

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V	2.4	Folgerungen: Soziale Probleme in der Medizin unserer Zeit	45
Verzeichnis der Herausgeber und Verfasser	XXII	2.4.1	Die soziale Determination von Gesundheit und Krankheit	45
Einleitung		2.4.2	An die heutigen Umstände von Gesundheit, Kranksein und Krankheit angepaßte Gesundheitsdienste?	46
<i>Thure v. Uexküll</i>	1			
Teil I: Wissenschaftstheorie				
1 Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell	5			
<i>Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack</i>				
1.1 Begründung für eine theoretische Einführung in ein Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin	5			
1.1.1 Ein exemplarischer Krankheitsfall	6			
1.1.2 Die Psychosomatische Medizin in historischer Perspektive	7			
1.1.3 Die Konsequenzen des Maschinenparadigmas	8			
1.1.4 Das Problem der Erkenntnis und der Theoriebildung	9			
1.2 Die Notwendigkeit, einen neuen Ansatz zu finden	11			
1.3 Systemtheorie und das Phänomen der Emergenz	13			
1.3.1 Die emergenten Eigenschaften der biologischen Systemebene	14			
1.3.2 Die emergenten Eigenschaften animalischer Systeme	15			
1.3.3 Die emergenten Phänomene der Stufe des Humanen	17			
1.3.4 Biologische, psychologische und soziale Phänomene	19			
1.3.5 Das Konzept des „lebenden Systems“	20			
1.4 Die Neuformulierung der Aufgabe eines Modells der Psychosomatischen Medizin	21			
1.4.1 Das Triebkonzept Freuds	22			
1.4.2 Das Konzept der Zeichenlehre und der Beitrag Pawlows	23			
1.5 Das Modell des Situationskreises	24			
1.5.1 Primärprozeß und Funktionskreis	24			
1.5.2 Terminologische Probleme	25			
1.5.3 Der symbiotische Funktionskreis	26			
1.5.4 Die Entstehung von Wirklichkeit aus Umwelt	27			
1.6 Der Körper als Organ der psychosomatischen Einheit	28			
1.7 Die praktische Anwendung des Situationskreismodells	29			
1.8 Schlußbetrachtung: Medizin als kulturgebundenes System und die soziale Dimension von Krankheit	31			
1.9 Zusammenfassung	34			
Anmerkungen	36			
2 Sozialmedizinische und medizin-soziologische Aspekte zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Krankheit	39			
<i>Hannes G. Pauli</i>				
2.1 Zwei grundsätzliche Makel	39			
2.2 Die systemische Sichtweite	42			
2.2.1 Die „Ur-Sache“ von Gesundheit und Krankheit	43			
2.2.2 Gesundheitsphänomene	44			
2.2.3 Gesundheitsfolge	44			
2.3 Der Gesundheits-Gesamtbereich: Perception und wissenschaftliche Abbildung	45			
Teil II: Psychosomatische Konzepte und Theorien. Verständniskonzepte und Epidemiologie				
3 Psychosomatische Medizin als eine Sozialwissenschaft	49			
<i>Siegfried Zepf</i>				
3.1 Vorbemerkung	49			
3.2 Der „subjektive Faktor“ in der Sozialempirie ..	50			
3.3 Vermittlungsversuche von Individuum und Gesellschaft	51			
3.3.1 Individualpsychologie aus sozialpsychologischer Sicht (Talcott Parsons)	52			
3.3.2 Sozialpsychologie aus individualpsychologischer Sicht	54			
3.4 Die körperliche Erkrankung – ein biologischer, psychoanalytischer und soziologischer Gegenstand	57			
3.4.1 Ansätze zu einer metatheoretischen Vermittlung der Humanwissenschaften	58			
3.5 Schlußbemerkung	62			
4 Epidemiologie in der psychosomatischen Medizin	63			
<i>Wolfgang Tress, Ralf Manz und Beate Sollors-Mossler</i>				
4.1 Grundlagen	63			
4.2 Grundprobleme der Epidemiologie psychogener Erkrankungen	64			
4.3 Die Epidemiologie psychosomatischer Störungen im Spiegel der Literatur	65			
4.4 Das Mannheimer Kohortenprojekt	68			
4.4.1 Ein Überblick	68			
4.4.2 Zur vergleichenden Epidemiologie psychovegetativ-funktioneller Störungen	70			
4.4.3 Die zeitliche Variabilität aller psychogener Prägnanzsyndrome	73			
5 Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Struktur-bildung	75			
<i>Michael von Rad und Siegfried Zepf</i>				
5.1 Das Konversionsmodell (Freud)	75			
5.2 Psychosomatik als Psychoanalyse des „Es“ (Groddeck)	76			
5.3 Die Angstneurose (Freud)	78			
5.4 Vegetative Neurose und Konfliktspezifität (Alexander)	78			
5.5 Das De- und Re-Somatisierungsmodell (Schur)	79			
5.6 Eine psychoanalytische Theorie der psychosomatischen Erkrankung (Engel und Schmale)	81			
5.7 Alexithymie	83			
5.7.1 Klinische Befunde	84			
5.7.2 Modellvorstellungen innerhalb der psychoanalytischen Strukturtheorie	86			
5.7.3 Spezifische Erklärungskonzepte	88			
5.7.4 Zusammenfassung	91			
5.8 Die anthropologische Medizin Viktor von Weizsäckers	91			

6	Die früheste Kindheitsentwicklung und ihre Störungen aus der Sicht Winnicotts <i>Lore Schacht</i> Vorbemerkung (<i>Thure von Uexküll</i>)	93	9	Neurophysiologische Grundlagen des emotionalen Verhaltens	169
6.1	Vorwort	93	9.1	Geschichtliches	169
6.2	Der Begriff des Selbst	93	9.2	Anatomie des Limbischen Systems und des Hypothalamus	169
6.3	The Unit Self	96	9.3	Limbisches System	170
6.4	Der Anfang des Object-Relating	98	9.3.1	Thalamische und hypothalamische Ausschaltungsveruche	171
6.5	Das Konzept des Wahren und Falschen Selbst	99	9.3.2	Versuche am Nucleus amygdalae	172
6.6	Die Beziehung zu objektiv wahrgenommenen Objekten	102	9.3.3	Hippokampus	173
6.7	Das Leben des Selbst	102	9.3.4	Versuche nach Klüver und Bucy	174
6.8	Das nichtkommunizierende Selbst	104	9.3.5	Lust- und Bestrafungszentren	175
	Anmerkungen	105	9.3.6	Septum und Limbisches System	176
7	Lernpsychologische Grundlagen für die Psychosomatische Medizin	108	9.4	Hypothalamus	177
	<i>Othmar W. Schonecke</i>		9.5	Zusammenfassung	178
7.1	Zum Verhältnis von Lernpsychologie und Psychosomatischer Medizin	108	10	Psychoneuroendokrinologie	180
7.2	Der lerntheoretische Ansatz	109		<i>Karl H. Voigt und Horst L. Fehm</i>	
7.2.1	Funktionale Analyse	109	10.1	Grundlagen der Psychoneuroendokrinologie ..	181
7.2.2	Assoziation und Bedeutung	110	10.1.1	Formen der Kommunikation in neuroendokrinen Systemen	181
7.2.3	Lernen als Änderung der Beziehung zwischen Organismus und Umgebung	112	10.1.2	Biosynthese	182
7.2.4	Lernen als „Distanz“ zum Reflex und das „Realitätsprinzip“	113	10.1.3	Allgemeine Regulationsmuster und biologische Rhythmen	192
7.2.5	Lernen als Orientierung an Beziehungen in der Umgebung	114	10.1.4	Neuropeptide, Hormone, Neurotransmitter ...	193
7.2.6	Lernen und Anpassung	115	10.2	Neuropeptide/Hormone und motivationales Verhalten	184
7.2.7	Lernen und Erwartung – Zielgerichtetheit	115	10.2.1	Trinkverhalten	185
7.2.8	Lernen und qualitative Beziehung zwischen Reizen	118	10.2.2	Appetit und Sättigung	186
7.2.9	Lernen als natürliche Rationalität	118	10.2.3	Temperaturregulation	186
7.2.10	Lernen und Abstraktion	119	10.2.4	Schmerz	186
7.2.11	Interne Bedingungen des Verhaltens	120	10.3	Hormone und Sexualität	188
7.2.12	Sprache	122	10.3.1	Die sexuelle Differenzierung	189
7.2.13	Soziales Lernen	122	10.3.2	Pubertät	189
7.2.14	Wirkung der „Kenntnis“ von Verhaltenskontingenzen	123	10.3.3	Sexualverhalten	190
7.3	Die Rolle des Lernens in der Genese organischer Störungen	125	10.3.4	Das prämenstruelle Syndrom	191
7.3.1	Klassisches Konditionieren autonomer Reaktionen	125	10.3.5	Testosteron und Aggression	191
7.3.2	Gleichzeitiges Konditionieren autonomer Reaktionen	126	10.4	Streß und Emotionen	192
7.3.3	Instrumentelles autonomes Konditionieren ...	127	10.5	Neuroendokrinologie bei psychischen Erkrankungen	193
7.3.4	Interozeptives Konditionieren	128	10.5.1	Anorexia nervosa	193
7.4	Therapeutische Anwendungen	129	10.6	Zusammenfassung und Ausblick	194
8	Psychophysiologie	131	11	Psychoimmunologie	195
	<i>Othmar W. Schonecke und Jörg Michael Herrmann</i>			<i>Wolfgang Klosterhalfen und Sibylle Klosterhalfen</i>	
8.1	Einleitung	131	11.1	Streß, Persönlichkeitsfaktoren und Immunität	195
8.1.1	Wissenschaftshistorische Überlegungen	131	11.1.1	Falldarstellung	195
8.1.2	Der Situationskreis und das Leib-Seele-Problem	132	11.1.2	Streßhormone und Immunität	196
8.2	Aktivierung	134	11.1.3	Stressoren und Immunität	197
8.2.1	Probleme der Erfassung von Aktivierung	135	11.1.4	Persönlichkeitsfaktoren und Immunität	202
8.2.2	Klassische Konzepte von Aktivierung	138	11.2	Konditionierte Immunmodulation: ein Beispiel für neuroimmunologische Interaktionen	204
8.2.3	Der Spezifitätsaspekt von Aktivierung	138	11.2.1	Konditionierte Immundepression	204
8.2.4	Psychophysische Aktivierungsdisposition	145	11.2.2	Konditionierte Immunstimulation	205
8.3	Streß	148	11.2.3	Implikationen konditionierter Immunmodulation	206
8.3.1	Belastende Lebensereignisse (life stress)	150	11.2.4	Ein alternativer Erklärungsansatz: die „Streßhypothese“	206
8.4	Emotion	153	11.2.5	Konditionierte immunpharmakologische Effekte ohne gelernte Geschmacksaversion ...	207
8.4.1	Emotion als Gefühlszustand	153	11.2.6	Konditionierte kompensatorische Effekte	209
8.4.2	Valenz	153	11.2.7	Konditionierungsversuche beim Menschen ...	209
8.4.3	Kognitive Komponenten von Emotion	154	11.2.8	Zur Frage klinischer Anwendungsmöglichkeiten	209
8.4.4	Spezifität emotionalen Verhaltens	156	11.2.9	Zur Frage der Mechanismen	210
8.4.5	Vermittlung von emotionalem Verhalten	159	11.3	Zusammenfassende Einschätzung der Forschungsergebnisse	211
8.4.6	Die konditionierte emotionale Reaktion	160		Diagnostische und therapeutische Konzepte	
8.4.7	Angst	164	12	Anamneseerhebung	212
8.5	Psychophysiologische Behandlungsmöglichkeiten	166		<i>Rolf Adler</i>	
8.6	Ausblick	168	12.1	Interviewtechnik und -schema	213

