

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Verzeichnis und Anschriften der Herausgeber und Verfasser	XXII
Einleitung (<i>Thure v. Uexküll</i>)	XXV

ERSTER TEIL: Wissenschaftstheorie

1	Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell	1
	<i>Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack</i>	
1.1	Begründung für eine theoretische Einführung in ein Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin	1
1.1.1	Ein exemplarischer Krankheitsfall	2
1.1.2	Die Psychosomatische Medizin in historischer Perspektive	3
1.1.3	Die Konsequenzen des Maschinenparadigmas	4
1.1.4	Das Problem der Erkenntnis und der Theorienbildung	5
1.2	Die Notwendigkeit, einen neuen Ansatz zu finden	6
1.3	Systemtheorie und das Phänomen der Emergenz	9
1.3.1	Die emergenten Eigenschaften der biologischen Systemebene	10
1.3.2	Die emergenten Eigenschaften animalischer Systeme	11
1.3.3	Die emergenten Phänomene der Stufe des Humanen	13
1.3.4	Biologische, psychologische und soziale Phänomene	15
1.4	Die Neuformulierung der Aufgabe eines Modells der Psychosomatischen Medizin	15
1.4.1	Das Triebkonzept Freuds	16
1.4.2	Das Konzept der Zeichenlehre und der Beitrag Pawlows	16
1.5	Das Modell des Situationskreises	18
1.5.1	Primärprozeß und Funktionskreis	18
1.5.2	Terminologische Probleme	19
1.5.3	Der symbiotische Funktionskreis	20
1.5.4	Die Entstehung von Wirklichkeit aus Umwelt	21
1.6	Der Körper als Organ der psychosomatischen Einheit	22
1.7	Die praktische Anwendung des Situations- kreismodells	23
1.8	Zusammenfassung	25
	Anmerkungen	27
	Literatur	29

ZWEITER TEIL: Allgemeine Psychosomatik Pathogenetische Konzepte

2	Psychosomatische Medizin als eine Sozial- wissenschaft	31
	<i>Siegfried Zepf</i>	
2.1	Vorbemerkung	31
2.2	Der „subjektive Faktor“ in der Sozial- empirie	32
2.3	Vermittlungsversuche von Individuum und Gesellschaft	34

2.3.1	Individual-Psychologie aus sozialpsycholo- gischer Sicht (Talcott Parsons)	35
2.3.2	Sozialpsychologie aus individual-psycholo- gischer Sicht	36
2.4	Die körperliche Erkrankung – ein biologi- scher, psychoanalytischer und soziologischer Gegenstand	40
2.4.1	Ansätze zu einer metatheoretischen Ver- mittlung der Humanwissenschaften	41
2.5	Schlußbemerkung	45
	Literatur	46

3	Psychoanalytische Konzepte psychosomati- scher Symptom- und Strukturbildung	48
	<i>Michael von Rad und Siegfried Zepf</i>	
3.1	Vorbemerkung	48
3.2	Das Konversionsmodell (Freud)	48
3.3	Die Angstneurose (Freud)	49
3.4	Vegetative Neurose und Konfliktspezifität (Alexander)	50
3.5	Das De- und Re-Somatisierungsmodell (Schur)	51
3.6	Eine psychoanalytische Theorie der psychosomatischen Erkrankung (Engel und Schmale)	53
3.7	Alexithymie	55
3.7.1	Klinische Befunde	56
3.7.2	Modellvorstellungen innerhalb der psychosomatischen Strukturtheorie	58
3.7.3	Spezifische Erklärungskonzepte	60
3.8	Die anthropologische Medizin Viktor von Weizsäckers	64
	Literatur	65

4	Die früheste Kindheitsentwicklung und ihre Störungen aus der Sicht Winnicotts	68
	<i>Lore Schacht</i>	
4.1	Vorwort	68
4.2	Der Begriff des Selbst	69
4.3	The Unit Self	71
4.4	Der Anfang des Object-Relating	73
4.5	Das Konzept des Wahren und Falschen Selbst	74
4.6	Die Beziehung zu objektiv wahrgenommenen Objekten	76
4.7	Das Leben des Selbst	77
4.8	Das nichtkommunizierende Selbst	78

5	Lernpsychologische Grundlagen für die Psychosomatische Medizin	81
	<i>Othmar W. Schonecke</i>	
5.1	Zum Verhältnis von Lernpsychologie und Psychosomatischer Medizin	81
5.2	Der lerntheoretische Ansatz	82
5.2.1	Funktionale Analyse	83
5.2.2	Assoziation und Bedeutung	83
5.2.3	Lernen als Änderung der Beziehung zwischen Organismus und Umgebung	84
5.2.4	Lernen als „Distanz“ zum Reflex und das „Realitätsprinzip“	84
5.2.5	Lernen als Orientierung an Beziehungen in der Umgebung	84
5.2.6	Lernen und Anpassung	85
5.2.7	Lernen und Erwartung – Zielgerichtetheit	85

5.2.8	Lernen und qualitative Beziehung zwischen Reizen	86	8.2.1	Formen der Kommunikation in neuroendokrinen Systemen	153
5.2.9	Lernen als natürliche Rationalität	86	8.2.2	Biosynthese	155
5.2.10	Lernen und Abstraktion	87	8.2.3	Allgemeine Regulationsmuster und biologische Rhythmen	155
5.2.11	Interne Bedingungen des Verhaltens	88	8.2.4	Hormone, Neuropeptide, Neurotransmitter	157
5.2.12	Sprache	88	8.3	Neuropeptide/Hormone und motivationales Verhalten	157
5.2.13	Soziales Lernen	89	8.3.1	Trinkverhalten	158
5.2.14	Wirkung der „Kenntnis“ von Verhaltenskontingenzen	90	8.3.2	Appetit und Sättigung	158
5.3	Die Rolle des Lernens in der Genese organischer Störungen	91	8.3.3	Temperaturregulation	159
5.3.1	Klassisches Konditionieren autonomer Reaktionen	91	8.3.4	Schmerz	159
5.3.2	Gleichzeitiges Konditionieren autonomer Reaktionen	92	8.4	Hormone und Sexualität	160
5.3.3	Instrumentelles autonomes Konditionieren	92	8.4.1	Die sexuelle Differenzierung	161
5.3.4	Interozeptives Konditionieren	93	8.4.2	Pubertät	162
5.4	Therapeutische Anwendungen	94	8.4.3	Sexualverhalten	163
5.5	Kurze Erklärung der wichtigsten lerntheoretischen Begriffe	95	8.4.4	Das prämenstruelle Syndrom	163
5.5.1	Das Modell des klassischen Konditionierens	95	8.4.5	Testosteron und Aggression	164
5.5.2	Das Modell des operanten Lernens	98	8.5	Streß und Emotionen	164
6	Psychophysiologie	103	8.6	Neuroendokrinologie bei psychischen Erkrankungen	165
	<i>Othmar W. Schonecke und Jörg Michael Herrmann</i>		8.6.1	Depression	166
6.1	Einleitung	103	8.6.2	Anorexia nervosa	166
6.1.1	Wissenschaftshistorische Überlegungen	103	8.6.3	Schizophrenie	167
6.1.2	Der Situationskreis und das Leib-Seele-Problem	104	8.7	Zusammenfassung und Ausblick	167
6.1.3	Emotion als zentrales Thema der Psychophysiologie	105	9	Verhalten und Immunsystem: Konditionierung und ihre Auswirkungen	171
6.2	Emotion, Aktivierung und Streß	105		<i>Robert Ader</i>	
6.2.1	Aktivierung	105	9.1	Vorbemerkungen (<i>Rolf Adler</i>)	171
6.2.2	Emotion und Verhalten	118	9.2	Verhalten und Immunsystem	172
6.3	Klinische Psychophysiologie	129	9.2.1	Auswirkungen des Konditionierens auf humorale und zelluläre Immunität	173
6.3.1	Streß	130	9.2.2	Auswirkungen des Konditionierens auf die Entwicklung von Autoimmunkrankheiten	178
6.3.2	Stressoren	131	9.2.3	Diskussion	181
6.3.3	Belastende Lebensereignisse (life stress)	131		Diagnostische und therapeutische Verfahren	
6.3.4	Streß als pathogene Bedingung	132	10	Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin	184
6.3.5	Psychophysiologische Behandlungsmöglichkeiten	134		<i>Rolf Adler</i>	
6.3.6	Ausblick	135	10.1	Interviewtechnik	185
7	Neurophysiologische Grundlagen des emotionalen Verhaltens (Limbisches System und Hypothalamus)	141	10.2	Interviewschema	185
	<i>Hugo M. Krott, Merita J. Poremba und Michaela E. Rauch</i>		10.3	Schwierigkeiten der Interviewtechnik	188
7.1	Geschichtliches	141	10.4	Beispiel	188
7.2	Anatomie des Limbischen Systems und des Hypothalamus	141	10.4.1	Weiterer Verlauf des zehntägigen Spitalaufenthaltes	199
7.3	Limbisches System	142	10.4.2	Beurteilung	199
7.3.1	Thalamische und hypothalamische Ausschaltungsversuche	144	11	Psychologische Aspekte der körperlichen Untersuchung	201
7.3.2	Versuche am Nucleus amygdalae	144		<i>Daniel Vasella</i>	
7.3.3	Hippokampus	145	11.1	Einleitung	201
7.3.4	Versuche nach Klüver und Bucy	146	11.2	Übertragung, Gegenübertragung und Arbeitsbündnis	201
7.3.5	Lust- und Bestrafungszentren	147	11.3	Die körperliche Untersuchung als Ursache von psychischem Streß	202
7.3.6	Septum und Limbisches System	148	11.4	Averbale Kommunikation	203
7.4	Hypothalamus	148	11.5	Das Verhalten des Arztes während der körperlichen Untersuchung	203
7.5	Zusammenfassung	150	11.6	Körperliche Untersuchung und Persönlichkeitstypen	204
8	Psychoendokrinologie	153	11.7	Besondere Situationen anlässlich der körperlichen Untersuchung	205
	<i>Karl H. Voigt und Horst L. Fehm</i>		11.8	Forderung des Patienten nach nochmaliger Untersuchung oder weiterführender Abklärung	205
8.1	Einleitung	153			
8.2	Grundlagen der Psychoendokrinologie	153			

