Begründet
von
Günter Ammon

Dynamische Psychiatrie

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

37. Jahrgang
5.-6. Heft 2004
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 208/209

Psychosomatics: Present Aspects and Trends

Aus dem Inhalt:

Claus Bahne Bahnson (Kiel)
Psychoanalytische, Psychoneuroimmunologische und Biosemiotische Konzepte als Isomorphe Zugänge zur Psychosomatik

Egon Fabian (München)
Towards a Psychodynamic and Group-Dynamic Conception of Psychoneuroimmunology

A. von Arnim (Erlangen); K. Pöhlmann (Dresden); P. Joraschky (Dresden)
Der Stellenwert körpertherapeutischer Ansätze am Beispiel traumatisierter Psychosomatik-Patienten

Vadim S. Rotenberg (Tel-Aviv)
The Interrelationship between Mental and Psychosomatic Disorders

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

37. Jahrgang, 5./6. Heft 2004, Nr. 208/209

Begründet von GÜNTER AMMON,
herausgegeben von MARIA AMMON unter Mitarbeit von:

F. ANTONELLI, Rom – L. BELLAK, New York – B. BUDA, Budapest – I. BURBIEL, München – A. CARMI, Haifa – R. EKSTEIN, Los Angeles – TH. FREEMAN, Antrim – A. GARMA, Buenos Aires – F. HANSEN, Oslo – I. JAKAB, Pittsburgh – M. M. KABANOW, St. Petersburg – M. KNOBEL, Campinas – A. LAMBERTINO, Parma – U. MAHLENDORF, Santa Barbara – A. MERCURIO, Rom – L. MILLER DE PAIVA, Sao Paulo – K. OKONOGI, Tokio – M. ORWID, Krakau – J. F. PAWLIK, Warschau – V. S. ROTENBERG, Tel Aviv – D. SHASKAN, Los Angeles – J. B. P. SINHA, Patna – Y. TOKUDA, Tokio – H. VOLGER, Berlin – T. YAMAGUCHI, Tokio – K.-S. YIP, Hong Kong

Inhalt/Contents

Egon Fabian, Anette Binder (München)
Editorial 291

Claus Bahne Bahnson (Kiel)
Psychoanalytische, Psychoneuroimmunologische und Biosemiotische Konzepte als Isomorphe Zugänge zur Psychosomatik 299

Egon Fabian (München)
Towards a Psychodynamic and Group-Dynamic Conception of Psychoneuroimmunology 327

A. von Arnim (Erlangen); K. Pöhlmann (Dresden); P. Joraschky (Dresden)
Der Stellenwert körpertherapeutischer Ansätze am Beispiel traumatisierter Psychosomatik-Patienten 343

Vadim S. Rotenberg (Tel-Aviv)
The Interrelationship between Mental and Psychosomatic Disorders 365

Brian Campbell Broom (Christchurch)
Medicine and Story: A novel clinical panorama arising from a unitary mindbody approach to physical illness 383

Bernhard Richarz (Berlin)
Krankheitsbewältigung und Identitätsarbeit bei einer Brustkrebserkrankung 413

Rita Primbas (München)
Psychosomatische Aspekte der Sarkoidose 440

Liste der AutorInnen / List of Contributors 459

Nachrichten / News 465

Announcements / Ankündigungen 473

Impressum 478

Index I

Editorial

Wir möchten dieses Heft der Dynamischen Psychiatrie dem Thema »Aktuelle Aspekte und Trends in der Psychosomatik« widmen. Es freut uns, dass wir dafür mehrere prominente Forscher und Psychotherapeuten auf dem Gebiet der Psychosomatik gewinnen konnten.

Indem die hier versammelten Arbeiten ein breites Spektrum psychosomatischer Themen berühren - von der Theorie der Psychosomatik und der Psychoneuroimmunologie bis zur Kasuistik und der Psychotherapie -, lassen sich auch einige der Aspekte und Trends erkennen, die für die aktuelle Literatur über Psychosomatik kennzeichnend sind. Dazu gehören Fragen, die sich auf die Themenkomplexe: Spaltung oder Integration, Laborwissenschaft und tiefenpsychologische Psychotherapie, körperliche Therapien und klassische Psychotherapie, Psychosomatik und Allgemeinmedizin, Krankheitssymbolik und Organwahl, Krankheit und Identität beziehen.

Eine Übersicht der Publikationen in den deutsch- und englischsprachigen Fachzeitschriften der Psychosomatik macht deutlich, dass das Hauptgewicht der psychosomatischen Forschung heute auf dem Gebiet der Laborstudien liegt. Das Wissen über hormonelle, physiologische, mikrobiologische und immunologische Prozesse und Zusammenhänge hat gerade in den letzten Jahrzehnten wichtige Impulse von der Entwicklung der verschiedenen biologischen Disziplinen bekommen und zu einer immensen Fülle von Daten geführt, die ungeahnte therapeutische Möglichkeiten und oft utopische Visionen - wie z.B. die Veränderung des genetischen Codes - eröffnet. Die Psychoneuroimmunologie hat das Wissen über die tieferen Zusammenhänge zwischen Psyche, ZNS und Immunologie enorm bereichert. Doch welche Relevanz hat diese Entwicklung letztendlich für die Psychosomatik, die Wissenschaft der wahren Integration zwischen Körper und Seele?

In den meisten Studien wird der klinische Aspekt in der Regel wenig vertieft. Es werden zahlreiche Korrelationen zwischen Krankheiten und Symptomen einerseits und Laborparametern andererseits untersucht und dadurch statistische Wahrscheinlichkeiten und Covariationen etabliert; alternativ werden Verhaltensmerkmale und ihre (statistische) Relevanz mit psychosomatischen Erkrankungen in Verbindung gebracht. Untersuchungen zur Korrelation von Persönlichkeitstypen und Krankheiten, die von FLANDERS

DUNBAR in ihrer »Spezifitätstheorie« von 1943 propagiert wurden, gewinnen erneut an Popularität. Man kann sich des allgemeinen Eindrucks nicht erwehren, dass die Verbindung zwischen Forschung und Therapie, besonders wenn letztere als tiefenpsychologisch bzw. analytisch verstanden wird, immer formalisierter und abstrakter wird, dass sich Therapie und psychosomatische Wissenschaft weiter voneinander entfernen. BALLIEUXs Worte (1994): »It should be emphazised that a wide gap still exists between the achievements obtained of scientific (laboratory) studies and daily practice in human health care«, haben heute, nach 10 Jahren, nichts von ihrer Aktualität verloren.

Auch die zahlreichen Handbücher zur Psychosomatik der letzten Jahre zeigen deutliche Zeichen der Stagnation. Die Einteilung in ausführliche Schilderungen der somatischen Aspekte der Krankheit folgt der konventionellen Nosologie aus biologischer Sicht, diese wird dann ergänzt durch eine psychosomatische Sichtweise und bisweilen durch eine Beschreibung des Beziehungsaspekts Therapeut-Patient; diese schematische Vorgehensweise vermittelt den Eindruck eines misslungenen Integrationsversuchs. Ist das Bestreben nach Integration durch die Entwicklung der biologischen Forschung in weitere Ferne gerückt?

CLAUS BAHNE BAHNSON zeichnet solche Wege der Integration in seinem Artikel auf, einer Arbeit, welche die Errungenschaften der Psychoneuroimmunologie ausführlich schildert, ohne dabei den Boden des psychoanalytischen Ansatzes zu verlassen. Vielmehr sieht er in der psychoimmunologischen Annäherung und der analytischen Therapie isomorphe Wege. In der Signalisierungen auf der Ebene der PNI - zwischen ZNS, dem endokrinen System und dem Immunsystem - stellt er eine Parallele heraus zum klinischen Geschehen aus der Sicht der Objektbeziehungstheorie: »Nicht nur endobiologische, sondern auch exobiologische Stimuli bringen eine Immunresponse«. Am Beispiel der klinischen Bilder der Depression und der Krebserkrankung zeigt BAHNE BAHNSON, wie die Immunschwäche als Reaktion auf eine »im Körper gespeicherte Erlebniskonstellation eine Reihe von somatischen und [....] physiologischen Prozessen steuert«.

In seinem Artikel über Psychoneuroimmunologie sieht EGON FABIAN den Grund für die Diskrepanz zwischen akkumuliertem Wissen und klinischer Relevanz im Fehlen eines umfassenden Konzeptes, welches die spezifische Biographie und das Unbewusste des Individuums mit einbeziehen sollte. Ein solches Konzept würde die Psycho- und Gruppendynamik als entscheidende Faktoren in der Entstehung von Krankheit und Gesundheit ebenso

berücksichtigen, wie die Wiederholungsaspekte der Krankheit, sowohl in ihren tiefenpsychologischen, als auch in ihren immunologischen Dimensionen. Die konzeptuelle Grundlage einer solchen Synthese könnte die neuere Entwicklung der Systemtheorie durch GARY SCHWARTZ, seine Dysregulationstheorie, liefern.

Auch der neuseeländische Arzt BRIAN BROOM plädiert für die Integration der Biographie in die moderne Behandlungswissenschaft, indem er die spezifische Bedeutung der persönlichen »Geschichte« des Patienten in den Mittelpunkt stellt. Es ist diese Geschichte, die dem psychosomatischen Symptom einen tieferen Sinn verleiht; sie erlaubt es, dem behandelnden Arzt - also auch dem praktischen Arzt - den Gesamtblick für die Krankheit als Ganzes zu verschärfen und vermag ihn - in Partnerschaft mit dem Patienten - von dem Dichotomie-Denken in Begriffen von Körper oder Seele zu befreien. Am Beispiel der Krebserkrankung schreibt er: »In my view, the terms somatization and somatoform disorders, as conventionally used, implicitly or explicitly represent constructs rooted in mind/body dualism [...] I think we need a revolution. I suspect that where any model of cancer sees physical factors as fundamental and psychological factors as adjundtive or permissive or as cofactors, that model inevitably and implicitly inserts a 'hopelessness' factor«.

ANGELA VON ARNIM, KARIN PÖHLMANN und PETER JORASCHKY (Dresden) betonen in ihrem Artikel die wichtige Rolle der Körpertherapie mit ihren verschiedenen Methoden, die heute in der Mehrzahl der psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland bereits vertreten ist. Die Körpertherapie ermöglicht den Zugang zu präverbalen und damit zu frühen traumatischen Erfahrungen. Der Artikel beschreibt die psychoanalytische Grundlage der körperorientierten Therapie, die empirische Forschung im Bereich der Körperpsychotherapie und die körperlichen Aspekte von Traumafolgen und konzentriert sich auf die Körpertherapie bei traumatisierten, psychosomatisch erkrankten Patienten am Beispiel einer Patientin mit Fibromyalgie. Die Autoren plädieren für eine verstärkte Erforschung der körperbezogenen Traumatherapie.

VADIM ROTENBERG aus Tel-Aviv untersucht in seinem Artikel über die Beziehungen zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Störungen mit dem Instrument seines Konzeptes der »Suchaktivität« die Verhaltensweise psychiatrischer (depressiver, neurotischer bzw. hypochondrischer) und psychosomatischer Erkrankungen. Ausgehend von den Arbeiten von ALEXANDER, VON ÜXKÜLL und MITSCHERLICH sowie seinen eigenen

Forschungen stellt er die Hypothese auf, dass hypochondrische, d.h. offen neurotische Patienten, sowohl als auch psychosomatische Patienten - im Unterschied zum Krankheitsbild der Depression - durch eine noch erhaltene Suchaktivität die Richtung eines Schutzes bzw. der Wiederherstellung der Gesundheit bewahrt haben, während Patienten mit Schizophrenie eine »sehr bemerkenswerte, falsch umgeleitete Suchaktivität« aufweisen. Er untermauert seine Arbeit mit der testpsychologischen Untersuchung mittels des MMPI, sowie mit früheren Arbeiten bezogen auf die Struktur des Schlafes bei den verschiedenen diagostischen Gruppen.

BERNHARD RICHARZ geht in seinem Artikel den Folgen schwerer psychosomatischer Erkrankungen auf die Identität des Betroffenen nach, einem Aspekt, der in der Literatur im Gegensatz zum Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung selten Aufmerksamkeit findet. Er schildert die ausführliche Psychotherapie einer Brustkrebs-Patientin als »Identitätsarbeit« vor dem Hintergrund der Identitätskonzepte von ERIKSON, MARCIA, AMMON und anderen. Er betont besonders die psychotherapeutische Arbeit an der existenziellen Grenze, die Bedeutung der Träume und des Gruppengeschehens, sowie die gesellschaftliche Konstellation bei Patienten mit schweren oder unheilbaren körperlich-psychosomatischen Krankheiten.

RITA PRIMBAS vergleicht in ihrer Arbeit die akute und die chronische Form der Sarkoidose im Hinblick auf die psychopathologischen Auffälligkeiten der Patienten. Sie stellt die Hypothese auf, dass »die Schwere des Krankheitsverlaufs nicht nur von der Art und dem Ausmaß des somatischen Prozesses abhängt, sondern auch vom Ausmaß der Psychopathologie«, die sie vor dem Hintergrund der Persönlichkeit und der spezifischen Biographie, unterstützt von standardisierten testpsychologischen Verfahren untersucht. Sie schildert ausführlich zwei Fallbeispiele, die die Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Psychopathologie und des Verlaufs der Sarkoidose-Erkrankung illustrieren. Die Arbeit leistet einen Beitrag zur Integration des reichhaltigen biologischen und immunologischen Wissens über die Krankheit und ihrer psychopathologischen bzw. therapeutischen Aspekte.

Unsere Hoffnung ist es, mit diesem Heft weitere Schritte in Richtung der Integration unterschiedlicher Aspekte der theoretischen und klinischen Psychosomatik angeregt zu haben.

Editorial

We would like to dedicate this issue of »Dynamic Psychiatry« to a review of present aspects and trends in psychosomatics. We are glad to be able to publish articles of some prominent scientists and therapists in the field of psychosomatics.

The works published here touch upon a wide range of topics: from the theory of psychosomatics and psychoneuroimmunology to case histories and psychotherapy. Thereby, some aspects and trends emerge which seem to be characteristic for the present literature on psychosomatics. They involve issues related to such complex questions as: splitting or integration, laboratory science and analytic psychotherapy, body psychotherapy and classical psychotherapy, psychosomatics and general practice, symbolic meanings of illness and organ choice, or illness and identity.

Overviewing the publications in the English and German psychosomatic journals, it becomes clear that present psychosomatic investigation relies heavily on laboratory studies. The knowledge about hormonal, physiological, microbiological and immunological processes and their interdependence has grown enormously in the last decades. It has profited from the spectacular development of biological disciplines and opened up almost utopic therapeutic chances, such as changing the genetic codes, or cell and tissue physiology. Psychoneuroimmunology has deepened our knowledge about the mind, the Central Nervous System (CNS) and immunology to a large extent. However, we must ask, what is the relevance of these developments for psychosomatics, the science of genuine integration of body and mind?

The methology of investigations carries, as a rule, only a limited clinical importance. Many studies focus on correlations between illnesses or symptoms and laboratory parameters, and establish statistical probabilities and co-variations. Some concentrate on behavioral particularities and their statistical relevance for psychosomatic diseases, such as those brought forward by FLANDERS DUNBAR in her specificity theory of 1943, which is again gaining popularity. All this leads to the general impression that the relationship between scientific investigation and therapy (and here we mean analytic psychotherapy) is gradually becoming more abstract and formal, leading to an increasing estrangement of therapy and psychosomatic science. Thus, BALLIEUX's sentence of 1994: »It should be emphazised that a wide gap still

exists between the achievements obtained as scientific (laboratory) studies and daily practice in human health care«, has kept its relevance in our days.

Numerous textbooks of psychosomatics published in the last years show similar signs of stagnation. They give detailed information on the somatic aspects of diseases based on conventional biological data and complete them by psychosomatic viewpoints, adding in some cases the description of the relationship between patient and therapist; this schematic methode implies a lack of integration. Has the development of biologic science resulted in a decreasing possibility of genuine integration?

The article of CLAUS BAHNE BAHNSON focussing on the recent developments in the field of psychoneuroimmunology, indicates the way to such an integration, without relinquishing the psychoanalytic approach. Both ways are, in his view, isomorphic. He considers the signals between CNS, the endocrine system, and the immune system, as parallel to the clinical process: »not only endobiological, but also exobiological stimuli elicit immune responses«. Exemplifying by such clinical entities as depression and cancer, he describes how experiences »remembered« on the bodily level may regulate somatic and physiological processes.

EGON FABIAN sees the reason for the discrepancy between the accumulated knowledge and its clinical relevance in the lack of a global concept, which should include the specific biography and the unconcious of the individual. In his article about psychoneuroimmunology he argues that such a concept should take into consideration the psychodynamics and group dynamics as decisive factors in the genesis of illness and health, furthermore the repetition compulsion implicit in illness, in their depth psychological as well as in their immunological dimensions. The conceptual basis of such a synthesis could be supplied by a new development of system theory by GARY SCHWARTZ and his disregulation theory.

BRIAN BROOM from New Zealand pleads for the integration of biography in modern medical treatment by emphasizing the specific importance of the personal history of the patient. It is this history that confers to the psychosomatic symptom its deeper sense; it allows the treating physicians - also the general practitioner - to consider illness to be a global process, and helps him overcome the dualistic thinking in terms of mind and body together with his patient. Describing the treatment of a cancer patient, he writes: »In my view, the terms somatization and somatoform disorders, as conventionally used, implicitily or explicitly represent constructs rooted in mind/body dualism

(...) I think we need a revolution. I suspect that where any model of cancer sees physical factors as fundamental and psychological factors as adjunctive or permissive or as cofactors, that model inevitably and implicitily inserts a 'hopelessness' factor«.

ANGELA VON ARNIM, KARIN PÖHLMANN and PETER JORASCHKY (Dresden) stress in their article the significance of body psychotherapy with its different methods, which is already widespread in many hospitals in Germany. Body psychotherapy enables the therapists to gain a deeper approach to pre-verbal and traumatic experiences. The authors describe the psychoanalytic basis of body psychotherapy and its empirical investigation and focus upon its use in the case of traumatized and psychosomatically ill patients, exemplified in the article by a patient with fibromyalgy.

VADIM ROTENBERG from Tel-Aviv investigates mental disorders (depressive, neurotic or hypochondriac patients) and psychosomatic illnesses by means of his concept of »search activity«. Following the work of ALEXANDER, VON UEXKÜLL, and MITSCHERLICH, as well as his own investigations, he sets up the hypothesis that hypochondriac (i.e. openly neurotic) patients, as well as psychosomatic patients, preserve their search activity in the direction of protection or recovery of health, in contrast to patients suffering from depression. Schizophrenic patients, on the other hand, »display a misdirected and inappropriate search activity«. He supports his hypothesis by using psychological tests such as the MMPI, as well as the results of previous investigations on the structure of sleep in various diagnostic groups.

In his examination of the consequences of severe psychosomatic illness for the identity of the patient, BERNHARD RICHARZ concentrates upon an aspect seldom considered in the literature. Most of the works dealing with this phenomenon focus on the strategies involved in overcoming the illness. The author describes in detail the psychotherapy of a cancer patient as »identity work« against the background of the identity concepts of ERIKSON, MARCIA, AMMON and others. The author particularly emphasizes the existential dimension of such psychotherapeutic work, the importance of the patients' dreams, the aspects of group therapy, as well as the social constellations peculiar to such cases.

In RITA PRIMBAS' paper on sarcoidosis, the comparison of the acute and the chronic form of the disease is based on an analysis of the psychopathological symptoms of the patients. Her hypothesis is, that the severity of the course of the disease is determined not by the severity of the somatic process, but by that

of the psychopathology, which she investigates in terms of the personality and the specific biography of the patient and relates to the psychological test findings. Two case vignettes illustrate the interrelationship between the severity of the psychopathology and the course of the illness. The article represents a contribution to the integration of the biological and immunological data related to sarcoidosis and its psychopathological and therapeutic aspects.

We hope that this issue of our Journal may encourage some of us in the aim of further integrating the various aspects of theoretical and clinical psychosomatics.

Egon Fabian
Anette Binder

Psychoanalytische, Psychoneuroimmunologische und Biosemiotische Konzepte als Isomorphe Zugänge zur Psychosomatik

Claus Bahne Bahnson (Kiel)

This paper attempts to integrate the conceptual bases of the analytic, biosemiotic and psychoneuroimmunologic (PNI) approaches to the understanding of somatic diseases that may have a discernable psychological component. Clearly, a paradigm shift has taken place over the last century, with the effect that disciplines previously separated (e.g. neurology, endocrinology, immunology) now are studied in interaction with each other and with psychological aspects of life events. Biosemiotics is concerned with the signaling from one to another cell or organ group, particularly signals involving the nervous system, and thus also experience, for example of emotion. Intensive research has taken place in immunology and microbiology, relating several immunologic steering processes to central nervous activity, as well as to endocrine boosting or suppression. The interaction of the apoptotic process also has added to the complexity of the internal signaling. The paper brings a review of selected PNI research to demonstrate the reality of many of the psychosomatic approaches that tie life and stress events to observable physiologic signaling and processing.

Die Psychoanalytische Objekt-Beziehungstheorie, die Konzepte wie »Introjektion« und »Projektion« in Gebrauch nimmt, versteht somatische Prozesse oder Symptome als innere Repräsentanten interpersoneller Beziehungen und ihrer Konflikte. In dieser Weise sind externe oder zwischenmenschliche Vorgänge durch symbolische Bedeutungen direkt mit körperlichen Prozessen eng verbunden.

Die Bedeutungen körperlicher Symptome werden häufig während der frühesten Lebensjahre etabliert, in der die hauptsächlichsten Kommunikationen (Semiose) auf einer prälexikalen biologischen Ebene durch Endo-Semiose ablaufen. Biosemiotik beschäftigt sich mit der Analyse von Signalisierungen und Zeichen-Valenzen in einem biologischen Medium.

In der Psychoneuroimmunologie haben neuere Forschungen gezeigt, dass Signalprozesse (Semiose) in isomorpher Weise im Immun- und Nervensystem ablaufen, und dass alle biologischen Systeme durch Botenstoffe und andere molekulare Signale mit anderen Systemen verknüpft sind. Es ist heute

unmöglich, die verschiedenen biologischen Schichten eines biologisch - psychodynamischen Prozesses voneinander zu trennen. Sie sind eng verwurzelt.

Wir werden versuchen, psychosomatische Zeichen, auch wenn sie in Form von Krankheiten auftreten, als Selbst/Andere- oder Selbst/Selbst-Kommunikationen zu verstehen und tun dies eben innerhalb eines analytischen Rahmens. Die psychosomatischen Zeichen sind angebahnt und verankert an identifizierbaren genetischen Entwicklungsstufen und repräsentieren wichtige Objektbeziehungen oder deren Schicksale. Wir werden versuchen, die psychoanalytischen Denkweisen in der psychosomatischen Medizin mit neueren Konzepten der Biosemiotik und der Psychoneuroimmunologie zu verbinden. Es scheint, dass die isomorphen Denkweisen, die die Formulierung der analytischen Objekt-Beziehungs-Theorie, der Bio-Semiotik und der Psychoneuroimmunologie kennzeichnen, unsere Aufgabe ermöglichen. Alle drei Disziplinen beschäftigen sich mit dem Gefälle: innerhalb/außerhalb, kreativ/destruktiv und zusätzlich mit Kommunikationsnetzwerken, die die verschiedenen Objekte in einem integrierten Kreis zusammentragen.

Zunächst müssen wir präzisieren, dass wir uns hier besonders mit der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie beschäftigen, wie sie erst von SIGMUND FREUD in seinem Kathexis-Konzept angedeutet wurde und später von FELIX DEUTSCH in seinen psychosomatischen Grundformulierungen vom internalisierten Objekt als Krankheitserreger festgemacht wurde. Die Konzepte unterscheiden sich von FRANZ ALEXANDERS Idee, dass Blockierung von wiederholten Emotionen zu Krankheitsphänomenen leiten, und von GEORG ENGELS breiter angelegtem, mehr epistemologischem Konzept von den bio-psycho-sozialen Kontinua.

Analytische Objektbeziehungstheorie versteht den eigenen Körper als den ersten Container für emotionelle und perzeptuelle Energie. Ursprünglich sind die Mutter und ihre Brüste für das Kind nur eine vage und verschwommene Erweiterung des eigenen somatischen Selbst; zuerst gab es keine klaren Grenzen zwischen Selbst und Mutter/Brust. Während der Entwicklung entsteht eine graduelle, aber nie komplett vollzogene Abtrennung zwischen inneren und äußeren Phänomenen und wir verfügen dann über zwei Arenen für Symbol- und Symptombildung; auf der einen Seite den eigenen Körper und auf der anderen Seite Beziehungen zu oder Kathexis von Personen und Objekten im Umfeld. Wenn wir uns weiterentwickeln fokussieren wir zunehmend auf externe Vorgänge: Personen, Studien, Arbeit, Kreativität, praktische

und soziale Abläufe und dergleichen. Die somatischen Prozesse verbleiben hauptsächlich stumm und treten nur wieder hervor, wenn unglückliche Zustände, zum Beispiel extremer Stress, Infektionen oder Objektverlust einen unbehinderten somatischen Prozess stören oder blockieren.

Wenn Probleme in der äußeren Welt entstehen und eine ungestörte externalisierte Kathexis nicht länger beibehalten werden kann, dann wird es notwendig für uns zu früheren und sicheren Positionen zu regredieren. Das bedeutet oft eine Re-Etablierung von archaischen somatisierenden Besetzungen und Kommunikationen, angeknüpft an frühere Knotenpunkte für zwischenmenschliche Spannungen, wie zum Beispiel bei Darmfunktionen oder Atemfunktionen. Das frühere Organische substituiert jetzt das spätere Zwischenmenschliche.

Es war schon lange wohlverstanden, dass die frühen symbiotischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind die entwicklungsmäßigen Parameter des kindlichen »Ichs« steuern und dadurch auch bestimmen wie Signale von Umgebung und Körper integriert werden, »jetzt« und in der Zukunft. Wenn die Mutter-Kind-Kommunikation optimal ist, sowohl in bezug auf zwischenmenschliche Signale als auch auf somatische Überlebensparameter, dann sehen wir, dass das Kind sich ohne viel Mühe langsam von seiner Mutter trennt und dadurch eine gewisse Autonomie und Unabhängigkeit erringen kann. WINNICOTT beschreibt diese ideale Situation als Aufwachsen mit einer »sufficiently good mother« (WINNICOTT, 1965). Umgekehrt, wenn die Mutter aus dem einen oder anderen Grund früh im Leben des Kindes nicht versteht, die Signale von Freude, Unbehagen. Schmerz, Hunger, Kontaktbedürfnis usw. spontan und mit Empathie zu dekodieren, sehen wir die folgende Sequenz beim Kind: Das Kind wird wütend und ängstlich und bricht die externen Kontakte ab; es signalisiert allgemeine und diffuse Angst oder Wut und hat die wechselseitige und flexible Kommunikation mit der Mutter verloren. Die Frustration darüber, dass die Triebsignale von der Mutter nicht korrekt oder bejahend dekodiert wurden, resultiert dann in einer Unterdrückung von zwischenmenschlichen Signalen dieser Triebpotentiale und in ihrer regressiven Somatisierung innerhalb des eigenen Körpers. Die resultierenden Spannungen, zum Beispiel spastische Darm-Kontraktionen, substituieren dann das Antwortsignal des Kindes. Diese Darm-Spannungs-Bereitschaft wird dann vielleicht für immer als eine die Mutterbeziehung symbolisierende »Ikone« oder ein »Fossil« im Körper verbleiben (DEUTSCH, 1959). Wenn später im Leben parallele oder wiederkehrende Partnerspannungen entstehen, liegen

diese somatischen Fossilien bereit, um wieder ausgegraben zu werden und somatische Leiden können sich um diese Fossilien herum entwickeln. Auf diese Weise ist die somatische »Ikone« im Körper nicht nur ein Nexus, der ewig eine Erinnerung an eine mütterlich Person in sich trägt. Die Ikone referiert dann spezifisch zu den nicht korrekt dekodierten Signalen seitens der insuffizienten Mutter oder des Elternteils, die dadurch eine regressive somatische Triebabfuhr bei ihrem Kind bewirkten.

In dieser Weise ist der semiotische Prozess tief mit den frühesten dynamischen Entwicklungen der Mutter-Kind-Beziehung verwurzelt. Hinzu kommt, dass spätere Frustrationen ein Individuum oft dazu zwingen, eine erneute Regression zurück zu hochbesetzten, somatischen Repräsentationen von Beziehungskonflikten zu benutzen. Liebe und Hass werden jetzt zurückgezogen vom externen Objekt und wiederhergestellt mit dem internen Objekt als Ziel. Dann können bösartige oder autoimmune auto-aggressive Prozesse entstehen im Einvernehmen mit immunologischen Veränderungen. Die externen Signale sind jetzt stillgelegt und die biologischen und endosemiotischen Signale zwischen Zellen und Organen substituieren den gedrosselten zwischenmenschlichen Dialog.

FREUD hat beobachtet, dass Gewohnheiten, Interessen, Körperhaltung und andere Aspekte einer verstorbenen Person oft in ihrem hinterbliebenen Partner, den Kindern oder anderen Familienmitgliedern wiederzufinden sind. Im somatischen Bereich geht es ähnlich zu. Oft wird die verstorbene Person durch somatische Veränderungen oder fokussierte Symptome repräsentiert, offenbar in einem regressiven Versuch den externen Objektverlust auf symbolisch-somatischer Ebene zu kompensieren. Die klassischen Gestaltpsychologen wie KÖHLER, RUBIN und WERTHEIMER haben in der Perzeptionspsychologie schon lange das Konzept von Objektkonstanz eingeführt, um die Stabilität sensorischer Gebilde zu beschreiben. In der Psychodynamik sind diese Prozesse ähnlich. Hierbei wird die Besetzung (Kathexis) von Objekten, in die wir investieren, recht konstant gehalten. Deshalb werden nach Verlust von signifikanten Objekten alternative innere und äußere Objekte »besetzt«, um die verlorenen Objekte zu kompensieren.

Die biologische Signalisierung

Jetzt werden wir uns der PNI zuwenden um nachzuprüfen, ob empirische Daten die dynamische Signallehre unterstützen können. Wir werden sehen,

dass auch auf der mikrobiologischen Ebene fast alle Prozesse durch Signale von anderen biologischen Organen oder Systemen mitgesteuert werden. Die Bio-Semiotik ist am klarsten sichtbar bei der wechselseitigen Signalsendung zwischen Nervensystem, endokrinem System und Immunsystem anhand einer Reihe von Peptidketten, Opioiden, Enkephalinen und anderer Botenstoffe. Gemeinsame Rezeptoren von NS und IS, sowie eine gegenseitige Steuerung öffnen die Analysemöglichkeiten auf biosemiotischer Basis. Es werden nicht nur Botenstoffe vom Zentralnervensystem teilweise direkt, teilweise via endokrine Bahnen an Immunzellen gesandt, sondern Immunzellen produzieren auch selbst Botenstoffe, die nachweisbare Wirkungen im Nervensystem haben, insbesondere im Hypothalamus.

Biosemiotik ist in einem Klima von Systemtheorien eingeführt worden, entwickelt von VON BERTALANFFY (1968), BOWEN (1978) und anderen. Konzepte wie »Emergenz« und »Delegation«, Integration und Interaktion hatten schon lineare und einfache kausale Denkweisen unbrauchbar gemacht und akzellerierten systemisches Denken in der Psychotherapie und in der psychosomatischen Medizin. Es war nicht länger möglich, für die verschiedenen Disziplinen unilaterale und reduktionistische Erklärungsmodelle für entweder psychologische oder somatische Prozesse anzuwenden. Jetzt wurde es notwendig, die eigenen Observationen eingebettet in einer multidimensionalen Matrix zu verstehen, in der mehrere Prozesse miteinander überlappen und reagieren und zwar in nicht-linearen Konfigurationen. GLEICHs »Chaos-Theorie« (1987) und später MCSHEAs (1991) »Komplexitätstheorie« haben den Wechsel vom alten Paradigma der Medizin zum integrierten bioanalytisch-semiotischen Modell gefördert.

Der biosemiotische Ansatz entstand zu einer entscheidenden Zeit - denn was könnte, gerade in dieser chaotischen Zeit, besser sein als ein Werkzeug zu finden, das eine gewisse Gliederung und Einheit in diese vieldimensionalen interaktiven Daten bringen könnte.

Die Signallehre

Die Semiotiker PEIRCE (1960), BRONOWSKI (1967), SEBEOK (1979), HOFFMEYER (1996) und sowohl JACOB (in V. UEXKÜLL, 1920) wie auch THURE VON UEXKÜLL (1984) haben gezeigt, wie wichtig Signale und Signalisierungen als zentrales Konzept für Lebensprozesse auf allen biologischen Ebenen sind. Signale müssen immer dekodiert - oder verstanden - werden innerhalb eines

Kontextes einer Konfiguration von vielen anderen Signalen, die simultan oder aufeinanderfolgend vom biologischen Organismus gesendet und empfangen werden. Diese Signale entstammen entweder der definierenden Ebene oder einer anderen, z.B. der psychologischen, neurologischen, endokrinologischen, hormonellen oder immunologischen Ebene.

Begrenzt auf eine Ebene haben die Gestaltpsychologen schon lange gezeigt, wie ein Signal oder eine Signalreihe - ein Bild oder eine geometrische Figur - unter verschiedenen Rezeptor-Empfänger-Bedingungen ganz verschiedenartig gedeutet werden. Ein bekanntes Beispiel ist Professor RUBIN's (1949) Vase, die auch als zwei Profile erlebt werden kann. Ein anderes Beispiel sind die Rorschach Testbilder, die bei dem Probanden viele verschiedene Deutungen auslösen können.

Wir organisieren Sinneseindrücke (Signale) auf sehr komplexe Weise, so dass wir aus chaotischen Myriaden von Lichtsignalen eine biologisch relevante Form herstellen und »erleben«. Diese Strukturierung multidimensionaler Signale funktioniert ständig in allen Schichten oder Ebenen und ist überlebensnotwendig.

Bei Perzeption und Apperzeption befassen wir uns hauptsächlich mit Nervensystemfunktionen, die notwendig sind für die Dekodierung von »äußeren« Signalen wie zum Beispiel Sprache, bildliche Symbole, Umwelt und für die Interpretation dieser Signale.

Wenn wir uns jetzt komplexeren Prozessen zuwenden, die dadurch charakterisiert sind, dass externe und interne Signale emotionale und somatische - und eben nicht nur neurologische - Prozesse bei dem Empfänger aktivieren - im Zusatz zu einer kognitiven Deutung - so haben wir es mit äußerst komplexen und vielschichtigen Vorgängen zu tun, die häufig alle Aspekte des lebenden Organismus einbinden. Hier werden durch die Vermittlung des Nervensystems bei der ersten Dekodierung des Signals multiple Prozesse in Gang gesetzt, oft auf allen Ebenen. Wenn »der Feind« sich nähert, oder wenn der Tisch gedeckt ist, werden motorische, hormonelle, immunologische und Botenstoff-Aktivitäten freigesetzt, und diese konstituieren dann eine multidimensionale Dekodierung von und Reaktion auf das Signal.