12.2	Schwierigkeiten der Interviewtechnik	216	17	Das ärztliche Gespräch – Versuch einer Strukturanalyse	258
12.3	Beispiel	217		<i>Wolfgang Wesiack</i>	
13	Psychologische Aspekte der körperlichen Untersuchung	221	17.1	Vorbemerkungen	258
	<i>Daniel Vasella</i>		17.2	Zwei exemplarische Krankheitsfälle	259
13.1	Übertragung, Gegenübertragung und Arbeitsbündnis	221	17.3	Versuch einer informationstheoretischen Analyse	260
13.2	Die körperliche Untersuchung als Ursache von psychischem Streß	222	17.4	Die psychoanalytische Interpretation des ärztlichen Gesprächs	261
13.3	Averbale Kommunikation	222	17.5	Zusammenfassung	263
13.4	Das Verhalten des Arztes während der körperlichen Untersuchung	223	18	Die Krankenvisite – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts	265
13.5	Körperliche Untersuchung und Persönlichkeitstypen	224		<i>Dirk Fehlenberg, Claudia Simons und Karl Köhle</i>	
13.6	Besondere Situationen anlässlich der körperlichen Untersuchung	225	18.1	Problemstellung: Die Visite als Gesprächssituation für Arzt und Patient	265
13.7	Forderung des Patienten nach nochmaliger Untersuchung oder weiterführender Abklärung	225	18.2	Die Stationsarztvisite in ihrer traditionellen Form	265
13.8	Körperliche Untersuchung und Psychotherapie	226	18.2.1	Ergebnisse empirischer Forschung zur traditionell organisierten Krankenvisite	265
13.9	Die Untersuchung sterbender Patienten	226	18.2.2	Ein zusammenfassender Problemaufriß: die traditionelle Krankenvisite – das gescheiterte Arzt-Patient-Gespräch	269
14	Testpsychologie	227	18.3	Die Veränderung der Stationsarztvisite unter den Zielsetzungen einer psychosomatische ganzheitlichen Behandlung	271
	<i>Walter Thomas und Othmar W. Schonecke</i>		18.3.1	Ein Konzept für eine patientenzentrierte Visitenführung	271
14.1	Begriffsbestimmung	227	18.3.2	Resultate der Begleitforschung	273
14.2	Geschichtlicher Überblick	227	18.4	Voraussetzungen der patientenzentrierten Gestaltung einer psychosomatischen Visite	285
14.2.1	Zur Geschichte der Persönlichkeitsfragebogen	228	19	Verhaltenstherapie	287
14.3	Klassifikation von Tests	231		<i>Othmar W. Schonecke und Christine Muck-Weich</i>	
14.3.1	Das Klassifikationsmodell nach Brickenkamp	231	19.1	Einleitung	287
14.4	Die Gütekriterien von Tests	233	19.2	Prinzipien der Verhaltensmodifikation	289
14.4.1	Objektivität	233	19.2.1	Verhalten ist determiniert	289
14.4.2	Reliabilität	234	19.2.2	Die Methoden der Verhaltenstherapie stützen sich weitgehend auf empirisch gesicherte Befunde der Psychologie	289
14.4.3	Validität	236	19.2.3	„Experimentelle“ Methode	290
14.5	Normen	237	19.2.4	Orientierung am Einzelfall	290
14.5.1	Organisation einer Eichstichprobe	238	19.2.5	Orientierung am Symptom und seinen Bedingungen	290
14.5.2	Klassifikation der Normmaße	238	19.3	Diagnostik in der Verhaltenstherapie	290
14.6	Anwendungsbereiche psychologischer Tests in der Psychosomatik	239	19.3.1	Aufgaben einer verhaltenstherapeutischen und Möglichkeiten der traditionellen Diagnostik	290
14.6.1	Anwendungsbereiche psychologischer Tests in der Forschung	239	19.3.2	Der funktionale verhaltenstherapeutische Ansatz	292
14.6.2	Anwendungsbereiche von Tests in der psychosomatischen Praxis	239	19.3.3	Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie	293
14.7	Schlußbemerkung	240	19.3.4	Erweiterungen der klassischen Verhaltensanalyse	295
15	ICD-9 und DSM-III. Eine kritische Stellungnahme zum Gebrauch der internationalen Diagnoseschlüssel	241	19.3.5	Methoden der Informationsgewinnung in der Verhaltenstherapie	296
	<i>Jörg Michael Herrmann, Marianne Holzämer und Wolfgang Stiels</i>		19.4	Fallbeispiel	297
15.1	International Classification of Diseases (ICD)	241	19.5	Methoden der Verhaltensmodifikation in der Psychosomatik	299
15.2	ICD-9 und psychosomatische Medizin	242	19.5.1	Methoden des klassischen Konditionierens	300
15.3	DSM-III-R	243	19.5.2	Operante Methoden	302
15.4	DSM-III-R und psychosomatische Medizin	243	19.5.3	Komplexe Therapiepläne	306
15.5	Kritik	244	20	Gruppentherapiemethoden	311
16	Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren	245		<i>Wolfgang Wesiack und Wilfried Biebl</i>	
	<i>Wolfgang Wesiack</i>		20.1	Vorbemerkungen	311
16.1	Psychoanalyse	245	20.2	Die in Gruppenpsychotherapien angewandten therapeutischen Prinzipien	312
16.2	Die psychoanalytisch orientierten Psychotherapien	250	20.3	Über Auswahlkriterien von Mitgliedern in einer therapeutisch arbeitenden Gruppe	312
16.2.1	Die analytische Psychotherapie	250	20.3.1	Das „Setting“	313
16.2.2	Die Fokalthherapie	250	20.3.2	Geschlossene – halboffene – offene Gruppen	313
16.2.3	Die Flash-Technik	252			
16.2.4	Die analytisch orientierte Notfallpsychotherapie	253			
16.3	Anhang: Die neuen Narzißmustheorien und ihr Einfluß auf die psychoanalytische Therapie	254			
16.4	Der Einfluß der neueren Narzißmustheorien auf die therapeutische Technik bei frühen Störungen	257			

20.3.3	Homogene – heterogene Gruppen	313	23.6.1	Diskussion	358
20.3.4	Therapie der Gruppe – Therapie des Einzelnen in der Gruppe	313	23.7	Zum Problem der Katharsis	358
20.3.5	Zum Begriff der „Gruppenfähigkeit“	313	23.8	Weitere körperorientierte Verfahren	358
20.4	Die „pregroup technique“ nach Lonergan	315	23.9	Exkurs: Gestalttherapie	359
20.5	Das psychosomatische Therapiekonzept in der Gruppentherapie	316	23.10	Theoretische Gesichtspunkte	359
20.5.1	Das Sichern sozialer Unterstützung	316	23.10.1	Motorik und Emotion	359
20.5.2	Das Akzeptieren, sich in einer Belastungssituation zu befinden	316	23.10.2	Körperbild und Körper selbst	360
20.5.3	Das Wiedererlangen der Stabilität des Selbstwertgefühls	317	23.10.3	Frühe Konditionierungen	360
20.6	Therapie – Ziele und Ergebnisse	317	23.10.4	Motorisch-affektive Vorstellungsbilder	361
20.7	Die Selbsthilfegruppen	318	23.11	Abschließende Bemerkungen	361
20.8	Schlußbemerkungen	321			
21	Familiendynamik und Familientherapie	322	24	Psychopharmaka in der Psychosomatischen Medizin und in der Allgemeinmedizin	362
	<i>Michael Wirsching</i>			<i>Gerhard H. Paar</i>	
21.1	Auf dem Weg zu einem ökologischen Krankheitsverständnis	322	24.1	Einleitung	362
21.2	Zur Familiendynamik körperlicher Krankheiten	322	24.2	Fallgeschichte	362
21.2.1	Fallbeispiel	322	24.3	Epidemiologische Aspekte	363
21.2.2	Merkmale krankheitsanfälliger Familien	323	24.4	Interaktionsprobleme bei der Verordnung von Psychopharmaka	364
21.2.3	Zusammenfassende familiendynamische Hypothese	325	24.4.1	Historische Auffassung	364
21.2.4	Gibt es „die“ psychosomatische Familie – Fragen der Spezifität	325	24.4.2	Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmaka	365
21.3	Familientherapie bei schweren und chronischen körperlichen Krankheiten	326	24.4.3	Das Eingreifen der Psychopharmaka in die Arzt-Patient-Beziehung	365
21.3.1	Indikationskriterien zur Einbeziehung des Patientenumfeldes	326	24.5	Spezielle Pharmakologie	367
21.3.2	Verschiedene Wege bei der Behandlung psychosomatischer Familien	326	24.5.1	Neuroleptika	367
21.3.3	Einige Leitlinien zur Behandlung psychosomatischer Familien	328	24.5.2	Antidepressiva	369
22	Suggestive und übende Verfahren	331	24.5.3	Tranquilizer	370
	<i>Reinhard Lohmann</i>		24.5.4	Beta-Rezeptorenblocker	371
22.1	Suggestive Verfahren	331	24.5.5	Sedativa	372
22.1.1	Vorbemerkungen zum Suggestionbegriff	331	24.5.6	Psychoanaleptika	372
22.1.2	Geschichtlicher Exkurs zu den Suggestivverfahren	333	24.6	Praktische Konsequenzen und allgemeine Richtlinien der Therapie	372
22.1.3	Hypnose	334	24.6.1	Pharmakotherapie der Depression bei Sterbenden und Trauernden	373
22.1.4	Hypnokatharsis (Psychokatharsis) und Hypnoanalyse	337	24.6.2	Psychopharmakotherapie bei Angstkrankheiten	375
22.1.5	Gestufte Aktivhypnose, zweigleisige Methode	337	24.6.3	Psychopharmakotherapie bei Schmerzzuständen (<i>Rolf Adler</i> und <i>Gerhard H. Paar</i>)	376
22.1.6	Wachsuggestive Verfahren	338	24.6.4	Plazebos	379
22.2	Übende Verfahren	339	25	Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin	382
22.2.1	Vorbemerkungen zum Übungsbegriff	339		<i>Wolfgang Senf</i> und <i>Michael von Rad</i>	
22.2.2	Autogenes Training (Grundstufe)	339	25.1	Definition	382
22.2.3	Katathymes Bilderleben (<i>Jörg Michael Herrmann</i>)	343	25.2	Evaluationsforschung in der Psychosomatischen Medizin – ein Problemaufriß	382
22.2.4	Progressive Relaxation	344	25.3	Fallbeispiel	383
22.2.5	Hypnotherapie nach Milton H. Erickson	345	25.3.1	Vorgeschichte	384
23	Körperorientierte Psychotherapie	349	25.3.2	Diagnose und psychodynamische Überlegungen	385
	<i>Hans Müller-Braunschweig</i>		25.3.3	Behandlungsergebnisse	385
23.1	Zur Geschichte	349	25.4	Die Aufgaben und Ziele empirischer Ergebnisforschung – eine Standortbestimmung	386
23.2	Falldarstellungen	350	25.4.1	Grundnotwendigkeiten für die Forschung	387
23.2.1	Diskussion	350	25.4.2	Schlußfolgerungen für die Forschungspraxis	389
23.3	Funktionelle Entspannung	351	25.5	Therapieziele und Therapiebewertung	390
23.3.1	Zur Methode der Funktionellen Entspannung	352	25.5.1	Was heißt „Erfolg“?	390
23.3.2	Indikation	353	25.5.2	Veränderung durch Psychotherapie ist multidimensional	391
23.3.3	Zum Problem kontrollierter Untersuchungen in der körperorientierten Psychotherapie	354	25.5.3	Individuelle Erfolgskriterien als Meßstrategie	392
23.3.4	Exkurs: Übergreifende wirksame Faktoren in verschiedenen Entspannungsverfahren	354	25.6	Indikation und Prognose: Ist das Therapieergebnis vorhersagbar?	393
23.4	Konzentrierte Bewegungstherapie	354	25.7	Spontanremission und Kontrollgruppen	394
23.4.1	Zur Methode der Konzentrierten Bewegungstherapie	355	25.8	Psychotherapeutische Behandlungsergebnisse bei verschiedenen Krankheitsbildern	396
23.4.2	Zur Anwendung der KBT	357	25.8.1	Anorexia nervosa	396
23.4.3	Indikation	357	25.8.2	Bulimia nervosa	397
23.5	Körperorientierte Psychotherapie nach F. Besuden und S. Damm	357	25.8.3	Asthma bronchiale	397
23.6	Bioenergetik	357	25.8.4	Ulcus pepticum	397
			25.8.5	Colitis ulcerosa	398
			25.8.6	Essentielle Hypertonie	398
			25.8.7	Funktionelle Syndrome	398
			25.8.8	Myokardinfarkt	399