11.9	Körperliche Untersuchung und Psychotherapie	206	15.2.2	Konzepte und Ergebnisse kommunikationsanalytischer Forschung	245
11.10	Die Untersuchung sterbender Patienten . . .	206	15.2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Interaktionsforschung im traditionellen Visiten-setting und Überlegungen zu deren Praxisrelevanz	250
12	Testpsychologie	208			
	<i>Walter Thomas und Othmar W. Schonecke</i>				
12.1	Begriffsbestimmung	208	15.3	Die Veränderung der Stationsarztvisite unter den Zielsetzungen einer psychosomatisch-ganzheitlichen Behandlung	252
12.2	Geschichtlicher Überblick	208	15.3.1	Ein Konzept für eine patientenzentrierte Visitenführung	252
12.2.1	Zur Geschichte der Persönlichkeitsfragebogen	209	15.3.2	Resultate der Begleitforschung	253
12.3	Klassifikation von Tests	212	15.4	Voraussetzungen für die patientenzentrierte Gestaltung einer psychosomatischen Visite	264
12.3.1	Das Klassifikationsmodell nach Brickenkamp	212			
12.4	Anwendungsbereiche psychologischer Tests in der Psychosomatik	214	16	Verhaltenstherapie	268
12.4.1	Anwendungsbereiche von Tests in der psychosomatischen Praxis	214		<i>Dieter Schwarz</i>	
12.4.2	Anwendungsbereiche psychologischer Tests in der Forschung	214	16.1	Einleitung	268
12.5	Die Gütekriterien von Tests	215	16.1.1	Zum Begriff „Verhaltenstherapie“	268
12.5.1	Objektivität	215	16.1.2	Verhaltenstherapeutische Psychosomatik (Verhaltensmedizin)	268
12.5.2	Reliabilität	215	16.2	Verhaltens- und Bedingungsanalyse	269
12.5.3	Validität	217	16.2.1	Verhaltensanalyse	269
12.6	Normen	219	16.2.2	Bedingungsanalyse	269
12.6.1	Organisation einer Eichstichprobe	219	16.3	Allgemeine Aspekte der Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Störungen	270
12.6.2	Klassifikation der Norm-Maße	219	16.3.1	Therapeutisches Basisverhalten	270
12.7	Kritik der klassischen Testtheorie	220	16.3.2	Therapiemethoden	271
12.8	Schlußbemerkung	221	16.4	Therapiebegleitende Diagnostik	275
			16.4.1	Physiologische Reaktionen	275
13	Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren	223	16.4.2	Psychologische Diagnostik	276
	<i>Wolfgang Wesiack</i>		16.4.3	Eigendiagnostik	276
13.1	Einleitende Vorbemerkungen	223	16.5	Ergebnisse bei spezifischen Störungen	276
13.2	Psychoanalyse	223	16.5.1	Verhaltenstherapie bei funktionellen Herzstörungen	276
13.3	Die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	228	16.5.2	Verhaltenstherapie bei Bluthochdruck	279
13.3.1	Die analytische Psychotherapie	228	16.5.3	Verhaltenstherapie bei Asthma bronchiale	279
13.3.2	Die Fokaltherapie	228	16.5.4	Störungen des Magen-Darm-Traktes	279
13.3.3	Die Flash-Therapie	230	16.5.5	Verhaltenstherapie bei Hauterkrankungen	281
13.3.4	Die analytisch orientierte Notfallpsychotherapie	231	16.5.6	Gynäkologische und urologische Störungen	282
13.4	Anhang: Die neuen Narzißmustheorien und ihr Einfluß auf die psychoanalytische Therapie	232	16.5.7	Verhaltenstherapie bei motorischen Störungen	283
			16.5.8	Verhaltenstherapie bei ausgewählten neurologischen und sensorischen Funktionsstörungen	284
14	Das ärztliche Gespräch – Versuch einer Strukturanalyse	237	16.5.9	Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa	286
	<i>Wolfgang Wesiack</i>		16.6	Schlußbemerkung	287
14.1	Vorbemerkungen	237			
14.2	Zwei exemplarische Krankheitsfälle	238	17	Gruppentherapiemethoden in der Psychosomatischen Medizin	292
14.3	Versuch einer informationstheoretischen Analyse	239		<i>Wolfgang Wesiack und Wilfried Biebl</i>	
14.4	Die psychoanalytische Interpretation des ärztlichen Gespräches	240	17.1	Vorbemerkungen	292
14.5	Zusammenfassung	242	17.2	Die in Gruppenpsychotherapien angewandten therapeutischen Prinzipien	294
			17.3	Über Auswahlkriterien von Mitgliedern in einer therapeutisch arbeitenden Gruppe	294
15	Die Krankenvsiste – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts	244	17.3.1	Das „Setting“	295
	<i>Dirk Fehlenberg, Claudia Simons und Karl Köhle</i>		17.3.2	Zum Begriff der „Gruppenfähigkeit“	295
15.1	Problemstellung: Die Visite als Gesprächssituation für Arzt und Patient	244	17.3.3	Geschlossene – halboffene – offene Gruppen	295
15.2	Die Stationsarztvisite in ihrer traditionellen Form	245	17.3.4	Homogene – heterogene Gruppen	296
15.2.1	Klinische Aufgaben und Patientenerwartungen: Die Problemstruktur der traditionellen Visite	245	17.3.5	Therapie der Gruppe – Therapie des Einzelnen in der Gruppe	296
			17.4	Die am häufigsten in der Psychosomatischen Medizin angewandten Gruppentherapiemethoden	296

17.4.1	Die psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapien	296	20.5.5	Hypnotika	347
17.4.2	Die schwerpunktmäßig nicht analytisch orientierten Gruppentherapien	298	20.5.6	Sedativa	347
17.4.3	Die körperbezogenen Gruppentherapien	299	20.5.7	Psychoanaleptika	347
17.4.4	Die Selbsthilfegruppen	300	20.6	Praktische Konsequenzen und allgemeine Richtlinien der Therapie	347
17.5	Schlußbemerkungen	303	20.6.1	Pharmakotherapie der Depressionen bei Sterbenden und Trauernden	348
18	Familiendynamik und Familientherapie in der Psychosomatik	305	20.6.2	Psychopharmakotherapie bei Angst-erkrankungen	350
	<i>Michael Wirsching</i>		20.6.3	Psychopharmakotherapie bei Schmerz- zuständen (<i>Rolf Adler</i> und <i>Gerhard H. Paar</i>)	352
18.1	Auf dem Weg zu einem ökologischen Krankheitsverständnis	305	20.6.4	Plazebos	354
18.2	Zur Familiendynamik körperlicher Krank- heiten	305	21	Ergebnisforschung in der Psychosomati- schen Medizin	361
18.2.1	Fallbeispiel	305		<i>Michael von Rad</i> und <i>Wolfgang Senf</i>	
18.2.2	Merkmale krankheitsanfälliger Familien	306	21.1	Definition	361
18.2.3	Zusammenfassende familiendynamische Hypothese	308	21.2	Fallbeispiel	361
18.2.4	Gibt es „die“ psychosomatische Familie – Fragen der Spezifität	308	21.2.1	Vorgeschichte	363
18.3	Familientherapie bei schweren und chroni- schen körperlichen Krankheiten	309	21.2.2	Diagnose und psychodynamische Überlegungen	363
18.3.1	Indikationskriterien zur Einbeziehung des Patientenumfeldes	309	21.2.3	Behandlungsergebnisse	363
18.3.2	Verschiedene Behandlungskonzepte bedingen unterschiedliche Wege bei der Behandlung psychosomatischer Familien	310	21.3	Ziele der Ergebnisforschung	365
18.3.3	Einige Leitlinien zur Behandlung psychosomatischer Familien	311	21.4	Was heißt „Erfolg“?	366
19	Suggestive und übende Verfahren	316	21.5	Veränderung durch Psychotherapie ist multidimensional	367
	<i>Reinhard Lohmann</i>		21.6	Individuelle Erfolgskriterien als Meßstrategie	368
19.1	Suggestive Verfahren	316	21.7	Spontanremission und Kontrollgruppen	370
19.1.1	Vorbemerkungen zum Suggestionsbegriff	316	21.8	Die Indikation zur Psychotherapie: klinische Gesichtspunkte und empirische Ergebnisse	371
19.1.2	Geschichtlicher Exkurs zu den Suggestiv- verfahren	318	21.9	Psychotherapeutische Behandlungsergeb- nisse bei verschiedenen Krankheitsbildern	373
19.1.3	Hypnose	319	21.9.1	Anorexia nervosa	373
19.1.4	Hypnokatharsis (Psychokatharsis) Hypno- analyse und hypnotische Psychotherapie	322	21.9.2	Asthma bronchiale	374
19.1.5	Gestufte Aktivhypnose, zweigleisige Methode	323	21.9.3	Ulcus pepticum	374
19.1.6	Wachsuggestive Verfahren	323	21.9.4	Colitis ulcerosa	374
19.2	Übende Verfahren	324	21.9.5	Essentielle Hypertonie	375
19.2.1	Vorbemerkungen zum Übungsbegriff	324	21.9.6	Funktionelle Syndrome	375
19.2.2	Autogenes Training (Grundstufe)	324	21.9.7	Myokardinfarkt	375
19.2.3	Katathymes Bilderleben (<i>Jörg Michael Herrmann</i>)	328	22	Epidemiologie	379
19.2.4	Progressive Relaxation	329		<i>Hermann J. Hönnmann</i>	
19.2.5	Funktionelle Entspannung	330	22.1	Einleitung	379
19.2.6	Konzentrativer Bewegungstherapie	331	22.2	Definitive Abgrenzungsprobleme	380
20	Psychopharmaka in der Psychosomatischen Medizin und in der Allgemeinmedizin	336	22.3	Methodische Aspekte	381
	<i>Gerhard H. Paar</i>		22.3.1	Inzidenz und Prävalenz als Häufigkeitsmaße für Krankheit	381
20.1	Fallgeschichte	336	22.3.2	Falldefinition	381
20.2	Einleitung	337	22.3.3	Fallidentifikation	382
20.3	Epidemiologische Aspekte	337	22.4	Der administrative Forschungsansatz	383
20.4	Interaktionsprobleme bei der Verordnung von Psychopharmaka	338	22.5	Feldstudien	384
20.4.1	Historische Auffassung	338	22.6	Zur Alters-, Geschlechts- und Schicht- abhängigkeit psychosomatischer Erkran- kungen	384
20.4.2	Das Eingreifen der Psychopharmaka in die Arzt-Patient-Beziehung	339	22.7	Zur Epidemiologie psychosomatischer Erkrankungen in der BR Deutschland	385
20.5	Spezielle Pharmakologie	340		Organisationsformen psychosomatischer Krankenversorgung	
20.5.1	Neuroleptika	342	23	Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes	389
20.5.2	Antidepressiva	342		<i>Wolfgang Wesiack</i>	
20.5.3	Tranquilizer	344	23.1	Einleitung	389
20.5.4	Betarezeptoren-Blocker	346	23.2	Der Erstkontakt zwischen Patient und Arzt	390

