der spontanen Herausbildung von Phänomenen oder Strukturen. Mit dem Zusammenschluss einfacherer Subsysteme zu immer komplexeren Systemen entstehen immer wieder neue Eigenschaften. Lebende Systeme sind

in diesem Sinne hoch komplexe Systeme, die nicht hierarchisch organisiert sind, sondern durch **Selbstregulation bzw. Autopoiese** (Varela 1981) sich selbst durch Rückkopplungsschleifen hemmen oder fördern. Sie bringen daher Oszillation und Rhythmik (Anspannung/Entspannung – ergotrope/trophotrope Reaktion) und neue **Muster** hervor, als auch Ordnung und plötzlichen Wechsel. Zwischen den unterschiedlichen Systemebenen erfolgen strukturelle Kopplungen: Autonome Übersetzungsprozesse, die durch die eigenen Struktur des Systems bzw. Subsystems determiniert sind. Als Missing Link erweist sich hier der Begriff des Zeichens (von Uexküll u. Wesiack 2011). Zeichen bestehen aus drei Elementen: dem Zeichen, einer bezeichneten Sache und dem Interpretanten. Die Funktion eines Interpretanten ist, Bedeutung zu erteilen. Wir sprechen deshalb auch von Bedeutungskopplungen: Zeichen, die im Körper Nachrichten über die Bedeutung einer Organreaktion für andere Organe übertragen, werden mit Zeichen zusammengekoppelt, die den Organismus über die Bedeutung von Vorgängen in seiner Umgebung informieren.

Im klinischen Kontext sind Symptome daher Zeichen, die auf etwas hinweisen, das für den Patienten und dessen Organismus eine Bedeutung hat, die der Arzt verstehen muss, um seinen Behandlungsauftrag zu erfassen.

Nach unseren heutigen Vorstellungen vermitteln auf der Integrationsebene **Zelle** Zeichen des genetischen Codes den Informationsaustausch zwischen Zellelementen. Gene sind Kommunikatoren und Kooperatoren (Bauer 2008). Auf der Ebene des **Organismus** sind es Hormone und Nervenaktionsströme, die den Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Organen ermöglichen. Auf einer noch komplexeren Ebene vermitteln psychische Prozesse die Verbindung zwischen Organismus und Umgebung.

Die Frage, wie zwischen diesen Zeichensystemen oder »Sprachen« Übersetzungen stattfinden, hat durch die Arbeit von Pawlow ein empirisches Fundament gefunden (zit. nach Adler u. von Uexküll 1987). Als die Versuchshunde, an denen Pawlow die Wirkung von Geschmacks-, Geruchs- und Berührungsreizen auf die Speichel- und Magendrüsen untersuchte, eines Tages völlig unerwartet auf akustische Sensationen hin Speichel- und Magensaft zu

sezernieren begannen, war dem Folgendes vorausgegangen: Die Hunde hatten Geräusche aus dem Nebenraum, in dem der Labordiener mit der Zubereitung des Futters beschäftigt war (Geräusche, die für die Hunde bis zu diesem Tag neutrale Geräusche [»akustisches Rauschen«] waren), als Zeichen für Vorgänge von Bedeutung in ihrer Umgebung kodiert und gleichzeitig in nervale Zeichen für die Aktivierung der Drüsen übersetzt. Es war ein Übersetzung bzw. »Bedeutungskoppelung« zwischen psychischen und somatischen Zeichen zustande gekommen (von Uexküll u. Wesiack 1998).

Solche Übersetzungen bzw. Bedeutungskopplungen bewirken zweierlei:

- Sie erteilen einem zuvor neutralen, d. h. für den Organismus nicht existenten Ausschnitt der Umgebung eine Bedeutung als psychisch erlebte Zeichen für die Steuerung des Verhaltens und erweitern damit die subjektive Umwelt.
- Sie schaffen eine Verbindung zwischen einem psychischen Erlebnis und bestimmten Organen im Inneren des Körpers. Dieser Zusammenhang eröffnet die Möglichkeit für die Auf- und Abwärtseffekte zwischen den verschiedenen Integrationsebenen eines hierarchisch gegliederten lebenden Systems.