Organisationsformen psychosomatischer Kranken-
versorgung

26	Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes	400
	<i>Wolfgang Wesiack</i>	
26.1	Einleitung	400
26.2	Der Erstkontakt zwischen Patient und Arzt ...	401
26.3	Das Krankengut der ärztlichen Praxis	402
26.4	Der Mangel an personellen und technischen Hilfsmitteln und die Notwendigkeit, sich auf das Wesentliche zu beschränken	403
26.5	Die größere Nähe von Arzt und Patient in der Allgemeinpraxis und die Langzeitbetreuung ...	405
26.6	Die Besonderheit des diagnostisch-therapeutischen Interaktionsprozesses in der ärztlichen Praxis	406
26.7	Die Bedeutung des niedergelassenen Arztes für die Prophylaxe, Früherkennung und Frühbehandlung psychosomatischer Erkrankungen ..	407
26.8	Schlußbetrachtungen	408
27	Der Kliniker als Psychosomatiker	410
	<i>Rolf H. Adler und Willi Hemmeler</i>	
27.1	Fallbeispiel und Interpretation	410
27.2	Wissenschaftlichkeit verschiedener Medizinmodelle	411
27.3	Ein integratives Medizinmodell	412
27.4	Wissenschaftliche Erfassung der Arzt-Patient-Beziehung	412
27.5	Der Übergang vom M- und M'-Modell zum I-Modell	413
27.6	Das Bild des Patienten in Abhängigkeit vom verwendeten Modell	413
27.7	Der Lehrer der Psychosomatischen Medizin ...	414
27.8	Die Arbeit des Klinikern im I-Modell	414
28	Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich	415
	<i>Karl Köhle und Peter Joraschky</i>	
28.1	Ziele, Voraussetzungen, Bedarf und Konzepte (<i>Karl Köhle</i>)	415
28.1.1	Die „psychosomatische Betrachtungsweise“ in der Medizin – Grundfragen und Konsequenzen für die Institutionalisierung	415
28.1.2	Aufgaben und Arbeitsgebiete der klinischen Psychosomatik	424
28.1.3	Beteiligung der Psychosomatischen Medizin an der Krankenversorgung innerhalb der medizinischen Institutionen. Angaben zum Bedarf ...	426
28.1.4	Konzepte und Modelle für die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich	427
28.2	Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste (<i>Karl Köhle und Peter Joraschky</i>)	429
28.2.1	Historische Entwicklung und Definition der Liaison-Psychosomatik	429
28.2.2	Tätigkeitsfelder und Inanspruchnahme von Konsultations- und Liaisondiensten	430
28.2.3	Organisationsformen	431
28.2.4	Funktion und Arbeitsweise von Liaisondiensten	431
28.2.5	Der Prozeß der Integration des Liaison-Psychosomatikers in das klinische Setting – Interaktionsprobleme zwischen Liaison-Psychosomatikern und den zu beratenden Klinikern ...	435
28.2.6	Aus- und Weiterbildung	438
28.2.7	Klinische Forschung	438
28.2.8	Zusammenfassung	438
28.3	Klinisch-psychosomatische Krankenstationen (<i>Karl Köhle</i>)	438
28.3.1	Zur Geschichte stationärer Einrichtungen in der Psychosomatischen Medizin	439
28.3.2	Ein Konzept für klinisch-psychosomatische Krankenstationen: Die internistisch-psychosomatische Krankenstation der Universität Ulm ..	446
	Abb. 28-4 bis 28-7: Farbtafel 1	

Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (ehemals Vertrauensärztlicher Dienst der Landesversicherungsanstalten)

	<i>Rüdiger Großpietzsch und Doris Schmitt</i>	
29.1	Gesundheitsreformgesetz, V. Sozialgesetzbuch, IX. Kapitel: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	461
29.2	Das psychosoziale Defizit	461
29.3	Aufgabenstellung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im psychosozialen Bereich	461
29.4	Sozialmedizinische Begutachtung im psychosozialen Bereich	462
29.5	Gutachterliches Vorgehen im psychosozialen Bereich	462

Teil III: Psychosomatik einzelner Erkrankungen und in verschiedenen Fachgebieten

30	Konversion	467
	<i>Rolf Adler</i>	
	Definitionen	467
30.1	Analogien zum Mechanismus der Konversion ..	468
30.2	Häufigkeit	468
30.3	Mechanismus der Symptombildung	468
30.4	Wahl von Art und Lokalisation des Symptoms ..	469
30.5	Diagnose	469
30.6	Beweisende Kriterien	469
30.6.1	Hinweisende Kriterien	470
30.6.2	Komplikationen des Konversionssymptoms ...	470
30.7	Datenerhebung durch das Interview	471
30.8	Die häufigsten Konversionssymptome	471
30.9	Prognose und Therapie	472
30.10	Differenzierung von anderen psychogenen Symptomen	472
30.11	Psychophysiologische Symptome	472
30.11.1	Hypochondrische Symptome	472
30.11.2	Simulation	473
30.11.3	Künstlich erzeugte Symptome	473
30.11.4		
31	Funktionelle Syndrome in der Inneren Medizin	475
	<i>Thure von Uexküll und Karl Köhle</i>	
31.1	Exemplarische Falldarstellung	475
31.2	Symptomatologie	476
31.2.1	Begriffsbestimmung	477
31.2.2	Untergruppen und spezielle Erscheinungsformen	478
31.2.3	Psychologische Symptomatik	478
31.3	Epidemiologie	479
31.3.1	In welchen Altersklassen treten diese Krankheitsbilder auf?	480
31.4	Ätiologie und Pathogenese	482
31.5	Psychologie, Psychodynamik	483
31.6	Lebensgeschichte und soziale Interaktion ...	485
31.7	Funktionelle Syndrome als „politische Krankheiten“?	485
31.8	Differentialdiagnose	488
31.9	Therapie	489
31.10	Prognose	491
32	Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom	492
	<i>Othmar W. Schonecke und Jörg Michael Herrmann</i>	
32.1	Begriffsbestimmung und Definition	492
32.2	Symptomatik	493
32.3	Epidemiologie	495
32.4	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	496
32.4.1	Psychodynamische Erklärungsansätze	496
32.4.2	Psychophysiologische Erklärungsansätze ...	499
32.5	Differentialdiagnose	507

32.6	Therapie und Prognose	509	35.6.2	Symptomatik und Klinik	534
32.6.1	Psychopharmaka	509	35.6.3	Epidemiologie	534
32.6.2	Psychotherapie	510	35.6.4	Pathogenetische Konzepte	534
			35.6.5	Therapie	535
33	Funktionelle Syndrome im gastro-intestinalen Bereich	512	35.7	Psychogene Synkopen unklarer Genese	535
	<i>Wolfram Schüffel und Thure von Uexküll</i>		35.8	Differentialdiagnostische Überlegungen	535
33.1	Einleitung und historische Zusammenfassung	512	36	Schmerz	537
33.2	Exemplarische Fallgeschichte	513		<i>Rolf Adler</i>	
33.3	Symptomatologie der Funktionellen Bauchbeschwerden	513	36.1	Grundlagen des Schmerzes	537
33.3.1	Funktionelle Oberbauchbeschwerden	513	36.1.1	Peripherer Schmerzapparat	537
33.3.2	Funktionelle Unterbauchbeschwerden	514	36.1.2	Schmerzapparat im Rückenmark	537
33.3.3	Vergesellschaftung mit anderen Beschwerdebildern	514	36.1.3	Das sensorisch-diskriminierende System	538
33.3.4	Synonyma	514	36.1.4	Das motivierend-affektive System	538
33.4	Epidemiologie	514	36.1.5	Das zentrale Kontrollsystem	538
33.5	Psychologie, Lebensgeschichte, Psychodynamik und psychosoziale Interaktion	515	36.1.6	Das Spinal Gate Control System	538
33.6	Psychophysiologie	517	36.1.7	Hormone und Überträgersubstanzen	538
33.7	Differentialdiagnose	518	36.1.8	Psychische Entwicklung und Schmerz	539
33.7.1	Krankheiten, die ausgeschlossen werden müssen	518	36.2	Klinische Schmerzbilder und der Einfluß psychischer Faktoren	540
33.7.2	Anamnese	518	36.2.1	Der konversionsneurotische Schmerz und die „Neigung, Schmerz erleiden zu müssen“	540
33.7.3	Untersuchungsplan	519	36.2.2	Hypochondrie und hypochondrische Reaktion	543
33.8	Therapie	519	36.2.3	Depressive Reaktionen	543
33.8.1	Mitteilung der Diagnose	519	36.2.4	Endogene Depression	544
33.8.2	Unspezifische ärztliche Maßnahmen: Begleitung und Abgrenzung	520	36.2.5	Schmerz als körperliches Begleitzeichen von Affekten	544
33.8.3	Spezielle psychotherapeutische Verfahren	520	36.2.6	Simulation	545
33.8.4	Medikamentöse Behandlung	520	36.3	Hilfsmittel für die Differentialdiagnose zwischen vorwiegend psychogenen und organisch bedingten Schmerzen	545
33.9	Zur Prognose	521	36.3.1	Der Libman-Test	545
			36.3.2	Weitere Hilfsmittel	546
34	Das Hyperventilationssyndrom	522	36.4	Schmerzbehandlung	547
	<i>Jörg Michael Herrmann, Othmar W. Schonecke, Andreas Radvila und Thure von Uexküll</i>		37	Kopfschmerz	549
34.1	Klinik und Symptomatologie	522		<i>Claus Bischoff, Helmuth Zenz und Harald C. Traue</i>	
34.1.1	Neuromuskuläre Symptome	522	37.1	Klassifikation und diagnostische Probleme	549
34.1.2	Zentrale Symptome	523	37.2	Epidemiologie	551
34.1.3	Respiratorische Beschwerden	523	37.3	Physiologische Grundlagen des Kopfschmerzanfalls	552
34.1.4	Kardiale Beschwerden	523	37.3.1	Migräne	552
34.1.5	Neurovegetative Beschwerden	523	37.3.2	Spannungskopfschmerz	552
34.1.6	Gastrointestinale Symptome	523	37.3.3	Kombinierter Kopfschmerz	554
34.1.7	Allgemeine und psychische Beschwerden	523	37.3.4	Kopfschmerz psychischen Ursprungs	554
34.1.8	Der akute Anfall	523	37.4	Auslöser von Kopfschmerzen	554
34.1.9	Das chronische Hyperventilationssyndrom	523	37.4.1	Auslöser von Migräne	554
34.2	Epidemiologie	523	37.4.2	Auslöser von Spannungskopfschmerz	555
34.3	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	524	37.5	Somatische und psychosomatische Dispositionen für Kopfschmerz	555
34.3.1	Psychische Faktoren	524	37.5.1	Migräne	555
34.3.2	Pathophysiologie	524	37.5.2	Spannungskopfschmerz	556
34.3.3	Hyperventilation als Störung im Funktionskreis der Atmung	525	37.5.3	Genetische Faktoren beim Kopfschmerz	556
34.4	Diagnose	526	37.6	Psychische Dispositionen für Kopfschmerz	556
34.4.1	Differentialdiagnose	526	37.7	Psychogenetische Modelle der Migräne und des Spannungskopfschmerzes	557
34.5	Therapie	527	37.7.1	Verhaltensmedizinische Ansätze	557
34.5.1	Symptomatisch	527	37.7.2	Psychodynamische Erklärungsansätze	559
34.5.2	Behandlung der gewohnheitsmäßigen Thoraxatmung	527	37.8	Therapieverfahren	560
34.5.3	Psychotherapie	527	37.8.1	Somatisch-medizinische Therapieangebote	560
34.5.4	Psychopharmaka	527	37.8.2	Psychotherapeutische Möglichkeiten	561
34.6	Prognose	528	38	Essstörungen	565
35	Synkopen	529		Adipositas	565
	<i>Claudia Simons und Karl Köhle</i>		38.1	<i>Albert J. Stunkard und Volker Pudel</i>	
35.1	Definition und Symptomatik	529	38.1.1	Definition	565
35.2	Pathogenetische Mechanismen	529	38.1.2	Epidemiologie	565
35.3	Klassifikation	529	38.1.3	Der traurige Saldo der traditionellen Adipositasbehandlung	568
35.4	Inzidenz und Prognose im klinischen Bereich	529	38.1.4	Körperliche Aktivität als Determinante für Adipositas	569
35.5	Vasovagale Synkopen	530	38.1.5	Emotionale Determinanten	570
35.5.1	Symptomatik und Klinik	530	38.1.5.1	Die Hyperphagie-Syndrome	571
35.5.2	Epidemiologie	531	38.1.5.2	Störung des Körperschemas (body image)	571
35.5.3	Pathogenetische Konzepte	531	38.1.5.3	Störung des Sättigungsgefühls	571
35.5.4	Therapie und Prognose	532			
35.6	Konversionsneurotische Synkopen	532			
35.6.1	Exemplarische Krankengeschichte	532			