23.3	Das Krankengut der ärztlichen Praxis	391	26	Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Vertrauensärztlichen Dienst	465
23.4	Der Mangel an personellen und technischen Hilfsmitteln und die Notwendigkeit der Praxis, sich auf das Wesentliche zu beschränken	392		<i>Doris Schmitt</i>	
23.5	Die größere Nähe von Arzt und Patient in der Allgemeinpraxis und die Langzeitbetreuung	394	26.1	Ein exemplarischer Krankheitsfall	465
23.6	Die Besonderheit des diagnostisch-therapeutischen Interaktionsprozesses in der ärztlichen Praxis	395	26.2	Meine Erfahrungen als Vertrauensärztin	466
23.7	Die Bedeutung des niedergelassenen Arztes für die Prophylaxe, Früherkennung und Frühbehandlung psychosomatischer Erkrankungen	395	26.2.1	Fallbeispiele	466
23.8	Schlußbetrachtungen	397	26.2.2	Persönliche Erfahrungen	467
24	Der Kliniker als Psychosomatiker	398	26.3	Geschichte der Entwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes und seine Aufgaben im heutigen Gesundheitsversorgungssystem	467
	<i>Rolf Adler</i>		26.3.1	Die Sozialversicherung und ihre Aufgaben	468
24.1	Der psychosomatische Kliniker im Vergleich zum Somatiker und psychiatrischen Konsiliarius	398	26.3.2	Der Vertrauensärztliche Dienst bis 1969	469
24.2	Der Unterricht in Psychosomatik	400	26.3.3	Der Vertrauensärztliche Dienst nach 1969	470
24.3	Patienten und Krankheiten, bei denen psychische und soziale Faktoren besonders bedeutsam sind	401	26.4	Die Bedeutung psychosozialer Aspekte für den Vertrauensärztlichen Dienst der Gegenwart	473
25	Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich	406	26.5	Zusammenarbeit: Kassenarzt – Vertrauensarzt	475
	<i>Karl Köhle und Peter Joraschky</i>		26.6	Vom Umgang mit Daten im Vertrauensärztlichen Dienst	476
25.1	Ziele, Voraussetzungen, Bedarf und Konzepte (<i>Karl Köhle und Peter Joraschky</i>)	406	26.7	Psychosomatik und Sozialmedizin im Vertrauensärztlichen Dienst	477
25.1.1	Die „psychosomatische Betrachtungsweise“ in der Medizin – Grundfragen und Konsequenzen für die Institutionalisierung	406	26.8	Schlußbetrachtung	478
25.1.2	Aufgaben und Arbeitsgebiete der klinischen Psychosomatik	416			
25.1.3	Beteiligung der Psychosomatischen Medizin an der Krankenversorgung innerhalb der medizinischen Institutionen. Angaben zum Bedarf	418			
25.1.4	Konzepte und Modelle für die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich	420			
25.2	Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste (<i>Peter Joraschky und Karl Köhle</i>)	423			
25.2.1	Historische Entwicklung und Definition der Liaison-Psychosomatik	423			
25.2.2	Tätigkeitsfelder und Inanspruchnahme von Konsultations- und Liaisondiensten	424			
25.2.3	Organisationsformen	425			
25.2.4	Funktion und Arbeitsweise von Liaisondiensten	426			
25.2.5	De Prozeß der Integration des Liaison-Psychosomatikers in das klinische Setting. Interaktionsprobleme zwischen Liaison-Psychosomatikern und den zu beratenden Klinikern	430			
25.2.6	Aus- und Weiterbildung	432			
25.2.7	Klinische Forschung	433			
25.2.8	Zusammenfassung	433			
25.3	Klinisch-psychosomatische Krankenstationen (<i>Karl Köhle</i>)	439			
25.3.1	Zur Geschichte stationärer Einrichtungen in der Psychosomatischen Medizin	439			
25.3.2	Ein Konzept für klinisch-psychosomatische Krankenstationen: Die internistisch-psychosomatische Krankenstation der Universität Ulm	448			
				DRITTER TEIL: Spezielle Psychosomatik	
				Störungen von Funktions- und Verhaltensabläufen	
			27	Konversion	481
				<i>Rolf Adler</i>	
			27.1	Definitionen	481
			27.2	Analogien zum Mechanismus der Konversion	482
			27.3	Häufigkeit	482
			27.4	Mechanismus der Symptombildung	482
			27.5	Wahl von Art und Lokalisation des Symptoms	483
			27.6	Diagnose	483
			27.6.1	Beweisende Kriterien	483
			27.6.2	Hinweisende Kriterien	484
			27.7	Komplikationen des Konversionssymptoms	484
			27.8	Datenerhebung durch das Interview	485
			27.9	Die häufigsten Konversionssymptome	485
			27.10	Prognose und Therapie	485
			27.11	Differenzierung von anderen psychogenen Symptomen	486
			27.11.1	Psychophysiologische Symptome	486
			27.11.2	Hypochondrische Symptome	486
			27.11.3	Simulation	487
			27.11.4	Künstlich erzeugte Symptome	487
			28	Funktionelle Syndrome in der Inneren Medizin	489
				<i>Thure von Uexküll und Karl Köhle</i>	
			28.1	Exemplarische Falldarstellung	489
			28.2	Symptomatologie	490
			28.2.1	Begriffsbestimmung	491
			28.2.2	Untergruppen und spezielle Erscheinungsformen	492
			28.2.3	Psychologische Symptomatik	492
			28.3	Epidemiologie	493
			28.3.1	In welchen Altersklassen treten diese Krankheitsbilder auf?	494
			28.4	Ätiologie und Pathogenese	495
			28.5	Psychologie, Psychodynamik	496
			28.6	Lebensgeschichte und soziale Interaktion	498
			28.7	Differentialdiagnose	498
			28.8	Therapie	499
			28.9	Prognose	501