Für den Kliniker sind diese Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Es bedeutet schließlich dass, wenn Signale abgesandt und empfangen werden, oft alle biologischen Prozesse einbezogen oder aktiviert werden. Deshalb können biologische und psychologische Prozesse nie einseitig der Beschreibung in

einem Ablauf gerecht werden. Auch ist es nicht möglich, solche Prozesse als lineare oder isolierte Verläufe zu konzeptualisieren. Erlebnismäßige, motorische, autonome und andere somatische Aspekte des Decoding-Prozesses sind immer interaktiv und miteinander verwurzelt. Hinzu kommt, dass »Sender« und »Empfänger« immer verbunden sind. Auf diese Weise wird offensichtlich, dass jede Reaktion, jedes Signal eines Individuums beim Anderen eine ganze Reihe von biologischen Signaleffekten auf vielen oder allen organischen Ebenen in Bewegung setzt. So wird das gesprochene Wort als Signal nicht nur als ein kognitives Erlebnis dekodiert, und es wird deshalb nicht nur Gehirn- und NS-Prozesse aktivieren, sondern auch mehrere oder alle biologischen Sub-Systeme. Die Effekte von Psychotherapie, besonders mit somatischen Patienten, beruhen auf dieser Tatsache.

Psychoneuroimmunologie

»Psychoimmunologie«, später von ADER (1981) zu »Psychneuroimmunologie« erweitert, war zu allererst im Jahre 1964 als ein neues Konzept von SOLOMON und MOOS (1964) eingeführt worden. Wichtig ist, dass Psychoneuroimmunologen schon zu Beginn sowohl für Schizophrenie und Depression als auch für somatische Leiden Interesse zeigten, zum Beispiel für die rheumatische Arthritis und so die Einheit von psychologischen und somatischen Leiden unterstrichen. Die alten Abgrenzungen zwischen isolierten Disziplinen wurden überschritten. Das IS wurde nicht mehr als ein selbstregulatorisches System gesehen, sondern als Teil eines viel komplexeren intrasystemischen Kommunikationsnetzes. Emotionen - das Gefühlsleben - wurden früher als ein Epiphänomen von begrenzter Relevanz angesehen. Heute wird ihnen im komplexen Zusammenspiel zwischen NS, ES und IS eine Hauptrolle zugeschrieben; die früher beobachteten Gliederungen zwischen starken Gefühlsregungen und Prognosen bei verschiedenen Krankheiten finden damit ihre physiologischen Korrelate.

Stressexperimente sind sowohl mit Tieren als auch mit Menschen durchgeführt worden. RILEY (1981) und LEVIN (1962) haben in Tierversuchen klar gezeigt, dass frühzeitiger Stress bei Tieren bei verschiedenen Methoden langfristige Effekte auf ihre Immunkompetenz im späteren Leben bewirken. Zum Beispiel hat RILEY Mäuse auf einer rotierenden Grammophonplatte platziert und für diese gestresste Gruppe eine deutlich verkürzte Überlebenszeit - verglichen mit Kontrollgruppen - festgestellt, wenn diesen Mäusen zuvor eine

Krebszellinjektion verabreicht worden war. Andere Formen von Stress, zum Beispiel Immobilisierung, Schwimmen und Beinahe-Ertrinken im Wasser, »crowding« von Tieren, bei SOLOMON (1969) auch Stress durch Isolierung von Partnern hinter einer Glasscheibe, haben gezeigt, dass die Tiere, die auf diese verschiedenen Arten gestresst wurden, reduzierte Immunparameter zeigten, teilweise kurze Zeit danach, teilweise viel später in ihrem Lebenszyklus. Die Immunparameter umfassten Lymphozytenreaktionen wie auch NK-Zellaktivitäten und Überlebenszeiten.

Bei Menschen haben zahlreiche Forscher einen Zusammenhang zwischen Stress und Immunversagen herstellen können. Examensstress, Stress durch Alzheimer-Pflege des Lebenspartners, Stress bei Scheidung, bei Krankheit, beim Tod des Lebenspartners und sogar Stress bei Erdbeben sind gründlich untersucht worden. Die Resultate sind eindeutig: Hemmung verschiedener Aspekte der Immunabwehr, wie NK, T4/T8 und der Lymphozytenproliferation sind dargestellt (KIECOLT-GLASER, 1984,1987,1987; LOCKE, 1984; IRVIN, 1987; DARTKO, 1988; NAOR, 1983; u.a.)

Depression als eine Folge des Todes eines Partners bewirkt eine langfristige Lahmlegung des Immunsystems. Besonders BARTROP (1977) als Erster, aber auch SCHLEIFER (1983), STEIN (1969), u.a. haben gezeigt, dass die Immundepression nach dem Tod des Partners bis zu zwei Jahren dauert. Somit ist es nicht unverständlich, dass das Auftreten von Krankheit bei dem Überlebenden schon während des ersten Jahres um das Achtfache erhöht ist. Wir werden hier nicht alle Forschungsresultate der Psychoneuroimmunologen zitieren, sondern nur feststellen, dass die Effekte von psychologischen Faktoren beträchtlich sind.

Systemische Integration

Wir kommen jetzt zurück zu unserer Hauptaufgabe: Wie können wir psychoanalytische, psychoneuroimmunologische und biosemiotische Denkweisen integrieren? Der nicht zu übersehende Isomorphismus zwischen Prozessen auf verschiedenen biologischen Organisationsebenen, von der Psychologie bis hin zur Biologie, sowie die Befunde, dass die meisten oder alle Prozeßschichten in einen psychologisch-biologischen Respons einbezogen sind, erlauben eine grenzüberschreitende Integration der Disziplinen. Eine konzeptuelle Brücke zwischen Psyche und Soma ist dabei, dass die beiden integrierten Systeme zwischen »Selbst« und »Nicht-Selbst« unterscheiden;

und noch wichtiger, dass diese Gliederung unter gewissen Bedingungen nicht länger wahrgenommen wird. Wir haben gesehen, dass auf der psychoanalytischen Ebene ein verlorenes »Objekt« oder eine verlorene Objektbeziehung eine innere somatische Repräsentanz aktivieren kann. Die somatischen Veränderungen repräsentieren jetzt das äußere Objekt im Selbst-Objekt-Dialog. Auf einer immunologischen Ebene reagiert der Organismus daraufhin, als ob diese somatischen Strukturen einen Teil des »Selbst« repräsentierten. Die Immunabwehr wird gedrosselt und die Zellprozesse können sich weiterentwickeln. Ist das internalisierte Objekt hingegen stark negativ besetzt, sehen wir, dass die Immunabwehr signifikant gesteigert ist und die Immunkörper überreagieren. Im ersteren Fall liegt möglicherweise eine Weichenstellung für eine maligne Entwicklung, im letzteren Fall eine für autoimmune Reaktionen, die zu Krankheiten führen können.

Die immunologischen, sehr komplexen Prozesse können hauptsächlich entweder gesteigert oder gedrosselt werden. Die internalisierten Objekte und deren positive oder negative Besetzungen spielen dabei eine Rolle. Nicht nur endobiologische sondern auch exobiologische Stimuli bewirken eine Immunantwort. Allergene, Bakterien und Viren können auch eine unzureichende oder eine überdimensionierte Immunreaktion hervorrufen. Auf diese Weise beobachten wir nicht nur ein Selbst/Nicht-Selbst-Gefälle, sondern auch ein intraindividuelles Unterreaktions-/Überreaktions-Gefälle.

Zahlreiche von Forschungsbefunden haben gezeigt, dass auf der biologischen Ebene komplexe Systeme ständig aktiviert sind, die alle Aspekte des psychobiologischen Organismus mit einbeziehen. Zunächst haben wir gelernt, dass die Immunvorgänge nicht autonom und unabhängig ablaufen, wie Immunologen früher geglaubt haben, sondern von Signalen des NS und ES mitgesteuert werden. Zuerst hat man angenommen, dass diese Steuerung unidirektional ist, d.h. vom NS via ES zum IM. Dass Verbindungen zwischen höheren Zentren im Gehirn und Immunparametern vorhanden sind, zeigte LACASSAGNE (1981) dadurch, dass er durch Reserpin-Injektionen bei Mäusen eine signifikante Steigerung von spontanen Mammatumoren feststellen konnte. Da Reserpin in der Psychiatrie eine nicht ungewöhnliche Droge ist, regen diese Befunde zum Nachdenken an. RENOUX et al. (1983) haben gezeigt, dass die lateralen Verschiedenheiten kognitiver Prozesse auch eine differenzierte Wirkung auf Immunreaktionen in sich tragen. FORNI (1983) hat gezeigt, dass Läsionen in hypothalamischen Nuclei permanent die »natural killer cell« - Aktivitäten (NK) blockieren können, während kortikale Läsionen nur

temporär NK-Zellaktivitäten hemmen. Es ist also möglich, kortikale Läsionen zu kompensieren, nicht jedoch die Ausschaltung anterior hypothalamischer Nuclei. BESEDOVSKY (1983) hat gezeigt, dass nicht nur efferente sondern auch afferente Bahnen zwischen IS und NS existieren. Die Kommunikationen finden hier wieder über den Hypothalamus statt. Die gesteigerte Produktion von Antikörpern nach einem antigenen Reiz bewirkt nach BESEDOVSKY einen signifikanten Anstieg der Feuerungsrate der hypothalamischen Nuclei.

FELTEN et al. (1987) haben sorgfältige Untersuchungen durchgeführt über noradrenerge, sympathische neurale Interaktionen mit dem Immunsystem und haben klar gezeigt, dass neurale Kontakte sowohl mit primären als auch mit sekundären lymphoiden Organen existieren. In der Milz haben FELTEN et al. nach pharmakologischen Manipulationen mit den NA-Nerven klare Veränderungen der Immunaktivitäten gefunden, In einer darauf folgenden Untersuchung haben FELTEN und OLSCHOWKA (1987) auf elektronenmikroskopischer Ebene demonstriert, dass direkte Kontakte existieren zwischen Lymphozyten und den sich in der Milz befindenen Nervenenden, die nur sechs nm voneinander entfernt waren und keine intervenierenden Zellprozesse aufwiesen. Dies bedeutet, dass Nervenimpulse und Impulse von Immunzellen direkt miteinander koordiniert sind, und dass eine »Kommunikation« auch hier existiert. GIRON (1980) hat sympathische Nervenfasern verfolgt bis in die Medulla von Lymphknoten verfolgt und konnte auch alphaadrenerge Synapsen im Bereich der Lymphknotenstruma beobachten. Die Nerveninnervationen waren besonders intensiv bei Lymphknotenfunktionen, die deshalb sowohl über die bekannten zirkulatorischen Hormone aktiviert werden können als auch via Nervensystem am Lymphknotenparenchym. BULLOCK (1981) hat zudem Nervenbahnen zwischen Medulla oblongata und Neuronen im Thymus klar identifiziert und so diese Achse zwischen NS und Immunzellproduktion nachgewiesen. Sie hat gezeigt, dass Rezeptoren für eine ganze Reihe von Neurotransmittern wie Adrenalin, Noradrenalin, Histamin, Dopamin, Substanz P, Opiate und weitere Substanzen im Thymus nachgewiesen werden können. Die vielen Rezeptoren für Neurotransmitter an den Immunkörpern sichern, dass die zirkulierenden Immunkörper immer erreichbar sind für Mitteilungen via endokrines System. Vice versa hat BLALOCK (1985) nachgewiesen, dass von Immunzellen sezernierte Substanzen eine direkte Wirkung auf das endokrine System haben. Diese Substanzen haben Ähnlichkeit mit Hormonen, vielleicht weil diese Substanzen Peptidketten enthalten, die auch in Hypothalamushormonen enthalten sind.

Monozyten können auch Kortisol freisetzen ohne dass eine ACTH-Produktion einbezogen ist und können so auch stellvertretend für das ES funktionieren. Diese Immunzellen funktionieren daher sowohl als ein mobiles endokrines System, wie als auch mobiler Arm des Nervensystems.

VINNITSKY (1981) hat die Bedeutung der subkortikalen Gehirnstrukturen und der Hypothalamus-Hypophysen-Adrenal-Systeme untersucht in Bezug auf Tumorwachstum und Tumorabwehr. Er hat gefunden, dass experimentelles Tumorwachstum überwacht werden kann durch die Veränderungen in bioelektrischen Aktivitäten in subkortikalen Gehirnstrukturen. Seine Forschungsgruppe meint, dass elektrophysiologische und pharmakologische Korrekturen von neuroendokrinen Störungen, besonders im limbischen System, die Aktivität von immunologischen Widerständen steigern, und so Tumor- und Metastasenwachstum blockieren können. VINNITSKY hat in anderen Untersuchungen gezeigt, dass diese Karzinogene effektiv blockiert wurden und sich kein Tumor bildete, wenn eine neurohumorale Reaktion - durch elektrische Stimulation oder neurotrope Drogen - während der Latenzperiode nach der Injektion eines chemischen Karzinogens ausgelöst wurde. VINNITSKY ist der Meinung dass das Gehirn direkt den Tumor anspricht durch Peptide und indirekt durch das Immunsystem. Umgekehrt spricht der Tumor indirekt das Gehirn an durch das Immunsystem und direkt durch vom Tumor produzierte Peptide, die als Botenstoffe das zentrale Nervensystem erreichen.

Zusammenspiel zwischen endokrinen Reaktionen und Immunreaktionen

Weil PNI als ein Koordinationssystem funktioniert, ist es eigentlich irreführend, diese ES-IS-Interaktion als autonome Teilaspekte dieser Gesamtkoordination zu behandeln. Trotzdem werden wir es tun, um eine Übersicht über dieses Forschungsgebiet herzustellen.

BESEDOVSKY et al. (1985) haben sich mit Effekten von IL-1, IL-2 und IL-6 beschäftigt, die von aktivierten Makrophagen und B-Lymphozyten produziert werden. Diese Interleukine bewirken eine schnelle und signifikante Steigerung von Corticotropin-Releasing-Factor (CRF), von ACTH und Corticosteroiden im Blutspiegel, ohne den Spiegel der sogenannten Stresshormone, Katecholamine, Prolaktin, Wachstumshormone und Alpha-MSH einzubeziehen. Diese endokrinen Effekte von Interleukinen sind auch auf der hypothalamischen Ebene integriert, da z.B. in-vivo-Injektionen von IL-1 einen gesteigerten

CRF-Spiegel im portalen System bewirken. Auf dieser Basis konzipiert BESEDOVSKY das Immunsystem als ein rezeptorisch-sensorisches Organ mit der Fähigkeit, das Zentralnervensystem über die ablaufenden Immunantworten zu informieren. Immunzellen setzen Mediatoren frei, die dann über ein Rückkoppelungssystem Kortisolausschüttung stimulieren.

Viele Untersuchungen haben bewiesen, dass Corticosteroide eine immunsuppressive Wirkung auf das Immunsystem haben, wenn massive Dosen gegeben werden, wohingegen mäßige Steigerungen von Corticosteroiden wohl immunstützend sind. SNOW et al. (pers. Mitteilung) haben sowohl Wachstumshormone als auch Insulin in Verbindung mit Lymphozytenaktivität untersucht. Sie haben herausgefunden, dass insbesondere Wachstumshormone auch die Lymphozytenaktivität steigern und so eine Abwehrfunktion unterstützen. MACLEAN und REICHLIN (1981) haben den Einfluss einer Vielzahl anderer Hormone auf die Immunsystemfunktion untersucht, darunter die Effekte von Testosteron, Oestrogen, Thyroidhormon, Beta-Endorphin, Enkephalin, Serotonin und einigen ihrer Metabolite. Hier wird offensichtlich, dass ein Zusammenspiel vieler Hormone und Botenstoffe ein vielstimmiges Orchester von simultanen endokrin-immunologischen Funktionen konstituieren.

BLALOCK (ibid) hat konstatiert, dass klassische neuroendokrine Hormone von Immunzellen produziert werden, und dass diese spezifische Hormonproduktion von einem initiierenden Stimulus abhängig ist. Die Immunzellen sind also multiendokrin ausgerüstet und nicht, wie die meisten endokrinen Organe, fokussiert auf ein bestimmtes oder einzelne Hormone. In dieser Weise sind die Immunzellen flexibler und haben sehr breite und variable Möglichkeiten, wohl weil sie, wie SALK (1966) feststellte, das Überleben eines viel älteren phylogenetischen Systems repräsentieren.

BLALOCK (pers. Mitteilung) zeigt, dass immunologisches ACTH identisch ist mit neuroendokrinem ACTH, in Bezug auf Molekulargewicht, Retentionszeit bei hochdruckliquider Chromatographie, biologischen Aktivitäten und Co-Expression. Er beschreibt desweiteren folgende komplexe Zusammenhänge: hypothalamischer CRF steigert die Lymphozytenproduktion von ACTH und von Endorphin. In ähnlicher Weise setzt Thyreotropin-Releasing-Hormon bei Immunzellen Thyreotropin und luteinisierendes Hormon frei. Wichtig ist, dass die Kontrolle bidirektional läuft. Immunzellen haben Rezeptoren für ACTH, die biochemisch identisch sind mit Rezptoren auf adrenalen Nebennierenzellen, und ACTH blockiert die

Antikörperproduktion. Thyreotropin hingegen steigert die Antikörperproduktion. In dieser Weise regulieren diese Hormone gemeinsam die Immunfunktionen. BLALOCK philosophiert, dass die Hauptfunktionen des Immunsystems darin liegen, dass das IS als ein sensorisches Organ für Prozesse dient, die nicht von ZNS unmittelbar identifizierbar sind, wie z.B Infektionen und Tumore. Solche Stimuli produzieren eine Hormonfreisetzung von Immunkörpern, die als Signale für das NS funktionieren, während gleichzeitig die vom Immunsystem freigesetzten Hormone andere Immunreaktionen aktivieren.

Botenstoffe und Peptide bei Immunfunktionen

Botenstoffe und Peptide sind schon als wichtige Komponenten benannt worden. Hier werden wir dennoch auf die spezifische Rolle der Botenstoffe und Peptide innerhalb des komplexeren Kommunikationssystems eingehen. Eine große Anzahl von Neuropeptiden hat Einfluss auf verschiedene Aspekte von Immunfunktionen, sowohl systemisch als auch lokal. Zum Beispiel hat PERT (1985) bei physiologischen Konzentrationen von Opioiden und »Substanz P« eine Steuerungsfunktion für die Migration von Makrophagen aufgezeigt. Ein anderes Beispiel ist, dass viele stressbezogene Neuropeptide sowohl Makrophagen als auch Lymphozytenaktivität entweder bremsen oder anregen. Ein weiteres Beispiel ist, dass Beta-Endorphin und Met-Enkephalin sowohl die Lymphozytenproliferation als auch die Monozyten-Chemotaxis beeinflussen. Beta-Endorphine stimulieren sowohl NK-Zellen als auch primäre Antikörperreaktionen. Sensorische Neuronen setzen Neuropeptide frei als eine Reaktion auf entweder chemische oder physische Noxen. Sie rufen systemische Reaktionen hervor, die Hypersensitivitätsreaktionen ähneln, z.B. Asthma, Heuschnupfen oder systemischer Anaphylaxis. Im Gegensatz dazu bewirkt die Ausschüttung von Somatostatin eine allgemeine Hemmung hypersensitiver Reaktionen.

Neuropeptide sind am bekanntesten für ihre Rolle als Neurotransmitter. Im Zentralnervensystem von Säugetieren sind Neuropeptide am dichtesten im limbischen System zu lokalisieren, und diese Gehirnregion ist hauptsächlich verantwortlich für sensorische, Erinnerungs- und besonders auch gefühlsmäßige Eindrücke. Diese Peptide und ihre Rezeptoren sind überall im Körper anwesend und formen ein variables weitverbreitetes Netz interzellulärer Kommunikation. Neuropeptide und ihre Rezeptoren verknüpfen sich auf diese

Weise mit dem Nervensystem, dem endokrinen und dem Immunsystem zu einem Netz von Informationsaustausch, das den ganzen Körper und auch das Gehirn umfasst. Weil die Neuropeptide dort im Zentralnervensystem besonders dicht vorhanden sind, haben RUFF und PERT (1986) vorgeschlagen, dass dieses Neuropeptidnetz möglicherweise eine biochemische Basis dafür bildet, dass emotionale Regungen in signifikanter Weise die Entstehung und Entwicklung Krankheiten modulieren können, die früher als isolierte somatische Vorgänge betrachtet wurden. PERT meint, dass Substanz P mit Schmerz und Stress assoziiert ist. Die Opiate vermitteln im Gegensatz dazu ein Erlebnis intensiver Freude, so dass verschiedene emotionale Regungen neuropeptidspezifisch kommunizieren. IRWIN (1987) hat gezeigt, dass Peptide und Peptidaktivitäten wichtig sind für die Kommunikation von immunologischen und psychiatrischen Variablen bei Stress und Depression. GOETZEL unterstreicht die besonders wichtige Rolle für Substanz P. Substanz P kontrahiert glatte Muskeln, steigert vaskuläre Permeabilität, rekrutiert und aktiviert Mastzellen und stimuliert Makrophagen sowie PMN-Leukozyten. Substanz P stimuliert auch ein »Subset« von T- und B-Lymphozyten. PERT et al. (ibid) haben dieses Peptid-System ein »psychosomatic network« genannt.

Substanz P hat zudem einen Effekt auf die Produktion von Antikörpern mehrerer Klassen, nämlich IgA und IgE, nicht aber IgG und IgM. PETTINGALE et al. (1977) haben IgA-Werte aufgrund von Speichelproben bei Studenten und anderen Gruppen in mehreren Untersuchungen verfolgt und gezeigt, dass signifikante Korrelationen zwischen psychosozialen Variablen und Serum-IgA-Konzentrationen existieren. Sie haben auch gefunden, dass eine signifikante Korrelation zwischen S-IgA-Konzentrationen und der Inzidenz akuter respiratorischer Krankheiten existiert. Es scheint, dass psychosoziale Variablen bedeutend sind für den Widerstand gegen respiratorische Krankheiten. BAHNSON (1985) hat eine langfristige Untersuchung stationär aufgenommener depressiver Patienten durchgeführt, in der IgA, IgG, IgM, Lymphozyten, Neutrophile, Granulozyten, andere Blutwerte, sowie auch der Androgenspiegel verfolgt wurden. Diese physiologischen Daten wurden mit einer Reihe von psychologischer Daten korreliert. Hochsignifikante Korrelationen zwischen .50 und .80 wurden gefunden für negative und positive emotionale Regungen (affects) und WBC (white blood count), IgM, IgG, Neutrophile, Granulozyten und Androgenausschüttung. Depression zeigte signifikante Korrelationen mit IgA, IgG und IgM. Die Globuline sind somit klare Mediatoren für emotionale Regungen.

Stress und Psychoneuroimmunologie

Wie bereits oben (RILEY; LEVINE) beschrieben, zieht frühzeitiger Stress bei Tieren langfristige Effekte auf deren Immunkompetenz im späteren Leben nach sich. MONJAN und COLLECTOR haben ihre Ratten innerhalb eines Monats jede Stunde einem Lärm von 100 dB ausgesetzt. Bis zu 2 Wochen nach diesem Stress zeigten die T-Lymphozyten eine verminderte, und dann nach einem Monat eine gesteigerte Proliferationsfähigkeit. KELLER hat Ratten nach Elektroschocks auf ihre Lymphozytenmitogenproliferation untersucht und hat festgestellt, dass auch bei adrenektomierten Ratten die T-Lymphozytenreaktionen gedrosselt waren, so dass diese Befunde nicht von Steroidkonzentrationen abhängig sein können.

Kontrolle ist nicht nur wichtig für Menschen sondern auch für Tiere. Nicht kontrollierbare Elektroschocks sind viel gefährlicher für die Immundepressionen als Elektroschocks, die durch ein angelerntes Hebeldrücken vermieden werden können. SKLAR und ANISMAN (1999) haben gezeigt, dass ein nicht vermeidbarer Schock bei Tieren, bei denen diese Hebel nicht funktionierten, viel signifikanter für das Immunversagen war als Schocks, die durch ein gelerntes Hebeldrücken kontrolliert werden konnten. Nach Tumorimpfung starben die Tiere, die keine Kontrolle über die Schocks hatten, signifikant schneller an akzeleriertem Tumorwachstum. LAUTENSCHLAGER zeigte, dass ein Versagen von T-Zellfunktionen für Ratten, die ihren Stressor »Schock« nicht kontrollieren konnten, sehr viel höher war, als für die Kontrolltiere. SHAVIT (1985) hat in ähnlicher Weise Tumorwachstum beschleunigt in Tieren, die ihrem Schock nicht entrinnen konnten, während die »Gruppe mit vermeidbarem Schock« solche Effekte nicht zeigte. REITE hat bei jungen Affen, die von ihren Muttertieren getrennt waren, eine deutlich eingeschränkte T-Zellfunktion beobachtet. Dieses Einbüßen an T-Zellfunktionen, das auch mit Depressionen in Verbindung steht, wurde wieder kompensiert, wenn diese Affen zu ihren Müttern zurückkehren durften.

Auch Menschen reagieren auf Stress mit reduzierten Immunfunktionen. GLASER (1984) und KIECOLT-GLASER (1984, 1986, 1987) haben eine lange Reihe von Untersuchungen durchgeführt, zumeist mit Medizinstudenten aber auch mit anderen Gruppen. Blutproben zu Zeitpunkten mit großem Abstand zu medizinischen Prüfungen, die als relativ frei von Stress angesehen wurden, wurden mit solchen direkt vor oder zum Prüfungszeitpunkt verglichen. Die Medizinstudenten haben während stressreicher Prä-Examensperioden vermin-

derte NK-Aktivität und S-IgA gezeigt. Hinzu kam noch, dass einsame Studenten oder Studenten, die zahlreiche Lebensveränderungen während des letzten Jahres erlebt hatten, erhöhte LCU (life-change-units) aufwiesen und von diesem Stress immunologisch mehr belastet waren als Studenten mit einer intakten sozialen Umwelt. In einem Altersheim verglichen KIECOLT-GLASER et al. (ibid) eine Interventionsgruppe mit einer Gruppe ohne Intervention in Bezug auf NKCA und Antikörpertiter gegen Herpes-Virus, Typ I. Die Intervention bestand aus Entspannungsübungen und Sozialkontakten durch Besuche. In der Entspannungsgruppe konnte eine gesteigerte NK-Aktivität und ein niedrigerer Antikörpertiter für Herpes festgestellt werden. FITTSCHEN et al. (1990) haben in ähnlicher Weise bei gesunden Probanden unter langfristigem Stress einen erhöhten Herpes-simplex-Antikörpertiter feststellen können.

LOCKE (1984) hat mit seinen Harvardstudenten eine Untersuchung über NK-Zellen durchgeführt. Er bezog die »life-change-units« mit ein und teilte seine Studenten nach psychologischen Testbefunden in gute und schlechte »coper«. LOCKEs Befunde zeigten, dass eine hohe LCU-Belastung für die schlechten »coper« zu einer verminderten NK-Zellaktivität führte, aber eben nicht für diejenigen Probanden mit gut ausgeprägten Copingfunktionen. Auf diese Weise konnte er aufzeigen, dass so gemessener Lebensstress für Menschen mit guten Copingfunktionen sich nicht negativ auswirkt, während für Personen, die nicht effektiv mit ihrer Umwelt umgehen können, dies immunologische Konsequenzen nach sich zieht. FITTSCHEN et al. (ibid) haben die relative Anwesenheit von großen Immunozyten LI bei 61 Medizinstudenten untersucht. Der Prozentanteil von LI steigerte sich von $M = 13{,}4$ % bis $M = 19{,}3$ % $p < .001$ von T1 bis T2, wobei T1 einen Monat vor, und T2 direkt vor einer Hauptexamenssituation stattfanden.

KIECOLT-GLASER et al. (1987) haben eine wichtige Studie über Langzeitstress für Familienangehörige von Alzheimer-Patienten durchgeführt. Bei dieser Experimentalgruppe von 34 Angehörigen, verglichen mit einer Kontrollgruppe, konnten gebremste T4/T8-Lymphozytenreaktionen obeobachtet werden. Auch konnte ein gesteigerter Antikörpertiter gegen das Epstein-Barr-Virus nachgewiesen werden. Desweiteren haben KIECOLT-GLASER et al. (1987) auch die Effekte von Scheidungen untersucht. Bei einer Gruppe geschiedener Frauen sahen sowohl die Proliferationskapazität stimulierter Lymphozyten, aber auch die Verteilung der T4/T8- und NK-Zellen für diese Gruppe ungünstiger aus, als für eine Kontrollgruppe

verheirateter Frauen. Für eine Gruppe geschiedener Männer haben KIECOLT-GLASER et al. (1987) ähnliches gefunden in bezug auf EBV und Herpes-simplex-Viren, jedoch nicht in Bezug auf die Lymphozytenverteilung.

KEMENY (1988) hat das Erdbeben am 01. Oktober 1987 in Los Angeles dazu genutzt, 19 Probanden Blut abzunehmen. Im Vergleich zu den Messpunkten 6 Wochen und ein Jahr später, lag der Prozentsatz der NK-Zellen CD 56 und CD 16 signifikant höher. SOLOMON und KEMENY haben desweiteren einen Anstieg der NK-Zellen festgestellt während kurzfristiger Stressperioden, die durch mathematische Aufgaben unter Zeitdruck definiert wurden. Die Immunfunktionen, die mit Depressionen verbunden sind, werden im nächsten Abschnitt diskutiert. An dieser Stelle wollen wir dennoch kurz auf IRVINS (1987) Untersuchungen von durch Verlust des Lebenspartners verursachten Stress eingehen. Drei Gruppen von Frauen wurden verglichen: Frauen mit Ehepartnern, die mit Krebs im Sterben liegen; Frauen, deren Ehepartner schon an Krebs gestorben waren; und Frauen mit gesunden Ehemännern. Frauen mit kranken oder verstorbenen Ehepartnern waren vermehrt depressiv und zeigten reduzierte NK-Zellaktivitäten proportional zum Ausmaß ihrer Depression. Frauen, die ihren Mann verloren hatten, zeigten höhere Werte von Plasmakortisol, was bei Frauen mit Ehepartnern die im Sterben lagen, nicht der Fall war. Daraus kann abgeleitet werden, dass erhöhte Kortisolwerte keine notwendige Bedingung für stressinduzierte Immunosuppression von NK-Zellen darstellen.

Depression, Verlust und Immunkompetenz

Wie oben erwähnt, weiß man schon seit GALENS Zeiten über den Zusammenhang zwischen Depressionen und Immunversagen Bescheid. Aber erst mit BARTROP (1983) gibt es wissenschaftliche Belege für eine quantifizierbare Immunsuppression beim überlebenden Partner nach dem Tod des Ehegatten. In einem Vergleich zwischen 26 Verwitweten und einer Kontrollgruppe hat BARTROP zeigen können, dass nach dem Tod hochsignifikante Unterschiede in der Mitogenstimulierbarkeit bestehen. Objektverlust, so wichtig in den modernen psychoanalytischen Denkweisen, zeigt in dieser Weise auch beträchtliche immunologische Effekte. BARTROP ließ seiner ersten Studie (1975) von Verwitweten, neue Studien anderer Gruppen von Verwitweten folgen, in denen auch psychologische Testbefunde von

Depression und Angst mit einbezogen waren. Die Immunschwäche setzte schon zwei Wochen nach dem Verlust ein und war noch sechs Monate nach Objektverlust ausgeprägt. In einer dritten Studie 1985 - 1989 führte BARTROP eine 11-jährige Follow-Up Studie mit 72 Verwitweten und 80 Kontrollpersonen durch. Eine substantiell erhöhte Morbiditätsrate konnte bei den Verwitweten im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. SCHLEIFER et al. (1983) replizierte BARTROPs Hauptdesign und verfolgte Ehepartner, diesmal sowohl vor als auch nach dem Tod des erkrankten Partners. Schon im ersten Monat nach dem Tod des Ehepartners fanden SCHLEIFER und Mitarbeiter eine signifikant verminderte T-Zell-Funktion bei den Verwitweten. Während der ersten 4-14 Monate fanden sie eine etwas verminderte Mitogenreaktion und erst nach 2 Jahren war die Prä-Trauer-Ebene wieder erreicht.

In einer anderen Untersuchung von stationär behandelten depressiven Patienten fand SCHLEIFER (1985), dass die depressiven Patienten, verglichen mit schizophrenen und chirurgischen Kontrollgruppen, eine verminderte Immunfunktion zeigten. Dies steht in Einklang mit BAHNSONs Untersuchung (1985), die das Absinken von Globulinen bei depressiven, stationär behandelten Patienten zeigte. STEIN et al. (1985) haben in ähnlicher Weise eine Korrelation zwischen Immunsuppression und klinischer Depression gefunden. Desweiteren hat KIECOLT-GLAESER (1985) Immunschwächen, insbesondere bei einsamen, depressiven Patienten, verminderte NK-Aktivität und verminderte Proliferationskapazität von T-Zellen festgestellt. Dabei wurde »Einsamkeit« mit Hilfe der »UCLA Loneliness Scale« gemessen. LINN et al. (1988) fanden, dass männliche Probanden, die in ihrer Familie Tod und schwere Krankheiten erlebt hatten, eine signifikant verminderte Proliferationskapazität zeigten, besonders wenn sie auch als schwer depressiv eingestuft wurden.

Eine sehr interessante Untersuchung von NAOR et al. (1983) hat gezeigt, dass Frauen mit spontanen oder herbeigeführten Schwangerschaftsaborten eine stark verminderte Stimulierbarkeit von PHA und CON-A der T-Zellen zeigten, insbesondere wenn dieser Verlust mit ernsten depressiven Reaktionen verbunden war. Mehrere andere Forscher haben ähnliche Befunde berichtet.

Emotionen, Coping und immunologische Reaktionen

Nicht nur Depressionen sondern auch aggressive und andere emotionale Reaktionen haben einen Einfluss auf mehrere Immunparameter. PETTINGALE et al. (1985) haben bei 160 Frauen, die zur Krebsvorsorge kamen, bei denen anschließend Mammakarzinome und gutartige Brusttumore diagnostiziert wurden, die Immunglobuline, sowie die aggressiven Einstellungen untersucht. Die IgA-Spiegel korrelierten mit Verdrängung aggressiver Gefühle ($P < .001$). Wir sehen hier, dass nicht nur Gefühle sondern auch die Abwehrmechanismen einen klaren Zusammenhang mit den Immunfunktionen erkennen lassen. DILLON und MINCHOFF (1986) haben S-IgA Konzentrationen bei Probanden untersucht und zwar jeweils vor und nach einem humorvollen und einem didaktischen Videoband. Die durchschnittliche Konzentration von IgA lag signifikant höher nach dem humoristischen Videoerlebnis. Keine signifikanten Änderungen folgten dem Kontrollvideoband. GOODKIN et al. (1992) haben bei homosexuellen Männern mit asymptomatischen HIV-I die NK-Zytotoxizität (NKCC) in Verbindung mit einer psychosozialen Testreihe untersucht. Stress, soziale Unterstützung, Emotionalität, POMS und Abwehrstil wurden gemessen. Ein sehr aktiv abwehrender Copingstil korrelierte positiv mit NKCC, und zudem konnte ein Zusammenhang zwischen gesteigerter Emotionalität und NKCC festgestellt werden. FAWZY und COUSINS (1990) haben (aufgrund COUSINS' vorangegangener Untersuchungen zum Effekt positiver Emotionen) eine Gruppe von Krebspatienten und eine Kontrollgruppe im Gruppenverfahren sechs Wochen lang mit wöchentlich 1 1/2 Stunden Gruppentherapie behandelt, wobei die immunologischen Parameter modifiziert wurden. Ziele der Gruppentherapie waren Veränderungen des emotionalen Status von Depression und Hoffnungslosigkeit in Richtung Freude und anderer positiver Emotionen. Immunologische Veränderungen waren nach 6 Wochen zu beobachten und ließen noch bis zu 6 Monaten nach der Intervention einen Anstieg erkennen. Eine starke Zunahme der großen Lymphozyten und der NK-Zellen sowie eine Zunahme der NK-Aktivität wurden beobachtet. Die CD56+ Lymphozyten stiegen um 25 % oder mehr in 100 % der Experimentalgruppe an, verglichen mit nur 33 % der Probanden in der Kontrollgruppe. Bei den CD16+ Lymphozyten fanden sich Veränderungen bei 70 % der Probanden in der Experimentalgruppe, gegenüber nur 33 % in der Kontrollgruppe. Hand in Hand mit diesen immunologischen Veränderungen zeigten Patienten in der Experimentalgruppe verminderte Depressions- und

Angstwerte, sowie gesteigerte Aggressionsgefühle und feindselige Gefühle. BIONDI et al. (1981) zeigten, dass bei Patientinnen mit einer bevorstehenden Krebsoperation einige ihre Gefühle unterdrückten, andere wiederum ihren emotionalen Reaktionen freien Ausdruck gaben. Die »Verdrängerinnen« zeigten verschlechterte immunologische Parameter hinsichtlich der Anzahl von Lymphozyten und der Lymphozytentransformation. Diese Befunde, die mit vielen früheren psychosomatischen Krebsuntersuchungen in Einklang stehen, sind m.E. ausgesprochen wichtig, da sie unter anderem auch eine Erklärung bieten können für die früheren Untersuchungen zur Korrelation zwischen Aggressionsverdrängung und schlechter Prognose, sowie Agressionsausdruck und positiver Prognose (BAHNSON 1966, 1981; KISSEN, 1963).