38.1.6	Therapie	572	38.3.7.2	Prämorbid Disposition	621
38.1.6.1	Allgemeine Probleme	572	38.3.8	Kombinierte psychosomatische Therapie	624
38.1.6.2	Psychodynamische Therapie	572	38.3.8.1	Vorbemerkungen	624
38.1.6.3	Verhaltenstherapie	574	38.3.8.2	Psychoanalytisch orientierte konfliktzentrierte Einzeltherapie	625
38.2	Anorexia nervosa	582	38.3.8.3	Themenzentrierte Gruppentherapie	626
	<i>Karl Köhle und Claudia Simons</i>		38.3.8.4	Familientherapie	626
38.2.1	Zur Bedeutung des Krankheitsbildes	582	38.3.8.5	Assoziative Mal- und Gestaltungstherapie	626
38.2.2	Definition des Krankheitsbildes unter klinischen Gesichtspunkten	583	38.3.8.6	Aktive und rezeptive Musiktherapie	629
38.2.2.1	Zur Geschichte der Beschreibung des Krankheitsbildes	584	38.3.8.7	Entspannungstherapie und körperorientierte Selbsterfahrung	632
38.2.3	Symptomatologie	585	38.3.8.8	Verhaltenstherapie	633
38.2.3.1	Die Störung des Eßverhaltens	585	38.3.8.9	Ernährung und Diät	633
38.2.3.2	Gewichtsverlust	585	38.3.8.10	Medikamentöse Therapie	633
38.2.3.3	Amenorrhoe	585	38.3.9	Prognose	634
38.2.3.4	Obstipation, Laxantien- und Diuretikaabusus	585	38.3.10	Ausblick	634
38.2.3.5	Psychologische Symptome	585			
38.2.4	Diagnose und Differentialdiagnose	587		Abb. 38.3–8 bis 38.3–11: Farbtafel 2	
38.2.4.1	Diagnostische Kriterien	587	39	Sexuelle Störungen	635
38.2.4.2	Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme und der Diagnosestellung	588		<i>Kurt Loewit</i>	
38.2.4.3	Differentialdiagnose	588	39.1	Ein exemplarischer Fall	635
38.2.4.4	Früherkennung	590	39.2	Übersicht über die direkten sexuellen Funktionsstörungen	636
38.2.5	Epidemiologie	590	39.2.1	Eingrenzung und Vorbemerkungen	636
38.2.5.1	Inzidenz und Prävalenz	591	39.2.2	Störungen beim Mann	637
38.2.5.2	Häufigkeitsentwicklung	591	39.2.3	Störungen bei der Frau	637
38.2.5.3	Geschlechtsverteilung	591	39.2.4	Hinweise auf Ursachen bzw. Genese sexueller Funktionsstörungen	638
38.2.5.4	Kulturelle und soziale Faktoren	591	39.3	Grundprinzipien der Sexualtherapie	638
38.2.5.5	Familienuntersuchungen und Zwillingsforschung	593	39.3.1	Grundlegende Konzepte	638
38.2.6	Pathogenetische Konzepte	594	39.3.2	Der sog. „Sensate focus“	639
38.2.6.1	Psychophysiologie	594	39.3.3	Erfahrungen und Erfolge	640
38.2.6.2	Angeborene Disposition, frühe Kindheitsentwicklung	595	39.4	Die Kommunikationsfunktion der Sexualität als spezifisch menschliche Dimension	640
38.2.6.3	Die familiäre Situation	596	39.4.1	Die Sinnfrage als pathogenetisches Element	640
38.2.6.4	Prämorbid Persönlichkeitsstruktur	596	39.4.2	Der doppelte Aspekt der Geschlechtlichkeit	640
38.2.6.5	Lebenssituation zur Zeit der Krankheitsmanifestation	597	39.4.3	Menschliches Sexualverhalten als Körpersprache	641
38.2.6.6	Psychodynamik	598	39.4.4	Die Inhalte der sexuellen Kommunikation	641
38.2.7	Therapie	601	39.4.5	Sexuelle Kommunikation, menschliche Grundbedürfnisse und Partnerschaft	641
38.2.7.1	Allgemeine Zielvorstellungen	601	39.5	Kommunikationszentrierte Sexualtherapie	642
38.2.7.2	Die Elemente eines Behandlungsplans	601	40	Schlaf und Schlafstörungen	644
38.2.7.3	Voraussetzungen für die Durchführung von Akutbehandlung und „Wiederauffütterung“	603		<i>Dietrich Schneider-Helmert</i>	
38.2.7.4	Häufige Fehler in der Behandlung von Anorexiepatientinnen	604	40.1	Der normale Schlaf	644
38.2.7.5	Die Behandlungsansätze zur Beeinflussung des Eßverhaltens und der Persönlichkeitsstörungen	605	40.1.1	Neurophysiologische Grundlagen	644
38.2.7.6	Gestufteter Therapieplan in Kombination verschiedener Behandlungsverfahren	606	40.1.2	Schlafen und psychophysische Erholung im 24-Stunden-Zyklus	645
38.2.8	Prognose	608	40.1.3	Die problematische Selbstwahrnehmung des Schlafs	645
38.2.8.1	„Spontanverlauf“	608	40.1.4	Konzeptuelle Gesichtspunkte	646
38.2.8.2	Verlauf der Erkrankung nach systematischer Therapie	610	40.2	Schlafstörungen	646
38.2.8.3	Einfluß von Behandlungs- und Patientenvariablen auf die Prognose	612	40.2.1	Übersicht und exemplarische Fälle	646
38.3	Bulimia nervosa	614	40.2.2	Psychosomatische Aspekte der Insomnie	646
	<i>Hubert Feiereis</i>		40.2.3	Klassifikation der Insomnien	647
38.3.1	Definition	615	40.2.4	Hypnotikaabhängigkeit	648
38.3.2	Epidemiologie	615	40.2.5	Differentialdiagnose	648
38.3.3	Das Krankheitsbild	615	40.2.6	Psychosomatische Therapie	649
38.3.3.1	Vorbemerkungen	615			
38.3.3.2	Anamnese und Symptomatologie	615		Spezielle Krankheitsbilder der Inneren Medizin	
38.3.3.3	Somatische Befunde	617	41	Herz- und Kreislauferkrankungen	651
38.3.3.4	Psychische Befunde	617	41.1	Arterielle Verschußkrankheiten: koronare Herzkrankheit, Apoplexie und Claudicatio intermittens	651
38.3.3.5	Schweregrade	617		<i>Thomas H. Schmidt, Rolf Adler, Wolfgang Langosch und Michael Rassek</i>	
38.3.3.6	Dauer der Krankheit	618	41.1.1	Exemplarischer Fall	651
38.3.3.7	Alter und Geschlecht	618	41.1.2	Historischer Rückblick	651
38.3.4	Bulimia nervosa und Diabetes mellitus Typ I	619	41.1.3	Multifaktorielles pathogenetisches Modell der koronaren Herzkrankheit und anderer arterieller Verschußkrankheiten	653
38.3.5	Die Diagnose der Bulimia nervosa	619	41.1.3.1	Ein psychosomatisches Modell	653
38.3.6	Differentialdiagnose	620			
38.3.7	Ätiologie und Pathogenese	621			
38.3.7.1	Vorbemerkungen	621			

41.1.4	Persönlichkeitsmerkmale, Lebensereignisse und periphere Arteriosklerose	655	41.2.9.1	Auswahl geeigneter Therapieverfahren	71
41.1.5	Der plötzliche Herztod	656	41.2.9.2	Psychotherapie während der Krankenhausbehandlung	71
41.1.5.1	Mechanismen des plötzlichen Herztodes	656	41.2.9.3	Psychotherapie nach Klinikentlassung und während der Rehabilitation	71
41.1.5.2	Tierexperimentelle Untersuchungen	659	41.2.10	Zusammenfassung	71
41.1.5.3	Untersuchungen beim Menschen	660	41.3	Essentielle Hypertonie	71
41.1.5.4	Die Bedeutung des sympathischen Nervensystems für das Auftreten ventrikulärer Arrhythmien und therapeutische Einflußmöglichkeiten	662	<i>Jörg Michael Herrmann, Michael Rassek, Nikolaus Schäfer, Thomas H. Schmidt und Thure von Uexküll</i>		
41.1.6	Psychosoziale Faktoren bei Angina pectoris und Myokardinfarkt	664	41.3.1	Exemplarischer Fall	719
41.1.6.1	Sozioökonomische Einflüsse	664	41.3.2	Symptomatologie	720
41.1.6.2	Lebensverändernde Ereignisse	664	41.3.2.1	Definition	720
41.1.6.3	Berufliche Überbeanspruchung	666	41.3.2.2	Allgemein-klinische Symptomatologie	720
41.1.6.4	Emotionale Probleme und Schlafstörungen	666	41.3.2.3	Psychologische Merkmale	720
41.1.6.5	Koronargefährdende Verhaltensweisen und Typ-A-Muster	668	41.3.3	Epidemiologie	721
41.1.6.6	Pathophysiologische Mechanismen – Mediatoren zwischen Verhalten und koronarer Herzkrankheit	680	41.3.4	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	721
41.1.7	Prävention und Therapie	687	41.3.4.1	Genetische Faktoren	722
41.1.7.1	Theoretische Voraussetzungen	688	41.3.4.2	Umweltfaktoren	722
41.1.7.2	Therapiestudien im Rahmen der primären Prävention	688	41.3.4.3	Ernährungsbedingungen	723
41.1.7.3	Therapeutische Veränderungen des Typ-A-Musters bei Herzinfarktpatienten	689	41.3.4.4	Soziale Faktoren	724
41.1.7.4	Metaanalyse über psychologische Behandlungsmethoden der koronaren Herzkrankheit	691	41.3.5	Psychologie, Psychodynamik, Psychophysiologie und soziale Interaktion	726
41.1.7.5	Hinweise zur psychotherapeutischen Betreuung von Herzinfarktpatienten	694	41.3.5.1	Emotionale Faktoren	726
41.2	Psychotherapie von Herzinfarktpatienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase	697	41.3.5.2	Situative Faktoren	727
<i>Karl Köhle und Ekkehard Gaus</i>			41.3.5.3	Tierexperimentelle Untersuchungen	729
41.2.1	Zur Begründung eines psychosomatischen Arbeitsansatzes in der Behandlung von Infarktkranken während der akuten Behandlungsphase	697	41.3.5.4	Pathophysiologische Grundlagen und psychophysiologische Untersuchungen am Menschen	731
41.2.2	Übersicht über psychosomatische Befunde bei Infarktkranken während der stationären und der poststationären Behandlungsphasen	697	41.3.6	Ein psychosomatisches Modell: Der Situationskreis	735
41.2.2.1	Beeinträchtigung des Befindens, psychologische und psychophysiologische Reaktionen	697	41.3.6.1	Was ist eine Situation	735
41.2.2.2	Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Behandlungsmodalitäten und das Arbeitsbündnis	698	41.3.6.2	Der Situationskreis	735
41.2.2.3	Die Wirksamkeit psychosozialer Faktoren im Krankheits- und Rehabilitationsverlauf	699	41.3.7	Differentialdiagnose	739
41.2.3	Psychodynamik von Angst, Verleugnung und Depression bei Infarktkranken	699	41.3.8	Prognose	739
41.2.3.1	Angst	699	41.3.9	Konsequenzen für die Therapie der essentiellen Hypertonie	739
41.2.3.2	Verleugnung	703	41.3.10	Bericht über die psychosomatische Behandlung einer Patientin mit labiler Hypertonie und Blutdruckkrisen	741
41.2.3.3	Depression	706	42	Asthma bronchiale	745
41.2.4	Besonderheiten emotionaler Reaktionen bei reanimierten Infarktkranken	708	<i>Wolfram Schüffel, Jörg Michael Herrmann, Bernhard Dahme und Rainer Richter</i>		
41.2.5	Interaktionsprobleme mit Infarktkranken	708	42.1	Exemplarischer Fall	745
41.2.5.1	Kooperation versus Auflehnung	708	42.2	Definition	746
41.2.5.2	Schwierigkeiten, Hilfe annehmen zu können	709	42.2.1	Beschwerden und Entwicklung des Krankheitsbildes	746
41.2.6	Ärztliche Psychotherapie bei Infarktkranken	709	42.3	Epidemiologie	746
41.2.6.1	Allgemeines zum methodischen Vorgehen	709	42.4	Psychosoziale Untersuchungsergebnisse	747
41.2.6.2	Spezifische Hilfestellungen im ärztlich-psychotherapeutischen Gespräch	711	42.4.1	Soziale Interaktion	747
41.2.6.3	Analgetika und Psychopharmaka	712	42.4.2	Psychoanalytische Befunde	747
41.2.6.4	Die Verlegung von der Intensivstation	712	42.4.3	Eine literarische Darstellung	749
41.2.6.5	Entlassung und Nachbetreuung	713	42.4.4	Psychologische Befunde	750
41.2.7	Häufige Fehler im Umgang mit Infarktkranken in der akuten Behandlungsphase	713	42.4.5	Die Aufrechterhaltung des Asthma bronchiale durch psychosoziale Faktoren (sog. psychomaintenance)	750
41.2.7.1	Nichtbeachtung des „unauffälligen“ Kranken	713	42.5	Psychophysiologie	752
41.2.7.2	Unnötige Frustration der Patienten	713	42.5.1	Untersuchungen zur Symptomspezifität	752
41.2.8	Beispiel eines Gesprächs mit einem Herzinfarktpatienten während der Intensivbehandlungsphase	713	42.5.2	Operante Kontrolle und Modifikation des Atemwegswiderstandes (Biofeedback)	753
41.2.9	Ergebnisse psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Herzinfarktkranken	715	42.5.3	Zur Wahrnehmung von Atemwegswiderständen (interozeptive Wahrnehmung)	753
			42.6	Ätiologie und Pathogenese; wissenschaftstheoretische Überlegungen	754
			42.6.1	Ätiologie und Pathogenese	754
			42.6.2	Wissenschaftstheoretische Überlegungen	755
			42.7	Diagnostik und Therapie	758
			42.7.1	Grundmerkmale	758
			42.7.2	Kombinierte Therapieformen	759
			42.7.3	Spezielle psychotherapeutische Verfahren	759
			43	Ulcus duodeni	761
			<i>Wolfram Schüffel und Thure von Uexküll</i>		
			43.1	Klinik und Symptomatologie	762
			43.2	Epidemiologie	762