29	Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom	503	31.4.3	Hyperventilation als Störung im Funktionskreis der Atmung	538
	<i>Othmar W. Schonecke und Jörg Michael Herrmann</i>		31.5	Diagnose	539
29.1	Exemplarischer Fall	503	31.5.1	Differentialdiagnose	539
29.2	Begriffsbestimmung und Definition	503	31.6	Therapie	540
29.3	Symptomatik	504	31.6.1	Symptomatisch	540
29.4	Verhaltensmerkmale	506	31.6.2	Behandlung der gewohnheitsmäßigen Thoraxatmung	540
29.5	Epidemiologie	507	31.6.3	Psychotherapie	540
29.6	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	509	31.6.4	Psychopharmaka	541
29.6.1	Psychodynamische Erklärungsansätze	509	31.7	Prognose	541
29.6.2	Persönlichkeitstheoretische Ansätze	510			
29.6.3	Psychophysiologische Erklärungsansätze	511	32	Synkopen	543
29.7	Differentialdiagnose	518		<i>Claudia Simons, Karl-Heinz Schultheis und Karl Köhle</i>	
29.8	Therapie und Prognose	519	32.1	Definition und Symptomatik	543
29.8.1	Psychopharmaka	519	32.2	Pathogenetische Mechanismen	543
29.8.2	Psychotherapie	519	32.3	Klassifikation	543
30	Funktionelle Syndrome im gastro-intestinalen Bereich	523	32.4	Inzidenz und Prognose im klinischen Bereich	544
	<i>Wolfram Schüffel und Thure von Uexküll</i>		32.5	Vasovagale Synkopen	544
30.1	Einleitung und historische Zusammenfassung	523	32.5.1	Symptomatik und Klinik	544
30.2	Exemplarische Fallgeschichte	524	32.5.2	Epidemiologie	545
30.3	Symptomatologie der FAB	524	32.5.3	Pathogenetische Konzepte	545
30.3.1	Funktionelle Oberbauchbeschwerden (FOB)	524	32.5.4	Therapie und Prognose	546
30.3.2	Funktionelle Unterbauchbeschwerden (FUB)	525	32.6	Konversionsneurotische Synkopen	546
30.3.3	Vergesellschaftung mit anderen Beschwerdebildern	525	32.6.1	Exemplarischer Fall	546
30.3.4	Synonyma	526	32.6.2	Symptomatik und Klinik	547
30.4	Epidemiologie	526	32.6.3	Epidemiologie	548
30.5	Psychologie, Lebensgeschichte, Psychodynamik und psychosoziale Interaktion	526	32.6.4	Pathogenetische Konzepte	548
30.6	Psychophysiologie	528	32.6.5	Therapie	548
30.7	Differentialdiagnose	529	32.7	Psychogene Synkopen unklarer Genese	548
30.7.1	Krankheiten, die ausgeschlossen werden müssen	529	32.8	Differentialdiagnostische Überlegungen	549
30.7.2	Diagnostisches Vorgehen	530	33	Schmerz	551
30.7.3	Anamnese	530		<i>Rolf Adler</i>	
30.7.4	Untersuchungsplan	530	33.1	Einleitung	551
30.8	Therapie	531	33.2	Neurophysiologie	552
30.8.1	Mitteilung der Diagnose	531	33.2.1	Peripherer Schmerzapparat	552
30.8.2	Unspezifische ärztliche Maßnahmen: Begleitung und Abgrenzung	531	33.2.2	Schmerzapparat im Rückenmark	552
30.8.3	Spezielle psychotherapeutische Verfahren	532	33.2.3	Das sensorisch-diskriminierende System	552
30.8.4	Medikamentöse Behandlung	532	33.2.4	Das motivierend-affektive System	552
30.9	Zur Prognose	533	33.2.5	Das zentrale Kontrollsystem	552
31	Das Hyperventilationssyndrom	535	33.2.6	Das Spinal Gate Control System	552
	<i>Jörg Michael Herrmann, Othmar W. Schonecke, Andreas Radvila und Thure von Uexküll</i>		33.2.7	Hormone und Überträgersubstanzen	553
31.1	Falldarstellung	535	33.3	Psychische Entwicklung und Schmerz	553
31.2	Klinik und Symptomatologie	535	33.4	Klinische Schmerzbilder und der Einfluß psychischer Faktoren	554
31.2.1	Neuromuskuläre Symptome	536	33.4.1	Der konversionsneurotische Schmerz und die „Neigung, Schmerz erleiden zu müssen“	554
31.2.2	Zentrale Symptome	536	33.4.2	Hypochondrie und hypochondrische Reaktion	557
31.2.3	Respiratorische Beschwerden	536	33.4.3	Depressive Reaktionen	557
31.2.4	Kardiale Beschwerden	536	33.4.4	Endogene Depression	558
31.2.6	Neurovegetative Beschwerden	536	33.4.5	Schmerz als körperliches Begleitzeichen von Affekten	558
31.2.5	Gastrointestinale Symptome	536	33.4.6	Simulation	559
31.2.7	Allgemeine und psychische Beschwerden	536	33.5	Hilfsmittel für die Differentialdiagnose zwischen vorwiegend psychogenen und organisch bedingten Schmerzen	559
31.2.8	Der akute Anfall	536	33.5.1	Der Libman-Test	559
31.2.9	Das chronische Hyperventilationssyndrom	536	33.5.2	Weitere Hilfsmittel	560
31.3	Epidemiologie	537	33.6	Besondere Aspekte der psychosomatischen Schmerzbehandlung	561
31.4	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	537	33.6.1	Organische Krankheiten, bei denen Angst zu gesteigertem Schmerzempfinden und -verhalten beiträgt	561
31.4.1	Psychische Faktoren	537	33.6.2	Antidepressiva und Neuroleptika	561
31.4.2	Pathophysiologie	537			

33.6.3	Instrumentelles Konditionieren	561	36.4.1	Die Störung des Eßverhaltens	603
33.6.4	Hypnose	562	36.4.2	Gewichtsverlust	603
33.6.5	Therapiekombinationen	562	36.4.3	Amenorrhoe	603
34	Primärer Kopfschmerz	565	36.4.4	Obstipation, Laxantien- und Diuretika- abusus	603
	<i>Claus Bischoff, Helmuth Zenz und Harald Traue</i>		36.4.5	Psychologische Symptome	604
34.1	Exemplarischer Fall	565	36.5	Diagnose und Differentialdiagnose	606
34.2	Klassifikation und diagnostische Probleme	566	36.5.1	Diagnostische Kriterien	606
34.3	Epidemiologie	567	36.5.2	Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme und der Diagnosestellung	606
34.4	Physiologische Grundlagen des Kopf- schmerzanfalls	568	36.5.3	Differentialdiagnose	607
34.4.1	Vaskulär-migränoider Kopfschmerz	568	36.5.4	Früherkennung	609
34.4.2	Muskelkontraktionskopfschmerz	568	36.6	Epidemiologie	609
34.4.3	Kombinierter vaskulärer und Muskelkon- traktionskopfschmerz	570	36.6.1	Inzidenz und Prävalenz	609
34.4.4	Kopfschmerz bei wahnhaften, konversions- neurotischen oder hypochondrischen Zuständen	570	36.6.2	Häufigkeitsentwicklung	610
34.5	Auslöser von Kopfschmerzen	570	36.6.3	Geschlechtsverteilung	610
34.5.1	Auslöser vaskulär-migränoider Kopf- schmerzen	570	36.6.4	Kulturelle und soziale Faktoren	610
34.5.2	Auslöser von Muskelkontraktions- kopfschmerz	571	36.6.5	Familienuntersuchungen und Zwilling- forschung	612
34.6	Somatische und psychosomatische Dispositionen für Kopfschmerz	571	36.7	Pathogenetische Konzepte	612
34.6.1	Vaskulär-migränoider Kopfschmerz	571	36.7.1	Psychophysiologie	613
34.6.2	Muskelkontraktionskopfschmerz	571	36.7.2	Angeborene Disposition, frühe Kindheits- entwicklung	614
34.6.3	Genetische Faktoren beim Kopfschmerz	572	36.7.3	Die familiäre Situation	614
34.7	Psychische Dispositionen für Kopfschmerz	572	36.7.4	Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur	618
34.8	Psychogenetische Modelle der Migräne und des Muskelkontraktionskopfschmerzes	573	36.7.5	Lebenssituation zur Zeit der Krankheits- manifestation	618
34.8.1	Verhaltensanalytische Ansätze	573	36.7.6	Psychodynamik	619
34.8.2	Psychodynamische Erklärungsansätze	574	36.8	Therapie	622
34.9	Therapieverfahren	575	36.8.1	Allgemeine Zielvorstellungen	622
34.9.1	Somatisch-medizinische Therapie- angebote	575	36.8.2	Die Elemente eines Behandlungsplans	623
34.9.2	Probleme bei der psychodynamisch orien- tierten und klientenzentrierten Psycho- therapie	576	36.8.3	Voraussetzungen für die Durchführung von Akutbehandlung und „Wiederauffütte- rung“	624
34.9.3	Verhaltenstherapeutische Verfahren	576	36.8.4	Häufige Fehler in der Behandlung von Anorexie-Patientinnen	625
35	Adipositas	583	36.8.5	Die Behandlungsansätze zur Beeinflussung des Eßverhaltens	626
	<i>Albert J. Stunkard, Volker Pudel</i>		36.8.6	Gestuftter Therapieplan in Kombination verschiedener Behandlungsverfahren	628
35.1	Definition	583	36.9	Prognose	630
35.2	Epidemiologie	583	36.9.1	„Spontanverlauf“	630
35.3	Der traurige Saldo der traditionellen Adipositasbehandlung	586	36.9.2	Verlauf der Erkrankung nach systemati- scher Therapie	631
35.4	Körperliche Aktivität als Determinante für Adipositas	587	36.9.3	Einfluß von Behandlungs- und Patienten- variablen auf die Prognose	633
35.5	Emotionale Determinanten	588	37	Zur Psychosomatik der sexuellen Störungen	641
35.5.1	Die Hyperphagie-Syndrome	589		<i>Kurt Loewit</i>	
35.5.2	Störung des Körperschemas (body image)	589	37.1	Einleitung	641
35.5.3	Störung des Sättigungsgefühls	589	37.2	Ein exemplarischer Fall	642
35.6	Therapie	590	37.3	Übersicht über die direkten sexuellen Funk- tionsstörungen	642
35.6.1	Allgemeine Probleme	590	37.3.1	Eingrenzung und Vorbemerkungen	642
35.6.2	Psychodynamische Therapie	590	37.3.2	Störungen beim Mann	643
35.6.3	Verhaltenstherapie	592	37.3.3	Störungen bei der Frau	643
36	Anorexia nervosa	600	37.3.4	Hinweise auf Ursachen bzw. Genese sexuel- ler Funktionsstörungen	644
	<i>Karl Köhle und Claudia Simons</i>		37.4	Grundprinzipien der Sexualtherapie	644
36.1	Zur Bedeutung des Krankheitsbildes	601	37.5	Die Kommunikation der Sexualität als spezifisch menschliche Dimension	645
36.2	Exemplarische Krankengeschichte	601	37.5.1	Die Sinnfrage als pathogenetisches Element	645
36.3	Definition des Krankheitsbildes unter klinischen Gesichtspunkten	602	37.5.2	Der doppelte Aspekt der Geschlechtlich- keit	645
36.3.1	Zur Geschichte der Beschreibung des Krankheitsbildes	603	37.5.3	Menschliches Sexualverhalten als Körper- sprache	646
36.4	Symptomatologie	603	37.5.4	Die Inhalte der sexuellen Kommunikation	646
			37.5.5	Sexuelle Kommunikation, menschliche Grundbedürfnisse und Partnerschaft	646