Wir nähern uns hier nicht nur emotionalen sondern auch psychopathologischen Variablen, bei denen die Abwehr gegen gefühlsmäßige Regungen eng mit der spezifischen Psychopathologie in Verbindung steht. So ist es auch interessant zu sehen, dass HEISEL et al. (1986) bei einem Vergleich von NKCC mit MMPI-Resultaten bei einer Kohorte von Universitätsstudenten, eine Korrelation zwischen MMPI Indikatoren für Psychopathologie und verminderten NK-Aktivitäten feststellen konnten.

Obwohl die meisten Untersuchungen sich mit Stress oder Verlust erlebnissen in Verbindung mit Immunfunktionen beschäftigten, ist es wichtig für die zukünftige Forschung, dass ein stärker fokussiertes Interesse für die spezifisch-emotionalen Reaktionen auf diese Erlebnisse entwickelt wird, da diese emotionalen Reaktionen die intervenierenden Brücken zwischen Lebensereignissen und endokrinen Reaktionen, sowie Immunreaktionen bilden. Auch ist es wichtig daran zu erinnern, dass emotionale Variablen modifizierbar sind durch psychotherapeutische Behandlung oder Intervention, so dass die Begründung für eine psychotherapeutische Unterstützung somatisch kranker Patienten nicht nur einem Wunsch für verbesserte Lebensqualität entspricht, sondern die Grundlage für eine gesteigerte Immunabwehr darstellt. Dies könnte in einigen Fällen möglicherweise sogar effektiv genug sein, um eine krankhafte Entwicklung zu bremsen. Die sogenannten »Spontanheilungen« sind sicherlich nur auf diese Weise erklärbar. Weitere Forschung auf mehreren Ebenen, wie der Psychologie, der Endokrinologie und der Immunologie wird notwendig sein, um die realistischen Effekte psychotherapeutischer Interventionen wissenschaftlich belegen zu können.

Aus dem bislang Dargestellten wird ersichtlich, dass der Mensch als ein sehr komplexes System funktioniert, in dem psychologische und dadurch auch

indirekt soziologische, ZNS, endokrine, immunologische, Botenstoff- und andere molekuläre Signale in ihrem Zusammenspiel sehr komplexe Konfigurationen bilden. Psychoneuroimmunologie funktioniert in dieser Weise als ein Repräsentant für das neu gefundene systemische Zusammenspiel multipler Faktoren, die viel tiefer greifen, als ältere psychosomatische Konzeptualisierungen es bisher erlaubt oder verstanden haben. Besonders wichtig ist hier auch, dass die psychologischen Phänomene, d.h. Erlebnisse und gefühlsmäßige Abläufe, die ja immer in Zusammenhang mit zentralen Veränderungen im Gehirn und Hypothalamus stehen, in dieser neuen Konzeptualisierung tief in immunologische, wie auch in endokrinologische Vorgänge eingreifen. Dadurch wird die Wichtigkeit von BALINTs »Gesamtdiagnose« versus der schulmedizinisch begrenzten Diagnose klar beleuchtet. Rein physiologisch werden dann auch in der Wissenschaft die spezifischen menschlichen Gefühlsregungen eine sehr wichtige Rolle spielen.

Der Immunologe BESEDOWSKY stellte dies poetisch so dar: »Das Immunsystem spricht mit der Seele«. Für uns ist es vielleicht im Lichte der Objektbeziehungenstheorie noch wichtiger, dass, wie VINNITSKY gezeigt hat, z.B ein maligner Tumor - das introjizierte Objekt - selbst die Aktivitäten des neurohumoralen Systems modulieren kann, indem dieser die Reaktivität gegen Tumorantigene ändert. Einige Tumore erreichen dieses Ziel dadurch, dass sie Hormone sezernieren, die das ZNS und die endokrinen Funktionen beeinflussen. Andere Tumore sezernieren Polyamide, die selektiv die Bindung von Hormonen und Neuropeptiden an Blutplasmaproteine verändern. Dieser Prozess hat mehrere Auswirkungen: Eine Sperrung der Passage von Peptiden durch biologische Barrieren, z.B. durch die Blut-Hirn-Schranke; eine Änderung von Peptid-Rezeptor-Interaktionen; eine Änderung der Halbwert zeit von Peptiden; oder die Verhinderung der Bindung von Peptiden im Gehirn. So sehen wir in diesem Beispiel nicht nur ein Zusammenspiel zwischen ZNS, endokrinen und Immunfunktionen, sondern auch ein komplexes Zusammenspiel mit dem vierten »Mitspieler«, nämlich dem Tumor. Nicht nur spricht das Gehirn den malignen Prozess direkt durch Peptide an und indirekt durch Veränderungen des Immunsystems, sondern der Tumor spricht auch das Gehirn an: direkt durch tumorproduzierte Peptide und indirekt durch Modifikationen des Immunsystems.

Es wurde versucht eine Synopsis einer sehr langen Reise von der Psychoanalyse zur Biosemiotik und Psychoneuroimmunologie zu präsentieren. Der Autor hofft, dass der Leser den Hauptgedanken dieser Arbeit nicht

übersehen wird, dass nämlich das introjizierte Objekt nicht nur eine abstrakte analytische Idee repräsentiert, sondern dass diese im Körper gespeicherte Erlebniskonstellation eine Reihe von somatischen und sehr realen physiologischen Prozessen steuert. Auf diese Weise haben wir möglicherweise begonnen, ein neues Kapitel in der psychosomatischen Medizin zu schreiben.

Psychoanalytic, Psychoneuroimmunologic and Biosemiotic Concepts as Isomorphologic Approaches to Psychosomatics

Claus Bahne Bahnson (Kiel)

The author emphasizes that psychoanalytic object relationship theory, biosemiotics and psychoneuroimmunology are nowadays integrated in the understanding of somatic diseases with a psychological component. Human relationships are in this sense connected to somatic processes by means of symbolic signals.

New scientific studies show that signal processes take place in an isomorphic way in the nervous system as well as in the immunologic system. All biological systems are connected by messengers and other molecular signals to all other systems. Psychosomatic symptoms should be understood as communication processes between Self and Other or between Self and Self. Thus, psychosomatic signs are fixed on genetic developmental levels and represent important object relationships or their destinies.

The author refers to the psychoanalytic object relationship theory defined by FREUD in his cathexis conception, further developed by FELIX DEUTSCH, and different from the conceptions of FRANZ ALEXANDER and later GEORG ENGEL.

Analytic object relationship theory understands the body as first container of emotional and perceptual energy. First of all, the boundaries between Self and Mother are open, and in childhood development there are steps to a gradual, but not complete separation between inner and outer phenomena. Individuals are able to symbolize within their own body on the one hand, and by means of relationships or cathexis of outer persons on the other hand. The symbolization within the body remains quiet and is only used when problems

as stress, infections or loss of objects disturb a normal somatic process: »The earlier organic substitutes now for the later interpersonal.«

The disturbances of early mother-child-relationship are symbolized by means of organic symptoms remaining in the body as »icons« or »fossiles« that will materialize later in life in similar emotional situations. The »icons« refer to the not correctly decoded signals by an insufficent mother. (WINNICOTT described the »sufficiently good mother« as ideal situation). If later in life the interpersonal dialogue stops, biological signals between cells and organs substitute for this dialogue in an endosemiotic way.

The bio-semiotic approach was introduced in a climate of system theories (VON BERTALANFFY, GREY, BOWEN and others). The »chaos theory« and later the »complexity theory« by WALDROP led to a paradigm shift in medicine and towards an integrated bio-analytic-semiotic approach.

The conception of signals is very important for medicine: all biological processes are activated with the signaling from one to another cell or organ group. Thus, the spoken word as a signal is not only a cognitive experience but also an emotional one, and it will activate not only the brain, but also other biological systems.

The rather young science of Psychoneuroimmunology (PNI) in its beginnings already aimed at overcoming the boundaries between isolated disciplines. Whereas earlier, emotions and affective processes were regarded as epiphenomena of limited relevance, today their importance is fully recognized in the complex interaction of immune system (IS), endocrine system (ES) and nervous system (NS). A series of experiments established the connection between stress and immune response in animals and humans, and immune suppression, as well as lymphocyte proliferation and changes in the Natural Killer Cells, the T4/T8 relationship etc. have been shown to result from examination stress, divorce, caring for relatives with Alzheimer disease, death of the partner, etc. . Depression, too, is connected to a long-term incapacity of the immune system.

The immune system is connected in bi-directional regulating processes with both the NS and the ES, so that not only endobiological, but also exobiological stimuli may elicit immune responses. A wide range of experimental studies is described by the author, in order to illustrate how the knowledge of the extremely complex interactions between ES, NS, and the different parameters of the IS. The role of transmitters such as neuropeptides in their activating or suppressing influences on lymphocyte or macrophage activity is

also mentioned. They are supposed to be important for the communication between immunological and psychological variables in stress phenomena and in depression. Our present knowledge on the complex influences of stress on the IS is elaborated. Studies on depression, loss of partner, and immune response are described in detail.

All this deepens our insight into the fact that human beings »function as a highly complex system, in which psychological, and thereby also indirectly sociological, CNS, endocrine, immunological, transmitter-bound, and other molecular signals interplay in the form of very complex configurations«. In this complex system, »affective and emotional processes, which are always connected to central changes in the brain and the hypothalamus, [...] have a deep impact on both immunological and endocrine processes«. In BESEDOVSKY's words: »the immune system speaks with the soul«.

The author closes his »long journey through psychoanalysis, biosemiotics and PNI« with the hope that the reader will understand that the introjected object, as perceived by psychoanalysis, does not represent an abstract idea, but that the constellation of personal experiences stored in the body are essential in regulating a wide range of somatic and physiological processes. »Thus«, writes BAHNE BAHNSON, »we have possibly begun to write a new chapter in Psychosomatic Medicine«.

References:

Ader, R. Ed. (1981): Psychoneuroimmunology. Acad Press, New York, N.Y.
Anisman, H; Sklar L. (1999): Cytokinese and Stress in realtion to anxiety and anhedonia. In: R. Dantzer (ed): Cytokines, Stress and Depression. Plenum Press, New York
Bahnson, CB. (1981): Stress and cancer, state of the arts. Part I Psychosom 1980; 21:915-81. Part II Psychosom, 22:207-20
Bahnson, CB. (1985): Interpersonal Experience, Depressive Emotions and Immunologic Responses to Disease. Proc. VIII Ann. Conf. Psychosom. Disorders. Jefferson Med. Coll. Philadelphia
Bahnson, CB; Bahnson, MB. (1966): Role of the ego defenses: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. Ann N.Y. Acad Sci, 125 (3):827-45
Bartrop, RW. (1977): Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet 1. 374-77
Bartrop, RW; Penny, R; Forcier, L; Jones, M. (1983): Grief, Immunity, and Morbidity: Psychophysiological Interactions. In: Engelman S.R. (ed) Confronting Life-Threatening Illness. New York, Irvington. 158-183
Bertalanffy, v L.: General Systems Theory. New York, G. Braziller, 1968
Besedovsky, HO. et al. (1983): The immune response evokes changes in brain noradrenergic neurons. Science, 221:564-64
Besedovsky, HO. et al. (1985): Immunological-neuroendocrine feedback circuits. In: "Neural Modulation of Immunity". Guillemin, et al. Eds. Raven Press, N.Y.
Snow: Persönliche Mitteilung
Biondi, M. et al. (1981): Emotional Reactivity and immune Reactivity. Revista di Psichiatrica, 16:378-94
Blalock, J.: Persönliche Mitteilung.
Blalock, J; Smith E. (1985): "A complete regulatory loop between the immune and neuroendocrine systems". Federation proc, 44:108-11
Bowen, M.: Family Therapy in Clinical Practice. New York, Jason Aronson, 1978
Bronowski, J. (1967): Human and animal language. In: Thomas A. Sebeok (ed). To Honor Roman Jacobsen. 375-394. Mouton, The Hague
Bullock, K; Moore RY. (1981): Innervation of the thymus gland by brain stem and spinal cord in mouse and rat. Am J Anat, 162:157-66
Dartko, D. et al. (1988): Cellular Immunity and the hypothalamic pituitary axis in major affective disorders: a preliminary study. Psych Res 25:1-9, 1988.
Deutsch F.: On the mysterious Leap from the mind to the body. Int. Univ. Press, New York, 1959.
Dillon, KM. et al. (1986): Positive emotional states and enhancement of the immune system. Int J Psychiat Med, 15:13-17
Fawcy, FI; Cousins, N. et al. (1990): A structured psychiatric intervention for cancer patients. II Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiat, 47:729-35
Felten, DL. et al. (1987): Noradrenergic sympathetic neural interactions with the immune system: Structure and function. Immunol Rev, 100:225-60
Felten, SY; Olschowka (1987): Tyrosine Hydroxylase (TH)-Positive Nerve Terminals Form Synapticlike Contacts on Lymphocytes in Splenic White Pulp. J Neurosci Research. 18:37-48,
Fittschen, B; Schulz, KH; Raedler, A; v.Kerekjarto. M. (1990): Changes of immunological parameters in healthy subjects under examination stress. Intern J Neuroscience 51. 241-42, 1990.
Forni, G. et al. (1983): Radiofrequency Destruction of the Tuberoinfundibular Region of Hypothalamus Permanently Abregates NK Cell Activity in Mice. Nature, 306:181-4
Giron LT. et al. (1980): Lymph Nodes - A Possible Site for Symphatic Neuronal Regulation of Immune Responses. Ann of Neurol, 8:520-25
Glaser, R; Kiecolt-Glaser, JK. (1987): Chronic Stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. Psychosom. Med. 49. 523-35
Gleich, J.: Chaos. Making a new Science. London, Cardinal, 1987

Goetzel, EJ ed.: Neuromodulation of immunity and hypersensitivity. J Immunol 135 (suppl): 739-863
Goodkin, K. et al. (1992): Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-infection. Int J Psychiat Med, 22:155-72
Heisel, JS. et al. (1986): Natural killer cell activity and MMPI scores of a cohort of college students. Am J Psychiat, 143:1382-86
Hoffmeyer J. (1996): Signs of meaning in the universe, Bloomington u. Indianapolis, Indiana Univ. Press
Irwin, M; Daniels, M; Bloom, ET; Smith, TL; Weiner H. (1987): Life events, depressive symptoms and immune function. Am J Psychiat 144. 437-41
Irwin, M; Gillin, JC. (1987): Impaired natural killer cell activity among depressed patients. Psychiatr. Research, 20, 181-2
Kemeny, MM.(1988): Persönliche Mitteilung
Kiecolt-Glaser, JK. et al. (1984): Psychosocial modifiers of Immunocompetence in medical students. Psychosom Med, 46: 7-14
Kiecolt-Glaser, JK. et al. (1987): Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. Psychosom Med, 49:523-35
Kiecolt-Glaser, JK; Fisher, LD; Ogrocki, P; Stout, JG; Glaser, R. (1987): Marital quality, marital disruption and immune function. Psychosom Med 49. 13-34
Kiecolt-Glaser; JK, Glaser, R. (1985): Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. Health Psychol. 4: 25-41
Kiecolt-Glaser, JK; Glaser, R; Strain, EC; Stout, JG; Tarr, KL; Holliday, JE; Speicher, CE. (1986): Modulation of cellular immunity in medical students. Beh Med 9. 5-21
Kissen, DM. (1963):Personality characteristics in males conducive to lung cancer. Brit J Med Psychol, 36:27-36
Lacassagne, P. (1981): In. R. Ader (ed). Psychoneuroimmunology, Acad Press, New York.
Levine, S. (1962): Plasma-free corticosteroid response to electric shock in rats stimulated in infancy. Science 135. 795-96
Linn, BS. (1988): Effects of psychophysical stress on surgical outcome. Psychosom Med. 50. 230-244
Locke, S. (1984): Life Change Stress. Psychiatric Symptoms and Natural Killer Cell Activity. Psychosom. Med. 46. 441-53
MacLean, D; Reichlin, S. (1991) Neuroendocrinology and the Immune process. In: R. Ader (ed) Psychoneuroimmunology. Acad Press 475-520, New York
McShea, D.W. (1991): Complexity and Evolution. What everybody knows. Biology and Philosophy 6, 303-321
Monjan AD; Collector MI.: Stress induced modulation of the immune response. Science 196. 307-8, 77.
Naor, S. (1983): Correlation between emotional reaction to loss of an unborne Child and lymphocyte response to mitogenic stimulation in women. Israel J. Psychiatry Rel. Sci. 20. 231-39
Peirce, CS (1960): Collected Papers of Charles Saunders Peirce, Cambridge. Harvard Univ. Press
Pert, CB. (1985): Neuropeptides and their receptors: A psychosomatic network. J Immun, 135:820-26, 1985.
Pettingale, KW. et al. (1977): Serum IgA and emotional expression in breast cancer patients. J Psychosom Res, 21:395-99
Pettingale, KW; Morris, T; Greer, S; Haybittle, JL. (1985): Mental attitudes to cancer. An additional prognostic factor. Lancet 1. 750, 1985.
Renoux, GK. et al. (1983): A balanced Brain Asymmetry modulates T Cell-mediated Events. J of Neuroimmunol 5:227-38
Riley, V. (1981): Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia. Science 212. 1100-09
Rubin, E. (1949): Experimenta Psykologica. Munksgaard, Copenhagen
Ruff, MR; Pert, CB (1986): Neuropeptides are chemoattractants for human tumor cells and mono-

cytes: a basis for mind-body communication. In: Enkephalins and Endorphins, Stress and the immune System. N.P. Plotnikoff et al. (eds) Plenum Publ. Corp. N.Y.
Salk, J. (1966): Constitutions to Panel Discussion: Retrospects and Prospects in Cancer Research, Chair: C.B. Bahnson. In Bahnson et Kissen (eds): Psychological Aspects of Cancer, Annals NY Acad.Sci. 125 (3), 1028-1055
Schleifer, SJ. et al. (1983): Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. JAMA, 250:374-77
Schleifer, SJ. et al. (1985): Depression and immunity. Lymphocyte function in ambulatory depressed patients, hospitalized schizophrenic patients, and patients hospitalized for herniorrhaphy. Arch Gen Psychiat, 42:129-33
Sebeok, TA. (1979): Sign and ist Masters. Austin, Univ. of Texas Press
Shavit, Y. et al. (1985): Stress, opioid peptides, the immune system and cancer. J Immunol, 135:834-37
Solomon, GF. (1969): Stress and antibody response in rats. Int. Arch. Allergy 35. 97-104,
Solomon, GF; Moos, RH. (1964) Emotion, immunity and disease. A speculative theoretical integration. Archives Gen Psychiatry V 11. 657-74
Stein, M. et al. (1969): "The hypothalamus and Immune Process." In: Ann N.Y. Acad Sci Art. 2. Bahnson, C.B. Ed. 164:464-72.
Stein, M. et al. (1985): Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. J Immunol, 827-33
Uexküll, v J (1920): Theoretische Biologie. Berlin, Springer
Uexküll, v T. (1984) Historische Überlegungen zu den Problemen einer Medizinsemiotik. Zeitschr. f. Semiotik B 6, 1-2. 53-58
Vinnitsky, V. (1992): Role of subkortikal brain structures, hypothalamo-hypophyseal-adrenal-system in stress during tumor growth and anti-cancer resistance. In: R. Ader (ed) Psychoneuroimmunology. Acad Press, New York, 1981.
Winnicott DW. (1965): The naturational process and the facilitating environment. Int. Univ. Press, New York

Addresse des Autoren:

Claus Bahne Bahnson
Roonstraße 3
24105 Kiel

CBBahnson@t-online.de

Günter Ammon

DER MEHRDIMENSIONALE MENSCH

Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft

Berlin, 2. überarb. Auflage 1995, 466 Seiten, 45 Abb., umfangreiches Glossar und Sachregister, Paperback , 18,– EUR, ISBN 3-922-109-10-1

In einer Gesellschaft, die durch einengende Bedürfnisverbote den Menschen dazu bringt, ein freud- und beziehungsloses, von Routine und Zwang bestimmtes Leben zu führen, bahnt sich die Vision eines neuen Menschen an. "Der mehrdimensionale Mensch" ist das humanistische Konzept, das der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Prof. Günter Ammon in jahrzehntelanger Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum des menschlichen Potentials entwickelt hat.
Mehrdimensionalität bedeutet bei Ammon immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst. Ein weiterer wichtiger Beitrag zum weltweiten Aufbruch zur Errichtung einer menschenorientierten Zukunft.

Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Towards a Psychodynamic and Group-Dynamic Conception of Psychoneuroimmunology

Egon Fabian (München)

The present paper attempts to make a contribution to an integrative approach to the new science of Psychoneuroimmunology (PNI). Following a short outline of its history, it proceeds to a critical review of the prevailing basic concept of PNI, dominated by the reductionistic view of laboratory-based science and the stress concept, but mostly lacking a differentiated insight of the clinical approach, including psychodynamic and group-dynamic aspects. Scientific data from investigations dealing with the outcome of studies directed towards eliciting and measuring the effects of anxiety or mourning, resp. separation are contrasted to short clinical vignettes emphasizing the narrow connection of the results to personal, biographical experiences of the subjects. After a short excursion in the present state of system theory, in which the author expounds his hypothesis concerning the system-immanence of correcting processes, the paper concludes with a model offering the possibility of integration of the various levels of present and past psychodynamic and group-dynamic events, and immunologic "memory". Such a model may be of benefit for future scientific investigation without leaving the deapth-psychological therapeutical experience of clinical work.

Introduction

The new science of Psychoneuroimmunology (PNI), which is based on a long history of clinical observations concerning the link between psyche and immunity, sets as its task to deepen the field of psychosomatics with the aid of modern immunology and to secure it on the physiological level. Its aim is not only the investigation of illness against the background of human personality and its interpersonal dimensions, but - a relative novelty in the tradition of medicine - also to define the process of health in immunological terms.

Since its beginnings as a modern science in the 1970's, PNI succeeded in accumulating a great amount of data and informations. Since ADER and COHEN's pioneer works of 1975 on the conditioning of the immune system, knowledge has accumulated about such complex connections of cells and organs involved in immunity with the brain, as have never before been

suspected. Today we know that the whole immune system is linked in many bi-directional ways with the whole central and peripheral nervous system, and that in these connections hormones, neuropeptides and other transmitters play a complex role; also since 1975 we know that the immune system influences the central nervous system through hormone secretion (BASEDOWSKY et al.). Since 1981 we are aware that lymphocytes are capable of producing such hormones (SMITH & BLALOCK); and since 1987 that lymphoid organs which are of basic importance for immunity, are directly innervated by the autonomous nervous system (FELTEN et al.)

The effect of numerous physical and psychic stressors in animals and human beings on a whole series of immunological parameters has been investigated in the last 25 years. Carefully designed studies tried to correlate eating and smoking habits, life events, coping strategies and personality features with the severity and course of infections, chronic illness, tumors and depression via immune mediator research. Detailed knowledge has augmented enormously; we have now an impressive amount of experimental data, which is daily further increasing.

However, the hope of integrating this material into clinical work has not been fulfilled. Therefore it is not suprising to read BALLIEUX's negative balance of 1994: »It should be emphazised that a wide gap still exists between the achievements obtained as scientific (laboratory) studies and daily practice in human health care«.

What are the reasons for this discrepancy between theoretical knowledge and practical use? One reason is linked to the fact that PNI is still a young science: we have insufficient information about just which immune marker has what relevance to global immunity, and how a change in one immune parameter correlates which illness or may influence disease.

Another aspect of PNI research is, however, of interest here. A critical scrutiny of many studies discloses the fact that, while the technical and laboratory aspects are planned and executed with the highest precision and care, the psychological level is (with a few exceptions) mostly simple, even rudimentary.

The current basic concept of PNI is based on the belief that psychical disturbances (owed to personality disorders or to conflicts) lead to changes in the immune system and these, in turn, may cause, under certain circumstances, morphological changes or illnesses:

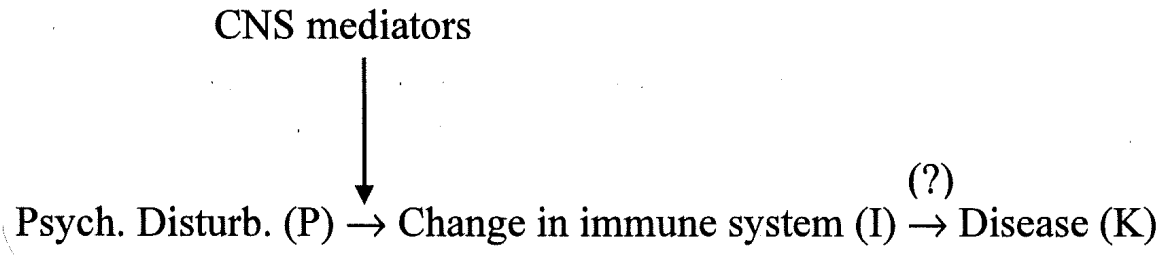


Fig 1: Basic concept of PNI

For P (Psychic disturbances), however, several questions may be raised: Are personality features, such as anxiety, depression, and others, per se pathogenic regarding immunity? Are conflicts as such pathogenic? Which intensity, which duration or chronicity renders them pathologically relevant? When and how are they compensated and compatible with psychic and somatic health, or even improving health?

Much of the basic PNI research has attempted to avoid such questions by using the stress concept. SELYE (1946) employed unspecific, short term stressors in his works and investigated the general adaptation syndrome of organisms in different situations. Many later investigators have assumed that stress is the same in every case. Accordingly, many authors have used stressors which are easy to standardize, such as exposition to cold, pain stimuli, food deprivation, physical exertion and others in animal experiments. In the last years, however, contradictory results of such studies have led to a growing emphasis on human experiments. In this area, too, short and long term stressors have been tested, such as cold exposition, parachute or bungee jumping, frustrating tasks, etc; moreover, the effects of the so called »life events« such as mourning, separation from a partner, loneliness or unemployment, have been investigated (cf. HENNING, 1998).

Modern investigators are searching for links between personality features (for example the ability to cry or the tendency to conceal, or extroversion, cheerfulness, or personality types), in an effort to identify »predictors« of immunological change and/or illness. But here, too, randomisation brings together various, sometimes contrasting (mostly behavioral) traits, blurring the view for their individual impact on immunity and well-being, and thereby for clinical relevance.

Let us look at one such example: It has been described that caring for Alzheimer patients by family members constitutes »cognitive stress« (KIECOLT-GLASER et al., 1987). The authors seem to consider such caring as

uniform chronic stress; the group of family members, too, seems to be homogeneous and correctly matched to a control group. Individual and greatly varying feelings or unconscious attitudes towards the patients, i.e. aggression, ambivalence (for example unconscious death wishes), abandonment anxiety or guilt feelings, the global dynamics of the family and the position of the patient and the caring family member in it, have not, however, been considered.

This and similar works are implicitly based on the model of a functioning human apparatus, which must cope with the emotional and psycho-social problems, in order to achieve a problem-free existence of the individual and sucessfully adjust to its environment. The ways of adjustment may be individually different, but they are all aimed at reaching an undisturbed status quo ante.

This stress model of PNI can be seen in the following figure:

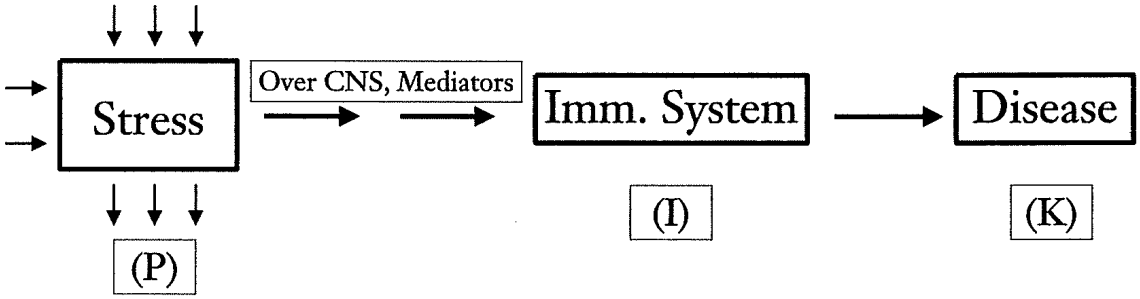


Fig. 2: General stress model of PNI

This stress can thus be considered as a sort of blackbox with a narrow outlet, reducing an infinite number of events - subtle, massive, highly dramatic or irrelevant - to a primitive, even if physiologically complex, sequence, which is amenable to laboratory measurement. The question which needs to be asked here is though: How much of clinically relevant detail is lost in this kind of process?

The individual differentiation and complexity of a person's own experiences, which are influenced by earlier experiences in one´s biography - especially unconscious fears and other feelings - remain outside the range of the artificial laboratory situation. The reductionistic stress modell conceals the lack of a global, integrative concept, which should take into consideration the individual history, the unconscious, the psychodynamics and group dynamics of the individual. SOLOMON and BAHNE BAHNSON are among those few, who

in their investigations have recognized the importance of psychodynamic factors for immunology: «... perhaps some of us who have been trained in depth psychology should look for psychodynamic and not just behavioral relevancies to immunologic variables« (SOLOMON, 1993).

Let us try to illustrate the problem using the examples of anxiety and mourning with their implications for immunological research.

Anxiety as an Example

A large number of studies directly or indirectly focus on the effects of anxiety in its different forms.

In a well-designed study (GRAHAM et al., 1988) it has been found that nurses who reported feelings of anxiety more often than others (compared to a control group of »less anxious« nurses) showed a reduced concentration of saliva-IgA. From this and other studies, the authors conclude that there is a connection between »neuroticism« and the sIgA secretion rate (HENNIG, 1994, 1998). Does this mean that feeling anxiety would be pathological per se? Are these feelings not part of a healthy human capacity for feeling and expressing anxiety in situations in which others would suppress or rationalize it? Furthermore, are the »anxious« and the »less anxious« nurses, respectively, homogeneous groups?

Several studies (LOCKE et al., 1984, SCHLESINGER & YODFAT, 1991, and others) agree that anxiety correlates with diminished Natural Killer Cell Activity (NKCA). In contrast, other authors (SHEA et al., 1991) found a rather positive correlation between subjectively assessed anxiety and the number of NK, CD3 and CD4 cells.

G. AMMON (1979) differentiates between a constructive, destructive, or deficient quality of anxiety. Individuals with a deficient ability to experience anxiety tend to look for situations which allow them to feel their own boundaries, such as extreme sports. They tend to react psychosomatically to emotionally taxing or critical situations.

In the case of many individuals, earlier, analogous memories of situations involving anxiety are unconsciously triggered, so that banal, in themselves insignificant situations, may be reminiscent of major psychic conflicts, some of which may, of course, have remained unsolved and repressed. Anxiety, its intensity and its functions, are linked to earlier experiences of the individual. Anxiety always has its own history.

Let us take as an example a typical laboratory situation and, on the other hand, a case vignette. A group of investigators studied the immunological effect of individuals who had to solve complicated mathematical operations under time pressure and noise exposure (SGOUTAS et al., 1994); in another experiment, the task consisted of unsolvable puzzles (BROSSCHOT et al., 1992).

A 55-year-old man remembers how his father, an intellectual man with great hopes projected on his son, which he himself had not been able to realize, would stand behind him while he was doing his homework and would hit his head every time he made an error or showed difficulties in understanding. The father was getting more and more impatient and irritated because he intuitively grasped that his son would not fulfil his hopes either. The mother kept overtly out of every one of these aggressive scenes, trying to »get along« with the father and appeasing him; the grandmother, on the other hand, idealized the patient, kept him close to herself and talked about him as being the one who is the »meaning of my life«. Between him and his younger sister, a relationship dominated by rivalry had developed.

From a group-dynamic viewpoint, he was misused to rectify the failed life expectations of his father and was made to be the focal point of the unexpressed conflict between two hostile subgroups in the family, while at the same time actually being abandoned by both mother and grandmother. The rivalry with his sister, also an expression of the deep splitting within the entire family (FABIAN, 2001), further enhanced his loneliness. He later developed into a physically robust, but extremely anxious, lonely person, who has never had a partner before. He often reacts with various psychosomatic illnesses.

This example - similar cases are well known to every psychotherapist from clinical work - clearly demonstrates to what extent internalized earlier experiences may influence the actual reaction on experimental »stress situations«, so that these reactions can by no means be considered as isolated ones. This may also be the case with »healthy« probands who have not suffered such extreme experiences or traumata in their childhood.
In this context the question may also be asked as to how »healthy« individuals in a control group actually are. In families with pathological, destructive dynamics even »micro-traumata« can lead to severe (even if superficially compensated) psychic or psychosomatic consequences.

Mourning and Separation

The situation may be similar in the case of mourning reactions. In a very well designed study, changed immune parameters following the loss of a partner have been found (BIONDI & PICARDI, 1996). In other studies (IRWIN et al., 1987, LINN et al., 1984, ZISOOK et al., 1994), no significant (or no consistent) immunological differences versus control groups could be confirmed. SCHEDLOWSKI & TEWES conclude that »it remains difficult to control the many disturbing factors which may play a role in these human studies« (1996).

A fifty-year-old man reported in his psychotherapy about having cared for his old and sick mother until she died. However, his brothers and sisters would blame him for neglecting his mother, »as he had always done«. In his childhood, the patient, whose father had died early, had, as the youngest brother, the particular position of accompanying his mother and serving as a »phantasized partner« to her. He had been closest to the mother, although not in a physical sense. His mother, he reported, had never taken him into her arms or caressed him. Keeping him ostentatiously closer to herself than his siblings, the mother would provoke their jealousy. Ever since his childhood the patient had been suffering from ambivalent aggression and guilt feelings towards his mother. After her death he reacted with severe existential anxieties and guilt feelings, along with psychosomatic cardiac symptoms. From a group-dynamic viewpoint, the patient, who in his childhood served as surrogate partner to his mother, suffered both from the death of the father and from the abandonment by the mother, who failed to treat him as a child in his own right; on the other hand, he was the victim of jealousy, though without enjoying true warmth and care of his mother. As it later became clear in his therapy, he expressed the deep splitting of a greater family, in which »father's party« and »mother's party« had bitterly fought for dominance.