43.3	Psychosoziale Untersuchungsergebnisse	763	44.2.2.1	Symptomatologie, Schweregrade und Verlaufsformen	799
43.3.1	Zur Biographie des Ulkuskranken; Anmerkungen zur sog. „Ulkuspersönlichkeit“	763	44.2.2.2	Endoskopische und histologische Befunde	801
43.3.2	Häufige Verhaltensweisen und Familienbindungen	764	44.2.2.3	Röntgenologische Befunde	801
43.3.3	Psychoanalytische Untersuchungsergebnisse	765	44.2.2.4	Komplikationen	801
43.4	Theorien zur Ätiologie und/oder Pathogenese	766	44.2.3	Differentialdiagnose	802
43.4.1	Pathophysiologie	766	44.2.4	Ätiologie und Pathogenese	802
43.4.2	Psychophysiologie	767	44.2.4.1	Genetik – Immunologie – Umwelt	802
43.4.3	Das somatopscho- psychosomatische Modell	768	44.2.4.2	Prämorbide Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik	803
43.5	Das somatopscho- psychosomatische Modell unter wissenschaftstheoretischen Aspekten	771	44.2.4.3	Krankheitsauslösung	805
43.5.1	Die individuelle Wirklichkeit als Ausdruck der Beziehung zwischen Organismus und Umgebung	771	44.2.4.4	Reaktive psychische Veränderungen	806
43.5.2	Die Bedeutungskoppelung als Beziehung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren	771	44.2.4.5	Psychosoziale Folgen der Krankheit	806
43.5.3	Die Rolle des Pylorus	774	44.2.4.6	Zusammenfassung	807
43.5.4	Das Modell unter klinischem Aspekt	775	44.2.5	Therapie	807
43.6	Diagnostisches Vorgehen	776	44.2.5.1	Voraussetzungen	807
43.6.1	Anamnese	776	44.2.5.2	Medikamentöse Therapie	807
43.6.2	Differentialdiagnose	776	44.2.5.3	Diät	808
43.6.3	Der Untersuchungsplan	777	44.2.5.4	Entspannungs- und Psychotherapie	808
43.7	Therapie	777	44.2.6	Epikrise zur einleitenden Krankengeschichte	812
43.7.1	Therapieziele	777	44.2.7	Schlußfolgerung	813
43.7.2	Therapeutischer Stufenplan – Das Cimetidin als „Goldstandard“	777			
43.7.3	Die Rolle der Psychosomatik bei der Behandlung des Ulcus duodeni – ein konzeptioneller Ansatz	778			
43.8	Antworten auf eingangs gestellte Fragen und Ausblick	780			
44	Entzündliche Darmerkrankungen	782			
44.1	Colitis ulcerosa	782			
	<i>Hubert Feiereis</i>				
44.1.1	Klinik der Colitis ulcerosa	783	45	Erkrankungen des Bewegungsapparates	815
44.1.1.1	Symptomatologie, Schweregrad und Verlaufsformen	783	45.1	Chronische Polyarthrit	815
44.1.1.2	Endoskopische und histologische Befunde	783		<i>Hans-Heinrich Raspe</i>	
44.1.1.3	Röntgenologische Befunde	784	45.1.1	Epidemiologische und sozialmedizinische Hinweise	815
44.1.1.4	Komplikationen	784	45.1.2	Die körperliche Krankheit	815
44.1.2	Differentialdiagnose	784	45.1.3	Die chronische Polyarthrit aus psychosomatischer Sicht	817
44.1.3	Epidemiologie	784	45.1.3.1	Die chronische Polyarthrit – eine psychosomatische Erkrankung?	818
44.1.4	Ätiologie und Pathogenese	784	45.1.3.2	Psychosoziale Einflüsse auf Ausbruch, Verlauf und Ausgang der chronischen Polyarthrit	822
44.1.4.1	Neurovegetative Faktoren	785	45.1.3.3	Psychosoziale Probleme im Verlauf einer chronischen Polyarthrit	823
44.1.4.2	Prämorbide Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik	785	45.2	Fibromyalgie	829
44.1.4.3	Krankheitsauslösung	787		<i>Jörg Michael Herrmann,</i>	
44.1.4.4	Reaktive psychische Befunde	788		<i>Othmar W. Schonecke</i>	
44.1.4.5	Psychosoziale Folgen der Krankheit	788		und <i>Werner Geiges</i>	
44.1.5	Therapie	789	45.2.1	Exemplarische Falldarstellung	829
44.1.5.1	Einleitung	789	45.2.2	Einleitung	830
44.1.5.2	Medikamentöse Therapie	789	45.2.3	Epidemiologie	830
44.1.5.3	Diät	790	45.2.4	Klinik und Symptomatologie	831
44.1.5.4	Entspannungstherapie	790	45.2.5	Psychodynamik	831
44.1.5.5	Stützende Gesprächspsychotherapie	790	45.2.6	Pathopsychophysiologie	832
44.1.5.6	Assoziative Maltherapie	791	45.2.7	Hinweise zur Differentialdiagnose	833
44.1.5.7	Tiefenpsychologische Psychotherapie	791	45.2.8	Therapie	833
44.1.5.8	Therapie im Intervall	793	45.3	Lumbago-Ischialgie-Syndrome	835
44.1.6	Prognose und Ergebnisse	793		<i>Mechthilde Küttemeyer und Ulrich Schultz</i>	
44.1.7	Epikrise und Katamnese zur einleitenden Krankengeschichte	795	45.3.1	Geschichtliches	835
44.1.8	Zusammenfassung des diagnostischen und therapeutischen Weges	796	45.3.2	Epidemiologie	836
44.1.9	Schlußfolgerung	797	45.3.2.1	Häufigkeit	836
	Abb. 44.1–1 bis 44.1–4: Farbtafel 3		45.3.2.2	Verlauf	836
44.2	Morbus Crohn	798	45.3.3	Klinik	837
	<i>Hubert Feiereis</i>		45.3.3.1	Prodromi	837
44.2.1	Epidemiologie	799	45.3.3.2	Lokales Lumbalsyndrom	837
44.2.2	Klinik der Enteritis granulomatosa regionalis Crohn	799	45.3.3.3	Lumbales Wurzelsyndrom	837
			45.3.3.4	Pathophysiologie	837
			45.3.3.5	Differentialdiagnose	838
			45.3.4	Psychosomatik	838
			45.3.4.1	Psychogene Lumbago-Ischialgie-Syndrome	838
			45.3.4.2	Akute Lumbago-Ischialgie-Syndrome	840
			45.3.4.3	Psychometrische Befunde	841
			45.3.4.4	Bedingungen der Chronifizierung	842
			45.3.4.5	Ansätze einer psychosomatischen Pathologie	843
			45.3.5	Therapie	844
			45.3.5.1	Prinzipien psychosomatischer Therapie	844
			45.3.5.2	Psychosomatisches Therapieprogramm	845
			45.3.5.3	Therapieergebnisse	846
			45.3.5.4	Fragwürdige Behandlungsmethoden	847
				Abb. 44.2–3, 44.2–5 bis 44.2–7: Farbtafel 4	