1.3 Das biopsychosoziale Modell von Krankheit am Beispiel der koronaren Herzkrankheit

Im pragmatischen Realitätskonzept der modernen Kardiologie ist das Herz ein muskuläres Hohlorgan mit mechanisch wirkenden Klappen, versorgt durch das Röhrensystem der Blutgefäße. Auf einer tiefer liegenden Systemebene wird das Herz verstanden als ein Verbund spezifischer Zellen und noch darunter der Gene und weiterer intrazellulärer Moleküle, auf der höheren Systemebene wird das Herz als Pumpe im Dienste des Gesamtorganismus gesehen und immer mehr in seiner Kontrolle durch physiologische Regelkreise wahrgenommen. Auf der Basis dieses Konstrukts konnte in der Kardiologie die Krankenhaussterblichkeit am akuten Herzinfarkt zwischen den Jahren 1978 und 2008 von rund 30 % auf etwa 8 % reduziert werden (Jneid et

al. 2008). Zahlreiche Befunde aus der Psychokardiologie der letzten Jahre legen nahe, dass die Erkrankung des »Pumpenherzens« auch auf seine seelische Dimension einwirken und umgekehrt: bei den häufigen Herzerkrankungen werden regelhaft in 10–50 % auffällige Angst- und Depressionssymptome bis hin zu depressiven Episoden und Panikstörungen gefunden (Herrmann-Lingen u. Buss 2002). Seelische Belastungen und Erkrankungen können ihrerseits den Verlauf organischer Herzkrankheiten maßgeblich beeinflussen. Bei depressiven Koronarpatienten ist die mittelfristige Mortalität um gut das Doppelte erhöht (Barth et al. 2004) (s. auch ► Kap. 14 »Koronare Herzerkrankung«).

Neben der somatischen und psychischen Dimension gilt es, die soziale bzw. die Dimension interpersoneller Beziehungen einzubeziehen. So haben z. B. das Vorhandensein und die Qualität einer Ehebeziehung Auswirkungen auf das Ausmaß einer subklinischen Atherosklerose bei Frauen. Umgekehrt hat eine organische Herzerkrankung auch Auswirkungen auf interpersonelle Beziehungen und die Gesundheit der Beziehungspartner: Beispielsweise findet sich immer wieder bei Partnerinnen von Herzpatienten eine hohe psychische Belastung, die teilweise über derjenigen des Patienten selbst liegt (Einsle et al. 2006). Auch berufliche Belastungsfaktoren, wie z. B. berufliche Gratifikationskrisen, können als soziale Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit gelten (Sigrist 2004).

Das dreidimensionale systemische Bezugssystem mit somatischen, psychischen und sozialen Aspekten von Gesundheit und Krankheit bedarf der Ergänzung durch eine historische bzw. biographische Dimension (Herrmann-Lingen 2012): Auch frühe biographische Erfahrungen können noch im mittleren bis höheren Erwachsenenalter nachteilige Konsequenzen sowohl für die psychische als auch körperliche Gesundheit entwickeln. In einer Auswertung der Adverse Childhood Experience (ACE) Studie (Dong et al. 2004) konnte bei mittelalten Amerikanern mit anamnestischer Angabe belastender Kindheitserinnerungen, wie emotionaler oder sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt oder körperliche Misshandlung, gezeigt werden, dass das relative Risiko für das Vorliegen einer Koronarerkrankung etwa 40–70 % erhöht war. Dabei nahm mit steigender Anzahl der Belastungserlebnisse

auch das koronare Risiko zu und betrug in der am höchsten belasteten Gruppe gut das Dreifache des Risikos der Kontrollgruppe ohne belastete Kindheitserfahrung.

■ Abb. 1.3 stellt das biopsychosoziale Modell zur Entstehung der koronaren Herzerkrankung dar, aufgliedert nach der biologischen, psychischen und sozialen Ebene (Herrmann-Lingen 2000).

1.4 Wissenschaftliche Grundlagen

Ein einheitliches Modell für die Wechselwirkung zwischen Körper, psychischen Prozessen und Umwelt existiert nicht. Meist werden Teilaspekte beschrieben, die von unterschiedlichen Theorien aufgenommen werden. Im **integrierten Modell**, dem dieses Lehrbuch folgt, werden Erkenntnisse der Psychoanalyse, der Verhaltensmedizin, der Neurobiologie, Psychoneuroimmunologie und der Systemtheorie zusammengefasst. Dabei geht es nicht nur um die Frage wie Krankheiten entstehen, sondern auch um die Fragen, wie eine erfolgreiche körperliche und psychische Passung zwischen Organismus und Umwelt stattfindet und wie Gesundheit erhalten bleibt.

1.4.1 Psychobiologie

Die Psychobiologie beschreibt die Zusammenhänge zwischen Psyche, Immunsystem, Endokrinum und Nervensystem, z. B. bei Stimmungszuständen wie Angst, Freude, Trauer, beim Sexualverhalten, beim Schmerzempfinden, bei Stressreaktionen oder bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depression und Essstörungen. Die Psychobiologie ist eine interdisziplinäre Fachrichtung, die biologische und psychologische Teildisziplinen verbindet. Dazu zählen unter anderem die Evolutionsbiologie, die Psychoneuroimmunologie, die Verhaltensforschung, die Genetik, die Molekularbiologie, die Biochemie und die Neurobiologie.

Neurobiologische Aspekte von Geist und Körper

Auf der Basis des Modells der Selbstorganisation lebender Systeme (Autopoiese) muss das Gehirn als