Death and separation can obviously cause various, often contradictory, unconscious feelings, such as existential anxiety, mourning, guilt, aggression - also self-aggression -, as well as feelings of relief, etc.

BAHNE BAHNSON (1980) describes cancer patients who fell ill after loss or separation: »In cancer patients the traumatic loss following separation during adulthood gains its devastating effect from the particular biographic background. [In such situations] the original despair and hopelessness of the deprived and longing child re-emerge.«

In this context, a series of interesting experiments should be mentioned, in which not only the impact of separation or loss in young animals could be assessed, but also their later, remaining effect (cf. LAUDENSLAGER et al., 1985, RAYMOND et al., 1986). DAHLSTÖM (2001) reported that rat pups removed from their mothers for 3 hours per day as adults displayed more anxiety and insecurity in being with other rats than normal animals. Such findings are consistent with BOWLBY's attachment theory in humans and with recent investigations regarding the neuronal plasticity of the human brain.

Brief System Theoretical Considerations. The System-Immanence of Regulatory Processes

SOLOMON wrote in 1993 about a breakthrough in the understanding of health and disease: »It is my thesis that psychoneuroimmunology (PNI) represents a conceptual breakthrough that offers the opportunity, at last, to approach the body and its health disorders from a new systems theoretical perspective«. This breakthrough has, however, not taken place till present, mainly due to the fact that, in my opinion, up to now no integrative, depth-psychological, global concept of PNI has been put forward. Since VON BAERTALANFFY's work on General System Theory (1968), extended by his followers, the conception of different systems linked to each other in a complex interdependence has proven to be fruitful for a wide range of scientific investigations. Each system (S), consisting of a number of sub-systems (Ss), has its own semantics (VON UEXKÜLL) and its own specific communication codex. Environment, culture, family, individuum and CNS constitute such systems with their subordinate sub-systems, all interlaced in a hierarchical supra-system:

(S) Environment	(Ss) Political and social structures
↓	
(S) Culture	(Ss) History, tradition, religion
↓	
(S) Family	(Ss) Interpers. relationships, family dynamics
↓	
(S) Individual	(Ss) Unconscious, identity
↓	
(S) CNS	(Ss) Physiology, genetics, immune system

Fig. 3: A hypothetical hierarchy of systems

This example shows a hypothetical hierarchy of systems and sub-systems in the order of their complexity. Each system may considerably influence the system following; taken together, the system and its sub-systems constitute a multi-dimensional network with mutual impact in space and time.

G. E. SCHWARTZ (1983) developed a similar hierarchy concerning various disciplines; he widened the scope of BERTALANFFY's General Systems Theory by his own Dysregulation Theory. According to this theory, systems have a regulatory impact on other systems - thus, for instance, psychological states on metabolic processes, being mediated by activating of inhibiting feedback pathways. A disturbance in one of these systems leads to disturbances of the negative feedback pathway between two of more systems, i.d. to a dys-regulation. This may be the case with the systems involved in stress, health and immunity.

My hypothesis is that a disturbance or dysregulation within a system can only be corrected within the same system. In other words, regulatory processes must be system-immanent. This means that, in spite of intensive feedback exchange between the systems, as SCHWARTZ postulated, a causal, permanent corrective process cannot take place outside of the disturbed system itself. In the ecological system of a tree, for instance, several systems interact in a complex living unit (each one of them involving a number of subsystems): light, atmospheric factors, leaf physiology, root physiology and soil factors. If one tried to correct a disturbance in the soil or in the light system by compensating factors in the capillary system of the leaves for example, this of course could not be expected to lead to much more than just a superficial and transient improvement.

In anology, this can be compared to the serotonine system and the panic symptoms in depression. Experimentally produced panic attacks by Atrial Natriuretic Peptide (ANP) have been considered as an indication of the fact that a) changes in the serotonine system imply not only a physiological correlate of panic attacks, but may constitute a causal factor of these, and b) consequently, therapeutic modification of the serotonine system would lead to a correction and, in due time, to the dissappearing of the panic attacks (Nervenarzt 74/2003). This mode of thinking plays a considerable role in the hopes connected to the pharmacological treatment of psychiatric disease beyond symptomatic improvement; in my view, such a reductionistic biological thinking narrows the scope of integrative approaches and contradicts the principle of the system-immanence of regulatory processes expounded here.

Let us postulate the following scheme involved in the phenomenology of schizophrenia:

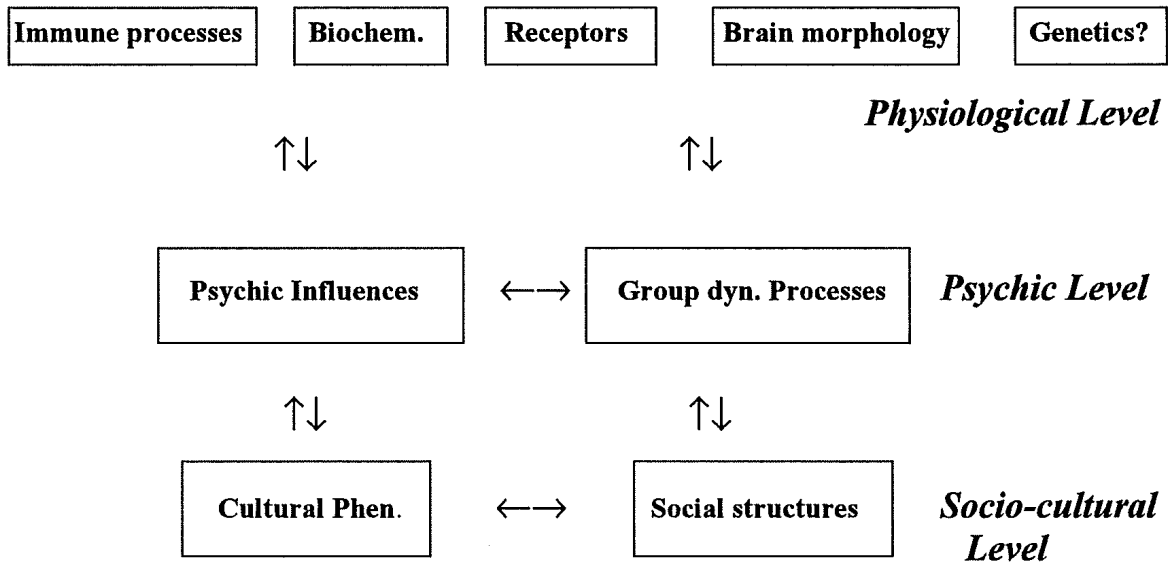


Fig. 4: Levels of impacts involved in schizophrenia

According to this scheme, cultural, social, or political impacts may influence an individual in a pathological way possibly leading to the development of schizophrenia, but these impacts - just as those of the metabolic system, which I consider as epiphenomena of the disease on the metabolic level - will not be decisive by themselves, but will be filtered and modulated by the group dynamics of the individual in his primary group. Disturbances in the group-dynamic system are, in our experience, those leading to the development of the disease (G. AMMON, 1975, 1979, 1980, M. AMMON, 2002). As a consequence, only regulatory, i.d. therapeutic modifications within the decisive system of (internalized) psychodynamics and group dynamics will result in an enduring healing effect of schizophrenia.

A multifactorial genesis, as it is commonly proposed not only for the genesis of schizophrenia, but also of personality disorders and psychosomatic disease, postulating equal involvement of parallel horizontal causing factors or systems (cf. WEINER, FAWZY, VON UEXKÜLL and most present researchers) lead to a heterogeneous »mixture« of possible causal agents and fail to give us a genuinely integrative and therapeutically relevant general conception of PNI.

Contribution to a Psychodynamic and Group-Dynamic Approach

I have no doubt that early experiences involving anxiety or abandonment feelings also manifest themselves on an immunological level, and that these immunological manifestations may recur in later situations which constitute psychodynamic or group-dynamic equivalents of these early experiences. A present situation, entailing abandonment or separation may, then, elicit immunological reactions which have been conditioned as a consequence of traumatic experiences in early years. An early traumatic experience elicits a complex immunological reaction which will be »engraved« into the immune system. Thus, one could speak of a »dynamic memory« corresponding to the »immunological memory« (conditioning) described by ADER and COHEN in 1975 (and to the neuronal »memory« investigated by the latest research involving the neuronal plasticity of the brain).

Later equivalent experiences, as for example mourning situations or other, even less severe forms of abandonment anxiety, will activate the earlier »dynamic memory«, which, in turn, reactivates the »immunological memory« corresponding to the older pattern.

The following scheme should illustrate this:

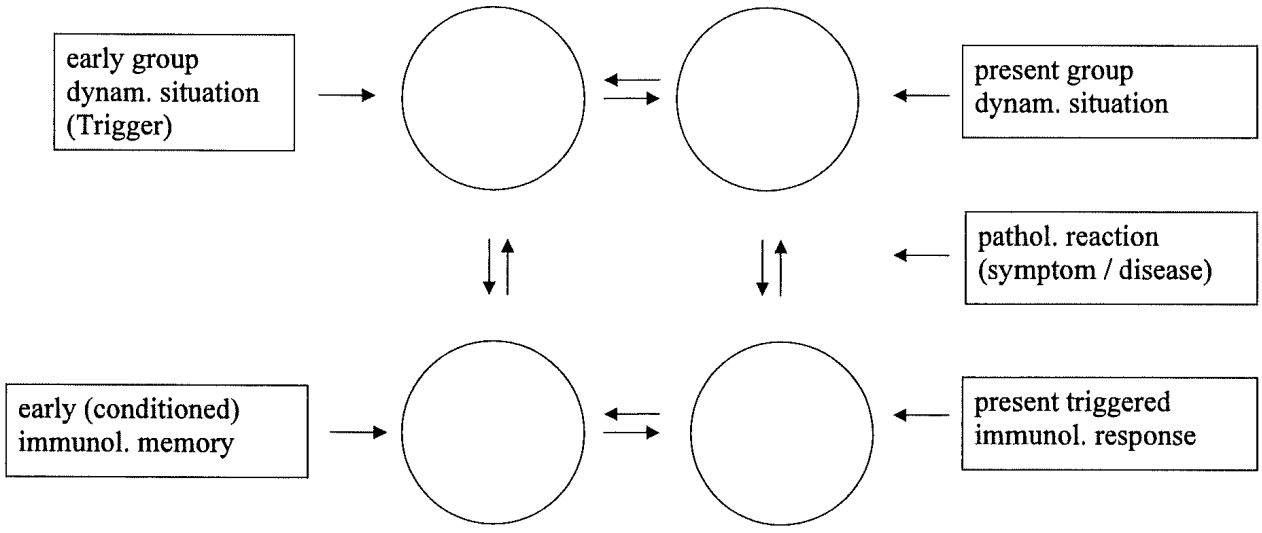


Fig 5: A dynamic immunological model

This hypothetical process would explain why a loss or a mourning situation may have not only psychologically, but also immunologically and physically, widely differing consequences. The course of events, then, will not be merely determined by an impersonal »stress situation«, but by the individual dynamic and immunological life history.

Of course, this process is not to be understood in a mechanical way. Clinical experience confirms that traumata are in the long run more relevant when they are embedded in a previously existing pathological constellation, e.g. the maltreatment of a child with a previous history of abandonment or neglect. Very few researchers in recent times have emphasized the importance of the personal history of the patient in dealing with the immunological findings in the patient´s life. One of these authors, BROOM (2001), states: »A new model of personhood is suggested (...) from which disease and 'story' emerge as dimensions of the whole. This has radical implications for medicine«.

Conclusion

In this contribution, I have attempted to propose an approach which would take into account the psychodynamic and group-dynamic specificity based on the particular, significant details of the individual's own history. Thereby, the individual's biography should be taken into consideration, as well as his unconscious, pathogenic experiences and conflicts, and their relevance for the life and personality of the individuum. It is, therefore, desirable that investigators of laboratory phenomena should cooperate closely with clinicians trained and experienced in depth psychology and group dynamics.

Such an approach is, of course, only possible as part of a general concept of health and illness, which should integrate individual, psychodynamic and group-dynamic aspects, as well as the dimension of the unconscious processes, into PNI research. We hope that such a concept will gradually be developed, a concept which will undoubtedly lead to more clinical relevance of experimental work and thus help to bridge BALLIEUX's gap between scientific achievements and »daily practice in human health care«.

Beitrag zu einem psychodynamischen und gruppendynamischen Konzept der Psychoneuroimmunologie

Egon Fabian (München)

Die junge Wissenschaft der Psychoneuroimmunologie (PNI), die in den 70'er Jahren des letzten Jahrhunderts - genauer gesagt 1975 mit den immunologischen Konditionierungsexperimenten von ADER und COHEN - entstanden ist und sich die Integration des Wissens über die Verbindung zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen mit Hilfe der modernen Immunologie zum Ziel gesetzt hat, weist heute eine große Fülle von experimentellen Daten und Wissen auf. Doch, während der Einfluss einer großen Zahl von Parametern (sogenannten Stressoren) auf Gesundheit und Krankheit in immer sorgfältiger durchgeführten (meist Labor-) Untersuchungen zu diesem Wissen geführt hat, bleibt die Diskrepanz zwischen Wissen und praktischer Anwendbarkeit (von BALLIEUX 1994 als enttäuschende Bilanz moniert) immer noch unbefriedigend. Der Autor begründet dies mit der Tatsache, dass die psychologische, und vor allem tiefenpsychologische Ebene hinter der labortechnischen vereinfacht, ja rudimentär geblieben ist und das Fehlen eines globalen PNI-Konzeptes zur Folge hatte.

Eine lineare Kausalitätskette psychischer und körperlicher Erscheinungen (siehe Fig. 1 im engl. Text) bildet immer noch die konzeptionelle Grundlage der PNI-Forschung. Das Modell, die »Blackbox« immunologischer Varianten als Bindeglied zwischen Psyche und Körper, bedient sich der von SELYE und seinen Nachfolgern ab 1946 entwickelten Stressforschung. Beispiele aus der Literatur - wie z.B. die Erforschung immunologischer Veränderungen bei pflegenden Angehörigen von Alzheimerkranken nach dem reduktionistischen Stressmodell - entbehren jeder Differenzierung und tragen der Komplexität solcher Situationen, mit ihren z.T. im Unbewussten verankerten Faktoren, keinerlei Rechnung. Diese Kritik wird vom Autor am Beispiel der Forschungsergebnisse in Bezug auf Angst, sowie auf Trauer und Trennung mit klinischen Beispielen, welche die Differenziertheit der psycho- und gruppendynamischen Phänomene im individuellen Falle dokumentieren, näher untermauert. Die Beispiele beziehen sich auf einen unter Angst leidenden Mann, auf den die grenzenlosen, unerfüllten Lebensansprüche des Vaters bzw. der gesamten Familie projiziert wurden, bzw. auf einen Patienten, dem jegliche Trennung durch widersprüchliche Beziehungsangebote und einer virulenten Schuldge-

fühlsdynamik seitens der Familie »verboten« wurde. Demgegenüber wird BAHNE BAHNSON's Beschreibung von Krebspatienten angeführt, deren traumatische Verlusterlebnisse vor dem biographischen Hintergrund der Kindheit eine besondere Bedeutung verleihen. Unterstützt wird diese therapeutische Erfahrung auch durch neuere tierexperimentelle Daten (vgl. LAUTENSLAGER et al.; 1985, RAYMOND et al.; 1986 u.a.), durch die Erkenntnisse der Bindungstheorie und der Forschungsergebnisse der neuronalen Plastizität.

Nach einem kurzen Exkurs in den Bereich der modernen Systemtheorie (insbesondere der Arbeit von G. E. SCHWARTZ über dysregulatorische Prozesse) stellt der Autor die Hypothese auf, dass dysregulatorische Störungen, d.h. solche, welche die gestörten Rückkopplungsprozesse zwischen den einzelnen Systemen betreffen, nur durch Korrekturen innerhalb desselben Systems in welchem sie ursprünglich die Störung verursacht haben, d.h. system-immanent, korrigiert werden können. In diesem Zusammenhang wird die heute sehr verbreitete multifaktorielle Kausalitätsauffassung psychiatrischer und psychosomatischer Krankheit kritisiert.

Den Abschluss der Arbeit bildet der Vorschlag eines globalen PNI-Konzeptes (Fig. 5). Mit diesem wird versucht, den Wiederholungsaspekt biographisch begründeter Ereignisse, deren unbewusste, spezifisch persönliche Dimension, sowie die immunologisch-biographische »Wiederholung« (in Anlehnung an die anfangs erwähnten historischen Konditionierungsexperimente von ADER und COHEN) im Rahmen eines umfassenden Konzeptes zu integrieren.

References

Ader, R.; Cohen, N. (1975): Behavioral conditioned immunosuppression. Psychosomatic Medicine, 37, 333-340

Ammon, G. (Ed.) (1975): Psychotherapie der Psychosen. Munich: Kindler Verlag

- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich- Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. Dyn. Psychiat. 11, 120-140
- (Ed.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.1. München: Ernst Reinhardt Verlag
- (1980): Dynamisch Psychiatrie. Munich: Kindler Verlag

Ammon, M. (2002): Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Bahne Bahnson, C. (1980): Stress and cancer: The state of the art. Part 1. Psychosomatics 21, 975-981

Ballieux, R.E. (1994): The mind and the immune system. Theories in Medicine, 15, 387-395
Basedowsky, H.; Sorkin, G.; Keller, M; Müller, J. (1975): Hypothalamic changes during the immune response. Proc. Soc. for Experim. Biology and Medicine 21, 70-76
Biondi, M; Picardi, A. (1996): Clinical and biological Aspects of Bereavement and loss-induced depression: A reappraisal. Psychother. Psychosom. 65, 229-245
Broom, B. (2001): Medicine and "story": Patients' personal meanings and the emergence of physical disease. Paper presented at the 16th World Congress on Psychosomatic Medicine, Göteborg 2001
Brosschot, J.F.; Benschop, R.J.; Godaert, G.L.; de Smet, M.B.; Olff, M.; Hejnen, C.J.; Ballieux, R.E. (1992): Effects of experimental psychological stresson distribution and function of peripheral blood cells. Psychosomatic Medicine 54, 394-406
Dahlström, A. (2001): Integrative aspects of information transfer between the central and peripheral nervous system and the immune system. Paper presented at the 16th World Congress on Psychosomatic Medicine, Göteborg 2001
Fabian, E. (1999): Vatersehnsucht, Muttersehnsucht: Gruppendynamische Faktoren in der Entwicklung des Ödipuskomplexes. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 35, 72-89
Fabian, E. (2004): Gruppendynamische Aspekte der Geschwisterrivalität. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 40, 65-84
Felten, D.L.; Ackerman, K.D.; Wiegand, S.J.; Felten, S.Y. (1987): Noradrenergic sympathetic innervation of the spleen. Journal of Neuroscience Research 18, 28-36
Graham, N.M.; Bartolomeusz, R.C.; Taboonpong, N.; La-Brooy, J.T. (1988): Does anxiety reduce the secretion rate of secretory IgA in saliva? Med. J. of Australia 148, 131-133
Hennig, J. (1994): Die psychobiologische Bedeutung des sekretorischen Immunglobulins A im Speichel. Münster, New York: Waxmann
Hennig, J.(1998): Psychoneuroimmunologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
Irwin, M.; Daniels, M.;Weiner, H. (1987): Immune and neuroendocrine changes during bereavement. Psychiatric Clinics of North America 10, 449-465
Kiecolt-Glaser, J.K.; Glaser, R.; Shuttleworth, E.C.; Dyer, C.S.; Ogrocki, P.; Speicher, C.E. (1987): Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. Psychosom. Med. 49, 523-535
Laudenslager, M.L., Capitanio, J.P., Reite, M.L. (1985): Possible effects of early separation experiences on subsequent immune function in adult macaque monkeys. American Journal of Psychiatry 142: 862-864 Laudenslager, M.L., Fleshner, M.; Hofstadter, P.; Held, P.E.; Simons, L. (1988): Suppression of specific antibody production by inescapable shock: stability under varying conditions. Brain, Behavior and Immunity 2, 92-101
Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality
Linn, M.W.; Linn, B.S.; Jensen, J. (1984): Stressfur events, dysphoric mood and immune responsiveness. Psychological Reviews 54, 219-222
Locke,S.E.; Kraus, L.; Leserman, J.; Hurst, M.W. (1984): Life change stress, psychiatric symptoms, and natural killer cell activity. Psychosomatic Medicine 46, 441-453
Raymond, L.N.; Reyes, E.; Tokuda, S.; Jones, B.C. (1986): Differential immune responses in two handled inbred strains of mice. Physiology and Behavior 37, 295-297
Schedlowski, M. & Tewes, U. (Ed.) (1996): Psychoneuroimmunologie. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag
Schlesinger,M.; Yodfat, Y.(1991): The impact of stressful life events on natural killer cells. Stress Medicine 7, 53-60
Schwartz, G. E. (1989): Dysregulation theory and disease: Toward a general model of psychosomatic medicine. In: Cheren, S.: Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice. Madison: International University Press
Selye, H. (1946): The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. The Journal of Clin. Endocrin. 6, 117-231

Shea, J.; Clover, K.; Burton, R.(1991): Relationships between measures of acute and chronic stress and cellular immunity. Medical Science Research 19, 221-222

Smith, E.M.; Blalock, J.E. (1981): Human lymphocyte production of corticotropin and endorphine-like substances: association with leucocyte interferon. Proc. of the Nat. Acad. of Sciences 78, 7530-7534 Solomon, G.F. (1993): Whither psychoimmunology? A new era of immunology, of psychosomatic medicine, and of neuroscience. Brain, Behavior, and Immunity 7, 352-366

Solomon, G.F.; Moos, R.H. (1964): Emotions, immunity, and disease. A speculative theoretical integration. Archives of General Psychiatry 11, 657-674

Zisook, S.; Schuchter, S.R.; Irwin, M.; Darko, D.F.; Sledge, P.; Resovsky, K. (1994): Bereavement, depression, and immune function. Psychiatry Research 52, 1-10

Address of the Author:

Egon Fabian, M.D.
Aretinstr. 29
D - 81545 München

egon.fabian@klinik-menterschwaige.de

Der Stellenwert körpertherapeutischer Ansätze am Beispiel traumatisierter Psychosomatik - Patienten

A. von Arnim (Erlangen); K. Pöhlmann (Dresden); P. Joraschky (Dresden)

Body psychotherapy is a treatment element in many clinical settings, numbers on its availability range from 50 % to 89 %. However, the term body psychotherapy or body therapy does not stand for a specific school but rather for a wide array of therapeutic approaches, such as Konzentrative Bewegungstherapie, bioenergetic methods and Funktionelle Entspannung (Functional Relaxation) being the most frequent ones in Germany. Body psychotherapeutic methods create an access to early preverbal experiences and make the processing of early traumatic experiences possible. The article describes the theoretical foundations of one branch of body psychotherapy, namely Funktionelle Entspannung (Functional Relaxation), and reports empirical studies on its effectiveness. In the second part of the article the therapeutic procedure of Funktionelle Entspannung (Functional Relaxation) is described and its application in the field of trauma therapy is illustrated.

»Habe ich meinen Körper verloren, so hab ich mich selbst verloren.
Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst.
Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt«.

Vladimir Iljine, Paris. 1965

1. Einleitung

Die Begriffe »Körpertherapie« oder »Körperpsychotherapie« zeigen schon das terminologische Dilemma. Der Begriff »Körpertherapie« weist auf Defizite in der Körperorientierung der Psychotherapie hin, während die Bezeichnung »Körperpsychotherapie« die enge Verbindung von Sprache und Körpererleben betont. Körpertherapien sind keine »non-verbalen« Therapien, sondern der Aufmerksamkeitsfokus liegt verstärkt auf leiblichem Empfinden. Dieses wird jedoch regelhaft mit Sprache verbunden. Wir sprechen daher heute bevorzugt von »körperorientierter Psychotherapie« (RÖHRICHT, 2000), um den besonderen Fokus zu benennen. Körpertherapieverfahren haben überwiegend einen psychoanalytischem Theoriehintergrund, entwickelten sich jedoch in verschiedenen Richtungen eigenständig weiter.

Seit den ersten Publikationen der Pioniere körperorientierter Psychotherapieverfahren (GINDLER, 1926; REICH, 1933) ist eine nahezu unbestimmbare Vielfalt theoretischer und praxisbezogenener Literatur publiziert worden. Eine Bibliografie der deutschsprachigen Literatur von GEUTER (1998) zitiert 1143 Quellen in unterschiedlichen Teilbereichen. Insbesondere durch die stationäre Psychotherapie, in der die körperorientierte Psychotherapie im Rahmen der multimethodalen Ansätze einen wichtigen Stellenwert erreicht hat, entwickelten sich in den letzten Jahren integrative Ansätze zwischen einzelnen Körpertherapiemethoden und es wurden erste empirische Untersuchungen durchgeführt. Die Befragung zur Relevanz leiborientierter Therapieangebote an psychosomatischen Kliniken, durchgeführt von DIETRICH (1995) an 260 Kliniken ergab, dass körperorientierte Therapieangebote gegenwärtig in 89% der kinisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eingesetzt werden und dass körperorientierte Verfahren als anerkannte Methoden der Psychotherapie angesehen werden (am meisten angewendet: Konzentrative Bewegungstherapie 66 %, Bioenergetik 38 %, Funktionelle Entspannung 37 %).

Durch diese besonders in Deutschland etablierten Möglichkeiten liegen umfangreiche klinische Erfahrungen bei bestimmten Patientengruppen wie Patienten mit alexithymer Persönlichkeitsstruktur, schweren Störungen der Körper- und Selbstakzeptanz und Berührungsängsten bei Borderline-Patienten vor, hier hat sich die Kombination verbaler und körperorientierter Therapiemethoden bewährt. Durch diese Anwendungsmöglichkeiten bei psychosomatischen Erkrankungen haben sich vor allem die Konzentrative Bewegungstherapie und Funktionelle Entspannung durchsetzen können. Zu diesen Verfahren wurden auch erste kontrollierte Therapiestudien vorgelegt. Exemplarisch soll hier im weiteren auf die Funktionelle Entspannung Bezug genommen werden. Parallel zur Entwicklung differenzierter Therapiemethoden wurden diagnostische Instrumente insbesondere zu den Konstrukten des Körperbildes und des Körper-Selbst weiterentwickelt (JORASCHKY et al., 2004).

2. Psychoanalytische Grundlagen der körperorientierten Körpertherapie - Das Körperbild und das Körper-Selbst

Als Körperbild bezeichnen wir die seelische Repräsentation und emotionale Besetzung des eigenen Körpers (SCHILDER, 1950). Entwicklungspsychologisch

bildet sich das Körperbild in der frühen Lebensgeschichte stufenweise eng verknüpft mit der Selbstvorstellung aus. Das Selbstwerterleben und das Gefühl der eigenen Identität sind an die positive Besetzung des eigenen Körpers gebunden. Hier bestehen enge Verknüpfungen zwischen einem abgegrenzten integrierten Körperbild und einem kohärenten Selbstgefühl. Der Körper kann als Ganzheit erlebt werden, in seelischen Krisen aber auch als uneinheitlich, im Extremfall als fragmentiert.

Da die Entwicklung des Körpererlebens immer eingebunden ist in den sozialen Kontext, verstehen wir die Entwicklung des Körperbildes als intersubjektiv, an Körperzonen stattfindende soziale Interaktionen werden affektiv verknüpft. Einem besonderen Affektsystem, der Scham, kommt für die Integration und Desintegration z. B. bei schweren narzisstischen Verletzungen besondere Bedeutung zu. Dies soll im folgenden am Beispiel von traumatisierten, im Körperbild beschädigten Patienten dargestellt werden.

3. Wirkprinzipien von Körpertherapien

Allgemeines Wirkprinzip von Psychotherapie ist die Arbeit auf einem optimalen affektiven Niveau, was bei neurotischen Patienten die Arbeit an den Abwehrstrukturen in den Mittelpunkt rückt. Ein anderer Zugangsweg besteht über die körperlichen Erfahrungen, die besonders stark mit Affekten verbunden sind, insbesondere die lebensgeschichtlich frühen Erlebnisse. Je körpernäher ein Affekt erlebt wird, desto »ergreifender« wird er empfunden. Eine positive Besetzung des eigenen Körpers ist wiederum die Voraussetzung für Freude, Sinnlichkeit und Lusterfahrung. Durch Angst verursachte Affektblockaden können körpertherapeutisch gelöst werden, spielerisches Umgehen und direktes Erfahren sind für eine sinnlich orientierte Entwicklung günstig. In jeder Körpertherapie wird das grundlegende, basale Erleben des eigenen Körpers durch spezielle »Angebote« gebahnt, durch Wiederholung eingeübt und für den therapeutischen Prozess genutzt. In einer nächsten Stufe kann dieses körperliche Spüren durch Phantasien angereichert werden, die um das körperliche Spüren zentriert sind. Auf einer dritten Stufe können in der Begegnung mit Anderen, aber auch in der Phantasie zwischenmenschliche Erfahrungen reaktiviert werden. KÜCHENHOFF (2002) gibt folgende Verbindungsmöglichkeiten des Körpererlebens an:

- die Verbindung von Sinnlichkeit und Emotionalität,
- die Verbindung von körperlichem Erleben und Unbewusstem,
- die Verbindung von Körpererleben und präverbalem Erfahrungsbereich,
- die Verbindung von Körperempfinden und Intersubjektivität,
- die Verbindung von Körpererleben und Selbstgefühl (Abgrenzung gegen andere, Subjekt-Objekt-Differenzierung).

Körperbezug, Reflexion und Handeln stehen in jeder Körpertherapie in einem produktiven Wechselverhältnis. Die Erweiterung des Handlungsspielraums erfolgt durch das Wiederholen gemachter Erfahrung, und die Erprobung und Stabilisierung neuer Verhaltensweisen.

4. Leibbezogene Psychotherapie bei schwerer Ich-Psychopathologie

Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Wirkprinzipien haben sich Körpertherapien im klinischen Einsatz in verschiedenen Feldern störungsorientiert weiterentwickelt. Beispiele dafür sind die psychotherapeutischen Ansätze bei Schizophrenen, bzw. die leibbezogene Therapie bei schwerer Ich-Psychopathologie von SCHARFETTER (1978). Körperorientierte Psychotherapie wirkt in diesem Indikationsbereich strukturfördernd, die Affektsteuerung verbessernd und grenzenstärkend (siehe Tab. 1). Die Auffassung, dass körperorientierte Psychotherapie immer regressionsfördernd, damit strukturschwächend und die Affektüberschwemmung begünstigend wäre, ist falsch. Maligne Regressionen können naturgemäß bei körperorientierter Psychotherapie, wie auch bei der analytischen Psychotherapie als potenziell schädigender Risikobereich auftreten.

Leider wurden derartige Ansätze, die auf reicher klinischer Erfahrung beruhen, nicht weiterentwickelt und auch nicht empirisch überprüft. Wie die wenigen empirischen Untersuchungen zu körperorientierten Psychotherapien zeigen, liegen hier jedoch Chancen, den Therapieerfolg auch empirisch zu bestätigen.

5. Empirische Forschung zur Körperpsychotherapie

Obwohl in etwa 50 % der psychosomatischen Kliniken neben den etablierten Richtlinienverfahren körperorientierte Psychotherapie durchgeführt wird (ANDRITZKY, 1996) und sie auch im englischsprachigen Ausland eine relativ

Ich-Vitalität	Atmen Leibmitte als durchflutet, bewegt betonen Den Leib spüren lernen: Gesicht in die Hände legen, Finger, Arme bewegen und spüren Rumpf zusammenbiegen und strecken (Vorsicht mit Rückenlage) Gehen (barfuß), stehen Auf dem Boden liegen, den Leib vergegenwärtigen Fest zupacken (z.B. Oberarm), halten
Ich-Aktivität	Gezielte Bewegungen, besonders der Hände ausführen, z.B. Finger beugen, zeichnen, schreiben, mit Bleistift, Kreide, Stab auf Boden, Tafel, Papier Bewegung stoppen, fort-, zurückführen (keine neurologische Untersuchung!) Dabei verbal betonen, dass Patient selbst Herr seiner Bewegungen ist (eigenmächtig) Stoßen, halten, ziehen, packen
Ich-Konsistenz	Leibmitte betonen (Atmung) Arme um eigenen Leib schließen Sich Zusammenrollen (Igel, Schildkröte, Jagdhund) in Bauchlage, Seitenlage Stoßen (mit Armen, Stab, Beinen), ziehen (Seil), werfen (Ball)
Ich-Grenze	Eigenbereich markieren (Matte, Ring, Kreidekreis auf dem Boden) Grenze angeben mittels Stab mechanisch, akustisch, verbal („Ton angeben") gegenüber der Therapeutin Patient selbst bestimmt Nähe und Distanz Schrittweise Annäherung, vom Patienten selbst kotrolliert. Vorsicht bei Berührung: Wegstoßen, weg stemmen mit Stab, wegstoßen ohne Instrumente (Finger, Hand, Arm, Bein, Fuß, im Stehen, Sitzen, Liegen) Ziehen (Stab, Seil zuletzt ohne zwischengeschaltetes Hilfsmittel)
Ich-Identität	Besonders auf Gesicht und Hände zentriert Gesicht in eigenen Händen spüren (Wärme, Puls, Bewegung) Gesicht im Spiegel betrachten Hände vergegenwärtigen den eigenen Leib (taktil, aber auch protopathisch!)

Tab. 1: Leibbezogene Therapie - Hinweise aus der Ich-Psychopathologie

weite Verbreitung genießt - BOADELLA (1997) verweist auf 5 000 Kasuistiken - ist die Datenlage, wenn man sich an dem derzeitigen Standard der Psychotherapieforschung orientiert, unzureichend (GEUTER, 1998).

Körperpsychotherapiestudien, die einem gewissen empirischen Standard genügen, liegen derzeit für die Bioenergetik, die Funktionelle Entspannung, die Konzentrative Bewegungstherapie und die Tanztherapie vor. Allerdings verwenden diese Studien Outcome-Maße, die sich im wesentlichen auf die Symptomatik und die Persönlichkeitsentwicklung, also auf psychologische Parameter beziehen. Verlaufsuntersuchungen, in denen das Körpererleben durch Fragebögen (z. B. Strauß u. Appelt 1983, 1986), projektive Verfahren (Joraschky et al. 1998) oder Bewegungsanalysen als mikroanalytischem Verfahren erfasst wird, sind nur in ersten Ansätzen vorhanden. Hier gilt es, spezifisch auf die jeweiligen Körpertherapie-Ziele abgestimmte Messinstrumente zu entwickeln.