46	Klinische Psychoneuroendokrinologie ..	848	49.6.3	Psychische Bewältigungsmechanismen	896
	<i>Horst Lorenz Fehm und Karlheinz Voigt</i>		49.6.4	Zur besonderen Situation von AIDS-Kranken	897
46.1	Die Bedeutung psychischer Faktoren für Entstehung und Verlauf endokrinologischer Erkrankungen	848	49.6.5	Die spezifische Situation der Betroffenen- gruppe	897
46.1.1	„Maternal deprivation“-Syndrom	848	49.7	Die psychotherapeutische und medizinische Versorgung	898
46.1.2	Hyperthyreose	849	49.7.1	Medizinische Versorgung	898
46.1.3	Das hypothalamo-hypophysäre Cushing- Syndrom	852	49.7.2	Beratung und Psychotherapie	900
46.1.4	Psychogene Polydipsie und Diabetes insipidus	855	49.8	AIDS-Phobie und AIDS-Hypochondrie	901
46.2	Psychopathologische Erscheinungen bei endo- krinologischen Erkrankungen	856	50	Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen	903
46.2.1	Cushing-Syndrom	857		<i>Christoph Hürny</i>	
46.2.2	Nebennierenrindenunterfunktion	857	50.1	Psychosoziale Risikofaktoren für die Krebs- entstehung	903
46.2.3	Hypothyreose	857	50.1.1	Methodische Probleme	904
46.2.4	Hyperthyreose	857	50.1.2	Hypothesen	905
46.2.5	Hypopituitarismus	858	50.1.3	Verlust, Trauern und Erkrankung	906
46.2.6	Akromegalie	858	50.1.4	Psychobiologische Verbindungsglieder	907
46.2.7	Nebenschilddrüsen	858	50.1.5	Schlußfolgerung	908
47	Diabetes mellitus	859	50.2	Psychosoziale Faktoren beim Verlauf maligner Erkrankungen	908
	<i>Jörg Michael Herrmann, Wolfgang Beischer und Christa Probst-Geigges</i>		50.2.1	Spontanverlauf, Latenz und „Immuno- surveillance“	908
47.1	Diabetes mellitus Typ I	859	50.2.2	Soziale Schicht und Krankheitsverlauf	909
47.1.1	Definition	861	50.2.3	Krankheitsverarbeitung und -verlauf	910
47.1.2	Epidemiologie	862	50.2.4	Methodische Probleme bei der Erfassung von Krankheitsverarbeitung	910
47.1.3	Ätiologie und Pathogenese	862	50.2.5	Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit ...	910
47.1.4	Klinik	864	50.2.6	Methodische Kriterien zur Evaluation der Verlaufsstudien	912
47.1.5	Psychische Faktoren im Verlauf des juvenilen Diabetes mellitus	865	50.2.7	Exemplarische Analyse von zwei repräsentati- ven Untersuchungen des Einflusses psychoso- zialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf bei Brustkrebspatientinnen	913
47.1.6	Therapeutische Hinweise	867	50.2.8	Zusammenfassung	915
47.1.7	Besondere Probleme des Typ-I-Diabetikers ...	868	51	Anwendung psychosomatischer Konzepte in der Psychiatrie	916
47.2	Typ-II-Diabetes	870		<i>Herbert Weiner</i>	
47.2.1	Definition	870	51.1	Konzepte von Gesundheit, Leiden und Krank- heit in der psychosomatischen Medizin	917
47.2.2	Epidemiologie	871	51.2	Begriffsprobleme in der Psychiatrie	918
47.2.3	Ätiologie und Pathogenese	871	51.3	Krankheitstheorien und das Problem der Diagnose in der Psychiatrie	919
47.2.4	Klinik	874	51.4	Weitere Begriffsprobleme in der modernen Psychiatrie	922
47.3	Allgemeine Hinweise	874	51.4.1	„Biologische“ und psychosoziale Theorien in der Psychiatrie: Die Notwendigkeit, sie zu integrieren	923
47.3.1	Krankheitsverlauf	874	51.5	Die schweren affektiven Störungen	924
47.3.2	Die Arzt-Patient-Beziehung	875	51.5.1	Ätiologie	925
47.3.3	Methodische Probleme der psychosomatischen Forschung	876	51.5.2	Physiologische und hormonelle Entsprechun- gen der schweren affektiven Störungen	928
48	Infektionskrankheiten	877	51.6	Schizophrenie	931
	<i>Jörg Michael Herrmann und Werner Geigges</i>		51.6.1	Kindheitsanamnese und Prädispositionen ...	933
48.1	Falldarstellung	877	51.6.2	Ätiologie	935
48.2	Einleitung	878	51.6.3	Pathophysiologie und Pathobiochemie	936
48.3	Epidemiologie	879	51.7	Abschließende Beurteilung	939
48.4	Tierexperimentelle Studien	880	52	Gynäkologie und Geburtshilfe	941
48.5	Resistenz	881		<i>Dietmar Richter und Manfred Stauber</i>	
48.6	Immunologische Faktoren	881	52.1	Gynäkologie	941
48.7	Ausgewählte Krankheitsbilder	884	52.1.1	Blutungs- und Zyklusstörungen	942
48.7.1	„Psychogene Angina“	884	52.1.2	Zur sterilen Partnerschaft	949
48.7.2	Tuberkulose	884	52.1.3	Überlegungen zur modernen Reproduktions- medizin	951
48.7.3	Akute Virushepatitis	886	52.1.4	Kontrazeption	952
48.7.4	Genitale Herpes-simplex-Viren-(HSV-)Infek- tionen	886	52.1.5	Schwangerschaftsabbruch	955
48.7.5	Psychogenes Fieber	886	52.1.6	Unterbauchschmerzen	955
48.7.6	Infektionsbedingte psychische Störungen ...	887	52.1.7	Psychogener Fluor genitalis	959
48.8	Zusammenfassung	888	52.1.8	Psychogener Pruritus vulvae	960
49	HIV-Infektion und AIDS	889	52.1.9	Klimakterium	960
	<i>Sophinette Becker und Ulrich Clement</i>		52.1.10	Sexualstörungen	961
49.1	Die HIV-Infektion und ihre Verlaufsformen ...	889			
49.2	Übertragungswege	890			
49.3	Epidemiologie	891			
49.4	Der HIV-Test	891			
49.5	Prävention	893			
49.5.1	Die Politik der Prävention	893			
49.5.2	Prävention durch Beratung	894			
49.5.3	Folgen der Prävention	894			
49.6	Die psychische Situation von HIV-Positiven und AIDS-Kranken	894			
49.6.1	Die Mitteilung eines positiven Testergebnisses	894			
49.6.2	Konfliktschwerpunkte bei HIV-Positiven ...	895			

52.1.11	Psychosomatische Probleme bei gynäkologischen Operationen und Genitalkarzinomen	962	54.3.5	Grenzen, Loyalitäten, Kräftegleichgewicht, Vermächtnisse	1007
52.2	Geburtshilfe	965	54.3.6	Vulnerabilität, interaktionelle Spezifika	1008
52.2.1	Zur Schwangerschaft	965	54.4	Das chronisch kranke (behinderte) Kind	1008
52.2.2	Zur Geburt	968	54.5	Psychophysische Übergangsbereiche	1009
52.2.3	Das Wochenbett	971	54.5.1	Ausdruck über Körper, Homöostase	1009
54.5.2			54.5.2	Traumatisierende Faktoren, übermäßige Reizzufuhr, emotionales Manko, Strukturdefekte	1010
53	Neurologie	975	54.5.3	Grundlinien psychosomatischer Krankheitsentstehung	1010
	<i>Mechthilde Küttemeyer und Ulrich Schultz</i>		54.5.4	Bio-psycho-soziales Feld	1012
53.1	Zur Geschichte der psychosomatischen Neurologie	975	54.6	Spezifische Gesichtspunkte beim Säugling und Kleinkind	1013
53.2	Ausgewählte neuropsychologische Syndrome	976	54.6.1	Frühgeborene und überansprechbare Säuglinge	1013
53.2.1	Veränderungen des Gesamtverhaltens	976	54.6.2	Privation/Deprivation	1014
53.2.2	Anosognosie	977	54.7	Krankheitsbilder	1014
53.2.3	Visuelle Halluzinationen im hemianopen Feld	978	54.7.1	Schlafstörungen	1014
53.3	Extrapyramidale Bewegungsstörungen	978	54.7.2	Die Drei-Monats-Kolik (Nabelkolik)	1019
53.3.1	Tic	979	54.7.3	Psychogenes Erbrechen beim Säugling und Kleinkind	1019
53.3.2	Blepharospasmus	979	54.7.4	Rumination	1019
53.3.3	Schreibkrampf	979	54.7.5	Anorexie beim Säugling und Kleinkind	1020
53.3.4	Torticollis spasmodicus	980	54.7.6	Psychosoziale Gedeihstörung und Minderwuchs	1021
53.3.5	Maladie de Gilles de la Tourette	981	54.7.7	Respiratorische Affektkrämpfe	1021
53.3.6	Therapie	981	54.7.8	Asthma bronchiale	1022
53.3.7	Morbus Parkinson	982	54.7.9	Dermatitis atopica	1023
53.4	Ausgewählte neurologische Schmerzsyndrome	984	54.7.10	Funktionelle Kopfschmerzen	1024
53.4.1	Geschichtliches	984	54.7.11	Tic-Störungen	1024
53.4.2	Klinik	984	54.7.12	Bauchschmerzen beim Kleinkind, in Latenz und Adoleszenz	1024
53.4.3	Gesichtsschmerz	985	54.7.13	Enuresis	1025
53.4.4	Kokzygodynie	985	54.7.14	Enkopresis (Einkoten)	1027
53.4.5	Restless-legs-Syndrom	986	54.7.15	Diabetes mellitus	1028
53.4.6	Phantomschmerz	986	54.7.16	Anorexia nervosa, Bulimarexie, Bulimia nervosa	1029
53.5	Epileptische Anfälle	987	54.7.17	Adipositas	1031
53.5.1	Historische Aspekte	987	55	Dermatologie	1032
53.5.2	Klassifikation	987		<i>Klaus Bosse</i>	
53.5.3	Epidemiologie	988	55.1	Der psychosomatische Zugang zum Hautorgan	1032
53.5.4	Psychosomatische Aspekte	988	55.2	Das sog. endogene Ekzem als psychosomatische Hauterkrankung	1034
53.5.5	Psychotherapie bei Epilepsien?	992	55.2.1	Exemplarischer Fall	1035
53.6	Pseudoepileptische (psychogene) Anfälle	992	55.2.2	Aktuelle und chronische Konstellationen als Auslöser	1035
53.6.1	Einfache pseudoepileptische (psychogene) Anfälle	992	55.2.3	Persönlichkeitsstrukturen und endogenes Ekzem	1036
53.6.2	Status pseudoepilepticus	993	55.2.4	Die Mutter und die Mutter-Kind-Beziehung bei Kindern mit endogenem Ekzem	1037
53.6.3	„Bedeutung“ und Verlauf	993	55.2.5	Die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit	1038
53.7	Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose)	994	55.2.6	Psychosomatische Kriterien bei der ambulanten und stationären Behandlung von endogenen Ekzematikern	1038
53.7.1	Epidemiologie	994	55.3	Haut und Entstellung	1039
53.7.2	Ätiologie und Prognose	994	55.3.1	Die Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)	1039
53.7.3	Psychosomatische Aspekte	994	55.3.2	Weitere Hauterkrankungen mit Entstellungswert	1041
53.7.4	Psychotherapeutische Aspekte	997	55.3.3	Bedeutung und Verarbeitung der Entstellung	1043
53.8	Myasthenia gravis	997	55.3.4	Dysmorphophobie	1043
53.8.1	Klinische Symptomatik	997	55.3.5	Tätowierungen	1044
53.8.2	Psychosomatische Aspekte	998	55.4	Formen der Selbstbeschädigung an der Haut	1045
53.8.3	Psychotherapie bei Myasthenia gravis?	999	55.4.1	Der Artefakt im engeren Sinn	1045
55.4.2			55.4.2	Acne excoriée des jeunes filles	1046
54	Pädiatrie	1000	55.4.3	Sonstige Formen von Artefakten	1047
	<i>Dieter Bürgin und Barbara Rost</i>		55.5	Sonstige Formen von Verhaltensänderungen mit kutaner Manifestation	1047
54.1	Allgemeine Gesichtspunkte	1000	55.5.1	Depressive Zustände und ihre Äquivalente an der Haut	1047
54.1.1	Symptombeurteilung	1000	55.5.2	Halluzinosen	1048
54.1.2	Zur Definition/Klassifikation	1001	55.5.3	Phobien	1048
54.1.3	Kinderwunsch, Schwangerschaft, Entwicklung des emotionalen Dialogs, primäre Mütterlichkeit	1001	55.6	Psychosomatische Einflüsse auf sonstige Hauterkrankungen	1049
54.1.4	Das Neugeborene, der Säugling	1002	55.7	Therapeutische Möglichkeiten des Facharztes in der dermatologischen Psychosomatik	1049
54.1.5	Grundgegebenheiten der frühesten Kindheit	1002			
54.2	Psychodynamische Hypothesen zur Selbstentwicklung	1003			
54.2.1	Erkundung im Sozialbezug	1003			
54.2.2	Affektive Einstimmung	1004			
54.2.3	Teilen/Wir-Gefühl	1004			
54.2.4	Wahres und falsches Selbst	1005			
54.2.5	Entwicklungspsychologie und Psychosomatik	1005			
54.2.6	Selbstentwicklung in der Adoleszenz	1005			
54.3	Psychosomatische Störungen und Familiendynamik	1006			
54.3.1	Rückkoppelungsprozesse	1006			
54.3.2	Identifikationen	1007			
54.3.3	Intrapsychisch/intrafamiliär	1007			
54.3.4	Rollenzuschreibung, Parentifikation	1007			