37.6	Die Kommunikation der Sexualität als erweiterter therapeutischer Ansatz	647	39.3.2	Verleugnung	697
37.7	Schlußbemerkungen	648	39.3.3	Depression	700
Spezielle Krankheitsbilder der Inneren Medizin			39.4	Besonderheiten emotionaler Reaktionen bei reanimierten Infarktkranken	702
Herz- und Kreislauferkrankungen			39.5	Interaktionsprobleme mit Infarktkranken . .	702
38	Arterielle Verschußkrankheiten: koronare Herzkrankheit, Apoplexie und Claudicatio intermittens	650	39.5.1	Kooperation versus Auflehnung	702
	<i>Thomas H. Schmidt, Rolf Adler, Wolfgang Langosch und Michael Rassek</i>		39.5.2	Schwierigkeiten, Hilfe annehmen zu können	702
38.1	Exemplarischer Fall	650	39.6	Ärztliche Psychotherapie bei Infarkt- kranken	703
38.2	Historischer Rückblick	651	39.6.1	Allgemeines zum methodischen Vorgehen .	703
38.3	Multifaktorielles pathogenetisches Modell der koronaren Herzkrankheit und anderer arterieller Verschußkrankheiten	652	39.6.2	Spezifische Hilfestellungen im ärztlich- psychotherapeutischen Gespräch	704
38.3.1	Ein psychosomatisches Modell	653	39.6.3	Analgetika und Psychopharmaka	706
38.4	Persönlichkeitsmerkmale und Hirnschlag/ Claudicatio intermittens	654	39.6.4	Die Verlegung von der Intensivstation	706
38.5	Der plötzliche Herztod	655	39.6.5	Entlassung und Nachbetreuung	706
38.5.1	Mechanismen des plötzlichen Herztodes . . .	655	39.7	Häufige Fehler im Umgang mit Infarkt- kranken in der akuten Behandlungsphase . .	707
38.5.2	Tierexperimentelle Untersuchungen	658	39.7.1	Nichtbeachtung des „unauffälligen“ Kranken	707
38.5.3	Untersuchungen beim Menschen	659	39.7.2	Unnötige Frustration der Patienten	707
38.5.4	Die Bedeutung des sympathischen Nerven- systems für das Auftreten ventrikulärer Arrhythmien und therapeutische Einfluß- möglichkeiten	661	39.8	Beispiel eines Gesprächs mit einem Herz- infarktpatienten während der Intensiv- behandlungsphase	707
38.6	Psychosoziale Faktoren bei Angina pectoris und Myokardinfarkt	662	39.9	Ergebnisse psychotherapeutischer Behand- lungsansätze bei Herzinfarktkranken	708
38.6.1	Sozioökonomische Einflüsse	662	39.9.1	Auswahl geeigneter Therapieverfahren . . .	708
38.6.2	Lebensverändernde Ereignisse	663	39.9.2	Psychotherapie während der Krankenhaus- behandlung	708
38.6.3	Berufliche Überbeanspruchung	664	39.9.3	Psychotherapie nach Klinikentlassung und während der Rehabilitation	709
38.6.4	Emotionale Probleme	665	39.10	Zusammenfassung	711
38.6.5	Koronargefährdende Verhaltensweisen und Typ-A-Muster	666	40	Essentielle Hypertonie	715
38.7	Prävention und Therapie	676		<i>Jörg Michael Herrmann, Michael Rassek, Nikolaus Schäfer, Thomas H. Schmidt und Thure von Uexküll</i>	
38.7.1	Therapeutische Beeinflussung des Typ-A-Musters	676	40.1	Exemplarischer Fall	715
38.7.2	Weitere Therapiestudien und Hinweise zur psychotherapeutischen Betreuung von Herzinfarktpatienten	677	40.2	Symptomatologie	716
39	Psychotherapie von Herzinfarktpatienten während der stationären und poststationä- ren Behandlungsphase	691	40.2.1	Definition	716
	<i>Karl Köhle und Ekkehard Gaus</i>		40.2.2	Allgemein-klinische Symptomatologie	716
39.1	Zur Begründung eines psychosomatischen Arbeitsansatzes in der Behandlung von In- farktkranken während der akuten Behand- lungsphase	691	40.2.3	Psychologische Merkmale	716
39.2	Übersicht über psychosomatische Befunde bei Infarktkranken während der stationären und der poststationären Behandlungspha- sen	692	40.3	Epidemiologie	717
39.2.1	Beeinträchtigung des Befindens, psycholo- gische und psychophysiologische Reak- tionen	692	40.4	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese . .	717
39.2.2	Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Behandlungsmodalitäten und das Arbeits- bündnis	693	40.4.1	Genetische Faktoren	717
39.2.3	Die Wirksamkeit psychosozialer Faktoren im Krankheits- und Rehabilitationsverlauf .	693	40.4.2	Umweltfaktoren	718
39.3	Psychodynamik von Angst, Verleugnung und Depression bei Infarktkranken	694	40.4.3	Ernährungsbedingungen	718
39.3.1	Angst	694	40.4.4	Soziale Faktoren	720
			40.5	Psychologie, Psychodynamik, Psycho- physiologie und soziale Interaktion	721
			40.5.1	Emotionale Faktoren	721
			40.5.2	Situative Faktoren	723
			40.5.3	Tierexperimentielle Untersuchungen	724
			40.5.4	Pathophysiologische Grundlagen und psychophysiologische Untersuchungen am Menschen	727
			40.6	Ein psychosomatisches Modell: Der Situationskreis	729
			40.6.1	Was ist eine Situation	729
			40.6.2	Der Situationskreis	730
			40.7	Differentialdiagnose	733
			40.8	Prognose	733
			40.9	Konsequenzen für die Therapie der essentiellen Hypertonie	733
			40.10	Bericht über die psychosomatische Behandlung einer Patientin mit labiler Hy- pertonie und Blutdruckkrisen	735
			40.10.1	Äußere Erscheinung und Verhalten	736
			40.10.2	Verlauf	736
			40.10.3	Interpretation	737

Atmungsorgane		42.8	Diagnostisches Vorgehen	775
41	Asthma bronchiale	42.8.1	Anamnese	775
	<i>Wolfram Schüffel, Jörg Michael Herrmann,</i>	42.8.2	Differentialdiagnose	776
	<i>Bernhard Dahme und Rainer Richter</i>	42.8.3	Der Untersuchungsplan	776
41.1	Einleitung	42.9	Therapie	776
41.2	Exemplarischer Fall	42.9.1	Therapieziele	776
41.3	Definition	42.9.2	Therapeutischer Stufenplan – Das Cimetidin als „Goldstandard“	777
41.3.1	Beschwerden und Entwicklung des Krankheitsbildes	42.9.3	Die Rolle der Psychosomatik bei der Behandlung des Ulcus duodeni – ein konzeptioneller Ansatz	777
41.4	Epidemiologie	42.10	Antworten auf eingangs gestellte Fragen und Ausblick	780
41.5	Psychosoziale Untersuchungsergebnisse	Entzündliche Darmerkrankungen		
41.5.1	Soziale Interaktion	43	Colitis ulcerosa	783
41.5.2	Psychoanalytische Untersuchungsergebnisse		<i>Hubert Feiereis</i>	
41.5.3	Eine literarische Darstellung	43.1	Krankengeschichte	783
41.5.4	Psychologische Befunde	43.1.1	Vorgeschichte und biographische Anamnese	783
41.5.5	Die Aufrechterhaltung des Asthma bronchiale durch psychosoziale Faktoren (sog. psychomaintenance)	43.1.2	Zur Krankheitsauslösung	784
41.6	Psychophysiologie	43.2	Klinik der Colitis ulcerosa	784
41.6.1	Untersuchungen zur Symptomspezifität	43.2.1	Symptomatologie, Schweregrad und Verlaufsform	784
41.6.2	Operante Kontrolle und Modifikation des Atemwegswiderstandes (Biofeedback)	43.2.2	Endoskopische und histologische Befunde	784
41.6.3	Zur Wahrnehmung von Atemwegswiderständen (interozeptive Wahrnehmung)	43.2.3	Röntgenologische Befunde	785
41.7	Ätiologie und Pathogenese; wissenschaftstheoretische Überlegungen	43.2.4	Komplikationen	785
41.7.1	Ätiologie und Pathogenese	43.3	Differentialdiagnose	785
41.7.2	Wissenschaftstheoretische Überlegungen	43.4	Epidemiologie	785
41.8	Diagnostik und Therapie	43.5	Ätiologie und Pathogenese	786
41.8.1	Grundmerkmale	43.5.1	Neurovegetative Faktoren	786
41.8.2	Kombinierte Therapieformen	43.5.2	Prämorbid Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik	786
41.8.3	Spezielle psychotherapeutische Verfahren	43.5.3	Krankheitsauslösung	788
		43.6	Therapie	788
		43.6.1	Voraussetzungen	788
		43.6.2	Medikamentöse Therapie	789
		43.6.3	Diät	789
		43.6.4	Entspannungstherapie	789
		43.6.5	Stützende Gesprächspsychotherapie	790
		43.6.6	Tiefenpsychologische Psychotherapie	790
		43.6.7	Therapie im Intervall	791
		43.7	Prognose und Ergebnisse	791
		43.8	Epikrise und Katamnese zur einleitenden Krankengeschichte	793
		43.9	Schlußfolgerung	793
		44	Morbus Crohn	798
			<i>Hubert Feiereis</i>	
		44.1	Krankengeschichte	798
		44.2	Klinik der Enteritis granulomatosa regionalis Crohn	799
		44.2.1	Symptomatologie, Schweregrade und Verlaufsform	799
		44.2.2	Endoskopische und histologische Befunde	800
		44.2.3	Röntgenologische Befunde	800
		44.2.4	Komplikationen	800
		44.2.5	Differentialdiagnose	801
		44.2.6	Epidemiologie	802
		44.3	Ätiologie und Pathogenese	802
		44.3.1	Genetik – Immunologie – Umwelt	802
		44.3.2	Prämorbid Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik, Auslösung und reaktive psychische Befunde	803
		44.4	Therapie	805
		44.4.1	Voraussetzungen	805
		44.4.2	Medikamentöse Therapie	805
		44.4.3	Diät	805
Verdauungstrakt				
42	Ulcus duodeni			761
	<i>Wolfram Schüffel und Thure von Uexküll</i>			
42.1	Vorbemerkung			761
42.2	Exemplarischer Fall			762
42.3	Klinik und Symptomatologie			762
42.4	Epidemiologie			763
42.5	Psychosoziale Untersuchungsergebnisse			763
42.5.1	Zur Biographie des Ulkuserkrankten, Anmerkungen zur sogenannten „Ulkuspersönlichkeit“			763
42.5.2	Häufige Verhaltensweisen und Familienbindungen			764
42.5.3	Psychoanalytische Untersuchungsergebnisse			765
42.6	Theorien zur Ätiologie und/oder Pathogenese			766
42.6.1	Pathophysiologie			766
42.6.2	Psychophysiologie			767
42.6.3	Das somatopsyo-psychosomatische Modell			768
42.7	Das somatopsyo-psychosomatische Modell unter wissenschaftstheoretischen Aspekten			771
42.7.1	Die individuelle Wirklichkeit als Ausdruck der Beziehung zwischen Organismus und Umgebung			771
42.7.2	Die Bedeutungskoppelung als Beziehung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren			771
42.7.3	Die Rolle des Pylorus			773
42.7.4	Das Modell unter klinischem Aspekt			774