Für die Funktionelle Entspannung (FE) liegen sieben prospektive kontrollierte, zum Teil randomisierte Studien vor. In einer randomisierten, kontrollierten Studie (LOEW, et al. 1994, JORASCHKY, et al. 1997) wurden Patienten mit Colon irritabile (n = 57) in Gruppen von vier Teilnehmern zehn Stunden kurzpsychotherapeutisch anhand eines Manuals mit Funktioneller Entspannung behandelt. Die Therapieeffekte wurden anhand der Beschwerden (Beschwerdetagebuch), der Beschwerdeintensität (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank) und einer großen Zahl weiterer Parameter (Körperbildfragebogen, Körperskulpturtest, FPI, GBB) erfasst. Die Studie fand im Rahmen einer umfangreichen Therapieevaluation mit Naturheilpräparaten statt. Die Gruppe der Patienten mit Funktioneller Entspannung zeigte in der Beschwerdewahrnehmung und im Leidensdruck eine signifikante Besserung gegenüber Placebo im Unterschied zu den Naturheilpräparaten. Diese Besserung trat nicht am Ende der Therapie, sondern erst in der Ein-Jahres-Katamnese auf. In der signifikant gebesserten Gruppe finden sich vor allem Patienten, die im Krankheitsmodell sowohl über die Auslösesituation wie über die psychische Verarbeitung rasch einen Zugang zu ihren Affekten, Affektäußerungsmöglichkeiten und Konflikten finden konnten.

Vier Studien liegen zur Beeinflussung von Atemstörungen bei Patienten mit Asthma bronchiale vor. Bei Katamnesen von Asthmapatienten (n = 31) nach 1 1/2 Jahren fand sich eine signifikante Verringerung der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und ein Absinken der Krankenhaustage pro Jahr sowie eine Abnahme der Verwendung von Sympatomimetica und Steroiden in der FE-Gruppe (Deter und Allert 1983). Im Rahmen von drei randomisierten Standardbehandlungs- bzw. placebokontrollierten Kurzinterventionsstudien stellen LOEW et al. (1996 a, b, c, 1998) bei Asthma-Patienten fest, dass eine

standardisierte Kurzintervention mit Elementen der Funktionellen Entspannung auf die Atemwegswiderstände bei Patienten mit reversiblen Atemwegsobstruktionen einen vergleichbaren Effekt hat wie die Applikation von Sympatomimetica. Zusätzlich konnte die Überlegenheit der FE Elemente gegenüber einem unspezifischen Entspannungs-Körpertherapieangebot gezeigt werden. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Patienten mit funktionellen Atemstörungen muss durch weitere Studien abgesichert werden.

6. Körperorientierte Psychotherapieverfahren am Beispiel der Funktionellen Entspannung

Die Funktionelle Entspannung (FE) gehört zu den tiefenpsychologisch fundierten körperbezogenen Psychotherapiemethoden, sie wurde in der Nachkriegszeit von der heute in Erlangen lebenden Bewegungstherapeutin MARIANNE FUCHS (FUCHS, 1994) in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg zunächst pragmatisch an internistischen Patienten entwickelt (FUCHS, 1985). Eine theoretische Fundierung wurde in jüngerer Zeit in der Veröffentlichung »Subjektive Anatomie« (V. UEXKÜLL et al., 1997) vorgelegt. Die Theoretischen Wurzeln der Methode liegen in der Anthropologischen Medizin V. WEIZSÄCKERS, in der Tiefenpsychologie und in der »Subjektiven Anatomie«.

Anthropologische Medizin v. Weizsäckers: Ausgangspunkt ist die »Gestaltkreislehre« V. WEIZSÄCKERS, d.h. die Verschränkung von Wahrnehmen und Bewegen, die auch den »Ebenenwechsel« zwischen körperlichen und psychosozialen Vorgängen mit einschließt. Außerdem beschreibt das »bipersonale Prinzip« des »Gestaltkreises«, dass Arzt und Patient im therapeutischen Prozess in besonderer Weise »verschränkt« sind: »Nichts in dieser Sache (dem Heilungsprozess) geschieht im Kranken, wovon nicht die Resonanz im Arzte und umgekehrt« (V. WEIZSÄCKER, 1947). Diese Art von »Resonanz« ist gerade bei einem körperbezogenen Therapieprozess, der in der Funktionellen Entspannung rhythmus- und selbstwahrnehmungsbezogen ist, wesentlich.

Tiefenpsychologie: FUCHS bezeichnet die Funktionelle Entspannung als tiefenpsychologisches Verfahren, das auf der Lehre vom Unbewussten fußt. Die Funktionelle Entspannung versteht das Somatische oder das »Leibgeschehen«

als die tiefste Schicht des Unbewussten. Da die Bedeutung körperbezogener, tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapiemethoden gerade in der Möglichkeit des Zugangs zu sehr frühen, körpernahen Erlebnisweisen der Patienten liegt, sei innerhalb der psychoanalytischen Theorie auf neuere Entwicklungen der Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie hingewiesen sowie insbesondere auf die psychoanalytische Säuglingsforschung.

An dieser Stelle ein kurzer Exkurs zum methodischen Vorgehen der Funktionellen Entspannung:

Die Methode fokussiert die körperliche Eigenwahrnehmung des Patienten durch »verbale Angebote« innerhalb des therapeutischen Dialogs, die sich auf verschiedene körperliche Bezugssysteme erstrecken. Diese Systeme sind:

- der Bezug zum Boden als »äußerer Halt«
- das Skelettsystem als »Gerüst« oder »innerer Halt«
- die Haut als »Grenze«
- die Körperhöhlen als »innere Räume«

Ein weiteres System ist der körpereigene Rhythmus, der besonders am autonomen Atemrhythmus beim Vorgang des »Loslassens«, d. h. eines begrenzten Entspannungsvorgangs, wahrnehmbar ist. Körperliche Eigenwahrnehmungen haben innerhalb einer gelingenden Beziehung mit geglücktem »match« oder »attunement«, wie die empirischen Säuglingsforscher (STERN, 1985; LICHTENBERG, 1991a) den Mutter-Kind-Dialog benennen, eine für die Symbolisierung bedeutsame affektive Tönung. Im günstigen Fall steht z. B. die Beziehung zum Boden für eine haltgebende Objektbeziehung, die Wahrnehmung des eigenen Skelett- und Gelenksystems für Autonomie im Sinne von Selbständigkeit und Selbstbewegung, die Empfindung der eigenen körperlichen Hautgrenze für Schutz- und Abgrenzungsmöglichkeit, die Erfahrung von inneren Räumen für das Vertrauen in autonome vegetative Vorgänge und die Abwesenheit von »malignen Introjekten«, die Wahrnehmung rhythmischer Vorgänge im eigenen Körper, sowohl für Hergeben und Bekommen als auch für sinnliches Vergnügen.

Hier finden sich enge inhaltliche Bezüge zu den Begriffssystemen der psychoanalytischen Säuglingsforschung. So zwischen den angeborenen funktional-motivationalen Systemen nach LICHTENBERG (1991b) und den

oben genannten körperlichen Bezugssystemen in der Funktionellen Entspannung (siehe Tab. 2), z. B. besonders zwischen der Beziehung zum Boden und dem Bedürfnis nach Verbundenheit oder dem Bewegungssystem und dem Bedürfnis nach Selbstbehauptung/Exploration oder zwischen der Hautgrenze und dem Bedürfnis nach Rückzug, Aversion oder zwischen dem System Rhythmus und dem Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen.

Angeborene Motivationssysteme (Lichtenberg 1983)	Körperliche Bezugssysteme in der funktionellen Entspannung (Fuchs 1985)	Selbstempfinden des „core self" (Stern 1985)
Verbundenheit	Boden („äußerer Halt")	sense of coherence
Selbstbehauptung und Explorotion	Gerüst (beweglicher „innerer Halt")	sense of agency
Aversion	Haut („Grenze")	sense of affectivity
Regulation physiologischer Bedürfnisse	Räume (Körperhöhlen)	sense of self history

Tab. 2: Körperbezogene Psychotherapie und psychoanalytische Säuglingsforschung

Ebenso scheint ein Schwerpunkt der Wirkungsweise der Funktionellen Entspannung die Stärkung des von STERN (1985) beschriebenen basalen Selbstempfindens zu sein, das im dritten Lebensmonat als »core-self« des Säuglings entsteht, mit den Selbstgefühlen, Urheber von Eigenaktivität zu sein, Träger von verschiedenen Gefühlsqualitäten, dann dem Gefühl, ganz, d. h. nicht fragmentiert zu sein bzw. dem Gefühl von Kontinuität, Rhythmus und einer eigenen Geschichte (siehe Tabelle 2).

»Subjektive Anatomie«: Der Begriff »Subjektive Anatomie« grenzt sich, etwas provozierend, ab gegen die »objektive Anatomie«, die die Studenten der ersten Semester an der Leiche erlernen. »Subjektive Anatomie« meint den lebendigen, erlebten Körper, der durch die körperliche Eigenwahrnehmung (Propriozeption) entsteht. Der theoretische Hintergrund der »Subjektiven Anatomie« sind die psychoanalytische Säuglingsforschung (z. B. STERN. 1985; LICHTENBERG, 1991a; KÖHLER, 1990; MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, 1975), die Systemtheorie (V. UEXKÜLL 1983) und die Biosemiotik (ROTH und LEROIT 1987).

Der Begriff »Propriozeption« (abgeleitet von lat. »proprium«: das Eigene, »capere«: nehmen) stammt von SHERRINGTON (1911). Er nannte diese Fähigkeit zur Eigenwahrnehmung, zur Inbesitznahme des eigenen Körpers, unseren verborgenen »sechsten Sinn«. Über die Propriozeption entsteht aus einem unbewussten Dialog des Körpers mit sich selbst das »Körper-Selbst« (JORASCHKY, 1983). Es entwickelt sich aus der Summe der zunächst diffusen Empfindungen von der Körperoberfläche und aus dem Körperinneren.

VON UEXKÜLL hat die Funktionelle Entspannung als eine Methode bezeichnet, die dazu dient, den Dialog des Körpers mit sich selbst zu »belauschen«. Damit ist zugleich ein wichtiges Therapieziel für die Behandlung »früher Störungen« angesprochen: Da es sich um Beziehungsstörungen aus der präverbalen Zeit handelt, gehen sie mit Störungen der »Symbolisierungsfähigkeit« einher. »Das Unbemerkte im Körper wieder merken« (V. UEXKÜLL, 1994) und symbolisieren zu können, könnte dann erklären helfen, warum körperbezogene Therapieinterventionen wirksam sind.

Zu den körperbezogenen »Angeboten« des Therapeuten gehört auch das »Therapeutische Anfassen«: eine dosierte, in den verbalen Dialog eingebettete Berührung, als »taktile Wahrnehmungshilfe« unter »Regie« des Patienten selbst. Primäres Ziel ist nicht eine schnelle Regression und ein kathartisches emotionales Erleben, sondern über den Weg der Verbalisierung einer durch Berührung veränderten Wahrnehmung letztlich »semiotische Progression« im Sinne von PLASSMANN (1993), d. h. Sprache finden für bisher nicht bezeichenbare körperliche Empfindungen.

7. Körperliche Aspekte von Traumafolgen: PTSD und komplexe PTSD (»DESNOS«) als »somatopsychische« Störungen

FREUD beschreibt 1895 die Auswirkung eines Traumas auf die Persönlichkeit eines Menschen so, dass »das psychische Trauma respektive die Erinnerung an dasselbe nach Art eines Fremdkörpers wirkt, welcher noch lange Zeit nach seinem Eindringen als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muss.« (FREUD, 1995d, S. 85)

Dieses Freud-Zitat gilt im Hinblick auf die Folgen eines psychischen Traumas noch heute: psychische Reize, die auf Grund ihrer Stärke die Verarbeitungskapazität des Individuums überfordern, können nicht in der üblichen Weise kürzer- oder längerfristig in die psychischen Funktionen des

Betroffenen integriert werden, sondern wirken in schädlicher, dysfunktionaler Weise weiter. Diese Wirkung kann dann besonders stark sein, wenn das Trauma in der vorsprachlichen Zeit die noch in der frühen Entwicklung befindlichen neurophysiologischen und psychischen Funktionen betrifft. Hier entsteht auch für eine spätere Psychotherapie das Problem, diese vorsprachlichen Bildungen zu erreichen (s. u.). Aber auch ontogenetisch später einwirkende Traumen können nach heutigem Wissen die Symbolisierungsfähigkeit einschränken, und deshalb über Worte oder Bilder nur schwer erreicht werden. Der Zugang über die propriozeptive Körperwahrnehmung und den unmittelbaren Körperausdruck in der Bewegung kann auch auf Grund der Nähe zum emotionalen Erleben einen adäquaten Zugangsweg darstellen.

Trauma heißt, aus dem griechischen übersetzt »Verletzung«, »Wunde«, im übertragenen Sinne »Niederlage« oder »seelische Verletzung«. Der durch traumatische Erlebnisse ausgelöste Beschwerdekomplex wird im ICD 10 als »Posttraumatische Belastungsstörung« bezeichnet. Die wichtigsten Symptombereiche sind Wiedererleben des Traumas, häufig in Form von beängstigenden sog. »Körpererinnerungen« nach traumaspezifischen Triggerreizen, daraus folgend ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und insgesamt eine dauernde vegetative Übererregbarkeit.

Eine wichtige Differenzierung wurde durch L. TERR (1995) eingeführt, die zwischen zwischen Typ I- und Typ II-Traumatisierungen differenzierte: Typ I-Traumatisierungen sind kurz dauernd und heftig (z.B. Unfälle, Naturkatastrophen). Typ II-Traumatisierungen sind im Gegensatz dazu lang andauernd, komplex und treten häufig im jüngeren Lebensalter auf, wenn noch wenig Ressourcen zur Bewältigung des Traumas vorhanden sind (FONAGY, 1998).

1993 bereits fand EGGERS: je früher eine Traumatisierung stattfand, desto akzentuierter sind die Symptome, die, eventuell auch nach symptomfreien Intervallen, im höheren Lebensalter auftreten. Das sehr frühe Trauma ist Teil der Bindung des Kindes zu den primären Bezugspersonen. Das »Zusammenleben mit dem Folterer« führt bei frühem Missbrauch oder körperlicher Gewalt als adaptive Lösung zur Vermeidung von Mentalisierung, d.h. die verminderte Reflexionsfähigkeit oder »selbstreflexive Kompetenz« (FONAGY, 1998) führt zu einer Reduzierung der Symbolisierungsfähigkeit.

1992 schlug JUDITH HERMAN vor, den Begriff PTSD weiter zu differenzieren und führte die komplexe PTSD (k-PTSD) ein. Dieser Begriff wird als DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) im Anhang

des DSM IV beschrieben und seither beforscht. DESNOS-Symptome sind (LUXENBURG et. al, 2001) Veränderungen besonders im Bereich des Körpererlebens, und zwar in den Bereichen Affektregulation und Impulskontrolle, Aufmerksamkeit und Bewusstsein, Selbstwahrnehmung und Somatisierung. Kern des DESNOS sind Affektstörungen, neurobiologisch am ehesten durch Amygdala-Überflutungen durch Corticoide mit nachfolgender Schädigung bedingt.

Im Bereich der Körperbeschwerden sind die Hauptsymptome des DESNOS Erschöpfung, ein erhöhtes vegetatives Erregungsniveau sowie chronische Schmerzsyndrome, wie sie bereits von ENGEL (1955) beschrieben wurden. Besonders häufig sind außerdem gastrointestinale und kardiopulmonale Symptome, darüber hinaus eine Fülle von konversionsneurotischen Beschwerdebildern. Nach ANDRESKI und anderen (1998) besteht eine erhöhte Prävalenz für somatoforme Störungen. Auffällig sind dabei die flashbackartigen Körpersensationen sowie einschießende Schmerzen bei traumatischen Erinnerungen. Dazu gehört auch die sexuelle Beschwerdesymptomatik, mit dem für sexuelle Traumatisierungen typischen Beschwerdebild des chronischen Unterbauchschmerzes und der Beschwerden im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr.

8. Körperbezogene Behandlung von traumatisierten Menschen als Phasenmodell

Gerade bei der komplexen Traumatisierung mit dem Symptomkomplex DESNOS steht der Körper als Ort der traumatischen Geschichte im Zentrum, gerade hier ist daher eine Therapie mit körperbezogenen Interventionen angezeigt. In Bezug auf die drei traumaspezifischen Behandlungsphasen können folgende Kriterien für eine körperbezogene Intervention genannt werden:

I. Stabilisierungsphase:

Angebote zur sicherheitsgebenden Erfahrung von Halt und Grenze. Ressourcenorientierung steht im Vordergrund. Dazu gehört auch ein sogenanntes »Do-not-Wissen«, d.h. z.B. keine Traumaufdeckung ohne ausreichende Stabilisierung! Gerade bei der komplexen PTSD wird

inzwischen bei einer Reihe von Patienten von einer Traumabearbeitung (s. u., II) abgeraten. Umso wichtiger wird eine gelingende Stabilisierungsarbeit, bei der den körperbezogenen Verfahren eine wichtige Rolle zukommt.

An dieser Stelle sollen einige »Essentials« der körperbezogenen Gruppenbehandlung dieser chronischen Schmerzpatientinnen mit körperbezogenen Interventionen zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung (Phase I) beschrieben werden, die auch für den generellen Umgang mit Traumapatienten richtungsweisend sein können:

- Der Rahmen muss für die Gruppenteilnehmer sicher sein (Regeln!).
- Grenzen werden respektiert.
- Jede Haltung, jede Bewegung kann spielerisch ausprobiert werden.
- Große, tänzerische Bewegungen »mit Rhythmus« tun gut.
- Eine gute Erfahrung, z.B. mit einer Unterlage, die mit Kissen gepolstert ist, kann Halt geben.
- Die Arbeit an Körperregionen, »wo es einmal nicht weh tut«, kann sinnvoll sein, damit sich die Patienten wieder spüren, bzw. anders spüren als sonst.
- Die Gruppe kann genutzt werden, um salutogenetische Erfahrungen zu machen, um, wie eine Patientin es ausdrückte, »das Lachen wieder zu entdecken«.

II. Bearbeitungsphase:

Voraussetzung für eine Traumabearbeitung ist eine tragfähige therapeutische Beziehung und eine gute Stabilität im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich. Körpertherapeutische Interventionen müssen immer nach dem salutogenetischen Entwicklungsplan des Patienten selbst und damit auch »unter Regie« des Patienten selbst durchgeführt werden.

Innerhalb der Phase II, die ja eine Domäne der Einzeltherapie ist, können aufgrund eigener Arbeiten mit der FE (V. ARNIM, 1998) folgende Aussagen gemacht werden: Im Rahmen der körperbezogenen Interventionen kann, z.B. durch Berührungen, sich das implizit gespeicherte Trauma »enthüllen«. Wenn diese Interventionen nach einer vorherigen, sehr differenzierten Vereinbarung

mit dem Patienten geschehen, kann sich das im Körpergedächtnis Gespeicherte kontrolliert und limitiert (s. a. Abschnitt 6) zeigen und Körperempfindung, Affekt, Szene können in das autobiographische Narrativ (deklaratives Gedächtnis) des Patienten eingegliedert werden.

III. Integrationsphase:

Körperbezogene Interventionen sind bedeutsam bei der Unterstützung von Trauerarbeit, Angebote zum so genannten »Loslassen« fördern und erproben die soziale Neuorientierung.

9. Einzelfallvignette einer traumatisierten Patientin mit Fibromyalgie

Zur Körperbilddiagnostik führten wir wie bei allen Patienten, die an der Studie körperorientierte Psychotherapie bei Fibromyalgie teilnehmen, die gegenwärtig an der Universität Erlangen durchgeführt wird (V. ARNIM), die Körperbildskulptur durch. Bei der Körperbildskulptur formen Patienten mit geschlossenen Augen eine kleine Tonfigur, die »eine menschliche Gestalt« darstellen soll und diagnostisch Rückschlüsse auf das eigene Körperbild zulässt (JORASCHKY et al., 1999). Als projektiver Test, bei dem die visuelle Kontrolle ausgeschaltet wird, ermöglicht das haptische Plastizieren die Intensivierung der taktilen und propriozeptiven Wahrnehmung. Gleichzeitig dient die Figur als Symbolisierungshilfe innerhalb des therapeutischen Prozesses.

Bei Schmerzpatienten treten spezifische Körperbildstörungen auf, die dadurch zu erklären sind, dass sie häufig traumatischen Kindheitsbelastungen ausgesetzt waren (Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch). Diese Erfahrungen beeinträchtigen in spezifischer Weise sowohl den Selbstwert als auch das Körperbild. Das Erleben von Schmerz hat für die psychische Entwicklung des Säuglings eine wichtige intrapsychische und interaktionelle Bedeutung. Er lernt, durch das Schmerzerlebnis, innen und außen zu differenzieren und seinen Körper wahrzunehmen. Schmerz ist bei der Entwicklung der Körpergrenzen und des Körperselbst beteiligt, er dient nicht nur als Alarmzeichen für Bedrohung sondern »ermöglicht bei Objektverlust eine fühlbare Rückbesetzung des Körpers als Objektersatz und damit die Möglichkeit zur psychischen Selbstheilung« (BERNHARD, 1986).

Neuere, psychobiologisch geprägte Veröffentlichungen gehen davon aus, dass bei Traumatisierungen sowohl seelische als auch körperliche Verletzungen gleichzeitig im impliziten Körpergedächtnis gespeichert werden. Auf diese Weise eingravierte, dem expliziten Gedächtnis nicht zugängliche Traumata, können bei entsprechenden Affekten auch die körperlichen Entsprechungen der Verletzung wieder aktivieren. Schmerz wäre dann so etwas wie eine reaktivierte Körper-Gedächtnis-Spur, die häufig jedoch von den Patienten abgespalten vom damaligen Affekt erlebt wird. Durch Schmerzen jedoch verändert sich das Körperbild, ebenso wie auf der neurobiologischen Ebene ein Schmerzareal im sensiblen Cortex überdimensional groß wahrgenommen wird.

Hier gibt es also Wechselwirkungen zwischen Körperbildstörungen, Entstehung von Schmerz und Auswirkung von Schmerz auf das Körperbild (SCHILDER, 1935). Heute könnte man modifizierend sagen: Das Körperbild wird zur Landkarte der erlebten Traumatisierungen.

Fallbeispiel Frau A.:

40 J., verheiratet, 2 kleine Kinder, Hobbywerkstatt mit Tonarbeiten zuhause; chronische Schmerzen seit 10 J., Schwerpunkt li. Schulter, Fibromyalgie vor 2 J. diagnostiziert.

Lebensgeschichte:

Pat. hat einen 9 Jahre älteren Bruder, der (gegen den Willen der Mutter) bei der Großmutter vs. aufgewachsen ist. Die Pat. sollte ein Junge werden und wurde als Mädchen abgelehnt. Sie erinnert körperliche Gewalt von den Eltern, hat jedoch keine konkreten Erinnerungen. Die erste Vergewaltigung mit 13 Jahren durch einen Brieffreund, dem die Eltern erlaubten, bei ihr zu übernachten. Der erste Mann (Ehe vom 18. - 19. Lebensjahr) wohnte mit bei den Eltern der Pat., war Alkoholiker, drohte mit Mord, schlug und vergewaltigte sie und hätte sie fast ermordet. Die Eltern der Pat. wurden ebenfalls tätlich angegriffen.

Auch der zweite Ehemann war Alkoholiker und wohnte bei den Eltern der Pat. Sie musste oft Zustände von Delirium und Verwirrtheit bei ihm erleben.

Der dritte Mann, mit dem die Pat. jetzt verheiratet ist, stellte sich inzwischen ebenfalls als Alkoholiker heraus. Mit ihm hat sie zwei Kinder, Sie wohnte mit ihm im Haus der Schwiegereltern, von denen der Mann sehr abhängig war. Dort kam es zu

einer Vergewaltigung durch den Schwiegervater. Die missbräuchliche Beziehung dauerte einige Zeit an. Erst nach einer psychosomatischen »Kur« konnte die Pat. ihrem Mann von der gewalttätigen Beziehung mit dem Schwiegervater berichten, erst dann konnte das Ehepaar zu Hause ausziehen. Seither sexuelle Schwierigkeiten und Konflikte mit dem Ehemann.

Auslöser der Symptomatik:

Beginn der Schmerzen im Bewegungsapparat auf der Hochzeitsreise mit dem dritten Ehemann, so dass er sie habe stützen müssen; jedes Mal im Urlaub mit ihrem Ehemann Verschlimmerung der Beschwerden. Zunahme der Beschwerden, nachdem sie wegen der Versorgung der Kinder ihren Beruf aufgeben musste.

Therapieverlauf:

Zunächst hat die Pat. große Schwierigkeiten, sich auf eine Körperarbeit einzulassen, die sie zunächst nur als Technik zur Linderung von Schmerzen einsetzt. Häufig »doziert« sie in der Gruppe über Entspannungstechniken, Kontakt zu sich selbst vermeidet sie möglichst. Im Verlauf der weiteren Körperarbeit wurde für die Pat. die Arbeit mit dem knöchernen Becken, konkret mit den Sitzhöckern, wichtig sowie das Spüren des eigenen Gewichts und sich zu dehnen. Als Voraussetzung für diese Arbeit war es für sie wichtig, sich in eine Decke einhüllen zu können und sich geborgen zu fühlen. Erst wenn sie ihre knöchernen Anteile, z.B. die Sitzhöcker spüren konnte, war es ihr möglich, sich nach unten in Richtung »Sitz und Unterlage« loszulassen. Erst dann fühlte sie sich etwas ruhiger. Für die zunehmenden Auseinandersetzungen mit ihrem dritten Ehemann, den sie zunächst idealisiert hatte, war es für sie immer notwendiger geworden, sich zunächst zu spüren, besonders die Sitzhöcker, sich dann aufzurichten, ihre Wirbelsäule als »Ich-Achse« zu spüren, um dann erst in eine verbale Auseinandersetzung zu gehen.

Erst nach einer längeren Phase der Vertrauensbildung war es ihr möglich, sich im Lendenwirbelbereich auch berühren zu lassen, sie konnte dann in der Lendenwirbelsäule ihre Kraft spüren und mit der Therapeutin in ein Spiel von Druck und Gegendruck und Kraft wahrnehmen eintreten. Erst dann war es ihr auch möglich, erstmals ihren Bauchraum zu spüren, der als Ort der sexuellen Traumatisierungen vorher wenig spürbar gewesen war. Allmählich konnte die Patientin einen Weg zum inneren Erleben und Momente von »Ruhe in sich selbst« finden. Später waren große Bewegungen für sie wichtig, wie sich dehnen und recken, um sich danach »wohlig und ruhiger« zu fühlen.

Körperbildskulpturen der Patientin A:

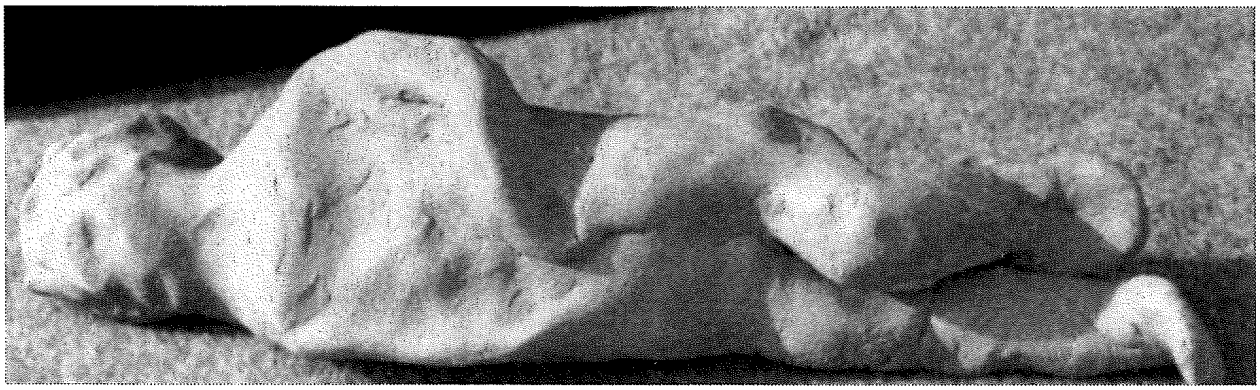


Abb. 1: Erste Körperbildskulptur der Patientin A. vor der Gruppentherapie mit Funktioneller Entspannung

Äußerungen der Patientin zur ersten Figur (im halbstrukturierten Interview nach dem Plastizieren):
»Die Skulptur heißt 'Die Ruhende'.«
»So liege ich oft beim Einschlafen, so tut es am wenigsten weh.«
»Das mit den geschlossenen Augen beim Formen hat mich gestört. Ich hab's nicht ganz perfekt hinbekommen. Der Po stört mich. Hinten ist er runtergerutscht. Der Oberkörper ist zu lang. Der linke Arm ist nicht schlecht. Der andere ist versteckt. Aber man erkennt, es ist eine Person.«

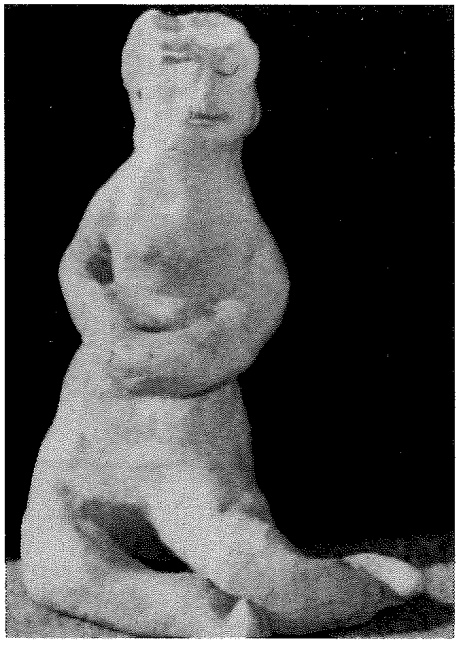


Abb. 2: Zweite Skulptur der Patientin A. nach der Therapie

Äußerungen der Patientin zur zweiten Figur:
»Wieder heißt meine Skulptur ‚Die Ruhende'. Sie hat sich selbst gefunden. Sie ist nicht mehr so angreifbar.«
»Die Arme können einiges tragen, schützen, mich und andere.«
»Aber warum trägt der kranke den gesunden Arm? Eigentlich ist es anders gedacht gewesen!«

Die körpernahen Erfahrungen mit der Funktionellen Entspannung waren für die Patientin als Stabilisierung und ressourcenorientierte Traumabewältigung von großer Bedeutung. Sie ist nach ihren Aussagen in der Katamnese ruhiger geworden und lernte, Konflikte mit ihrem Mann besser zu »überleben«.

10. Zusammenfassung

Traumatische Erlebnisse werden, je früher und andauernder ein Mensch sie erleiden muss - ohne ausreichende Möglichkeit zur Konstruktion einer hilfreichen Umwelt - im Körper gespeichert. Körperbezogene Therapieinterventionen können bei traumatisierten Menschen unterstützend, allein oder in Kombination mit anderen traumaspezifischen Maßnahmen in einer Drei - Phasen - Therapie von Nutzen sein.

Die Einbeziehung der Körperwahrnehmungsfokussierten Therapien ist inzwischen Bestandteil der Leitlinien zur PTSD Behandlung (FLATTEN, 2001). Die Arbeit mit der Körpererfahrung ist ein wichtiges therapeutisches Agens in mehreren therapeutischen Schulen geworden, z.B. in der stationären psychodynamischen Trauertherapie (PEICHL & SCHMITZ, 2000), EMDR, DBT (LINEHAN), Somatic Experience (LEVINE) und anderen. Die einzelnen körpertherapeutischen Schulen sollten verstärkt in den schulübergreifenden Diskurs eintreten, um die Grundbausteine einer körperbezogenen Traumatherapie zu definieren und sie im Sinne einer Begleitevaluation auch zu »beforschen«, z. B. durch therapiebegleitende Schmerztagebücher plus Körperbild-Skulptur-Untersuchungen.

The Value of Body Therapeutic Approaches for Traumatized Psychosomatic Patients

A. von Arnim (Erlangen); K. Pöhlmann (Dresden); P. Joraschky (Dresden)

Body psychotherapy is a treatment element in many clinical settings, numbers on its availability range from 50 % to 89 %. However, the terms body psychotherapy or body therapy do not stand for a specific school but rather for a wide array of therapeutic approaches. Konzentrative Bewegungstherapie, bioenergetic methods and Funktionelle Entspannung (Functional Relaxation) are the ones most frequently applied in in-patient treatment in Germany. Despite the high availability of body therapy and an abundance of theoretical writing, empirical evidence identifying specific processes and outcomes of body therapy is still scarce. Prospective randomised controlled studies are only available for IBS and asthma patients treated with Fuktionelle Entspannung.

Theoretically, Funktionelle Entspannung is based on the anthropological medicine of VON WEIZSÄCKER and psychoanalytic theory. Empirical studies on its effectiveness demonstrate that the effects of this type of intervention are long-term rather than short-term and require follow-up assessments. Body psychotherapeutic methods are especially useful in the field of trauma therapy, since they can be used to create an access to early preverbal experiences and to promote the processing of early traumatic experiences. Based on a case example of a multiple traumatized patient suffering from fibromyalgia the therapeutic procedure of Funktionelle Entspannung (Functional Relaxation) is described. Based on a three stage model of the therapy course, stabilization, working through and integration were differentiated as separate steps of the healing process which require specific body focussed interventions each. It is argued that body psychotherapeutic interventions are especially useful in the treatment of patients suffering from complex posttraumatic disorders, either as a stand alone method or as a supplementary treatment element. Support for this argument is drawn from the field of psychoanalytic theories on the early phases of ontogenetic development and also from neurobiologic studies suggesting parallels between the processing of pain experiences and traumatic experiences in early childhood. Still, further empirical research is urgently needed to broaden the knowledge on the pathways and the specific effects of body psychotherapeutic approaches.

Literatur

Arnim, A. v. (1996): Funktionelle Entspannung In: Herrmann J. M., Lisker H, Dietze G. J. (Hrsg.): Funktionelle Erkrankungen, S. 205-219, München, Urban & Schwarzenberg

Arnim, A. v., Struck I, Loew TH (1994): Auswertungskonzept für eine Behandlung mit Funktioneller Entspannung im Rahmen einer 10stündigen Kurztherapie bei Colon-irritabile-Patienten in Kleinstgruppen. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik. Frankfurt/Main, VAS, S. 544 - 549

Arnim, A. v. (1997): Das Wunderknäuel. In : Uexküll v T, Fuchs M, Müller-Braunschweig H, Johnen R (Hrsg.) Subjektive Anatomie - Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart , Schattauer, 1994, 2. Auflage 1997. Beiträge Arnim A. v. : S. 102 - 118, S. 135 - 143, S. 8 - 10, S. 86 - 92, S. 160 - 169.

Arnim, A. v. (1998): Funktionelle Entspannung als Therapie bei Autodestruktion. In Wiesse J & Joraschky P. (Hrsg.) Psychoanalyse und Körper (S. 9-26). Psychoanalytische Blätter, Bd. 7. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Arnim, A. v., Joraschky P. (1999): Körperbezogene Psychotherapieverfahren. In: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle TU et al (Hrsg.). 2. Auflage; Schattauer

Arnim, A. v. (2001): Frühes Trauma und körperbezogene Psychotherapie (am Beispiel der Arbeit mit Funktioneller Entspannung). In: Psychosomatik und Kleinkindforschung. Milch W, Wirth H-J (Hrsg) edition psychosozial Gießen; S. 199-216

Arnim, A v., Müller, A, Fell, A, Graap H, Student S, Pöhlmann K (2002):Kognitiv-verhaltenstherapeutische vs. Körpertherapeutische Behandlung von Patientinnen mit Fibromyalgiesyndrom: Erste Ergebnisse einer Vergleichsstudie. Vortrag. 53. DKPM-Arbeitstagung, 6.-9.3.02, Ulm, Abstracts in: PPmP, Thieme Stuttgart, 2002; 52: 72-121

Arnim, A. v., Bonay-Märki A, Dürr-Pehl I, Grap P, Gudden C (2002): Die Arbeit mit der Körperbildskulptur in störungsspezifischen Therapiegruppen mit Funktioneller Entspannung. In: Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. (Hrsg): Mattke D, Frankfurt/Main: VAS S. 417 - 425. 52. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, 28.02. - 03.03.2001 Bad Honnef.