55.7.1	Das diagnostische Gespräch mit dem psychosomatisch/somatopsychisch Hautkranken . . .	1049	58.1.2.2	Pathogenetische Konzepte	1072
55.7.2	Das psychotherapeutisch orientierte Gespräch in der Praxis des Hautarztes	1050	58.1.2.3	Einzelne Störungen	1072
55.7.3	Koppelung von dermatologischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Tätigkeit? . .	1050	58.1.3	Funktionelle Stimmstörungen	1073
55.7.4	Co-Therapie von Arzt und Psychologe	1051	58.1.3.1	Definition und Vorkommen	1073
55.7.5	Gruppenerfahrungen in der Dermatologie	1051	58.1.3.2	Epidemiologie	1073
55.7.6	Führung und Selbständigkeit des Patienten in der dermatologischen Therapie	1051	58.1.3.3	Pathogenetische Konzepte	1073
55.7.7	Die Placebowirkung in der Dermatologie	1051	58.1.3.4	Einzelne Störungsbilder	1075
			58.1.3.5	Richtlinien für die Therapie von Stimmstörungen	1077
56	Psychosomatische Aspekte in der Urologie	1052	58.1.4	Der kehlkopflose Patient	1078
	<i>Ernst-Albrecht Günthert und Peter Diederichs</i>		58.1.4.1	Anmerkungen zur Epidemiologie und Pathogenese des Kehlkopfkarzinoms	1078
56.1	Einleitung	1052	58.1.4.2	Die Bildung der Ersatzstimme	1079
56.2	Psychosomatisch bedingte Krankheiten des Urogenitaltrakts des Mannes	1053	58.1.4.3	Psychologische Probleme des kehlkopflosen Patienten	1079
56.2.1	Ein exemplarischer Fall aus der Praxis	1053	58.1.4.4	Aufgaben der ärztlichen Betreuung	1079
56.2.2	Die „Prostatitis“ aus psychosomatischer Sicht	1054	58.2	Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde	1080
56.3	Psychosomatisch bedingte Symptome und Erkrankungen der Niere	1056		<i>Joseph Sopko</i>	
56.4	Psychosomatisch bedingte Symptome und Erkrankungen der Blase	1057	58.2.1	Schall, Klang und Lärm in ihrer Bedeutung für den Menschen	1080
56.4.1	Die Reizblase der Frau	1057	58.2.2	Taubheit, Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit	1081
56.4.2	Die Urethrozystitis (Blasenentzündung) der Frau	1058	58.2.2.1	Definition	1081
56.4.3	Die psychosomatische Theorie der chronisch-rezidivierenden Urethrozystitis	1059	58.2.2.2	Ätiologie	1081
56.5	Rezidivierende Infektionen der Genitalschleimhäute	1060	58.2.2.3	Häufigkeit	1081
56.6	Die erektilen Dysfunktion	1060	58.2.2.4	Symptomatologie	1082
56.7	Die psychische und sexuelle Situation nach Genitaloperationen	1060	58.2.2.5	Hörapparat	1082
56.8	Interaktionelle und therapeutische Aspekte . .	1061	58.2.2.6	Cochlear-Implantate	1083
			58.2.2.7	Die Seelentaubheit	1083
57	Das Auge und seine Störungen aus psychosomatischer Sicht	1062	58.2.3	Tinnitus	1083
	<i>Wolfgang Schultz-Zehden und Friederike Bischof</i>		58.2.3.1	Definition	1083
57.1	Entwicklung, Funktion und Physiologie des Gesichtssinns	1062	58.2.3.2	Häufigkeit	1083
57.1.1	Die Entwicklung des Auges	1062	58.2.3.3	Symptomatologie und Ätiologie	1083
57.1.2	Funktionen des Sehens	1063	58.2.3.4	Befunde	1084
57.1.3	Das Auge als Träger nonverbaler Kommunikation	1064	58.2.3.5	Therapie	1085
57.2	Exemplarische Krankengeschichte	1064	58.2.4	Der Hörsturz	1085
57.3	Einzelne Augenstörungen und ihre Beziehung zur Psychosomatik	1065	58.2.4.1	Definition	1085
57.3.1	Angeborene Störungen	1065	58.2.4.2	Häufigkeit	1085
57.3.2	Reaktion des Patienten auf Augenkrankheiten	1065	58.2.4.3	Symptomatologie	1085
57.3.3	Erblindung	1066	58.2.4.4	Befunde	1086
57.3.4	Entzündungen am äußeren und inneren Auge	1066	58.2.4.5	Diagnose	1086
57.3.5	Muskelstörungen	1066	58.2.4.6	Therapie	1086
57.3.6	Refraktionsanomalien und Asthenopie	1067	58.2.5	Die psychogene Hörstörung	1087
57.3.7	Katarakt	1067	58.2.5.1	Definition	1087
57.3.8	Glaukom	1068	58.2.5.2	Häufigkeit	1087
57.3.9	Erkrankungen der Netzhaut	1068	58.2.5.3	Symptomatologie	1087
57.3.10	Hysterische Augenstörungen und Amaurose . .	1069	58.2.5.4	Befunde	1087
57.3.11	Augensymptome als Begleiterscheinungen bei anderen Erkrankungen	1069	58.2.5.5	Diagnose	1088
57.4	Diagnostisch-therapeutisches Vorgehen bei psychosomatischen Augenstörungen	1069	58.2.5.6	Therapie	1088
57.4.1	Diagnostik	1069	58.2.6	Der Schwindel	1088
57.4.2	Therapie	1069	58.2.6.1	Definition	1088
57.5	Zusammenfassung	1070	58.2.6.2	Erwünschter Schwindel	1088
			58.2.6.3	Unerwünschter Schwindel	1088
58	HNO-Heilkunde		58.2.6.4	Pathologischer Schwindel	1088
58.1	Störungen der Stimme	1071	58.2.6.5	Häufigkeit	1089
	<i>Hans H. Bauer</i>		58.2.6.6	Pathophysiologische Bemerkungen	1089
58.1.1	Funktion und Entwicklung der menschlichen Stimme	1071	58.2.6.7	Symptome	1089
58.1.2	Entwicklungsstörungen der Stimme	1071	58.2.6.8	Befunde und Diagnose	1089
58.1.2.1	Definition und Vorkommen	1071	58.2.6.9	Die Menièresche Erkrankung	1089
			58.2.6.10	Therapie	1090
			58.2.7	Psychosomatische Zusammenhänge bei Nasenerkrankungen	1090
			58.2.7.1	Hyperreaktivität der Nasenschleimhaut	1090
			58.2.7.2	Therapie	1091
			58.2.7.3	Atopie	1091
			58.2.7.4	Nasennebenhöhlen	1091
			58.2.7.5	Näseln	1091
			58.2.8	Globus pharyngeus	1092
			58.2.8.1	Definition	1092
			58.2.8.2	Häufigkeit	1092
			58.2.8.3	Symptome	1092
			58.2.8.4	Das organisch bedingte Globusgefühl	1092
			58.2.8.5	Das funktionell bedingte Globusgefühl	1092
			58.2.8.6	Das psychisch bedingte Globusgefühl	1092
			58.2.8.7	Therapie	1093

59	Zahnheilkunde	1094	Teil IV: Krankheitsverarbeitung bei körperlich Schwerkranke
	<i>Hans-Joachim Demmel und Friedhelm Lamprecht</i>		
59.1	Die Bedeutung der Psychosomatik für die Zahnmedizin	1094	62 Psychische Anpassungs- und Abwehr- prozesse bei körperlichen Erkrankun- gen
59.2	Die psychosomatische Besetzung der Mund- region	1095	<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>
59.3	Das orofaziale Schmerz-Dysfunktions- Syndrom	1095	62.1 Anpassungs- und Abwehrvorgänge im Dienste der Krankheitsbewältigung (Coping)
59.4	Streß und Parafunktion (Auswirkung auf das Parodont)	1096	62.1.1 Allgemeine Grundsätze über Anpassungs- und Abwehrvorgänge
59.5	Zahnverlust als erstes Zeichen der Hinfällig- keit und der Erneuerungswunsch in der zahn- ärztlichen Prothetik	1097	62.1.2 Verhältnis von Bewältigungs-, Anpassungs- und Abwehrvorgängen
59.6	Das Compliance-Problem bei der Ernährung und Pflege (Karies)	1097	62.1.3 Determinanten psychischer Steuerungsmög- lichkeiten
59.7	Habits und kieferorthopädische Problematik ..	1097	62.2 Anpassung bei körperlicher Krankheit
59.8	Angst in der Behandlungssituation	1097	62.2.1 Bewertung von Anpassungs- und Bewälti- gungsstrategien
59.9	Therapeutische Konsequenzen	1098	62.2.2 Faktoren, welche die Anpassungsprozesse bei körperlich Kranken bestimmen
			62.2.3 Phänomenologie der Anpassung
			62.2.4 Krankheit und Trauerprozeß
60	Psychosomatische Sicht des höheren Lebensalters	1099	62.3 Abwehrprozesse bei schwerkranken Patienten Vorbemerkungen
	<i>Hartmut Radebold</i>		62.3.1
60.1	Definition, Kenntnis- und Forschungsstand ...	1099	62.3.2 Der Abwehrbegriff
60.2	Begegnung mit dem älteren Patienten	1099	62.3.3 Abwehrmechanismen
60.2.1	Der ältere Patient	1099	62.3.4 Die Ursache von Abwehr
60.2.2	Der Behandler: seine Wahrnehmung und seine möglichen Reaktionen	1102	62.3.5 Die Rolle der Abwehr
60.3	Lebenssituation und mögliche Veränderungen des älteren Patienten	1105	62.3.6 Einzelne Kategorien von Abwehrmechanis- men
60.3.1	Demographische Daten	1105	62.3.7 Einzelne Abwehrmechanismen
60.3.2	Häufigkeit und Erstmanifestation klassischer „psychosomatischer“ Störungen/Erkrankungen	1107	62.4 Verleugnung als besonders wichtige Abwehr- form bei lebensbedrohlich Erkrankten
60.3.3	Gerontopsychiatrische Morbidität	1108	62.4.1 Definition, Entwicklung und Analyse des Begriffs
60.3.4	Spezifische Aspekte organischer Erkrankun- gen	1109	62.4.2 Verleugnung als möglicher pathogener Faktor
60.4	Psychosomatische Reaktion Älterer: unspezifi- sche Nutzung bestehender körperlicher Sym- ptomatik	1111	62.4.3 Verleugnung als sozialer Prozeß
60.5	Hilfestellung und (psychotherapeutische) Be- handlungsmöglichkeiten	1117	62.4.4 Klinische Untersuchungen zur Verleugnung ...
60.5.1	Erforderliche Gesamtsicht	1117	62.4.5 Verleugnung und therapeutische Maßnahmen
60.5.2	Allgemeine Hilfestellung	1118	62.4.6 Verleugnung und Rehabilitation
60.5.3	Spezifische Schwierigkeiten	1119	
60.5.4	Psychotherapeutische Behandlungsverfahren	1120	63 Patienten mit körperlich begründbaren psychischen Störungen in der klini- schen Praxis. Akute hirnorganische Psychosyndrome
			<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>
			63.1 Fallgeschichte
			63.2 Einführung und Problemstellung
			63.3 Definition, Begriffe
			63.4 Häufigkeit des Vorkommens akuter organi- scher Psychosyndrome
			63.5 Symptomatik
			63.6 Schweregrad und Verlauf
			63.7 Diagnose und Differentialdiagnose
			63.7.1
			63.7.2 Differentialdiagnostische Überlegungen
			63.8 Ätiologie und Pathogenese
			63.8.1 Somatische Faktoren
			63.8.2 Sonstige Faktoren
			63.9 Therapie
61	Arbeit und Krankheit. Ein psychosomatisches Problem	1122	64 Intensivmedizinische Behandlungs- verfahren
	<i>Peter Novak</i>		<i>Ekkehard Gaus und Karl Köhle</i>
61.1	Historische Bezüge heutiger Problematik	1122	64.1 Vorbemerkungen
61.1.1	Ramazzini: Fabrikarbeit, kompensatorisches Verhalten und Krankheit	1122	64.2 Psychische Störungen auf Intensivstationen ...
61.1.2	Engels: Arbeitsbelastung, soziale Lage und Krankheit	1123	64.2.1 Häufigkeit
61.1.3	Koelsch: Arbeitsbedingungen, physiologische Funktionsabläufe und psychische Verfassung ..	1123	64.2.2 Allgemeine Überlegungen zur Pathogenese ...
61.1.4	Makrosoziale und mikrosoziale Zusammen- hänge	1124	64.2.3 Therapeutische Richtlinien im Umgang mit intensivmedizinisch betreuten Patienten
61.2	Der Widerspruch von Bedürfnis und Anforder- ung und die Sanktionierung psychosomati- scher Krankheit	1124	64.3 Internistische Intensivstationen
61.3	Exemplarische Ergebnisse empirischer Forschung	1127	64.3.1 Vorbemerkungen
61.3.1	Arbeitslosigkeit und psychosomatische Erkrankung	1127	64.3.2 Das „ICU-Syndrom“
61.3.2	Schichtarbeit und Krankheit	1129	64.3.3 Prophylaktische und psychotherapeutische Maßnahmen
61.3.3	Zur Selbsteinschätzung von Belastung und arbeitsbedingter Erkrankung	1132	64.4 Psychosyndrome nach Herzoperationen
61.4	„Arbeit und psychosomatische Probleme“ in der ärztlichen Ausbildung	1132	
61.5	Zu Forschungslage, Praxis und interdisziplinä- rer Zusammenarbeit	1133	