51.2	Historischer Rückblick	891	53.6.1	Historische Aspekte	956
51.3	Depression und Krebs	891	53.6.2	Definition	957
51.4	Persönlichkeitsmerkmale bei Krebspa- tienten	893	53.6.3	Epidemiologie	957
51.5	Psychotherapie mit Krebspatienten und ihren Familien	895	53.6.4	Frühe psychosomatische Forschungs- und Therapieansätze	957
51.5.1	Die typischen Lebensprobleme	896	53.6.5	Psychotherapie bei Epilepsien?	961
51.5.2	Ziele der psychotherapeutischen Interven- tionen	898	53.7	Hysterische (pseudoepileptische) Anfälle . .	962
51.5.3	Familientherapeutische Probleme	899	53.7.1	Klinische Beobachtungen	962
51.5.4	Psychotherapeutisches Eingreifen in der Gestaltung des Krankheitsverlaufes	899	53.7.2	Status pseudoepilepticus	962
51.5.5	Gruppentherapie mit Krebskranken	900	53.7.3	„Bedeutung“ und Verlauf	963
51.6	Die psychophysiologischen Verbindungs- glieder	902	53.8	Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose)	964
51.6.1	Neurologische Verbindungsglieder	903	53.8.1	Ätiologie und Prognose	964
51.6.2	Endokrine Verbindungsglieder	903	53.8.2	Psychosomatische Aspekte	964
51.6.3	Immunologische Verbindungsglieder	904	53.9	Myasthenia gravis	966
			53.9.1	Klinische Symptomatik	966
			53.9.2	Psychosomatische Aspekte	967

Spezielle Psychosomatik in anderen klinischen Fächern

52	Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe	910
	<i>Dietmar Richter und Manfred Stauber</i>	
52.1	Gynäkologie	910
52.1.1	Einführung	910
52.1.2	Blutungs- und Zyklusstörungen	911
52.1.3	Zur sterilen Partnerschaft	918
52.1.4	Kontrazeption	919
52.1.5	Schwangerschaftsabbruch	922
52.1.6	Unterbauchschmerzen	922
52.1.7	Psychogener Fluor genitalis	926
52.1.8	Psychogener Pruritus vulvae	927
52.1.9	Klimakterium	927
52.1.10	Sexualstörungen	928
52.1.11	Psychosomatische Probleme bei gynäkologi- schen Operationen und Genitalkarzinomen	929
52.2	Geburtshilfe	931
52.2.1	Einleitung	931
52.2.2	Zur Schwangerschaft	932
52.2.3	Zur Geburt	935
52.2.4	Das Wochenbett	936
53	Neurologie	946
	<i>Ulrich Schultz und Mechthilde Küttemeyer</i>	
53.1	Zur Entwicklung einer psychosomatischen Neurologie	946
53.2	Ausgewählte „neuropsychologische“ Syn- drome	947
53.2.1	Veränderungen des Gesamtverhaltens	947
53.2.2	Anosognosie	948
53.2.3	Visuelle Halluzinationen im hemianopen Feld	948
53.3	Schlaganfälle	949
53.4	Extrapyramidale Hyperkinesen	950
53.4.1	Tic	951
53.4.2	Torticollis spasticus	951
53.4.3	Schreibkrampf	952
53.4.4	Therapie extrapyramidaler Hyperkinesen . .	952
53.4.5	Morbus Parkinson	952
53.4.6	Therapie des Morbus Parkinson	954
53.5	Ausgewählte neurologische Schmerzsyn- drome	954
53.5.1	Gesichtsschmerzen	954
53.5.2	Kokzygodynie	955
53.5.3	Restless legs	955
53.5.4	Phantomschmerz	956
53.6	Epileptische Anfälle	956

54	Psychosomatik in der Pädiatrie	975
	<i>Ingeborg Jochmus und Gustel Matthias Schmitt</i>	
54.1	Einleitung	976
54.2	Mutter-Kind-Beziehung	976
54.3	Die familiendynamische Sichtweise in der Psychosomatik bei Kindern und Jugend- lichen	977
54.4	Spezielle Problemkonstellationen in Fami- lien mit einem psychosomatisch erkrankten Kind/Jugendlichen	978
54.4.1	Überforderung des Kindes durch Zuschrei- bung von Verantwortung	978
54.4.2	Scheidung der Eltern	978
54.4.3	Tod in der Familie	978
54.4.4	Familiäre Krise durch pubertären Ablöse- prozeß	979
54.5	Psychosomatische Funktionsstörungen	979
54.5.1	Psychogene Eßstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern	979
54.5.2	Schlafstörungen	981
54.5.3	Enuresis	981
54.5.4	Enkopresis	983
54.5.5	Obstipation	985
54.5.6	Psychogene Körperstörungen – Konver- sionsneurosen	985
54.6	Psychosomatische Krankheitsbilder	988
54.6.1	Asthma bronchiale	988
54.6.2	Neurodermitis (s. a. Kap. 55 „Dermato- logie“)	991
54.6.3	Colitis ulcerosa	993
54.6.4	Morbus Crohn	995
54.6.5	Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni	995
54.6.6	Besondere Probleme der Anorexia nervosa	996
54.6.7	Adipositas	998
54.7	Psychische Situation chronisch beziehungs- weise lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	998
54.7.1	Zystische Fibrose	999
54.7.2	Diabetes mellitus	1003
54.7.3	Chronische Niereninsuffizienz – Langzeit- dialyse – Transplantation	1006
54.7.4	Maligne Erkrankungen	1008

55	Psychosomatische Gesichtspunkte in der Dermatologie	1016
	<i>Klaus Bosse</i>	
55.1	Der psychosomatische Zugang zum Haut- organ	1017

55.2	Das sogenannte endogene Ekzem als psychosomatische Hauterkrankung (Synonym: Atopische Dermatitis, Neurodermitis constitutionalis, Prurigo Besnier)	1019	56.6	Psychosomatische Störungen des Urogenitaltraktes beim Mann	1042
55.2.1	Exemplarischer Fall	1019	56.7	Interaktionelle und therapeutische Aspekte	1043
55.2.2	Besprechung des exemplarischen Falles	1019	57	Das Auge und seine Störungen aus psychosomatischer Sicht	1045
55.2.3	Aktuelle und chronische Konstellationen als Auslöser	1020		<i>Wolfgang Schultz-Zehden und Friederike Bischof</i>	
55.2.4	Persönlichkeitsstrukturen und endogenes Ekzem	1020	57.1	Einführung	1045
55.2.5	Die Mutter und die Mutter-Kind-Beziehung bei Kindern mit endogenem Ekzem	1021	57.2	Entwicklung, Funktion und Physiologie des Gesichtssinns	1045
55.2.6	Die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit	1022	57.2.1	Die Entwicklung des Auges	1045
55.2.7	Psychosomatische Kriterien bei der ambulanten und stationären Behandlung von endogenen Ekzematikern	1023	57.2.2	Funktionen des Sehens	1046
55.3	Haut und Entstellung	1023	57.2.3	Das Auge als Träger nonverbaler Kommunikation	1047
55.3.1	Die Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)	1023	57.3	Exemplarische Krankengeschichte	1047
55.3.2	Weitere Hauterkrankungen mit Entstehungswert	1025	57.4	Einzelne Augenstörungen und ihre Beziehung zur Psychosomatik	1048
55.3.3	Bedeutung und Verarbeitung der Entstellung	1027	57.4.1	Angeborene Störungen	1048
55.3.4	Dysmorphophobie	1027	57.4.2	Reaktion des Patienten auf Augenkrankheiten	1048
55.3.5	Tätowierungen	1028	57.4.3	Erblindung	1049
55.4	Formen der Selbstbeschädigung an der Haut	1028	57.4.4	Entzündungen am äußeren und inneren Auge	1049
55.4.1	Der Artefakt im engeren Sinn	1028	57.4.5	Muskelstörungen	1049
55.4.2	Acne excoriée des jeunes filles	1030	57.4.6	Refraktionsanomalien und Asthenopie	1050
55.4.3	Sonstige Formen von Artefakten	1030	57.4.7	Katarakt	1050
55.5	Sonstige Formen von Verhaltensänderungen mit kutaner Manifestation	1031	57.4.8	Glaukom	1051
55.5.1	Depressive Zustände und ihre Äquivalente an der Haut	1031	57.4.9	Erkrankungen der Netzhaut	1051
55.5.2	Halluzinosen	1031	57.4.10	Hysterische Augenstörungen und Amaurose	1052
55.5.3	Phobien	1032	57.4.11	Augensymptome als Begleiterscheinungen bei anderen Erkrankungen	1052
55.6	Psychosomatische Einflüsse auf sonstige Hauterkrankungen	1033	57.5	Diagnostisch-therapeutisches Vorgehen bei psychosomatischen Augenstörungen	1052
55.7	Therapeutische Möglichkeiten des Facharztes in der dermatologischen Psychosomatik	1033	57.5.1	Diagnostik	1052
55.7.1	Das diagnostische Gespräch mit dem psychosomatisch/somatopsychisch Hautkranken	1033	57.5.2	Therapie	1052
55.7.2	Das psychotherapeutisch orientierte Gespräch in der Praxis des Hautarztes	1034	57.6	Zusammenfassung	1052
55.7.3	Koppelung von dermatologischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Tätigkeit?	1034	58	Funktionelle Syndrome in der HNO-Heilkunde	1054
55.7.4	Co-Therapie von Arzt und Psychologe	1034		<i>Ernst-August Schnieder</i>	
55.7.5	Gruppenerfahrungen in der Dermatologie	1034	58.1	Einleitung	1054
55.7.6	Führung und Selbständigkeit des Patienten in der dermatologischen Therapie	1035	58.2	Das funktionelle Globusgefühl	1055
55.7.7	Die Placebowirkung in der Dermatologie	1035	58.2.1	Krankheitsbild	1055
56	Psychosomatische Aspekte in der Urologie	1038	58.2.2	Häufigkeit	1056
	<i>Peter Diederichs und Ernst-Albrecht Günther</i>		58.2.3	Pathogenese	1056
56.1	Einleitung	1038	58.2.4	Diagnose	1057
56.2	Ein exemplarischer Fall aus der Praxis	1039	58.2.5	Therapie	1058
56.2.1	Kommentar	1039	58.3	Die Otagie	1059
56.3	Die chronische Prostatitis aus der Sicht des niedergelassenen Urologen	1039	58.3.1	Krankheitsbild	1059
56.4	Psychosomatische Symptome und Erkrankungen der Niere	1040	58.3.2	Pathogenese	1059
56.5	Psychosomatische Symptome und Erkrankungen der Blase	1040	58.3.3	Diagnose	1060
56.5.1	Reizblase bei der Frau	1041	58.3.4	Therapie	1060
56.5.2	Urethrozystitis bei der Frau	1041	58.4	Der Tinnitus	1060
			58.4.1	Krankheitsbild	1060
			58.4.2	Häufigkeit	1061
			58.4.3	Diagnose	1061
			58.4.4	Therapie	1061
			58.4.5	Hörgeräteverordnung	1062
			58.5	Die vasomotorische Rhinopathie („nervöser Schnupfen“)	1062
			58.5.1	Krankheitsbild	1062
			58.5.2	Pathogenese	1063
			58.5.3	Diagnose und Häufigkeit	1063
			58.5.4	Therapie	1063
			58.6	Der psychogene Gesichtsschmerz	1064
			58.6.1	Krankheitsbild, Diagnose	1064
			58.6.2	Therapie	1065