Arnim, A. v. (2002): Integrierte Medizin und körperbezogene Therapieansätze. (Hrsg): Thure v. Uexküll, Werner Geigges, Reinhard Plassmann. In: Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis. Schattauer Stuttgar t- New York; S. 257-289

Arnim, A. v (2002): Was ist der besondere methodische Zugangsweg der Therapie mit Funktioneller Entspannung (nach M. Fuchs), 2001, in: Integrierte Medizin: Neue Modelle für Psychosomatik und Psychiatrie , Uexküll v T, Plassmann R, Schütz M (Hrsg), edition psychosozial Gießen, S. 53 - 59

Andritzky, W. (1996): Unkonventionelle Heilweisen an psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. Gesundheitswesen 58: 21-30.

Bernhard, P. (1986): Schmerzempfindung und Schmerzerleben. In: Brähler, E. Körpererleben. Berlin: Springer Verlag.

Boadella, D. (1997): Körperpsychotherapie. Ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Energie & Charakter 15: 57-61.

Deter, H.C., Allert G. (1983): Group Therapy for Asthma Patients. A Concept for the Psychosomatic Treatment of Patients in a Medical Clinic - A Controlled Study. Psychother Psychosom 40: 95-105.

Dietrich, S. (1995): Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Bonn.

Egle, U.T., Hoffmann S.O. (Hrsg) (1993): Der Schmerzkranke: Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chron. Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart-New York, Schattauer

Egle, U.T., Hoffmann S.O., Steffens M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: Nervenarzt, 1997; 68: 683-695.

Engel, G.L. (1955): Studies of ulcerative colitis. III. The nature of the psychological processes. J. Amer. Med. 19:231-256.

Flatten, G. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Reihe). Stuttgart: Schauttauer.

Freud, S. (1895 d): Studien über Hysterie. GW I. 5. Aufl. Frankfurt: Fischer 1977;75 -312.

Fonagy P. (1998): Frühe Bindung und die Bereitschaft zum Gewaltverbrechen. In: Adoleszenz und Trauma. Streeck-Fischer A. (Hrsg). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 91-127.

Fuchs, M. (1974/1989): Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart: Hippokrates.

Fuchs, M. (1985): Funktionelle Entspannung in der Kindestherapie. München, Basel: Reinhardt.

Fuchs, M (1994): Funktionelle Entspannung. 5. Aufl. Stuttgart: Hippokrates.

Geuter, U. (1998): Bibliographie. Deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie. Berlin: Simon & Leutner.

Gindler, E. (1926): Die Gymnastik des Berufsmenschen. Gymnastik, I, 82-89, wiederabgedruckt in Zeitler P (Hrsg.) Erinnerungen an Elsa Gindler. Berichte, Briefe, Gespräche mit Schülern (S. 48-57).München: Uni-Druck, 1991.

Gudden, C. (2004): Die Veränderung von Körperbildskulpturen im Therapieprozess mit Funktioneller Entspannung. Zwei Einzelfallberichte von Patientinnen im Rahmen einer fibromyalgiespezifischen integrierten Behandlungsstudie (FIBS) in der Abteilung für

psychosomatische Medizin der Friedrich - Alexander - Universität Erlangen - Nürnberg; Unveröffentlichte schriftliche Arbeit für die Diplom-Hauptprüfung, Institut für Psychologie I an der Friedrich - Alexander - Universität Erlangen

Herman, J.L. (1992): Complex PTSD: A syndrom of survivors of prolonged and repeated trauma. J Traumatic Stress 5: 377-91.

Hermann, J.L. (1992): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler 1994. Original: Trauma and Recovery. New York: Basic Books.

Joraschky, P. (1983): Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus- Umwelt- Interaktion. München: Minerva Publikation.

Joraschky, P. (1997): Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild. In: Egle U.T., Hoffmann S.O. & Joraschky P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart. Schattauer.

Joraschky, P., Wiesse J (1998): Psychoanalyse und Körper. Göttingen: Vandenhoek & Rupprecht.

Joraschky, P., Sebastian S., Riera R. (1998): Der Körperbildskulpturtest. In: Röhricht F. & Priebe S. (Hrsg.): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.

Joraschky, P (2000): Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild. In: Egle U.T.; Hoffmann S.O., Joraschky P.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 117-130.

Joraschky, P, Arnim v A, Loew T, Tritt K: Körperpsychotherapie bei somatoformen Störungen. In: Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen. Bernhard Strauß (Hrsg). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 21. Hogrefe Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2002, S. 81-95

Joraschky, P., Loew T., Röhricht F. (2004): Handbuch zur Diagnostik des Körpererlebens und Körperbildes. Göttingen: Hogrefe. Erscheint Herbst 2004.

Köhler, L. (1990): Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. Forum Psychoanal 6: 32-51.

Küchenhoff, J. (2000): Körpertherapeutische Ansätze. In. Senf W., Broda M. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Lichtenberg, J.D. (1991 a): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin u. a. O.: Springer.

Lichtenberg, J.D. (1991 b): Motivational-funktionale Systeme als psychische Strukturen. Eine Theorie. Forum Psychonal 7: 85-97.

Linehan, M.M. (1993): Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Loew, T., Heinrich D., Arnim A. v. (1994): Effekte einer 10stündigen Kurztherapie bei Colon-irritabile-Patienten in Kleinstgruppen mit Funktioneller Entspannung im Vergleich zu Placebo In: Lamprecht F., Johnen R. (Hrsg.): Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik?. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften, S. 621-628.

Loew, T., Weber A., Martus P., Hahn E.G., Siegfried W.(1996a): Die Wirkung von Funktioneller Entspannung bei akuter Bronchokonstriktion - vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums? Forschende Komplementmedizin 3: 110-115.

Loew, T., Siegfried W.; Martus P.; Tritt K., Hahn E.G. (1996b): "Functional Relaxation" Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline. Psychotherapy and Psychosomatics 65: 124-128.

Loew, T.; Martus P., Rosner F., Zimmermann T. (1996c): Wirkung von Funktioneller Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Plazeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale. Monatsschr Kinderkheilkd 144: 1357-1363.

Loew, T., Joraschky P. (1998): Körpertherapeutische Ansätze bei somatoformen autonomen Funktionsstörungen. In: Rudolf, G.; Henningsen, P. (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Stuttgart - New York : Schattauer, S. 133-141.

Müller-Braunschweig, H. (1975): Die Wirkung der frühen Erfahrung. Stuttgart: Klett.

Plassmann R. (1993): Organwelten. Grundriss einer analytischen Körperpsychologie. Psyche 47: 261-82.

Reich, W. (1933/1973) Charakteranalyse. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.
Röhricht, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
Roth, J, LeRoit D. (1987): Chemical cross talk. Why human cells understand the molecular messages of plants. Sciences 27: 2.
Scharfetter, C., Benedetti G. (1978): Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vorschläge einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie 123: 239-255.
Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Berlin: Springer.
Schilder, P. (1935): The image and appearance of the human body. London: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co.
Schilder, P. (1950): The Image and Appearance of the Human Body. New York: Internat. Univ. Press.
Sherrington, C.S. (1906): The integrative action of the nervous system. New Haven: Yale University Press.
Schreiner, A. (2003): Die Behandlung des Fibromyalgiesyndroms mit der tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapiemethode "Funktionelle Entspannung" nach Marianne Fuchs - Veränderung von Schmerzintensität, Lebensqualität, Körperbild und Psyche in Einzelfalldarstellungen;Dissertationsarbeit, Abteilung für Psychosomatik, Friedrich - Alexander - Universität Erlangen - Nürnberg
Strauss, B., Appelt H. (1983): Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. Diagnostica 29: 145-164.
Stern, D.N. (1985): The interpersonal world of the infant. New York. Basis Books.
Terr, L.C. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. Am J Psychiat 148:10-20.
Thiel, K. (2003): Die Veränderung des Körperbildes bei Fibromyalgiepatientinnen - eine Therapievergleichsstudie; Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fach Psychologie, Institut für Psychologie III, Lehrstuhl Entwicklungspsychologie / Pädagogische Psychologie, Friedrich - Alexander - Universität Erlangen - Nürnberg
Uexküll, J. von (1920): Theoretische Biologie. Berlin: Springer. Neudruck (1973): Frankfurt: Suhrkamp.
Uexküll, v. T., Fuchs M., Müller-Braunschweig H., Johnen R. (1994): Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart-New-York: Schattauer.
Weizsäcker V. von (1940): Der Gestaltkreis. 3 Aufl. 1947. Stuttgart: Thieme.

Addressen der Autoren:

Dr. med. Angela v. Arnim
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrich - Alexander - Universität Erlangen
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen

Angela.Arnim@psych.imed.uni-erlangen.de

Prof. Dr. med. Peter Joraschky
PD Dr. phil. Karin Pöhlmann
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

The Interrelationship between Mental and Psychosomatic Disorders

Vadim S. Rotenberg (Tel-Aviv)

The author considers the relationship between mental and psychosomatic disorders on the background of the search activity concept, a notion similar to Ammon's constructive aggression. Renunciation of search activity leads to depression and neurotic anxiety, these being correlated with repression. In interpreting the depression- and hypochondriasis-scales of the MMPI, the author shows a relation between depression/anxiety and psychosomatic disorders, whereas hypochondric concerns correlate negatively with somatic disorders of psychosomatic diseases. The latter outcome indicates a new orientation of prominent search activity, which can restore objective somatic health. In schizophrenia different combinations of schizophrenia with psychosomatic symptoms may be determined by the different representation of positive and negative symptoms, positive symptoms also corresponding with the notion of search activity.

The relationship between mental and psychosomatic disorders is very ambiguous and controversial although all modern theories of psychosomatic disorders emphasize the cause-and-effect relationship between mental / psychological disorders and somatic disorders as being rather evident in the very term of »psychosomatic«.

According to the classical concept of ALEXANDER (1950) psychosomatic disorders display the consequence of the repression of strong but socially inappropriate desires and behavioral attitudes. Repression usually causes neurotic anxiety accompanied by autonomic disorders that may correspond to the initial stage of psychosomatic disorders. The stress-related theory of psychosomatic disorders also emphasizes the role of emotionally determined disturbance of the autonomic nervous system regulation of somatic organs and systems in the pathogenesis of psychosomatic diseases (UEXKULL, 1979). This approach has a strong experimental background and can help to explain data of the relatively high risk of somatic diseases in patients with particular neurotic disorders (EASTWOOD, TRELYN, 1972; SIMS, 1973). Thus, according to this approach it is reasonable to expect the direct relationship between the prominence of neurotic and psychosomatic disorders.

On the other hand, according to MITSCHERLICH (1956), although repression of unacceptable motives represents the basis of both neurotic and psychosomatic disorders, the latter appear only when the neurotic symptoms and signs of neurotic behavior are inhibited by so-called secondary repression. Inhibition of thoughts, feelings and their behavioral manifestations results in increased autonomic nervous system activity that increases the probability of psychosomatic disorders (PENNIBAKER, SUSMAN, 1988). This approach corresponds with an old observation of KRASNUSHKIN (1942) assuming that the manifestations of some mental disorders are opposite to psychosomatic disorders. In 66% of patients with cardiovascular disorders aggressiveness and anger is inhibited or repressed and does not display itself in the overt behavior (MARTENS, 1986). Patients with »irritable« (neurotic) disorders of heart rate usually fail to develop structural cardiovascular disorders in the course of their life (VEIN et al., 1981). There are data of a decreased rate of psychosomatic disorders in schizophrenic patients (see later) etc.

Such contradictions require explanation. I am going to show in this paper that some mental disorders correlate positively and some negatively with psychosomatic disorders and that the difference between these mental disorders can be explained in the frame of the search activity concept (ROTENBERG, 1984; 2000; ROTENBERG, BOUCSEIN, 1993; ROTENBERG et al., 1996).

Having previously published the essence of this concept in Dynamic Psychiatry, I am going to repeat only the main statements. Search activity is defined as activity designed to change a situation or the subject's attitude to it in the absence of the definite predictions of the results of such activity, but with constant monitoring of the results at all stages of activity. Search activity is a component of self-stimulation in animals and creative behavior in humans, as well as exploratory and active defense (fight/flight) behavior in all species. The definition indicates that stereotyped or panicky behavior cannot be classified as search behavior. Renunciation of search is the antipode of search activity which, in animals, may assume the form of freezing or learned helplessness and in humans may correspond with depression and maladaptive (neurotic) anxiety. Renunciation of search means giving up in front of a problem. Neurotic anxiety and depression display consequences of the defense mechanism called repression. In our investigation performed on 70 patients with different somatic diseases we found (ROTENBERG, MICHAILOV, 1993) that a positive correlation between repression and the MMPI- scale D (depression) is the most

stable correlation (0.48) in all correlations between MMPI- scales and defense mechanisms according to PLUTCHIK (PLUTCHIK et al., 1979). The D- score was significantly higher in patients with a high level of repression compared to patients with a low level of repression. These data confirm the suggestion of PLUTCHIK et al., (1979) that repression prevails in patients with passive behavior, corresponding with the hypothesis of repression representing an exclusively human form of renunciation of search (ROTENBERG, BOUCSEIN, 1993): by repression of unacceptable motives as well as behavioral attitudes the subject actually gives up in front of the task of realizing these motives and attitudes in overt behavior or integrating these motives and attitudes into socially acceptable ones. Repressing attitudes does not mean to abolish them or to resolve the inner motivational conflict. The correlation between repression and the D- scale was found only in psychologically maladapted subjects. This data contradict the hypothesis that repression defends subject against emotional tension: this being the case would allow to predict this correlation in subjects with the most successful psychological adaptation. Our explanation also corresponds with the finding that the high strain of repression distinguishes essential hypertension from other somatic disorders: the role of chronic and suppressed emotional tension in the elevation of blood pressure is well known. A relationship between a repressive coping style and immunological dysfunction as well as coronary health risks has been shown in many investigations (see ROHRMANN et al., 2002).

The value of the classification of behavior based on the presence or absence of search activity is supported by its important biological correlates. In research conducted with V. ARSHAVSKY (ROTENBERG, ARSHAVSKY, 1979) we found that in animals all forms of behavior that include search activity increase body resistance to different forms of artificial pathology whereas renunciation of search decreases body resistance, suppresses immune functions, and predisposes subjects to somatic disorders. We concluded that the presence of search activity (process by itself), whether or not it is successful in finding a solution of the problem, protects the subject from somatic disorders. It was confirmed recently by LEDOUX & GORMAN (2001) who stressed that it is possible to overcome PTSD and anxiety by active behavior and active coping. Mental activity in REM sleep represents the covert search activity that compensates the lack of search activity in wakefulness and restores search activity after renunciation of search.

In this contribution I am going to apply this general theoretical concept to data of investigations performed on psychosomatic patients.

Numerous and increasing data of clinical investigations are showing that the emergence and development of psychosomatic diseases (ischemic heart disease, myocardial infarction, malignant tumors, neuro-immunological disorders, bronchial asthma, duodenal ulcer etc.) follow or accompany overt and covert depression (ENGEL & SCHMALE, 1967; GLASS & CARVER, 1980; JUSTICE, 1986; APPELS, 1989; LYKETSOS ET AL., 1987; BAREFOOT, SCHROLL, 1996; SANDHU, 1986; STEIN et al., 1991; BOTTOMLEY, 1998). At the same time, depression is the most obvious type of renunciation of search.

JOKAMAA et al. (2001) found that neurotic depression is associated with excess mortality due to coronary heart disease in men and respiratory diseases in women. According to PRATT et al. (1996) a history of dysphoria and major depression increases the risk of myocardial infarction. Hopelessness has a strong link with sudden cardiac death (EVERSON et al., 1997). Depression is associated with low-grade inflammation and elevated coagulation factors in aged person (KOP et al., 2002). Depression causes immune suppression by decreasing lymphocyte proliferation and natural killer cell activity (STEIN et al., 1991; BOTTOMLEY 1998) thereby contributing to disease and death through immune dysregulation (KIEGOLT-GLASER, GLASER, 2002). Generalized anxiety disorder is also related to peptic ulcer disease (GOODWIN, STEIN, 2002)

On the other hand, both constructive aggression (creativity) and destructive aggression directed outwardly reduce the risk of psychosomatic diseases (AMMON et al., 1982). By taking into consideration the similarity between depression and learned helplessness (SELIGMAN, 1975), this corresponds with data of competitive relations between learned helplessness and aggressive behavior (PITTMAN & PITTMAN, 1979) and with experimental data showing that aggressive behavior in stressful conditions prevents the development of somatic disturbances (WEISS, 1977). Individuals who successfully withstand emotional stress and do not fall ill afterward exhibit clear aims and more constructive relations with the world. Usually they are fighters with a pronounced motivation of achievement without predisposition of giving up and displaying depressive-like behavior (KOBASA, 1979). Active coping has a positive effect on the immune functions in aged persons in stressful conditions (LUTGENDORF, COSTANZO, 2003). At the same time a combination of stress and the blockade of active behavior soon leads to the development of peptic ulcer (KUKLETA, 1979).

In our previous investigation (ROTENBERG, KOROSTELEVA, 1990) we showed that in artificial stressful conditions (regular failures in the process of task solving) patients with peptic ulcer and essential hypertension display the renounce of efforts significantly sooner than the healthy controls. Renunciation of search was a customary form of behavior in front of obstacles and was accompanied by the increased fixation on obstacles vs. overcoming obstacles (according to the Rosenzweig frustration test). These data confirm our conclusion that the negative effect of depression on somatic health may be related to the renunciation of search activity combined with depression.

Relationships between psychosomatic and neurotic disorders are more complicated. The authors (ROTENBERG, SCHATTENSTEIN, 1990) have investigated 311 patients with different somatic diseases, including psychosomatic disorders (gastritis, duodenal ulcer, arterial hypertension, ischemic heart disease, pneumonia, asthma bronchialis etc.).

All patients were examined with the MMPI- test. In order to study the connections between the psychic state and the course of the somatic disease we selected groups of patients with different degrees of manifestations of the same somatic disorders. For example, we divided patients with peptic ulcer into two groups, one with and the other without Haudek's niche as revealed in the roentgenogram. Patients with ischemic heart disease were divided into two groups, one with and the other without past cardiac infarction.

Almost all patients with peptic ulcer but without Haudek's niche displayed hypochondriac concerns (scale Hs on the MMPI- test) as a dominating neurotic symptom. In patients with Haudek's niche hypochondria concerns were significantly less prominent. The domination of the Hs- scale corresponded either with the absence or at least with the very superficial defect in mucosa. In contrast, the domination of the D- (depressive) scale of the MMPI corresponded with a profound niche. Interestingly, patients with ischemic heart disease who had suffered a single myocardial infarction in the past displayed more hypochondriac concerns than patients without infarction. It corresponds to some data showing that those patients who are changing their habitual behavioral attitudes in the direction of increased attention to their body feelings and increased concerns according to their health after the first myocardial infarction are usually not suffering from the next infarctions, in opposite to those who are stable in their behavioral attitudes.

In almost all diseases considered as psychosomatic, correlations between the Hs- and D- scales are low; in ischemic heart disease it was 0.13; in ulcer

duodenum 0.36; in essential hypertension 0.39, in healthy subjects it was 0.59. In somatic diseases not considered as psychosomatic this correlation was high; 0.66 in pneumonia; 0.78 in gastritis; 0.81 in nephritis. The correlation was also high in neurotic disorders.

In another investigation we estimated psychophysiological reactivity during task performance in patients with psychosomatic disorders (ROTENBERG, SCHATTENSTEIN, 1994). On the basis of clinical and psychological (MMPI and 16 PF test of Cattell) examinations these patients were divided into two groups: 50 patients with prevailing depression/anxiety (dominating D- scale on the MMPI), and 126 patients with prevailing hypochondriac concerns (higher scores of Hs- scale). Both groups were subdivided into subgroup A with neurotic scores below 70T (MMPI) and subgroup B with scores above 70T. Skin potential response (SPR), electrocardiogram (ECG) and pneumogram were recorded in all patients in the following situations:

1. Rest at the beginning of the session.
2. Orienting reaction (OR) to acoustic stimuli repeated with 10 sec. intervals
3. Mental arithmetic task.
4. Rest at the end of the session.

Physiological activation during both resting periods and during the OR was higher in the subgroup B of the depression/anxiety group in comparison to the subgroup A - the mean heart rate was higher, the mean respiratory cycle was shorter and the mean SPR amplitude was higher.

In contrast, a high level of hypochondriac concerns in subgroup B was not accompanied by higher physiological activation in comparison to the subgroup A. According to the 16 PF- test by Cattell, patients with hypochondriac concerns displayed more prominent social activity, were more energetic and even more satisfied with their situation. In this group evidence of general emotional tension and frustration was less. Our data correspond with data (PENNEBAKER, SUSMAN, 1988) that even actively talking about upsetting experiences (typical behavior of patients with hypochondriac concerns) is accompanied by immediate reduction in the autonomic activity. Previously we found (ROTENBERG, 1980) that hypochondriac symptoms in opposition to depression are accompanied by almost normal sleep structures with a high level of slow wave sleep. According to URSIN (1980) the excessive physiological (autonomic) activity and reactivity play an important role in the pathogenesis

of psychosomatic disorders, thus the low autonomic activity may explain the protective role of hypochondriac concerns in psychosomatic disorders.

As we have already stressed above, depression is a typical state of renunciation of search; thus its correlation with the expression of psychosomatic disorders is very logical. At the same time, hypochondriac concerns (fixation on somatic complains) open a new opportunity for active behavior oriented towards health protection and restoration. In this state the subject is searching for the physician's support and for conditions in his/her life and activity that can secure his/her health. Search activity oriented in this direction can be very prominent and stable. Real life problems that usually enhance anxiety can intensify such fixation on somatic complaints and stimulate the corresponding hypochondriac behavior especially if other forms of search activity are blocked for some reasons. For body resistance, the precise direction of search activity is not significant because any search behaviors, including those unacceptable for the society, have a protective function for the health and are very appropriate from a biological point of view.

Hypochondriasis correlates with the fear of death that includes loss of meaning and fear of separation (NOYES et al., 2002). Hypochondriac concerns of somatic health may substitute the lost existential meaning of life while fear of separation may be abolished by elucidation of attention and care for permanent somatic complaints.

Moreover, hypochondriac concerns and the corresponding active hypochondriac behavior may predispose subjects to other forms of search activity. This corresponds with the theoretical assumption that search activity in any direction increases the general predisposition to search activity, a fact that can be used in psychotherapy. FERGUSON et al. (2000) showed that hypochondriac concerns are positively associated with psychological factors of »perceived control« and »personal learning«. High scores on the factor »perceived control« indicate that the subject has a feeling of some control over the event he/she is experiencing, believing that something can be done to avoid the event in the future (perception of future control). This feeling of control is opposite to learned helplessness (SELIGMAN, 1975) - a typical example of renunciation of search. High scores on the factor »personal learning« indicate that the subject beliefs to have grown and to have learned about himself/herself from experiencing the event. FERGUSON et al. (2000) emphasized that a search activity account of hypochondriac concerns should be associated with an increased tendency to search for positive ways of interpreting a stressful

transaction. According to these authors, the following was confirmed in their investigation: patients with hypochondriac concerns are looking for aspects of the situation that are controllable and are identifying ways in which stressful events could be avoided in future.

The interventions following the myocardial infarction that increase a subject's attention to his/her own health (and in this way mimic hypochondriac concerns) can improve the functional outcome after the myocardial infarction (PETRIE et al., 2002).

Thus according to the search activity concept the main general pathogenic factor of psychosomatic disorders is renunciation of search. In patients without psychosomatic disorders renunciation of search displays itself as overt depression and neurotic anxiety. However, overt depressive and anxious behavior as well as other forms of neurotic behavior (including hypochondriac concerns) is unacceptable and intolerable for a person with psychological predisposition to psychosomatic diseases. As a result, depression and anxiety are repressed. In psychosomatic patients the MMPI - scale D, even though most prominent, is usually not as high as in patients with clinical depression. A combination of renunciation of search with secondary repression of depression and anxiety forms a predisposition to psychosomatic disorders and often determines its sudden exacerbation in a severe form without any preliminary signs as in the case of penetrated ulcer or myocardial infarction. In addition, survival of repressors after the heart attack is even worse than in highly anxious patients (FRASURE-SMITH et al., 2002).

However, when the disease already appears it may cause changes in personal psychological attitudes and habitual behavioral features, and hypochondriac concerns may appear. In my opinion these are not only somatic feelings that have a real physiological cause but also the exaggeration and enlargement of somatic complaints associated with a specially altered behavior. These concerns determine a new orientation of the active behavior. That is why hypochondriac concerns are favorable for prognosis.

If a patient continues to repress all manifestations of the disease from his/her consciousness, unconsciously trying to ignore real somatic feelings, this may determine a prominent risk for the subject's health. The minority of patients who are unable to change their behavioral attitudes might belong to the high-risk group for a second infarction.

This leads to the practical conclusion of not suppressing hypochondriac symptoms of psychosomatic patients by using neuroleptic agents without

finding a new appropriate opportunity for their search behavior. Neuroleptics further decrease search activity and may cause the exacerbation of psychosomatic symptoms.

The search activity concept helps to explain why animals in the condition of learned helplessness display a combination of depressive-like behavior with somatic disturbances and can die very soon. Human beings usually suffer from psychosomatic disturbances for many years, frequently even without the appropriate treatment. The effect of a »hypochondriac defense system« with a negative feedback belongs exclusively to humans. Due to this system the disease itself stimulates the appearance of hypochondriac behavior, which diminishes the severity of the disease.

For somatic diseases which do not belong to the psychosomatic group, depression and hypochondriac concerns are less important because they play neither major pathogenic nor substantial salutogenic role. In these somatic diseases neurotic disorders only accompany the disease and mirror the psychological reaction on the disease. For this reason in such diseases depression and hypochondriac concerns are not in competitive relation with each other and appear simultaneously, as we have shown. Only in psychosomatic disorders depression is a crucial pathogenic, and hypochondriac behavior a crucial salutogenic factor.

In conclusion of this part of the article, let us discuss some possible relations between hypochondriac concerns, masked depression, overt depression, and psychosomatic disorders. Masked depression covert by somatic complaints can help a subject to explain him/herself, by means of these complaints, the elusive nature of his/her disability; but unlike hypochondriac concerns, these complaints usually do not stimulate the subject toward the reorientation of his/her behavior, and search activity is usually not restored. Patients do not build any systems for health protection. Depression by itself, although masked, does not allow such active behavior. Masked depression is a result of not accepting consciously a depressive mood. But unlike the psychosomatic predisposition, in masked depression as in overt depression, the subject does not ignore his negative body feelings. Moreover, these feelings are even exaggerated. Of course, masked depression does not save the subject from psychosomatic disease, but a low threshold for body sensation allows the subject to pay attention to the somatic complaints and as a result the subject has more chances to receive medical care.

Data in literature related to the topic of the relationship between psychosomatic disorders and schizophrenia are more contradictory. On the one hand, it was shown (GOLDMAN, 1999) that schizophrenic patients are at decreased risk for certain disorders, such as rheumatoid arthritis and allergies as well as bronchial asthma, neurodermitis and peptic ulcer (ANANTH, ENGELSMANN, 1984). An inverse relationship between a number of physical disorders and schizophrenia, as the low rates of occurrence of certain psychosomatic illnesses in schizophrenic patients may indicate a particular biological and psychodynamic basis (ANANTH, ENGELSMANN, 1989). The international comparison of the prevalence of psychosomatic disorders in schizophrenic patients (RAMSAY et al., 1982) showed that the majority of both the Polish and North American schizophrenic patients had no present medical somatic conditions. The whole population under this study provided at least no evidence of higher prevalence of psychosomatic disorders in schizophrenic patients than is found in the general population, and provided a lower prevalence of these disorders in schizophrenic patients in the hospitals for chronically ill patients. The older schizophrenic patients also display significantly lower physical co-morbidity compared to patients with major depression (LACRO, JESTE, 1994; ADAMIS, BALL, 2000); older schizophrenic patients report even fewer co-morbid physical illnesses than healthy subjects (JESTE et al., 1996). According to some authors (RAMSAY, KRAKOWSKY et al., 1982) these data may support the hypothesis that certain psychosomatic disorders and schizophrenia tend to be mutually exclusive. However, these authors take into consideration other factors:

1. Deteriorated cognitive functions in schizophrenia may affect the capacity to recall illness and to report it;
2. Hospitalization of the chronically ill patients may prevent the development or expression of psychosomatic disorders due to balanced diet, absence of stress, regular management and treatment.

The lower physical co-morbidity in aged schizophrenic patients vs. aged controls in comparison with young schizophrenic patients vs. young controls may have also another explanation. In aged controls somatic and psychosomatic disorders may be more prominent than in young controls (partly due to covert and masked depression, KOENIG et al., 1993) thus decreasing the difference between schizophrenic patients and controls. However, in this

context it is important to emphasize that prevalence of some psychosomatic disorders was higher in younger, more acute patients than in older chronic patients (RAMSAY, ANANTH, ENGELSMANN et al, 1982).

On the other hand, illnesses in schizophrenic patients, if present, tend to be more severe (JESTE et al., 1996). Some investigators found that epilepsy, inflammatory diseases of the bowel and some other somatic disorders were over-represented in schizophrenia when compared with people without psychiatric disorders (MAKIKYRO et al., 1998; DALMAN et al., 1998).

According to GOLDMAN's review (GOLDMAN, 1999) cerebrovascular diseases, allergies, osteoarthritis, gallbladder disease, menstrual disorders have all been reported to occur less often in patients with schizophrenia compared with the general population. Most of these diseases have a psychosomatic component in their pathogenesis. On the other hand, the general medical problems schizophrenic patients are predisposed to are either complications of the psychotic disorders itself, or substance -abuse, or those related to patients low socioeconomic status like poor nutrition and homelessness. The greater number of excess deaths in schizophrenia is due to respiratory diseases (JOUKAMAA et al., 2001). It seems to be in contradiction with the hypothesis that chronic hospitalization prevents somatic diseases. On the other hand, in spite of excessive smoking among patients with schizophrenia, cancer deaths (including lung cancer mortality) had only a weak association with schizophrenia (JOUKAMAA et al., 2001) while depressed mood was associated with an elevated risk for lung cancer.

By discussing all these contradictions, it is worth to take into consideration that investigators usually do not compare psychosomatic disorders in patients in terms of the dominance of positive vs. negative symptoms. In addition, most patients, and especially young patients with the acute exacerbation of the disease, are usually on a neuroleptic treatment with high doses that suppresses positive symptoms together with any other forms of search activity. The presence vs. absence of search activity in the clinical picture may be an important factor of the high vs. low resistance of schizophrenic patients towards psychosomatic disorders. This topic requires a more substantial discussion.

A few years ago I suggested (ROTENBERG, 1994; ROTENBERG et al., 1998) that positive symptoms may represent an intensive but irregular and misdirected search activity.

1. Paranoid ideations / behavior and hallucinations are examples of a very peculiar search activity: both represent active behavior without a definite forecast of results. A subject never can be sure about future events in his/her artificial world or about outcomes of the interaction with the world. At the same time, the subject remains highly sensitive to all events and outcomes, which are relevant to the frame of his/her psychotic model of the world. An investigation of McGuire et al. (1996) showed that auditory hallucinations are associated with increased metabolic activity of brain centers for the inner speech, i.e. that they represent active verbalization.

2. Aggravation of psychotic symptoms is accompanied by a reduction of REM sleep requirement: REM sleep is reduced without a subsequent rebound effect (Mendelson et al., 1977). The relative increase of psychotic symptoms after withdrawal of neuroleptic agents correlates negatively with REM% and eye movement (EM) density (Neylan et al., 1992). It means that REM sleep pressure and REM sleep requirement decreases. REM sleep is increased in patients with dominating negative symptoms while EM density is relatively lower in patients with a relative domination of positive symptoms (Rotenberg et al., 1997). Neuroleptic treatment leads to an increase in REM sleep. Being free of neuroleptic agents, the patients demonstrate a decrease of REM sleep together with the increase of positive symptoms (Nofzinger et al., 1993).

3. Schizophrenic patients with positive symptoms display an exaggerated orienting reaction (Kim et al., 1993) and a »first night effect« (Rotenberg et al., 1998) as a particular orienting reaction to the new environment. This orienting reaction includes search activity and may be based on the relative higher response of the brain monoamine system, in comparison to patients with negative symptoms (Wolkin et al., 1996).

Being very far from the conclusion that the presence vs. absence of search activity related to the relative domination of positive vs. negative symptoms can explain all contradictions in the relations between schizophrenia and psychosomatic diseases, I nevertheless would like to emphasize this factor.

In this context it is interesting to mention, that while poverty of speech was significantly more frequent in acute schizophrenia, positive formal thought disorders were found to be more severe in chronic schizophrenia (Mazumdar

et al., 1995) and this fact may be related to the relatively low level of psychosomatic disorders in chronic schizophrenia of aged people. In any case, a relatively less strong vulnerability of schizophrenic patients to psychosomatic disorders is waiting for the relevant explanation, and the difference between the positive and negative schizophrenia as well as the amount and quality of neuroleptic treatment has not to be ignored.

Finally, while discussing the relationships between mental and psychosomatic disorders it is worth mentioning the feedback between the existent somatic disease and the mental state. A dangerous vital somatic disease like cancer being an outcome of behavioral and psychological dysfunction may cause by itself the secondary mental disorders, for instance exaggerated stress responses (GUREVICH et al., 2002) thus forming a vicious cycle. The life-threatening nature of illnesses as cancer or AIDS (FARBER et al., 2003) decreases psychological adjustment and worsens the development of the disease.

Die Beziehung zwischen psychischen und psychosomatischen Störungen

Vadim S. Rotenberg (Tel-Aviv)

Die Analyse der Daten aus der Literatur über die Beziehung zwischen psychischen und psychosomatischen Störungen wird in diesem Beitrag auf dem Konzept der Suchaktivität verstanden. Gemäß diesem Konzept (ROTENBERG, 1984), bestimmt das offene oder verdeckte Verhalten des Individuums den Widerstand des Körpers gegen somatische Störungen, die durch Stress oder verschiedene schädliche Faktoren verursacht sind: die Suchaktivität verstärkt die Widerstandskraft des Körpers, während ein Fehlen von Suchaktivität diese vermindert. Das Konzept der Suchaktivität (aktives Verhalten ohne eine bestimmte Voraussage des Ergebnisses, aber mit einem andauernden Feedback von Aktivität und ihrem Ergebnis) erklärt defensives und positives Verhalten und Kreativität und stimmt mit Ammons (AMMON et al, 1982) Konzept der konstruktiven Aggression überein. Das Konzept wurde kürzlich ausführlich in der Dynamischen Psychiatrie vorgestellt.