64.4.1	Phänomenologie und Verlauf	1166	66.1.4	Zielvorstellungen für den Umgang mit unheilbar Kranken	1206
64.4.2	Exemplarische Fallgeschichte	1167	66.2	Die Kommunikation über die Diagnose	1207
64.4.3	Häufigkeit	1167	66.2.1	Zur Entwicklung der Einstellung von Ärzten in dieser Frage	1208
64.4.4	Ätiologie und Pathogenese	1167	66.2.2	Das Ziel: Arzt und Patient teilen eine gemeinsame Wirklichkeit; Kommunikation versus „Aufklärung“	1209
64.4.5	Bedeutung psychischer Faktoren	1168	66.2.3	Patienten wünschen eine offene Kommunikation mit dem Arzt über ihre Krankheit	1211
64.4.6	Allgemeine Bemerkungen zur Psychologie operativer Eingriffe	1169	66.2.4	Unheilbar Kranke benötigen die fachkompetente Hilfe ihres Arztes bei der Orientierung über ihre Situation	1211
64.4.7	Prophylaxe und Therapie	1169	66.2.5	Der rational therapierende Arzt benötigt seinerseits die Kommunikation mit dem Kranken	1212
64.5	Patienten nach Reanimation	1170	66.2.6	Die Kommunikationsbereitschaft der Ärzte und die institutionellen Voraussetzungen entsprechen noch nicht dem Kommunikationsbedürfnis unheilbar Kranker	1212
64.5.1	Vorbemerkungen	1170	66.2.7	Folgen offener Kommunikation: Entlastung der Situation; Verbesserung der Kooperation; keine Minderung der Hoffnung; keine Vergrößerung der Suizidgefahr	1213
64.5.2	Akute Reaktionen	1170	66.2.8	Mißverständnisse und Berichte über negative Erfahrungen mit offener Kommunikation	1215
64.5.3	Auswirkungen auf die Rehabilitation	1171	66.2.9	Schwierigkeiten bei dem Versuch, offen mit unheilbar Kranken zu kommunizieren	1216
64.5.4	Therapeutische Gesichtspunkte	1171	66.3	Die längerfristige Betreuung unheilbar Kranker	1217
64.6	Patienten mit Herzschrittmacher	1171	66.3.1	Emotionale Reaktionen der Patienten während der Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1217
64.6.1	Vorbemerkungen	1171	66.3.2	Hinweise auf die psychische Belastungsfähigkeit von Patienten	1226
64.6.2	Anpassungsprobleme	1172	66.3.3	Reaktionen von Ärzten und Pflegepersonal	1226
64.6.3	Therapeutische Gesichtspunkte	1172	66.3.4	Rückzugsverhalten von Patienten als Reaktion auf abwehrendes Verhalten von Ärzten und Schwestern – Euthanasiewünsche	1229
64.7	Psychologische Gesichtspunkte zur Situation der künstlichen Beatmung	1173	66.4	Probleme im Umgang mit Angehörigen unheilbar Kranker	1229
64.7.1	Vorbemerkungen	1173	66.4.1	Schuldgefühle	1229
64.7.2	Exemplarische Fallgeschichte	1173	66.4.2	Enttäuschung	1230
64.7.3	Psychische Probleme beatmeter Patienten	1174	66.4.3	Vorwegnehmende Trauerreaktionen	1230
64.7.4	Möglichkeiten der Prophylaxe und Therapie	1174	66.4.4	Die Betreuung von Angehörigen ist oft über den Tod des Familienmitglieds hinaus erforderlich	1231
64.8	Psychologische Gesichtspunkte zur Arbeitssituation des Personals von Intensivstationen	1174	66.5	Die Behandlung von Schmerzen unheilbar Kranker	1231
64.8.1	Vorbemerkungen	1174	66.5.1	Allgemeines	1231
64.8.2	Belastende Faktoren der Arbeitssituation auf Intensivstationen	1175	66.5.2	Wechselwirkungen von somatischen und psychischen Faktoren bei der Schmerzentstehung	1232
64.8.3	Präventive und therapeutische Möglichkeiten	1175	66.5.3	Diagnostik und Bemessung des Schmerzes	1232
65	Psychosomatische Gesichtspunkte beim künstlichen Organersatz und der Transplantation. Beispiel: Die Behandlung der chronisch terminalen Niereninsuffizienz.	1177	66.5.4	Anleitung zur Schmerztherapie	1233
	<i>Ekkehard Gaus, Karl Köhle, Uwe Koch, Manfred Beutel und Fritz A. Muthny</i>		66.6	Zusammenfassende Empfehlungen für den Umgang mit unheilbar Kranken	1237
65.1	Vorbemerkungen	1177	66.6.1	Vorgehen bei der Kommunikation mit unheilbar Kranken	1237
65.1.1	Häufigkeit, Behandlungsform und Prognose der chronischen Niereninsuffizienz	1177	66.6.2	Vorgehen im weiteren Verlauf der Betreuung	1237
65.1.2	Methodische Probleme der psychosomatischen Forschung bei Dialyse- und Transplantationspatienten	1178	66.6.3	Integration der psychosomatischen Betrachtungsweise in die klinische Arbeit	1237
65.1.3	Exemplarische Krankengeschichten	1179	66.6.4	Spezielle Ansätze: Palliativstationen, Hospices (sog. „Sterbekliniken“), Betreuung der Patienten zu Hause	1238
65.2	Die Hämodialyse	1181	66.6.5	Selbsthilfegruppen	1239
65.2.1	Belastungen für Dialysepatienten	1181	66.6.6	Aus- und Fortbildung	1239
65.2.2	Besondere Konfliktbereiche	1185	66.7	Bericht über die Betreuung eines jugendlichen Krebskranken	1239
65.2.3	Psychische Anpassungsprozesse bei Dialysepatienten	1187	66.7.1	Zur Vorgeschichte	1239
65.2.4	Determinanten der Adaptation	1188	66.7.2	Die Betreuung von Stefan (<i>J. Zenz</i>)	1240
65.2.5	Sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen bei Dialysepatienten	1188			
65.2.6	Besonderheiten bei Heimdialysepatienten	1190			
65.3	Peritonealdialyse	1191			
65.4	Nierentransplantation	1192			
65.4.1	Einführung	1192			
65.4.2	Psychische und psychosomatische Aspekte über den Verlauf der Transplantation	1193			
65.4.3	Besondere Probleme im Umfeld der Nierentransplantation	1195			
65.5	Psychosoziale und berufliche Rehabilitation nach Dialysebehandlung und Nierentransplantation	1196			
65.6	Weitere Transplantationsverfahren (Herz, Leber und Knochenmark)	1197			
66	Zum Umgang mit unheilbar Kranken	1199			
	<i>Karl Köhle, Claudia Simons und Bernhard Kubanek. Mit einem Beitrag von Jutta Zenz</i>				
66.1	Umgang mit unheilbar Kranken: zur Sonderstellung einer Aufgabe innerhalb der klinischen Medizin	1199			
66.1.1	Zur Kooperation zwischen Onkologen und Psychosomatikern	1200			
66.1.2	Die Situation von Ärzten und Pflegepersonal	1200			
66.1.3	Die Situation der Kranken	1204			
			Teil V: Aus- und Weiterbildung, berufspolitische Situationen		
			67 Die Ausbildung zum Arzt	1245	
			<i>Wolfram Schüffel</i>		
			67.1	Vorbemerkung	1245
			67.2	Betroffenheit als unreflektierte emotionale Erfahrung	1246

67.3	Ergebnisse medizinischer Sozialisationsforschung	1246	68.4.1	Eingangsbedingungen	1268
67.3.1	Einstellung als zentraler Begriff	1246	68.4.2	Psychosomatische Weiterbildung	1268
67.3.2	Zwei Seiten derselben Medaille: „Strong Service Ethic“ und die Häufung von Psychopathologie unter Ärzten	1250	68.4.3	Selbsterfahrung	1268
67.3.3	Sozialisierende Kräfte: Patient, Arzt, Student ..	1251	68.4.4	Supervision	1269
67.3.4	Versuche zur psychodynamischen Erklärung ..	1254	68.4.5	Wissenschaftliche Grundlagen	1269
67.4	Merkmale des Curriculums	1255	68.5	Die Bedeutung der Balint-Gruppenarbeit für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Psychosomatischen Medizin	1269
67.4.1	Das Curriculum in seinem äußeren und inneren Aufbau	1255	69	Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe – Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung	1272
67.4.2	Die Dozenten	1257		<i>Thure von Uexküll</i>	
67.4.3	Die Prüfungsbedingungen	1257	69.1	Die Utopie einer Humanmedizin und die Wirklichkeit der Heilkunde	1272
67.5	Wissenschaftstheoretische Überlegungen und ein konkretes Beispiel dermatologischer Ausbildung	1257	69.2	Paradigmawechsel als Begriff und als praktische Konsequenz	1273
67.6	Wie können patientenbezogene Einstellungen erworben werden?	1259	69.2.1	Die ethische Orientierungslosigkeit der modernen Medizin	1273
67.6.1	Eine Zusammenfassung des Bisherigen	1259	69.2.2	Der Wandel in den Voraussetzungen der Naturwissenschaften und der Nachholbedarf der Medizin	1275
67.6.2	Eine kurze Liste von Empfehlungen für einen langen Weg	1260	69.3	Das Paradigma der Medizin und die Spielregeln für das ärztliche Handeln	1276
67.6.3	Ein langer Weg in Einzelschritten	1262	69.4	Ärztliches Handeln und das Problem der Ethik	1277
68	Fort- und Weiterbildung in der Psychosomatischen Medizin	1263	69.5	Die individuelle und die soziale Wirklichkeit ..	1280
	<i>Wolfgang Wesiack, Karl Köhle und Othmar W. Schonecke</i>		69.6	Psychosomatische Medizin als Humanmedizin ..	1280
68.1	Fortbildung: „Psychosomatische Grundversorgung“	1263	69.7	Das Paradigma der Medizin und die Struktur des Gesundheitswesens	1281
68.1.1	Text der Psychotherapie-Richtlinien	1263	69.8	Die Heilkunde als Teilbereich der Industriegesellschaft	1283
68.1.2	Kommentar	1264	69.9	Die individuelle Wirklichkeit des Arztes und die erkenntnistheoretischen und berufspolitischen Entscheidungen	1284
68.1.3	Behandlungsmethode	1264		Anmerkungen	1286
68.1.4	Durchführungsbestimmungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung	1264			
68.1.5	Erforderliche Qualifikation – Fortbildung	1265	Farbtafeln 1–4	nach	1288
68.1.6	Weiterbildungsrichtlinien für Österreich	1265	Literaturverzeichnis		1289
68.1.7	Anspruch und Wirklichkeit	1265	Fallberichte		1445
68.2	Weiterbildung	1266	Personenverzeichnis		1453
68.3	Rahmenrichtlinien für die Weiterbildung der Ärzte	1267	Sachverzeichnis		1469
68.3.1	Eingangsbedingungen	1267			
68.3.2	Psychosomatische Weiterbildung	1267			
68.3.3	Selbsterfahrung	1267			
68.3.4	Supervision	1267			
68.3.5	Wissenschaftliche Grundlagen	1268			
68.4	Rahmenrichtlinien für die Weiterbildung der Psychologen	1268			