58.7	Die Betreuung von Patienten mit Malignomen im Kopf- und Halsbereich	1065	61.1.3	Koelsch: Arbeitsbedingungen, physiologische Funktionsabläufe und psychische Verfassung	1108
	Fallbeispiele	1066	61.1.4	Makrosoziale und mikrosoziale Zusammenhänge	1108
	Merkblatt für Patienten mit chronischen Halsbeschwerden	1068	61.2	Der Widerspruch von Bedürfnis und Anforderung und die Sanktionierung psychosomatischer Krankheit	1108
	Merkblatt für Patienten mit „Trockennase“ (Schleimhautinsuffizienz)	1069	61.3	Exemplarische Ergebnisse empirischer Forschung	1111
59	Psychosomatische Zahnheilkunde	1072	61.3.1	Arbeitslosigkeit und psychosomatische Erkrankung	1111
	<i>Hans-Joachim Demmel und Friedhelm Lamprecht</i>		61.3.2	Sozialwissenschaftliche Herzinfarktforschung	1113
59.1	Die Bedeutung der Psychosomatik für die Zahnmedizin	1072	61.3.3	Schichtarbeit und Krankheit	1118
59.2	Die psychosomatische Besetzung der Mundregion	1073	61.3.4	Zur Selbsteinschätzung von Belastung und arbeitsbedingter Erkrankung	1120
59.3	Das orofaziale Schmerz-Dysfunktions-Syndrom	1073	61.4	„Arbeit und psychosomatische Probleme“ in der ärztlichen Ausbildung	1120
59.4	Streß und Parafunktion (Auswirkung auf das Parodont)	1074	61.5	Zu Forschungslage, Praxis und interdisziplinärer Zusammenarbeit	1121
59.5	Zahnverlust als erstes Zeichen der Hinfälligkeit und der Erneuerungswunsch in der zahnärztlichen Prothetik	1075			
59.6	Das Compliance-Problem bei der Ernährung und Pflege (Karies)	1075		VIERTER TEIL: Krankheitsverarbeitung bei körperlich Schwerkranken	
59.7	Habits und kieferorthopädische Problematik	1075	62	Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei körperlichen Erkrankungen	1127
59.8	Angst in der Behandlungssituation	1075		<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>	
59.9	Therapeutische Konsequenzen	1076	62.1	Anpassungs- und Abwehrvorgänge im Dienste der Krankheitsbewältigung	1127
60	Die psychosomatische Sicht alternder Patienten	1079	62.1.1	Allgemeine Grundsätze über Anpassungs- und Abwehrvorgänge	1127
	<i>Hartmut Radebold</i>		62.1.2	Verhältnis von Bewältigungs-, Anpassungs- und Abwehrvorgängen	1128
60.1	Einführung	1079	62.1.3	Determinanten psychischer Steuerungsmöglichkeiten	1129
60.2	Begegnung mit dem alternden Patienten	1080	62.2	Anpassung bei körperlicher Krankheit	1130
60.2.1	Der alternde Patient	1080	62.2.1	Bewertung von Anpassungs- und Bewältigungsstrategien	1130
60.2.2	Die Wahrnehmung alternder Patienten durch den Behandler und seine möglichen Reaktionen	1083	62.2.2	Faktoren, welche die Anpassungsprozesse bei körperlich Kranken bestimmen	1131
60.3	Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter – soziale, psychische und psychodynamische Aspekte	1085	62.2.3	Phänomenologie der Anpassung	1133
60.3.1	Biologische Veränderungen, körperliche und psychische Erkrankungen	1086	62.2.4	Das Konzept der Krankheit als Lebenskrise	1133
60.3.2	Soziale Situation und Versorgung	1087	62.2.5	Krankheit und Trauerprozeß	1133
60.3.3	Psychische und psychodynamische Aspekte	1089	62.3	Abwehrprozesse bei schwerkranken Patienten	1134
60.4	Psychosomatische Störungen und Krankheiten alternder Menschen	1096	62.3.1	Vorbemerkungen	1134
60.4.1	Erstmanifestation und Häufigkeit	1096	62.3.2	Der Abwehrbegriff	1135
60.4.2	Unterschiede psychosomatischer Erkrankungen in verschiedenen Lebensaltern	1097	62.3.3	Abwehrmechanismen	1135
60.5	Diagnose und Behandlung	1098	62.3.4	Die Ursache von Abwehr	1135
60.5.1	Zugang und Diagnosestellung	1098	62.3.5	Die Rolle der Abwehr	1136
60.5.2	Die psychotherapeutisch orientierte Hilfestellung	1099	62.3.6	Einzelne Kategorien von Abwehrmechanismen	1136
60.5.3	Spezifische Schwierigkeiten	1101	62.3.7	Einzelne Abwehrmechanismen	1137
60.5.4	Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	1102	62.4	Verleugnung als besonders wichtige Abwehrform bei lebensbedrohlich Erkrankten	1139
61	Arbeit und Krankheit. Ein psychosomatisches Problem	1106	62.4.1	Definition, Entwicklung und Analyse des Begriffs	1139
	<i>Peter Novak</i>		62.4.2	Verleugnung als möglicher pathogener Faktor	1140
	Vorbemerkung	1106	62.4.3	Verleugnung als sozialer Prozeß	1140
61.1	Historische Bezüge heutiger Problematik	1106	62.4.4	Klinische Untersuchungen zur Verleugnung	1141
61.1.1	Ramazzini: Fabrikarbeit, kompensatorisches Verhalten und Krankheit	1107	62.4.5	Verleugnung und therapeutische Maßnahmen	1142
61.1.2	Engels: Arbeitsbelastung, soziale Lage und Krankheit	1107	62.4.6	Verleugnung und Rehabilitation	1142