Die Depression ist ein typisches Beispiel eines Mangels an Suchaktivität, desgleichen neurotische Angst, welche das Ergebnis einer Verdrängung nicht

akzeptabler Motive und Intentionen des Verhaltens aufzeigt. Verdrängung bedeutet, jeglichen Versuch aufzugeben, diese Intentionen im offenen Verhalten aufzuzeigen und sie in sozial anerkannte Motiven zu integrieren. Bei somatischen Patienten korreliert die D-Skala (Depression und Angst) des MMPI positiv mit der Verdrängung. Dieses kann die wohlbekannte direkte Beziehung zwischen Depression/neurotischer Angst und psychosomatischen Störungen erklären. Die Dominanz der D-Skala bei psychosomatischen Patienten korreliert mit der Exazerbation somatischer Störungen und autonomen Reaktionen in psychophysiologischen Untersuchungen. Gleichzeitig korreliert die Dominanz hypochondrischer Bedenken (Hs-Skala im MMPI) negativ mit somatischen Störungen typisch psychosomatischer Erkrankungen, und die autonomen Reaktionen korrelieren nicht mit der Höhe der Hs- Skala. Es wurde vorgeschlagen (ROTENBERG, SCHATTENSTEIN, 1990), dass hypochondrische Bedenken (Beachtung des eigenen Körpers) eine neue Orientierung für Suchaktivität ergeben. Weil das Resultat der Suchaktivität weniger wichtig ist als deren Prozess, stellen hypochondrische Bedenken paradoxerweise die objektive somatische Gesundheit wieder her. Eine für psychosomatische Störungen anfällige Persönlichkeit zeigt keine Neigungen für somatische Bedenken und Klagen. Wenn sich diese Haltung nach der akuten Exazerbation somatischer Störungen nicht verändert und keine hypochondrischen Bedenken auftreten, hat dieses Individuum das Risiko einer gefährlichen Entwicklung psychosomatischer Störungen. Unsere Ergebnisse wurden teilweise durch die Forschungen von FERGUSON et al. (2000) bestätigt: Patienten mit hypochondrischen Bedenken halten Ausschau nach (suchen) kontrollierenden Aspekten der Situation. Gemäß diesem Ansatz kann man vorschlagen, dass es bei psychosomatischen Patienten irrelevant ist, Hypochondrie mit Medikamenten zu unterdrücken, bevor man Suchaktivität in irgendeine Richtung hervorzulocken versucht- Medikamente können eine Exazerbation somatischer Störungen verursachen. Die Beziehung zwischen psychosomatischen Erkrankungen und Schizophrenie ist komplizierter und weniger eindeutig. In vielen Untersuchungen wurde aufgezeigt, dass psychosomatische Erkrankungen bei schizophrenen Patienten signifikant seltener zum Ausdruck kommen als in der allgemeinen Bevölkerung.

Es liegen jedoch auch Daten vor, dass bestehende somatische Störungen bei schizophrenen Patienten schwerer sind. Überraschenderweise konnte man zeigen, dass im Vergleich älterer schizophrener Patienten mit Kontrollpersonen ohne psychische Erkrankung psychosomatische Erkrankungen

insgesamt weniger vorhanden waren als bei jungen psychosomatischen Patienten im Vergleich mit jungen Kontrollpersonen. Die Diskussion dieser Widersprüchlichkeiten lässt sich wahrscheinlich auch durch das Konzept der Suchaktivität erhellen. Positivsymptome in der Schizophrenie stimmen mit dem Konzept der Suchaktivität überein, selbst wenn sie falsch ausgerichtet und unangemessen ist (ROTENBERG, 1994). Somit mag die unterschiedliche Verbindung von Schizophrenie mit psychosomatischen Erkrankungen durch eine unterschiedliche Ausprägung positiver und negativer Symptome im klinischen Bild der schizophrenen Patienten bedingt sein. Man muss zudem die Schwere der neuroleptischen Behandlung in Erwägung ziehen: klassische Neuroleptika unterdrücken Hirnmechanismen, die zu jeder Art von Suchaktivität in Verbindung stehen. Somit mögen zukünftige Forschungen, die all diese Faktoren betrachten, den Einfluss von Schizophrenie auf eine psychosomatische Vulnerabilität erhellen.

References

Adamis D., Ball C. (2000): Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: Prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. International Journal of Geriatric Psychiatry, 15: 248-253.

Alexander F. (1950): Psychosomatic medicine, its principles and applications. New York: Norton.

Ammon G., Ammon G., Griepenstroh D. (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditionellen Psychoanalyse zur dynamischen Psychiatrie. In: G. Ammon (Ed.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Munich und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 351-406.

Ananth J., Engelsmann F. (1984): Relationship between schizophrenia and psychosomatic illness: a review. Neuropsychobiology, 12: 138-141.

Appels A. (1979): Myocardial infarction and depression. A cross-validation of Dreyfus findings. Activitas Nervosa Superiores (Praha) 21: 65-66.

Barefoot J.C., Schroll M. (1996): Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation, 93: 1976-1980.

Bottomley A. (1998): Depression in cancer patients: A literature review. Eur. J. Cancer Care, 7: 181-191.

Dalman A.B., Bergman B.K., Brismar B.G. (1998): Somatic morbidity among patients diagnosed with affective psychoses and paranoid disorders. A case-control study. Psychosomatics, 39: 253-262.

Eastwood M.R., Trevalyn M.H. (1972): Relationship between physical and psychiatric disorders. Psychological medicine, 2: 363-372.

Engel G., Schmale A. (1967): Psychoanalytic theory of somatic disorders. Journal of American Psychoanalytic Association, 15: 344-365.

Everson S.A., Kaplan G.A., Goldberg D.E. (1997): Hopelessness and 54-year progression of carotid atherosclerosis: The Kuopio ischemic heart disease risk factor study. Arterioscler. Thromb. Vascul. Biol. 17: 1490-1495.

Farber E.W., Mirsalimi H., Williams K.A., McDaniel J.S. (2003): Meaning of illness and psychological adjustment to HIV/AIDS. Psychosomatics, 44 : 485-491.
Ferguson E., Swairbrick R., Clare S., Robinson E., Bignell Ch.J., Anderson C. (2000): Hypochondriacal concerns, somatosensory amplification, and primary and secondary cognitive appraisals. British J. Medic. Psychol., 73: 355-369.
Frasure-Smith N., Lesperance F., Gravel G., Masson A., Junea M., Bourassa M.G. (2002): Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal Heart Attack Readjustment Trial. Psychosomatic Medicine, 64: 571-579.
Glass D., Carver C. (1980): Helplessness and the coronary prone personality. In: J.Garber, M.Seligman(Eds.) Human Helplessness, Theory and Applications. New York and London: Academic Press, 223-244.
Goldman L.S. (1999): Medical illness in patients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 60, suppl. 21: 10-15.
Goodwin R.D., Stein M.R. (2002): Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. Psychosomatic Medicine, 64: 862-866.
Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. (2002): Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. Psychosomatics, 43: 259-277.
Hans M., Charney R. M., Feedland K.E., Skala J. (1994): Depression in patients with coronary heart disease: A 12-month follow-up. Gen. Hosp. Psychiatry, 18: 61-65.
Jeste D.V., Gladsio J.A., Lindamer L.A., Lacro J.P. (1996): Medical comorbidity in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 22: 413-430.
Joukamaa M., Heliovaara M., Knekt P., Aromaa A., Raitasalo R., Lehtinen V. (2001): Mental disorders and cause-specific mortality. British J. of Psychiatry, 179: 498-502.
Justice B. (1986): Evidence of psychological influence in disease onset. The Cancer Bulletin, 38: 241-244.
Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R. (2002): Depression and immune function. Central pathways to morbidity and mortality. Journal of Psychosomatic Research, 53:873-876.
Kim D.K., Shin Y.M., Kim Ch.E., Cho H.S., Kim Y.S. (1993): Electrodermal responsiveness, clinical variables and brain imaging in male chronic schizophrenics. Biological Psychiatry, 33: 786-793.
Kobasa S. (1979): Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37: 1-11.
Kop W.J., Gottdiener J.S., Tangen C.M., Fried L.P., McBurnie M.A., Walston J., Newman A., Hirsch C. Tracy R.P. (2002): Inflammation and coagulation factors in person > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. The American J. of Cardiology, 89: 419-424.
Krasnushkin E.K. (1942): About some relationships between mental and somatic diseases. Neurology and Psychiatry, 1: 20-23 (in Russian).
Kukleta M. (1979): System of behavioral inhibition in a stress situation: Possible role in neurosis. Activitas Nervosa Superior (Praha), 21: 32-33.
Lacro J.P., Jeste D.V. (1994): Physical co-morbidity and polypharmacy in older psychiatric patients. Biological Psychiatry, 36: 146-152.
Ledoux J.E., Gorman J.M. (2001): A call to action: Overcoming anxiety through active coping. Am. J. Psychiatry, 158: 1953-1955.
Lutgendorf S.K., Costanzo E.S. (2003): Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. Brain, Behavior and Immunity, 17: 225-232.
Lyketsos C.G., Lyketsos G.C., Richardson S.C., Beis A. (1987): Dysthimic states and depressive syndromes in physical conditions of presumably psychogenic origin. Acta Psychiatrica Scandinavia, 76: 529-534.
Makikyro T., Karvonen J.T., Hakko H., Nieminen P., Joukamaa M., Isohanni M., Jones P., Jarvelin M.R. (1998): Comorbidity of hospital treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: a 28 year follow-up of the 1966 northern Finland general population birth cohort. Public Health, 112: 221-228.

Martens C. (1986): Psychological etiology in cardiovascular disorders. Basic findings and new trends. Acta Psychiatr. Belg. 1: 5-21.
Mazumdar P.K., Chaturvedi S.K., Gopinath P.S. (1995): A comparative study of thought disorder in acute and chronic schizophrenia. Psychopathology, 28: 185-189.
McGuire P.K., Silberweig D.A., Wright I., Murray R.M., Frackowiak R.S.J., Frith C.D. (1996): The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucination. British J. of Psychiatry, 169: 148-159.
Mendelson W.B., Gillin J.Ch., Wyatt R.J. (1977): Human sleep and its disorders. New York, London. Plenum Press.
Mitscherlich A. (1956): Krankheit als Konflikt. Frankfurt, Suhrkamp, 1-2.
Neylan Th., van Kammen D.P., Kelley M.E., Peters J.L. (1992): Sleep in schizophrenic patients on and off haloperidol therapy. Clinical stable vs. relapsed patients. Archives of General Psychiatry, 49: 643-649.
Nofzinger E.A, van Kammen D.P., Gilbertson M.W., Gurklis J.A., Peters J.L. (1993): Electroencephalographic sleep in clinically stable schizophrenic patients: Two weeks vs. six weeks neuroleptic free. Biological Psychiatry, 33: 829-835.
Noyes R., Stuart S., Longley S.L., Langbehn D.R., Happel R.L. (2002): Hypochondriasis and fear of death. J. Nerv. Ment. Dis. 190:503-509.
Pennebaker J.W., Susman J.R. (1988): Disclosure of traumas and psychosomatic processes. Soc.Sci. Med., 26: 327-332.
Petrie K.J., Cameron L.D., Ellis Ch. J., Buick D., Weinman J. (2002): Psychosomatic Medicine, 64: 580-586.
Pittman N., Pittman T. (1979): Effects of amount of helplessness training and internal external locus of control on mood and performance. Journal of Personality and Social Psychology, 37: 39-47.
Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. (1979): A structural theory of EGO defenses and emotions. In: Izard E. (Ed.) Emotions in personality and psychopathology, N.Y. Plenum Publishing Corporation, 229-257.
Ramsay R.A., Krakowski A.J., Rydzynski Z., Jarosz M., Engelsmann F., Ananth J. (1982): International comparisonof the prevalence of psychosomatic disorders in schizophrenic patients. Psychother. Psychosomat. 38: 206-220.
Ramsay R.A., Ananth J., Engelmann F., Krakowski A.J., Wittkower E.D., Ghadirian A.M. (1982): Schizophrenia and psychosomatic illness. J. Psychosom. Res. 26: 33-42.
Rohrmann S., Hennig J., Netter P. (2002): Manipulation of physiological and emotional responses to stress in repressors and sensitizers. Psychology and Health, 17: 583-596.
Rotenberg V.S. (1980): Sensitivity, neuroticism and sleep disturbances: Some controversial problems. Waking and Sleeping, 4: 271-279.
Rotenberg V.S. (1984): Search activity in the context of psychosomatic disturbances, of brain monoamines and REM sleep function. Pavlovian J. of Biol. Sci., 19: 1-15.
Rotenberg V.S. (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. Neurosci. Biobehav. Rev. 18: 487-495.
Rotenberg V.S. (2000): Sleep after immobilization stress and sleep deprivation: Common features and theoretical integration. 14: 225-231.
Rotenberg V.S., Arashavsky V.V. (1979): Search activity and its impact on experimental and clinical pathology. Activitas Nervosa Superiores (Praha) 21: 105-115.
Rotenberg V.S., Schattenstein A.A. (1990): Neurotic and psychosomatic disorders. Interdependence in terms of the search activity concept. Pavlov. J. Biol. Sci., 25: 43-47.
Rotenberg V.S., Korosteleva I.S. (1990): Psychological aspects of the search activity and learned helplessness in psychosomatic patients and healthy testees. Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, 120/121: 1-13.
Rotenberg V.S., Boucsein W. (1993): Adaptive vs. maladaptive emotional tension. Genetic, Social and General Psychology Monographs, 119: 207-232.
Rotenberg V.S., Michailov A.N. (1993): Characteristics of psychological defence mechanisms in

healthy testees and in patients with somatic disorders. Homeostasis, 34: 54-58.
Rotenberg V.S., Schattenstein A.A. (1994): Neurotic and psychosomatic disorders: Psychophysiological approach based on search activity concept. Homeostasis, 35: 265-268.
Rotenberg V.S., Sirota P., Elizur A. (1996): Psychoneuroimmunology: Searching for the main deteriorating psychobehavioral factor. Genetic, Social and General Psychological Monographs, 122: 331-346.
Rotenberg V.S., Hadjez J., Indursky P., Martin T., Barak Y., Gutman Y., Elizur A. (1997): Eye movement density in positive and negative schizophrenia. Homeostasis, 38: 97-102.
Rotenberg V.S., Hadjez J., Martin T., Indursky P., Michailov N., Barak Y., Weiss R., Gutman Y., Shamir E., Elizur A. (1998): First night effect in different forms of schizophrenia (Pilot investigation). Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, 172/173: 421-430.
Sandhu H.S. (1986): Psychosocial issues in chronic obstructive pulmonary disease. Clin. Chgest Med. 7: 629.
Seligman M.E.P. (1975): Helplessness: On depression, development and death. San Francisco, W.H. Freeman.
Sims A. (1979): Mortality in neurosis. Lancet, 2: 1072-1076.
Stein M., Miller A.H., Trestman R.L. (1991): Depression, the immune system, and health and illness: Findings in search of meaning. Arch. Gener. Psychiatry, 48: 171-177.
Uexkull T. von (1979): Lehrbuch der Psychosomatischen Krankheiten. Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
Ursin H. (1980): Personality, activation, and somatic health. A new psychosomatic theory. In: S. Levine, H. Ursin (Eds.) Coping and Health. New York, Plenum Press, 259-279.
Vein A.M., Solovjeva A.D., Kolosova O.A. (1981): Neurocirculatory dystonia. Moscow, Medicina Publisher (in Russian).
Weiss J. (1977): Psychological and behavioral influences on gastrointestinal lesions in animal models. In: J. Maser, M. Seligman (Eds.) Psychopathology: Experimental Models, San Francisco, W.H. Freeman, 232-269.
Wolkin A, Sanfilipo M., Duncan E., Angrist B., Wolf A.P., Cooper Th., Brodie J.D., Laske E., Rotrosen J.P. (1996): Blunted change in cerebral glucose utilization after haloperidol treatment in schizophrenic patients with prominent negative symptoms. American J. of Psychiatry, 153: 346-354.

Address of the author:

Vadim Rotenberg
Harav Maimon str. 24/32
Bat-Yam
Israel

vadir@post.tau.ac.il

Medicine and Story: A Novel Clinical Panorama Arising from a Unitary Mindbody Approach to Physical Illness*

Brian Campbell Broom (Christchurch)

Since 1987 patients referred for internal medicine consultation have been assessed from both normative internal medicine and psychotherapy perspectives, and many have gone on to mindbody oriented discussions or psychotherapy (detailed in Broom, 1997). This experience of combined internal medicine and psychotherapy approaches to physical illnesses shows: (1) profound connections between patients' life-experience and the development of both organic and non-organic illnesses; (2) patients' verbal language reveal the meaning of illness; (3) the importance of clinical attunement to macro- and micro-life events surrounding symptom emergence; (4) the decisive role a clinician's implicit paradigm of personhood plays in patient care. This paper broadly outlines the presuppositions for this integrative clinical approach, and illustrates the approach with case material. Additionally, it summarizes the kinds of listening, and other skills, that have proved clinically useful in a meanings-based approach to physical disease.

A challenge to the Biomedical Model

In Western culture and medical practice the human experiences of subjectivity and of physicality are not only categorized separately but are reified into separate compartments or entities of mind and body which are then seen to have some influence upon one another. This paradigm gives rise to the »mindbody problem« and, in a medical context, to questions about how a separate non-physical mind can influence a physical body. It also gives rise to certain assumptions, accepted »truths«, and taxonomies which for the most part remain unquestioned. An example of such a »truth« is the Western culture-wide assumed boundary between physical illness and story - defined here as that tapestry of elements relating to the patient's past, present, and future experience as a subject. While few clinicians would deny that illness has meaning for the patient, most assume there is little connection between the patient's story (his/her experience of life) and the development of physical illness.

This boundary between physical disease and story is a pervasive consequence of the particular (and restrictive) metaphor of personhood dominating medical practice and implicit in the biomedical model-person-as-machine. Within this metaphor there is very little room for story. The person-as-machine metaphor, applied to medicine, can be summarised as follows:

- most diseases are seen as ultimately biological (genetic, degenerative, traumatic etc.) disturbances;
- biology gives rise to subjectivity, brain gives rise to mind; mind is a complex derivative, or epiphenomenon of body or brain;
- occasionally (sic) the derivative subjectivity that we call mind feeds back (by yet to be discovered mechanisms) on to the body to cause what is called psychosomatic illness.

A consequence of the dominance of this model is that most clinicians have learned to see illness as either »organic« (having a manifest or measurable physical disturbance, with therefore no room for subjective aspects) or »functional« (physical symptoms accompanied by less obvious tissue abnormalities, in which some role for subjectivity might be conceded, if not pursued). Put slightly differently, the common dualistic medical posture allows for real organic diseases and generally less respectable illnesses originating in the mind.

A basic premise is that there is a clear split between mind and body, and therefore between functional and organic disorders. Other constructions of illness are resisted and experienced as a challenge not only to orthodox medical thought but also to medical competence and mastery. Orthodox diagnostic systems, clinical management, and disease research are mostly grounded in the »biomedical model«, which is, in essence, a mindbody compartmentalization model, in which the body is taken to be fundamental (physicalism) and subjectivity is devalued.

Even clinicians and researchers honoring the role of mind in physical illness tend to work from dualistic and physicalist perspectives. Mind factors are accorded a possible role primarily in disorders where there is no established organic disease process - the chronic fatigue syndrome (STRAUSS. 1994) is a current example - a view that betrays the dominance of the biomedical model, which conceptualises disease »in the same way as other natural phenomena - viewed independently from the person who is suffering from it and from his or her social context« (MCWHINNEY, 1989; one of the pioneers of patient-

centred medicine). This view of the possible role of mind in illness generally excludes disorders with easily observable disturbances of structure or function at an anatomical, histological, biochemical, or genetic level.

Since 1987 I and my psychotherapist colleagues have had to revise our acceptance of these assumptions. We have responded to patients with physical presentations by attending concurrently both to orthodox diagnosis and treatment, and to the patient's story. Though story might appear to be another version of the notion of narrative currently popular in many fields of post-modern study of literature, philosophy, sociology, psychotherapy (McLeod, 1997), and now medicine (Greenhalgh & Hurwitz, 1998), my use of the term here is different. Story emerges out of a powerful reciprocity of meaning between the actual words used by patients in the accounts they give of their ordinary and extraordinary lives and the physical manifestations they present for treatment. That is, the use of story here has to do with mundane (not necessarily reaching psychopathological status) subjective meanings which, we maintain, are part of or contribute to the development of disease. In contrast, contemporary narrative approaches in medicine have more to do with how the clinician and patient together create a way of seeing the illness which has already developed. Narrative has to do with stories which the clinicians and patients weave around an already existing disease (Greenhalgh, 1999). While accepting the validity of narrative approaches I am more concerned with patients' personal meanings that appear to be an intrinsic part of disease development.

The case history of Patient Z, a 71 year old woman, illustrates how we come to see the relation between verbal meaning and physical disease. She presented with an 18 month history of generalized thickening of the subcutaneous tissue causing uncomfortable splinting of the chest, and tightness of the arms and upper legs. Despite intensive investigation, including skin biopsy, a firm diagnosis had not been made. The appearances were not classical for scleroderma or mixed connective tissue disease, but as they appeared to be in that illness continuum, she was told she had »connective tissue disease« and accordingly was treated with the drugs prednisone and cyclophosphamide. Her family history included a son diagnosed with scleroderma at age 18, who subsequently recovered (now aged 36).

Asked about the onset of her skin thickening, the woman proffered, with alacrity and conviction, that it began when she fell over in the local garden nursery, sustaining injuries to her face and legs. She described this event as

»shattering«. Mystified as to the relevance of this (and initially inclined to pass over it) I asked what effect this event had had on her. She replied: »I went into my shell for a while.« I was struck by the language, and invited further comment, and within the next 3 to 4 minutes she used the words »I went into my shell« three times. Moreover, she further volunteered: »I went inside the four walls of my house, and closed the door, and sat and sat and sat.« In the few weeks following the injury skin thickening developed first in the legs and then became more generalized.

She had enjoyed very good health throughout her life, but the accident compromised (»shattered«) her self-concept in which she saw herself as perennially invulnerable. The embarrassing facial trauma induced social withdrawal. She improved again as she started to »come out of my shell«, though it was difficult to assess what contribution the medications were making.

I suggested to her that the thickening of the skin was a somatic representation of what she was also expressing in using the term »shell«. She accepted this, though without much insight. She was encouraged to become active, resume her previous social contacts, and was followed up regularly for support, encouragement, and continued »holding« through explanation, education, and revision of her home situation so that coping could be ensured for as long as possible. After the third visit she declined further psychological intervention. One year later both she and her physician reported marked clinical improvement, and she is on no medication.

The symbolic congruence of her verbal story (the use of the »shell« metaphor) and the physical manifestation (of skin thickening) seems obvious to me. It is also difficult to avoid the perception that somehow the physical presentation and the verbal presentation express concurrently aspects of the same total personal reality. There seems little justification (other than the view that dualistic mindbody assumptions must constitute the correct interpretative system) in seeing one or the other presentation as primary or secondary, or as one leading to the other. They are both there, together.

There is something else to note. The meaning of the illness in this patient was immediately discernible. HARRY STACK SULLIVAN, the interpersonal psychoanalyst, said of psychotherapy: »If the therapist has the wit to see it, the truth is there to be seen in the first session« (quoted by LEVENSON, 1990). I am urging that something similar applies in medical practice.

An Alternate View of Personhood

Our approach is based on a unitary model of personhood that not only emphasizes an integration of mindbody elements across the board in clinical medicine but also resists a body-first (physicalist) and a mind-first (mentalist or idealist) position. It sees the patient's subjectivity dimension (and therefore language) as expressing a story that is complementary or analogous to that which the body dimension expresses in illness and disease. This is a radical position (and invites questions like »what about cancer, or genetic diseases?« (I will comment on cancer later), but I believe the case examples presented here and elsewhere (BROOM, 1997) support it.

For example, what sort of illness did Patient Z, with her manifestly thickened skin and her »shell« metaphor, have? Was it organic or functional? Which elements of her data should have been attended to, and which regarded as superfluous in the task of treatment? A majority of physicians would not consider the language/story/meaning data offered by her to be useful. On the contrary, physicians generally take their first responsibility to be a diagnosis, especially the diagnosis of physical disease. And what is a diagnosis but essentially a process based on the physician's recognition of a typical pattern of symptoms and signs, combined with the results of important technical investigations? This is the focus of the observer within the biomedical model. In this approach, then, the patient is essentially an object. In our alternative view, the patient must also be seen as a subject with a meaningful story relevant to the appearance of illness.

There is a substantial literature acknowledging the relevance of the subjectivity of patients, but it was GEORG GRODDECK, (1866-1934), a German general practitioner, who introduced the »knowledge of the unconscious into the treatment of all patients, and particularly those patients who suffer from organic illnesses« (GRODDECK, 1977). He claimed that »the distinction between body and mind is only verbal and not essential, that body and mind are one unit, that they contain an It, a force which lives us while we believe we are living«, and, further, that »psychogenesis does not exist«. GRODDECK's notion of the It referred to a mysterious force that was supposedly the substrate for the many dimensions of human functioning and experience, including thoughts, emotions, the brain and body, and organic and mental illnesses. Even the human capacity for the symbolic was seen by GRODDECK as being deposited in the It and prior to conscious thought and language.

These might be seen as wild ideas, but they are of rich interest when considering the problem of somatic metaphors, a subject that is infrequently addressed in mindbody medicine. In Patient Z (and in the other cases I discuss below) the body »language« or disease presentation appears to be »saying« exactly the same thing as the verbal language, a confluence suggesting that they are dimensions or aspects of a unitary reality. For GRODDECK this multidimensional symbolic capacity arises from the more fundamental and unitary It. More modern support for unitary assumptions can be found variously in neuroscientist PRIBRAM's holographic theory that the whole being is expressed in every part (FERGUSON, 1982), or in physicist BOHM's implicate and explicate reality states where »we do not say that mind and body causally affect each other, but rather that the movements of both are the outcome of related projections of a common higher dimensional ground« (BOHM, 1980), or in the theologian GUNTON's notion »of the world as an order of things, dynamically related to each other in time and space. It is perichoretic in that everything in it contributes to the being of everything else, enabling everything to be what it distinctively is« (GUNTON, 1993). The notion of perichoresis is stronger than permeation or interpenetration. We can talk about the experience of mind and body without ultimately separating them. Finally, the philosopher SHALOM (1985) takes us full circle back to GRODDECK, arguing cogently that the person is not reducible to a combination of body and mind and therefore that the problem of mindbody integration is not soluble by attempting to connect mind and body categories as if they were fundamentals. SHALOM sees the »existing person« or »personal identity« or the »I«, as the ultimate fundamental (SHALOM, 1985). He says: »... the problem is not 'the body/mind problem', but the problem of the person or the 'I'«.

SHALOM seems to me to put the issue clearly. I believe that the challenge we face in mindbody medicine is to conceptualise a unitary model of personhood. This is the crucial issue. Putting this challenge in the context and idiom of this paper, we need a model that allows us to assume a natural reciprocity between physical disease and story.

SHALOM's philosophical view, applied to medical practice, emphasises that physicians are not dealing primarily with bodies but with whole persons and personal identities, physical subjects who, because their experience of themselves can be conceptualized and abstracted into categories such as »body« and »mind«, provide the physician/observer with several sets of data. The data of the whole can be separated and clustered together into sets, in one

case in terms of physical disease, in another in terms of story. These sets exist merely as focused-upon dimensions; they are all derivatives of the unitary reality of the I, or, as I prefer to say, the *I am*. To move in this direction - of the importance of the patient as subject in the development of physical and organic disease - constitutes a revolution for modern medicine. But this is a revolution that empirical clinical reality demands.

Critiquing the Somatization Model

Many protagonists for mindbody approaches use the language of somatoform disorders and somatization (the terminology of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), referring, for example, to the processes »by which an individual, 'hiding' from threatening psychological information... expresses his or her emotional distress in physical symptoms or maladaptive behavior" (WICKRAMSEKERA, 1998; for an alternative definition of somatization see KLEINMAN & KLEINMAN, 1985). In this framework somatoform disorders are characterized by symptoms suggesting a physical disorder, a lack of organic findings, and evidence (or a presumption) that psychological factors are involved. In contrast to GRODDECK these definitions subscribe strongly to a notion of psychogenesis, a notion of mind-compartment acting on a body-compartment to cause disease.

This construct of somatization unquestionably has considerable utility. Numerous studies have established the high frequency of somatization, generally between 20-40%, in both general practice and internal medicine (BRIDGES & GOLDBERG, 1985; BAIN & SPAULDING, 1967; MCCAULEY et al., 1997). It has been argued these figures are in fact very conservative (BROOM, 1997; Wickramsekera, 1998), and, of course, depend on the observer's definition of somatization (LIPOWSKI, 1986; GOLDBERG & BRIDGES, 1988; SMITH, 1985). KROENKE & MANGELSDORFF (1989) further showed that only 15% of patients presenting with the 14 most common symptoms for outpatient internal medicine assessment had organic findings. Thus, »nonorganic« symptomatologies form a major fraction of internal medicine practice and expense, and they are likely to become an increasingly important issue in the era of managed care (BARSKY & BORUS, 1995).

In my view, the terms somatization and somatoform disorders, as conventionally used, implicitly or explicitly represent:

- constructs rooted in mindbody dualism;
- labels for disorders attributed to emotional factors seen as inappropriately expressed in the body;
- conditions for which there is no (or only minimal) evidence of »organic« findings in the presenting patient;
- physical symptoms accompanied by psychopathology.

Such perspectives underly the thought of a prominent analyst of somatization, WICKRAMSEKERA, who in a recent paper (1998), referred to the »kinds of medical problems that are typically regarded as expressions of somatization and psychophysiological disease«, and included the following: chronic fatigue, various chronic pain states, muscular and vascular headache, irritable bowel syndrome, primary dysmenorrhea, flushing, hyperhidrosis, chronic urticaria, primary hypertension, and chronic allergic conditions. While I heartily endorse his emphasis on the importance of emotional factors in these conditions and agree that the majority do not have demonstrable »serious organic disease«, I believe his listing of certain disorders such as chronic allergic reactions, primary hypertension, and chronic urticaria actually undermines the general definition of somatization and somatoform disorders as a combination of emotional factors and a lack of organic findings. For instance, chronic urticaria is in fact identified by the organic changes (bodily signs) due to an abnormal release of mast cell mediators just as hayfever, asthma, bee sting anaphylaxis, and peanut allergy are. Chronic urticaria differs in that a physical cause of the mast cell activity has not been established. Thus a mind factor is allowed!

In our experience the majority of chronic urticaria patients not only suffer irritable skin lesions but also carry troublesome and often unexpressed affects in the anger continuum. Therefore such patients are somatizing and also have an organic condition. The question is when does something become »organic« rather than »functional«? Is a patient's conditioned anaphylaxis, or anaphylaxis related to »black hole« affects (BROOM, 1997) with massive release of mast cell products (and maybe death), as opposed to the relatively minor release of such products in chronic urticaria, an organic condition or a somatization disorder? On the face of it, the difference is merely quantitative. Is a patient's chronic vasomotor rhinitis (rooted in a chronic grief reaction) with severe nasal obstruction and complicated by sinus infection, or a patient's florid five year facial rash (while keeping a »brave face« on her husband's depression), organic

or not? These chronic recurrent conditions (of »black hole« anaphylaxis, vasomotor rhinitis, and facial rash) responded very well to a story approach.

Thus, terms like »organic«, or »functional«, or »somatization« do not adequately categorise what they attempt to describe. Organicity turns out to be a construct of the biomedical perspective. It exists when there is something that can be observed by the biomedical observer. A condition is »organic« when there is clear or irreversible physical change, or when it can be treated with physical means. »Functional« and »somatization« are often used when it cannot. »Somatization« tends to be used where there are either unmeasurable changes (for example, pain states, chronic fatigue) or reversible or self-limited phenomena (for example, chronic urticaria or irritable bowel syndrome). But, as WICKRAMSEKERA suggests, such reversible states may become irreversible states. Reversibility and irreversibility may be quantitative rather than qualitative issues, and a function of time. Hypertension and asthma are probably good examples of this. It becomes, then, very questionable whether we can legitimately exclude issues of subjectivity and meaning from illnesses that are considered »organic« within the dominant biomedical paradigm.

Data and Case Histories

Our patient-centred clinical outcomes database identifies 347 patients with both physical symptomatology and an apparently relevant story. We have entered each patient into the database, maintained through software designed to monitor clinical outcomes (BULLMORE et al., 1992; MARKS et al., 1995; MARKS, 1998), after deciding at first assessment whether the story element is best seen in one of three tentative categories devised over ten years of working in the combined internal medicine and story approaches. These categories are:

- physical disorder with onset apparently associated with significant emotional material or life events;
- physical disorder with apparent metaphorical or symbolic meaning;
- physical disorder with apparent meaning which is neither metaphorical nor symbolic.

Further detailed analyses of these data are being pursued but some simple points can be made. Among the 347 patients with apparently relevant story (according to the categories above) there are 196 with the following manifestly

organic and, moreover, chronic or chronic recurrent conditions: urticaria (including vasculitic forms), nonallergic eczema, nonspecific chronic skin rashes, seborrheic dermatitis, skin thickening (patient Z), apthous ulceration, granulomatous cheilitis, conjunctivitis, blepharitis, rhinitis, chronic sinusitis, nasal infections, laryngitis, middle ear disease, chest infections, asthma, leukoplakia of the mouth, chronic recurrent herpes simplex, vulvitis, vulvovaginitis, urethritis, prostatitis, interstitial cystitis, recurrent urinary tract infections, idiopathic haematuria, infertility, endometriosis, Crohn's disease, ulcerative colitis, recurrent anaphylaxis, epilepsy, neuropathy, Parkinson's disease, transient recurrent or chronic liver enzyme abnormalities, idiopathic hepatic fibrosis, and alopecia. Moreover, among these 196 patients with manifestly »organic« findings there are 70, a third of the group, with clear somatic metaphors or obvious symbolic elements. The other 151 patients, supposedly non-organic (that is, those without clear physical, structural, measurable changes), largely mirror the composition of WICKRAMSEKERA's list, which is the group of disorders typically characterised as »functional« or due to somatization. But we see no difference between the two groups (196 organic or 148 non-organic) in terms of the presence of apparently relevant story aspects.

The notion that an organic finding rules out psychological factors (or story) is in our view a very questionable assumption. I hope to make this point as strongly as I can with an assorted cluster of case histories. I give three in some detail, but to show they are not rare and inexplicable exceptions to the biomedical »rule«, I introduce them with a brief overview of 8 cases of the same sort of "organic" disorders that presented with clear somatic metaphors or obvious symbolic elements. Even if these cases were rare exceptions they should still be taken seriously (CRONBACH, 1975).

- *Female age 34; 8 years of non-allergic nasal congestion, facial soreness, puffy eyes; began when her mother was diagnosed as having scleroderma; patient says "I will always grieve".*
- *Female aged 54; over 15 years developed supraventricular tachycardia when working in a cardiac catheter lab, then Crohn's disease when treated badly by her colonic surgeon employer, and then nonallergic rhinitis (unexplained-but disappeared after one session talking through the above).*
- *Female age 50; chronic eye inflammation for 2 years; diagnosed as Sjogren's disease; exhausted by wandering around the world after her religious husband; says*

»I am tired, I can hardly open my eyes«, and is angry and frustrated. Husband would not allow further discussions.