63	Patienten mit körperlich begründbaren psychischen Störungen in der Klinischen Praxis		65	Psychosomatische Gesichtspunkte bei der Behandlung der chronisch terminalen Niereninsuffizienz	
	Akute organische Psychosyndrome	1146		<i>Ekkehard Gaus, Karl Köhle, Uwe Koch, Manfred Beutel und Fritz A. Muthny</i>	1177
	<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>				
63.1	Fallgeschichte	1146	65.1	Vorbemerkungen	1177
63.2	Einführung und Problemstellung	1147	65.1.1	Häufigkeit, Behandlungsform und Prognose der chronischen Niereninsuffizienz	1177
63.3	Definition, Begriffe	1148	65.1.2	Methodische Probleme der psychosomatischen Forschung bei Dialyse- und Transplantationspatienten	1178
63.4	Häufigkeit des Vorkommens akuter organischer Psychosyndrome	1149	65.1.3	Exemplarische Krankengeschichten	1179
63.5	Symptomatik	1149	65.2	Die Hämodialyse	1181
63.6	Schweregrad und Verlauf	1150	65.2.1	Belastungen für Dialysepatienten	1181
63.7	Diagnose und Differentialdiagnose	1151	65.2.2	Besondere Konfliktbereiche	1186
63.7.1	Diagnosestellung	1151	65.2.3	Psychische Anpassungsprozesse bei Dialysepatienten	1188
63.7.2	Differentialdiagnostische Überlegungen	1151	65.2.4	Determinanten der Adaptation	1189
63.8	Ätiologie und Pathogenese	1152	65.2.5	Sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen bei Dialysepatienten	1189
63.8.1	Somatische Faktoren	1152	65.2.6	Besonderheiten bei Heimdialysepatienten	1191
63.8.2	Sonstige Faktoren	1153	65.3	Peritonealdialyse	1192
63.9	Therapie	1154	65.4	Nierentransplantation	1193
64	Psychosomatische Aspekte intensivmedizinischer Behandlungsverfahren	1157	65.4.1	Einführung	1193
	<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>		65.4.2	Psychische und psychosomatische Aspekte über den Verlauf der Transplantation	1193
64.1	Vorbemerkungen	1157	65.4.3	Besondere Probleme im Umfeld der Nierentransplantation	1195
64.2	Psychische Störungen auf Intensivstationen – Übersicht	1159	65.5	Psychosoziale und berufliche Rehabilitation nach Dialysebehandlung und Nierentransplantation	1197
64.2.1	Häufigkeit	1159			
64.2.2	Allgemeine Überlegungen zur Pathogenese	1159	66	Zum Umgang mit unheilbar Kranken	1203
64.2.3	Therapeutische Richtlinien im Umgang mit intensivmedizinisch betreuten Patienten	1159		<i>Karl Köhle, Claudia Simons und Bernhard Kubanek. Mit einem Beitrag von Jutta Zenz</i>	
64.3	Internistische Intensivstationen	1160	66.1	Umgang mit unheilbar Kranken: zur Sonderstellung einer Aufgabe innerhalb der klinischen Medizin	1204
64.3.1	Vorbemerkungen	1160	66.1.1	Zur Kooperation zwischen Onkologen und Psychosomatikern	1204
64.3.2	Exemplarische Fallgeschichte	1160	66.1.2	Die Situation von Ärzten und Pflegepersonal	1205
64.3.3	Das „ICU-Syndrom“	1161	66.1.3	Die Situation der Kranken	1209
64.3.4	Prophylaktische und psychotherapeutische Maßnahmen	1161	66.1.4	Zielvorstellungen für den Umgang mit unheilbaren Kranken	1210
64.4	Psychosyndrome nach Herzoperationen	1162	66.2	Die Kommunikation über die Diagnose	1211
64.4.1	Phänomenologie und Verlauf	1162	66.2.1	Zur Entwicklung der Einstellung von Ärzten in dieser Frage	1212
64.4.2	Exemplarische Fallgeschichte	1163	66.2.2	Das Ziel: Arzt und Patient teilen eine gemeinsame Wirklichkeit; Kommunikation versus „Aufklärung“	1213
64.4.3	Häufigkeit	1163	66.2.3	Patienten wünschen eine offene Kommunikation mit dem Arzt über ihre Krankheit	1214
64.4.4	Ätiologie und Pathogenese	1164	66.2.4	Unheilbar Kranke benötigen die fachkompetente Hilfe ihres Arztes bei der Orientierung über ihre Situation	1215
64.4.5	Bedeutung psychologischer Faktoren	1164	66.2.5	Der rational therapierende Arzt benötigt seinerseits die Kommunikation mit dem Kranken	1215
64.4.6	Allgemeine Bemerkungen zur Psychologie operativer Eingriffe	1166	66.2.6	Die Kommunikationsbereitschaft der Ärzte und die hierfür erforderlichen institutionellen Voraussetzungen entsprechen noch nicht dem Kommunikationsbedürfnis unheilbar Kranker	1216
64.4.7	Prophylaxe und Therapie	1166	66.2.7	Folgen offener Kommunikation: Entlastung der Situation; Verbesserung der Kooperation; keine Minderung der Hoffnung; keine Vergrößerung der Suizidgefahr	1216
64.5	Patienten nach Reanimation	1167			
64.5.1	Vorbemerkungen	1167			
64.5.2	Exemplarische Fallgeschichte	1167			
64.5.3	Akute Reaktionen	1167			
64.5.4	Auswirkungen auf die Rehabilitation	1168			
64.5.5	Therapeutische Gesichtspunkte	1168			
64.6	Patienten mit Herzschrittmacher	1168			
64.6.1	Vorbemerkungen	1168			
64.6.2	Exemplarische Fallgeschichte	1168			
64.6.3	Anpassungsprobleme	1169			
64.6.4	Therapeutische Gesichtspunkte	1169			
64.7	Psychologische Gesichtspunkte zur Situation der künstlichen Beatmung	1170			
64.7.1	Vorbemerkungen	1170			
64.7.2	Exemplarische Fallgeschichte	1170			
64.7.3	Psychologische Probleme beatmeter Patienten	1170			
64.7.4	Möglichkeiten der Prophylaxe und Therapie	1171			
64.8	Psychologische Gesichtspunkte zur Arbeitssituation d. Personals von Intensivstationen	1171			
64.8.1	Vorbemerkungen	1171			
64.8.2	Belastende Faktoren der Arbeitssituation auf Intensivstationen	1171			
64.8.3	Präventive und therapeutische Möglichkeiten	1172			

66.2.8	Mißverständnisse und Berichte über negative Erfahrungen mit offener Kommunikation	1218	67.3.4	Versuche zur psychodynamischen Erklärung	1262
66.2.9	Schwierigkeiten bei dem Versuch, offen mit unheilbar Kranken zu kommunizieren	1219	67.4	Merkmale des Curriculums	1263
66.3	Die längerfristige Betreuung unheilbar Kranker	1221	67.4.1	Das Curriculum in seinem äußeren und inneren Aufbau	1263
66.3.1	Emotionale Reaktionen der Patienten während der Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1221	67.4.2	Die Dozenten	1264
66.3.2	Hinweise auf die psychische Belastungsfähigkeit von Patienten	1229	67.4.3	Die Prüfungsbedingungen	1265
66.3.3	Reaktionen von Ärzten und Pflegepersonal	1229	67.5	Wissenschaftstheoretische Überlegungen	1265
66.3.4	Rückzugsverhalten von Patienten als Reaktion auf abwehrendes Verhalten von Ärzten und Schwestern – Euthanasiewünsche	1232	67.6	Wie können patientenbezogene Einstellungen erworben werden?	1267
66.4	Probleme im Umgang mit Angehörigen unheilbar Kranker	1232	67.6.1	Eine Zusammenfassung des bisherigen	1267
66.4.1	Schuldgefühle	1232	67.6.2	Eine kurze Liste von Empfehlungen für einen langen Weg	1267
66.4.2	Enttäuschung	1233	67.6.3	Ein langer Weg in Einzelschritten	1269
66.4.3	Vorwegnehmende Trauerreaktionen	1233	68	Fort- und Weiterbildung in der Psychosomatischen Medizin	1272
66.4.4	Die Betreuung von Angehörigen ist oft über den Tod des Familienmitglieds hinaus erforderlich	1233		<i>Wolfgang Wesiack, Karl Köhle und Othmar W. Schonecke</i>	
66.5	Die Behandlung von Schmerzen unheilbar Kranker	1234	68.1	Vorbemerkungen	1272
66.5.1	Allgemeines	1234	68.2	Rahmenrichtlinien für die Weiterbildung der Ärzte	1273
66.5.2	Wechselwirkungen von somatischen und psychischen Faktoren bei der Schmerzentscheidung	1234	68.2.1	Eingangsbedingungen	1273
66.5.3	Diagnostik und Bemessung des Schmerzes	1235	68.2.2	Psychosomatische Weiterbildung	1274
66.5.4	Anleitung zur Schmerztherapie	1235	68.2.3	Selbsterfahrung	1274
66.6	Zusammenfassende Empfehlungen für den Umgang mit unheilbar Kranken	1239	68.2.4	Supervision	1274
66.6.1	Vorgehen bei der Kommunikation mit unheilbar Kranken	1239	68.2.5	Wissenschaftliche Grundlagen	1274
66.6.2	Vorgehen im weiteren Verlauf der Betreuung	1239	68.3	Rahmenrichtlinien für die Weiterbildung der Psychologen	1275
66.6.3	Integration der psychosomatischen Betrachtungsweise in die klinische Arbeit	1239	68.3.1	Eingangsbedingungen	1275
66.6.4	Spezielle Ansätze: Palliativstationen, Hospices (sogenannte „Sterbekliniken“). Betreuung der Patienten zu Hause	1240	68.3.2	Psychosomatische Weiterbildung	1275
66.6.5	Selbsthilfegruppen	1240	68.3.3	Selbsterfahrung	1275
66.6.6	Aus- und Fortbildung	1240	68.3.4	Supervision	1275
66.7	Bericht über die Betreuung eines jugendlichen Krebskranken	1241	68.3.5	Wissenschaftliche Grundlagen	1275
66.7.1	Zur Vorgeschichte	1241	68.4	Die Bedeutung der Balintgruppenarbeit für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Psychosomatischen Medizin	1276
66.7.2	Die Betreuung von Stefan (J. Zenz)	1241	69	Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe – Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung	1279
				<i>Thure von Uexküll</i>	
	FÜNFTER TEIL: Aus- und Weiterbildung, berufspolitische Situation		69.1	Die Utopie einer Humanmedizin und die Wirklichkeit der Heilkunde	1279
67	Die Ausbildung zum Arzt	1253	69.2	Paradigmawechsel als Begriff und als praktische Konsequenz	1280
	<i>Wolfram Schüffel</i>		69.2.1	Die ethische Orientierungslosigkeit der modernen Medizin	1280
67.1	Vorbemerkung: Die Hoffnung, daß konzeptgeleitete Überlegungen zum ärztlichen Ausbildungsprozeß verstehen helfen; wie berufliche Werte internalisiert werden und ärztliche Einstellungen entstehen	1253	69.2.2	Der Wandel in den Voraussetzungen der Naturwissenschaften und der Nachholbedarf der Medizin	1282
67.2	Betroffenheit als unreflektierte emotionale Erfahrung	1254	69.3	Das Paradigma der Medizin und die Spielregeln für das ärztliche Handeln	1283
67.3	Ergebnisse medizinischer Sozialisationsforschung	1254	69.3.1	Die Abhängigkeit ärztlichen Handelns von dem Erklärungsmodell der Medizin	1284
67.3.1	Einstellung als zentraler Begriff	1255	69.3.2	Die Umsetzung eines Erklärungsmodells in Strategien für ärztliches Handeln	1284
67.3.2	Zwei Seiten derselben Medaille: „Strong Service Ethic“ und die Häufung von Psychopathologie unter Ärzten	1259	69.4	Das Paradigma der Medizin und die Struktur des Gesundheitswesens	1289
67.3.3	Sozialisierende Kräfte: Patient, Arzt, Student	1259	69.5	Die Heilkunde als Teilbereich der Industriegesellschaft	1292
			69.6	Die individuelle Wirklichkeit des Arztes und die erkenntnistheoretischen und berufspolitischen Entscheidungen	1293
				Fallberichte	1301
				Personenverzeichnis	1307
				Sachverzeichnis	1323