- *Female age 52; 20 years of cystitis, haematuria, vaginal discomfort, and lachrymation; sexual abuse at age 8; cystitis unremitting since honeymoon; she says »I was such a go-er but I crash after sex; every now and again I give in to sex«; »I feel sickened«.*
- *Female age 26; 2.8 years of chronic diarrhoea and many investigations; husband works too hard and they had moved away from her beloved father; she says »I hate arguing«; after she told her husband »I am not going to be treated like shit any more« her diarrhoea remitted.*
- *Male age 42; 10 years of severe tendonitis (visible swelling and redness) of any exercised region of the body; highly ambivalent about the role of house-husband and father, longs to be free in the wilderness, hunting and shooting; had a very stifling controlling mother, and experiences his wife like that; symptoms appear to be a metaphor for physical constraint and ambivalence.*
- *Male age 76; 40 years of severe facial dermatitis (requiring oral steroids) following a bitter family conflict; was cheated of his farm inheritance; he bought the farm next door and »it was constantly in my face«; problem cleared when away from the farm for long periods.*
- *Female age 54; 6 years of urticaria and inflammatory bowel disease both flaring each year in September; has a rigid workaholic husband who refuses intimate relations; she starts each year hoping things will change but by September »my hopes begin to sag«, and »how else can I show what I feel«. She feels frustrated, angry, lonely, and afraid. In our experience chronic urticaria often represents anger and frustration.*

The 3 patients I now present in more detail provide vivid examples of the relevance of story to »organic« conditions. Once one starts to attend to the story data such vividness is far from unusual (for example, the 70 patients with somatic metaphors, and many other examples published previously (BROOM, 1997)).

In these 3 chronic cases (from, to repeat, a database of 197 »organic« cases), the problems are manifestly organic, the body and language dimensions say the same thing concurrently (as if they mirror one another and emerge out of the whole), the biomedical treatment model is inadequate, and the symptoms resolve while the patient works with the clinician on the meaning of the problem. The language used in the stories given by the patients is uncannily

relevant to the illness presentations, and has clear metaphorical or symbolic status.

The question arises as to how to categorise the story material further. I am not convinced that stories are best seen as »psychopathology«, which is another construct which seems to allow some clinicians to identify somatization. A detailed discussion of what is psychopathology and what is not is beyond the scope of this paper. I will say only that I prefer the term story to »psychopathology« because it allows notions of patients' subjective »meanings« into the arena without having to judge the meanings as severe enough to be abnormal, the usual basis for attending to them. This is an important issue. In the Manchester Somatization Study (GOLDBERG & BRIDGES, 1988) patients were classified as somatizing only if they could also be classified and treated psychiatrically. Therefore, severity of emotional disturbance, or emotional disturbance recognized by certain professional observers, determines who will be allowed to be seen as somatizers. But in our work this is unhelpful.

A woman with a »brave face« and a facial rash

Consider Patient A, whom I alluded to briefly earlier in the paper. She is a 70 year old woman with a 5 year history of florid facial rash, who is keeping a »brave face« on her husband's depression, who has never been good with expressing her feelings, has no history of depression herself or other medical or psychiatric help-seeking, and who cannot easily be psychiatrically classified. She would be ruled out of the Manchester Somatization Study! But she gets better after a session of empathic listening and framing up her symptoms as her physical way of expressing her difficulties in the relationship with her husband, her language way being in the use of the term »brave face«. In a sense, both physical and language conduits of expression are metaphorical.

As I have said, the somatization construct has great utility, but in this »brave face« facial rash woman its usefulness is not obvious. We do not have to decide whether she has psychopathology before we justify attending to her »brave face« language. The organic/functional split and the linear dualistic model do not »work« either. There is no utility in asking whether she got the rash first and then came up with the »brave face« language, or vice versa. I contend the self-evident reality is that she is expressing the same set of issues in multiple dimensions concurrently. In short, we are back to a unitary approach to patient personhood.

A woman who felt sexually undermined and suffered from genital disorders

Patient B, a 39 year old woman with a 15 year history of vulvodynia, vaginal candidiasis, vulval eczema, and planar vulval warts, was referred for »psychotherapy to help her cope with her vulvodynia«. Around age 20 she had 3 unsatisfactory sexual relationships, the third being emotionally abusive, leaving her »bloody angry«, and »undermined in what I felt about myself sexually«. She vowed to remain »celibate«. Soon after this, the genital symptoms began, and persisted despite all forms of treatment. At age 38 she started exploring her first relationship after 14 years, and the prospect of marriage made a resolution of the symptoms urgent. She entered psychotherapy mid-1997 and explored many issues, including her underlying sense of inadequacy. By the 13th session she was reporting freedom from symptoms, and there were no visible abnormalities of the vulva. She married and soon after her symptoms exacerbated as she struggled anew with conflicts relating to trying to be more than adequate on a number of fronts, as a wife, lover, mother, income provider, home keeper, friend, and hostess. Resolution of these conflicts led to resolution of the symptoms again.

From a unitary personhood point of view, Patient B is expressing the same story concurrently in her body, thinking, language, behavior, and relationships. As pointed out, physicians operating out of a dualistic paradigm involving mind and body compartments will reflexively move to decide whether the problem arose first in either one or the other. Most medical literature is not only similarly dualistic but dominated by an implicit physical fundamentalism that sees the physical aspects of personhood as primary, or prior to other aspects of human functioning, including mind. Therefore, in the case of Patient B, it is the physical genital data that is attended to for many years by numerous clinicians, and the »inadequacy« story is never heard. This is reminiscent of WICKRAMSEKERA's story of the man who had two million dollars' worth of investigation before his story was attended to (WICKRAMSEKERA, 1998). This is not a rare phenomenon. We see similar cases every day. The »blow out« of health costs world-wide is partly due to the accelerating availability of technology in a climate of excessive expectations. These expectations are partly rooted in a physical fundamentalism, the biomedical model, which assumes that most answers to disease will be technological. Inevitably this engenders costly repetitive attempts to discover organicity. Meanwhile story is ignored and is effectively invisible.

I certainly believe that rigorous address of the physical aspects of patients is crucial to good practice, but physical fundamentalism implies that ultimately the only things that really matter are those things that can be measured. The handmaids of physical fundamentalism are methodology, measurement, mathematisation, objectivity, jargon, standardization, instruments, and rating scales (ROTOV, 1991). Story does not easily fit this perspective and its derivative approaches and technology.

The exclusion of story is not just a manifestation of organic/functional splitting, but also a result of what has been called essentialisation (ROTOV, 1991). Essentialisation describes the process by which a person's particular illness gets assigned to a labelled disease category. The process is as follows. A disease is a pattern of symptoms, signs, and technological findings recognised by physicians. For example, to belong to the asthma disease category a patient must have essential findings (cough, wheeze, certain abnormalities of lung function etc) in common with the rest of the patients who make up this disease category. The physicians focus on what these individuals have in common, on that which is essential to belong to the asthma category. HERMAN (1995), in critiquing randomised controlled trials which rest entirely upon essentialized categories, defined bias as »the tendency to see what we are looking for and to overlook whatever challenges the paradigm framing our observations«. Certainly essentialization (and most current medical practice) overlooks highly individual data, or story; and the vigor of some negative responses to the notion of story suggests bias is playing a role. The problem is not the validity of measurement, or the usefulness of group data, or the diagnostic approach, but the exclusion of story.

Patient data can be divided into two categories: the essentialized physical/group/measured data, and the story/subjective/individual/not measured data. Medicine neglects the latter. In this climate Patient Z is screened for the essential physical features of the connective tissue diseases, but the »I have gone into my shell« data is excluded. Patient B is treated for 15 years for possible fungal, bacterial, and viral infections of the genital tract, but her »inadequacy« and »celibacy« themes are never observed. This neglect of story is repeated many times a day in clinics the world over, constituting medical neglect of scandalous proportions.

A woman with an athletic husband and many musculoskeletal injuries

Patient C, a woman aged 35, was referred with a 6-year history of numerous musculoskeletal injuries. Analysis of the general practitioner records showed the following history of medical consultations:

5/85	back injury whilst tramping
7/85	back injury whilst swimming
8/85	sore back, sore right knee
3/86	sore back
11/87	left knee sore on movement
2/88	musculoskeletal specialist consultation -writing of general practitioner illegible
5/88	long-term sacro-iliac problems
5/88	motor vehicle accident-whiplash
6/88	left sacroiliac joint painful running and tramping
3/89	tender right humerus
1/89	torn left popliteus---problems for 6 months
4/89	right hamstring tear---problems for 8 months
5/89	right biceps tear---problems for several months
9/89	strained right biceps again
2/90	gastrocnemius muscle insertion injury
3/90	painful coccyx
4/90	painful coccyx
4/91	stress fracture left tibia (confirmed by X-ray)
5/90	sore lower back
8/90	coracobrachialis tear; very despondent.
4/90	patient initiates psychotherapy at suggestion of a friend; deteriorates, bilateral anterior compartment syndrome diagnosed, and wheelchair suggested.
10/91	numerous small muscle injuries/anterior compartment syndrome continues.

Patient C had undergone numerous investigations, including bone density and endocrine studies, none of which had been helpful. Prior to and during psychotherapy she had consulted many clinicians, medical, paramedical, and alternative. After nearly a year of psychotherapy she was referred to me for a second

opinion, the question being whether I thought emotional factors were operating, or whether psychotherapy should be abandoned in favor of yet more physical investigations. Despite her psychotherapy, the injuries had continued unabated.

Her history revealed that her lifestyle was focused around physical recreation, and she appeared to get injured in circumstances that all the experts agreed hardly warranted injury. Within minutes of the start of the interview she was referring to her marriage. Her husband was a very keen outdoors man, and her injuries were interfering with their outdoor life style.

Salient early history included the fact that her parents broke up when she was at primary school, and there was a serious question that she might be given up for adoption. It did not happen, and she stayed with her mother who eventually married again, the stepfather bringing with him a daughter of similar age to C. This other girl fell off a horse and broke a leg. C perceived her as »stealing« her mother. Two weeks later C fell off her bicycle and got her mother back.

There appeared to be no more points of interest until C was around 30 years of age when she injured her back tramping. Around that time she met her husband who encouraged her rehabilitation. They married, and soon after he and his friends put pressure on her to do a triathlon. She did not want to do it, rather she wanted to start a family, but succumbed to the pressure, and prepared for the triathlon. An injury then supervened, and she had to pull out. This was the beginning of the list of injuries.

There were a variety of interlacing themes in this story. She was eager to have a family, but this would limit the couple's outdoor activities, and possibly endanger her relationship with her husband who put enormous stock on his weekend activities. She felt she could not have both a family and her husband. It seemed that her injuries were a somatic representation of an unwillingness to confront her husband directly because of a fear of losing him, and also a refusal to be ruled by his preferences. It was pointed out that her fear of losing her husband and her reluctance to wrestle with this in the interpersonal space between them meant that she was left with very indirect expressions of her feelings, and therefore with continuing injury. It was suggested that she have no more tests, and the following comments were made to her psychotherapist: »I have no concerns that you are sitting on some undiagnosed disorder, and if it were me I would resist such concerns confidently«. It was recommended that the patient and her husband have a marital session in which these issues were

disclosed and explored. C. had 2 more psychotherapy sessions and one of these included her husband. Within a month she had done an extensive tramping trip without difficulty.

I reviewed her 3 years later. She had continued an active physical life since, and had had no more injuries. She had given birth to one child. Her husband remained reluctant to have more. At the review date she said: »I was punishing him because I wanted a baby«; »I was turning everything in on myself, and everything was being put into my body«; »I saw clearly what was going on and I thought what a waste of my life«.

Again, attending to story was crucial. The question is, would it have mattered whether I had viewed this patient within a dualistic model of personhood instead of a unitary model? After all, the important thing is that meaning was considered in a patient with unexplained tendon and bone injuries. I contend that meaning will be considered in such patients only if the clinician's model will allow it. The biomedical model and its variants that add an adjunctive psychological factor, constrain acceptance of story-related spontaneous tendon ruptures and stress fractures, or widespread thickening of the skin (Patient Z) or, as I indicate later, a major role for meaning in the initiation of cancer (GREER, 1999)), because there is no conceivable »mechanism of action« (FOSS, 1999). In the dualistic mind-on-body model the notion of mind causing a stress fracture is so contrary to predominant culturally conditioned systems of medical thinking that it does not get near consideration. The biopsychosocial model (ENGEL, 1977) does nudge us closer but adherents mostly subscribe to a biomedical model with »tack on« adjuvant effects of the dualistically separated mind.

This problem is illustrated in the burgeoning field of psychoneuroimmunology. At first sight, the term »psychoneuroimmunology« might encourage the assumption that in this new multidisciplinary exploration story will be attended to. But in reality physicalist and essentialist presuppositions drive most of the research. Much of the available clinical literature in psychoneuroimmunology presents reasonably sophisticated micro-studies of changes in the immune system or brain, but the mind, when considered, is seen in fairly restrictive ways. For instance in chronic fatigue syndrome, the mind side of this condition is represented by a restricted focus upon diagnoses of depression, anxiety, and somatization, and upon aspects of cognitive functioning and related cognitive-behavioral techniques to manage the patient's beliefs about

the illness (SHARPE, 1994). We hear no story. The patient remains an object with a mere shadow of subjectivity.

Does Cancer have a Story?

For many, the whole idea that illness can have a meaning-a »story«-is foreclosed by the mention of cancer. A facial rash is one thing, cancer is quite another. I believe cancer can have a story-some cancers at least. What sorts of stories and what sorts of cancer remain researchable questions. I offer as one example a patient in whom the onset of oral leukoplakia (an »organic" precancerous condition) began at age 33 and continued for 23 years. Consultation indicated that the onset was related to factors of shame associated with her dentist father's suicide also at age 33. Brief psychotherapy in this case (detailed in BROOM, 1997) was remarkably effective, the turning point centering on resolution of the shame issues. Thus, after 23 years of leukoplakia and major surgery for oral cancer she is now clear, and has been so for 5 years.

Such cases raise provocative paradigmatic issues relevant not only to psychooncology but to the whole of medicine. Many of these issues were highlighted in a recent discussion of psychooncology in Advances. In a target paper, GREER (1999) offered a broad hypothesis about the role of psychological factors in the course of cancer; »Whatever the random mutation and other biological initiators of the cancer process, its further promotion and spread will depend partly on homeostatic controls which can be influenced by psychological factors«. He took pains to note that his hypothesis »does not state that psychological factors are either necessary or sufficient causes of cancers«. Several of the eight commentators on the paper took issue with this critical point.

GREER seems to me to illustrate well the growing body of research and commentary asserting the influence of mind while retaining a body fundamentalism. He sees psychological mechanisms influencing »promotion and further progress of cancer« but shies away from such factors initiating cancer, and in the discussion refers scathingly to counsellors who »suggest to patients that they may have unconsciously wished the cancer on themselves«. How a patient and a clinician construe the possible emotional antecedents of an emergent cancer has many more possibilities than this, but I agree that problems of »blaming« emerge with simplistic interpretations of the role of subjectivity. As I tried to make clear in my presentation of the »brave

face«/facial rash woman, it serves no value to say which comes first, which »causes« the other. Both express the same set of issues. So with the leukoplakia/shame woman, who manifests »organicity, and the story material to match: both are, in essence, concurrent phenomena.

FOSS (1999), commenting on GREER's paper, questions the character of its underlying mindbody perspective. He writes that »the foundational issue turns on... the relation between patients as objects and patients as subjects as well as objects-agents capable, by changing their consciousness, of actively participating in their own healing process... the seeds of a revolution...«. I think we need a revolution. I suspect that where any model of cancer sees physical factors as fundamental and psychological factors as adjunctive or permissive or as co-factors, that model inevitably and implicitly inserts a »hopelessness« factor. There is skewing of the clinician towards an overly »fixed«, hard-to-influence mechanistic physical disease, and a notion of weak and secondary mind factors. This, I think, is the current status of mindbody medicine.

In GREER's paper and in many of the comments, the emphasis appears to be on essentialised mental categories such as anxiety, depression, passive coping responses, stress, hopelessness, »fighting spirit«, hardiness, resilience, sense of coherence (GREER, 1999), emotional wellbeing, family support, social and cultural issues, socioeconomic factors, downward causation (BLOCK, 1999), mind as regulator (CUNNINGHAM, 1999), cognitive appraisal, positive emotion (FOLKMAN, 1999), effects of supportive/expressive group therapy, and stress reactivity (SPIEGEL, 1999). These abstractions have great relevance. They are more categorical, measurable, researchable, and fundable according to orthodox views as to what constitutes good research. They are nomothetic, and therefore more clinician-centred than story. Story is extremely patient-centred and idiographic, and emphasizes the less measurable and highly individual aspects of psychological functioning such as imagination and meaning. The philosopher LANGER (1967) called these less measurable aspects »the embarrassing elements - (such as) willing, intending, feeling - that is, all words for introspectively known factors.« PATAKI (1996) puts it another way: »Love, friendship, caring for oneself and for others, loss of others and the loss of one's self in madness or death concern us more in daily life, art, literature (though they do not much concern contemporary psychiatry and Anglo-Saxon philosophy) than anything else.« Nor do such things concern modern medicine in its understanding of pathology. But love and friendship and numerous other things crucial to our human subjectivity are the essential elements of the notion

of story presented here. It is these elements that are carefully attended to in patients presenting with physical symptoms.

The basic contention is that a novel clinical panorama emerges as the clinician keeps both physicality and subjectivity in focus at the same time, in many different types of illness, irrespective of whether they would normally be regarded as psychosomatic, physical, functional, or organic. Moreover, I suggest it is neither valid or even ethical for physicians to persist with a body-only focus in respect to a vast number of diseases commonly accepted as physical or organic.

Theory, Clinical Experience, and Story-Gathering

The development of this approach (BROOM, 1997) was not driven by a favored theory of mind-body connectedness or integration, but more by an instinct and penchant for integrative approaches to healing, and by insights emerging from a growing clinical experience combining internal medicine and psychotherapy. These have forced a relinquishing of ingrained residues of dualistic thinking and practice. It has been necessary to develop different conceptualizations of personhood and disease. Here I list and explore some of our experiential findings:

- Persons present their responses to the world in a multidimensional way. Patient B is an example. She feels inadequate, vows to become »celibate«, avoids male/female relationships for many years, and concurrently develops genital pathology.

- Rather than operating out of a linear psyche-to-soma or soma-to-psyche dualistic interpretation of the data, it is better to see a patient as a personal identity, or an I, or an I am. The I is expressed in dimensions of experience conventionally categorised separately and compartmentally as body (genital inflammation) and mind (the celibate vow), and behaviour (avoiding a male/female relationship);

- These categories of body, mind, and action are not reified into entities or compartments thereby freeing us from all the difficulties of dualistic medicine. In essence, the person is seen as reacting as a whole, and able to provide subjective, somatic, and action expressions of the whole.

The crucial point is that the unitary approach works at the clinical level with many conditions in a way that the dualistic approach does not. I think the problem in the mindbody medicine area is that its advocates find it too difficult to confront the reality that our current dualistic and mostly physicalist model does not work a lot of the time. To refer again to GREER (1999): while lamenting »the baneful influence of Cartesian dualism and the major conceptual problems involved in trying to explain mind-body problems in the language of science«, GREER still hopes (in the modernist and positivist tradition) that the biomedical model can accommodate mental influences upon bodily function and structure in terms of the promotion and progress of a disease - yet excludes any consideration that such influences could be involved in initiation. Is this because the physicalist biomedical model simply does not allow it, that is, does not allow a crucial role for subjectivity in »organic« illnesses?

FOSS (1999), in response to GREER argues that the problem of psychooncology (and therefore mindbody medicine) is that it lacks a good enough »explanatory strategy« or mechanism of action for the explanation of psychological factors in disease while it dances to the tune of the biomedical model - it has not, in other words, cut itself free from the restraints of that model.

In our own approach the combined internal medicine and psychotherapy clinical work with hundreds of patients has gradually forced us to a unitary model. What seems to have worked clinically has led theory rather than conversely. We have ended up with something similar to the philosophical framework provided by SHALOM (1985) as outlined above.

But concepts are one thing - clinical application another. How should we go about »story gathering«? This is a huge subject, but first and foremost the »core clinical skill« (DUFFY, 1998) is the capacity for physician/patient dialogue. SUCHMAN and colleagues (1997) observed that patients give clues to their emotions rather than offer them directly, and physicians mostly bypass these clues. In a randomised study of residents trained or untrained in patient-centered interviewing, SMITH and colleagues (1998) showed that clinicians can be trained to »encourage the personhood of patients to re-emerge in clinical medicine«. Our approach (BROOM, 1997) emphasises many of the skills for patient-centeredness assessed in that study, but, in addition to patient-centeredness, there are skills that are specific to ascertaining the meaning of disease. These can be summed up as clinical attunement to the macro- and micro-life events surrounding an individual's symptom emergence and to the

way that individual describes these events or alludes to them. Clinical attunement to meaning involves a number of foci, attitudes, and skills:

- Attention to patients' actual, idiosyncratic use of language. Two instances from earlier examples, the patient with a facial rash who says she is keeping a »brave face« on her husband's depression; or Patient Z with skin thickening who has gone »into my shell«.

- Willingness to »pursue the particular« (LEVENSON, 1988). Two examples: a patient, unaware of her feelings and with irritable bowel symptoms feels pain at 9.10 am, five minutes after her boss changes his plan to send her to the other branch of the bank; and the patient whose chest pain begins in the office at 3.15 pm, at a moment when he imagines he is being scrutinised by all the staff.

- Seeing the times of onset (and exacerbations) of physical illness are regarded as »faultlines«. The clinician must rummage among events in the patient's life happening about the time the symptoms first began, and again when any subsequent exacerbation begins. The time of onset of the illness should be seen as a fault-line, a place where defenses give way, a place where significant story material can be seen.

It is also very useful to compare sequential faultlines to see if story material repeats itself. For example a patient gets headaches at age 13 when her father dies, at age 17 when a boy breaks a relationship with her, and chronic headaches begin at age 21 when she is pregnant and the father abandons her. Such a pattern of useful story data, revealed through a comparison of major events relating to symptom exacerbations occurring over months, years, or decades, we term the story in the macro. But it is just as important to compare very recent (emotional) circumstances surrounding the onset of two episodes of headache (or any physical symptom) just hours or days apart; this is the story in the micro. Because the latter episodes are very recent, there is the advantage of freshness of memory, and much clearer and more detailed information. We expect the symbolism and the emotional nuances of the macro- and micro-stories in any one patient to mirror one another.

- Patient-friendly questions allowing story to emerge. One of the most useful of questions is »What was the most interesting, difficult, important, worrying, memorable, hard, significant, tiring (etc.) thing going on for you around the time, or just before the time you got ill?« It is extremely important to give the patient the idea that, though you are looking for something that may be affectively negative, you are still allowing him/her to choose how this will be described.

Many patients will deny relevant events if they get locked into a word that does not fit. For instance, some people claim they »never get stressed«! It just is not allowable for them to acknowledge it. For them the word »significant« may be a very acceptable euphemism. They might acknowledge that a change of job, or house, or the arrival of twins is very »significant« but refuse to own the »difficult« or »stressful« aspects. Some will allow »stressful« but not »worrying« - the former term being a little more external and admitting less vulnerability.

- The clinician must be a »terrier« while also offering a »holding« empathy. The clinician must develop an acute listening capacity and determination to pursue fine details of the patient's story, becoming a terrier determined to sniff out the truth, while developing collateral skills of holding the patient empathetically so that the patient can tolerate such interest and the clinician thus avoids a persecutory (MEARES & HOBSON, 1977).

- Emphasising the view that it is the patients who »know« the truth. The expertise of a standard biomedical doctor centers around his/her ability to diagnose, an ability to come up with a label for a pattern of essential symptoms and signs that the clinician recognizes as having seen before. In the story approach, the clinician goes beyond this essentializing and discovers fresh every time a particular patient's emotional truth, as discerned from the patient's language. The balance shifts from sole emphasis on the clinician's quiver of diagnoses to include the patient's unique subjective pattern or story waiting to be discovered.

- The need to go slowly, and from the little that is given, find what is needed. Most clinicians go far too fast, and end up sliding across faint or meager hints of story. Even well-trained psychotherapists find listening to nuances

difficult. It is the little hints that are so important, and a clinician in a hurry will nearly always miss them. Most are not really very patient - or client-centered, and listen mainly to those things that support the clinician's diagnoses and theories. In the story approach, all nuances of affect and meaning are potentially relevant.

- An assumption that things are fundamentally connected. Though the biomedical model would see this point as very radical, it is assumed here that everything the patient says is important, and connected in some way to that which is fundamental to the patient's presentation. To repeat a point emphasized earlier, language and symptoms are seen as different projections of the patient's gestalt and are inevitably connected.

Some clinicians find the notion of interconnectedness not only hard to accept but also impractical, because they imagine they will have to listen to a lot of patient talk to get the truth. On the contrary, it is often a matter of listening very carefully to a little of the patient's talk, and taking it very seriously. In an average doctor-patient encounter, a clinician is flooded with tidbits of story but most of this is either not attended to or is actively screened out.

All information should be seen as emerging out of a patient's unitary reality, which has physical, story, and other dimensions. The truth is there to be seen. The patient who sidles through the clinician's doorway awkwardly is proffering an initial piece of information, the tip of an »iceberg«. The tip is always connected to the rest of the iceberg. Anything is connected to everything else. Everything the patient proffers is ultimately connected to that which is fundamental to the person's healing needs. In a sense it does not matter where one starts: this is an implication of a unitary view of personhood. There is much less of an either/or, mind-or-body dilemma. One just starts with what one is given, keeps one's eyes open, believes in the connections, and sees what unfolds.

In practice, it seems patients always manage to convey something that leads to what is helpful. This is very difficult for most clinicians to comprehend because Western culture is not only dualistic but also atomistic. Reality is carved up into compartments, and, further, into bits and pieces. For example, though cardiology recognizes its relationships with nephrology, and cognitive psychology acknowledges affect theory, the overall tendency between medicine and psychology has been to compartmentalise our understanding. It is easier to

comprehend bits than to grasp the whole. The net effect is a pervasive assumption of disconnection rather than connection.

The clinical examples given here illustrate the panorama that comes into view when one works from an assumption of connection. Once the assumption of connection is established, the clinical skill of putting the bits of information together into an increasingly coherent story is quite easily achieved. We ask supervisees to reflect on what they have already been given by the patient and to ponder what it may mean, and see where it leads.

- Educating the patient about mindbody connections. Patients with physical symptoms rooted in story are trapped not only within their own defensive style but also within the dualistic paradigm of orthodox Western medicine, which neglects and stigmatises illness with emotional connections. Patients need a clear explanation of the nature of somatization and, more importantly, of how common and »normal« it is (GOLDBERG & BRIDGES, 1988).

It can be also extremely useful to share other patient's stories (with adequate confidentiality). Such stories imply universality, and, not infrequently, the patient will identify with an aspect of the anecdote and lead the clinician to much more relevant material.

Pre-emptive strikes can also be helpful. For instance, in the first therapy session I might say: »I am going to ignore your physical symptoms-not because I am not interested in them, but because I am really interested in them, yet if I focus on them, I will not help you get to the solution«; or, »I might annoy you by constantly pursuing feelings, when what you feel most is your troublesome physical symptoms«; or »For a while you may find all this puzzling, uncomfortable, and difficult-just tell me if this is so and we will deal with it together«; and so on. By this means, one is pre-empting hurdles frequently encountered early in the treatment relationship.

- Believing in the mindbody connections against the odds. Apart from resistance due to patient defensiveness, there are a variety of elements that may derail story-gathering and consequent treatment. For instance, dualistic residues in the patient, therapist, or doctor can cause major problems. The patient may continually swing back to a focus on physical symptoms. The therapist may lose heart, and give up belief that story is relevant. What is developing into a good psychotherapeutic journey may be

derailed by other involved doctors who are not »on board« and who continue to reinvestigate out of their own needs or anxieties, thereby fomenting the patient's anxiety and a return to a body-only focus. Certainly such circumstances test a therapist's self-confidence, illness paradigms, and skills. These problems can be transcended with adequate supervision.

Resistant patients/clients raise all sorts of dilemmas for clinicians. Most therapists prefer to work with clients who are »ready«, who are psychologically-minded, and who have reasonable access to their affect states. Many clients presenting with primarily somatic symptoms are none of these. The art of engaging them in a psychotherapeutic journey at initial medical assessment, and in the early stages of therapy requires, in the clinician, capacities to endure scepticism from patients and colleagues, resilience in the face of patient unwillingness and hostility, and holding oneself calmly in the face of what is an uncertain journey.

A large amount of work is clearly needed to ascertain the benefits of story-oriented approaches in a wide range of physical conditions. Such studies require certain conditions: (a) the clinician's model of personhood must be more unitary than dualistic; (b) meanings of illness will be actively sought; (c) the clinician will be person-centered as well as disease-centered; (d) the patient will be seen as expressing him/herself in multiple dimensions simultaneously, and will be responded to multidimensionally; and (e) the clinician will have been trained sufficiently so that a sound enough insight and skill base can provide trustworthy data in regard to the effectiveness of story-oriented interventions.

The question remains whether an appreciation of story leads to a good therapeutic outcome in a significant number of patients. Our group is currently accumulating systematic clinical outcome data on all those patients assessed in respect to both the orthodox biomedical approach and story, and who go on to a mindbody oriented psychotherapy with therapists trained to do the work.

Medizin und eigene Geschichte: Ein neuer klinischer Entwurf eines einheitlichen Leib-Seelen-Ansatzes zur somatischen Krankheit

Brian C. Broom (Christchurch, Neuseeland)

Die gegenwärtige Arbeit versteht sich als Herausforderung des biomedizinischen Krankheitsmodells; sie kritisiert die Folgen der Fragmentiertheit von körperlichen und subjektiven, d.h. des »Leib-Seele-Problems« und der vermeintlichen Grenze zwischen körperlicher Krankheit und eigener Geschichte, die man als eine Verwobenheit von Elementen bezogen auf die Erfahrungen in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Patienten als Subjekt definieren kann. Somatische Metapher sind das lebendigste Beispiel für die Beziehung zwischen der persönlichen Bedeutung des Patienten und seiner körperlichen Erkrankung. Der Artikel weist nach, wie die persönliche Bedeutung die Erscheinungsformen körperlicher Krankheit durchdringen kann; obwohl solche Bedeutungen dem biologisch geschulten Kliniker verborgen bleiben können.

Um körperliche Erkrankung und ihre Bedeutung umfassend zu erklären, ist es notwendig, ein einheitliches, nicht fragmentierendes Modell der Persönlichkeit, das »ich bin« zu entwerfen - ein Modell, in dem die Repräsentation von Psyche und Soma als verschiedene Aspekte der gleichen Einheit angesehen werden. Das »ich bin« ist ein existierendes Wesen, das in sich mehrdimensionale Bedeutungs-Repräsentationen von Sprache und Körper vereinbaren kann.

Dieser Ansatz führt zu einer Kritik des Somatisierungsmodells, beliebt in der modernen Psychiatrie, das der Möglichkeit, viele sogenannte »organische« Krankheiten aus der Bedeutungsperspektive zu verstehen und zu behandeln, keine Rechnung trägt.

Der Artikel gibt ferner Beispiele der Gültigkeit der Bedeutungs-Perspektive in einem breiten Spektrum körperlicher Störungen, mit einer Relevanz sowohl für den individuellen Patienten als auch für die Gesundheitsversorgung einer modernen Gesellschaft. Das Phänomen der bedeutungsvollen körperlichen Erkrankung führt unvermeidlich zur Frage, wie man den Einfluss von Bedeutungen in bestimmten klinischen Situationen erfassen und wie dieses Wissen in der klinischen Arbeit nutzbar gemacht werden kann. Deshalb schließt der Artikel mit einem detaillierten Kapitel über

Einstellungen und Fähigkeiten, die einen solchen Ansatz erleichtern. Dazu gehört die Betrachtung des Patienten als einheitliches Wesen mit mehrdimensionalen Ausdrucksmöglichkeiten und das Verständnis dafür, wie die Fragmentierung von Psyche und Soma in die klinische Arbeit dringen und diese verzerren kann. Klinische Aufmerksamkeit zur idiosynkratischen Sprache des Patienten und insbesondere ein Focus auf die Mikro-Bedeutungen implizit in der Sprache des Patienten, sind sehr wichtig. Zeiten des Auftritts und der nachfolgenden Exazerbationen der Krankheit erweisen sich als wesentliche Foci für die Exploration der Bedeutung. Einige Anleitungen werden gegeben für patientenfreundliche Fragen und Umgangsarten im Gespräch mit dem Patienten, um diese umgänglicher zu machen und in Bezug auf Psyche-Soma-Beziehungen zu sensibilisieren.

Der Artikel hat zum Ziel, Körper und Subjektivität des Patienten zusammenzubringen, um die klinische Effizienz zu erhöhen, besonders in chronischen Fällen, wobei die hier geschilderten Prinzipien für jedes medizinische Setting applizierbar sind.

References

Bain, S.T., Spaulding, W.B. (1967): The importance of coding presenting symptoms. Canadian Medical Association Journal 97: 953-959

Barsky, A.J, Borus, J.F. (1995): Somatization and medicalisation in the era of managed care. Journal of the American Medical association 274: 1931-1934.

Bohm, D. (1980): Wholeness and the Implicate Order. London: Routledge and Keegan Paul, p209.

Block, K.I. (1999): Psychooncology and total survivorship. Advances in Mind-Body Medicine 15: 244-251

Bridges, K.W., Goldberg, D.P. (1985): Somatic presentation of DSM 111 psychiatric disorders in primary care. Journal of Psychosomatic Research 29: 563-569

Broom, B.C. (1997): Somatic illness and the patient's other story. A practical integrative mindbody approach to physical illness for doctors and psychotherapists. Free Association Books, London/New York

Bullmore, E., Joyce, H., Marks, I.M., Connolly, J.J. (1992): A computerised quality assurance system (QAS) on a general psychiatric ward: towards efficient clinical audit. Mental Health 1: 257-263

Cronbach, L.J. (1975): Beyond the two disciplines of scientific psychology. American Psychologist 30: 116-127

Cunningham, A.J. (1999): Mind-Body research: What directions will be most useful? Advances in Mind-Body Medicine 15: 252-255

Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196: 129-136

Folkman, S. (1999): Thoughts about psychological factors, PNI, and cancer. Advances in Mind-Body Medicine 15: 255-259

Goldberg, D.P., Bridges, K. (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care

setting. Journal of Psychosomatic Research 32: 137-144
Ferguson, M. (1982): Karl Pribram's changing reality. In The holographic paradigm and other paradoxes. ed Ken Wilber, Shambala, Boston and London, pp15-26
Foss, L. (1999): Psychooncology: a view from medical oncology. Advances in Mindbody Medicine 15: 236-281
Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1998): Eds Narrative-based Medicine. BMJ Books, London
Greenhalgh, T. (1999) Narrative based medicine in an evidence based world. British Medical Journal 318: 323-325
Greer, S. (1999): Mind-body research in psychooncology. Advances in Mind-Body Medicine 15: 236-244
Groddeck, G. (1977): The meaning of illness. Selected Psychoanalytic writings. The Hogarth Press and The Psychoanalytic Institute, London. Introduction pp1,9,10,18
Gunton, C. (1993): The one, the three, and the many. Cambridge University press
Herman, J. (1995): The demise of the randomized controlled trial. Journal of Clinical Epidemiology 48: 985-988
Kleinman, A., Kleinman, J. (1985): Somatization: the interconnections in Chinese society among culture, depressive experience, and the meanings of pain. in A Kleinman and B Good (eds), Culture and Depression University of California Press.
Kroenke, K., Mangelsdorff, D. (1989): Common symptoms in ambulatory care. The American Journal of Medicine 86: 262-266.
Langer, S.K. (1967): Mind: an essay on human feeling. vol 1 Baltimore MD. The Johns Hopkins University Press
Levenson, E.A. (1988): The pursuit of the particular. Contemporary Psychoanalysis 24: 1-16
Levenson, E.A. (1990): at the Self Psychology Conference, Sydney.
Lipowski, Z.J. (1986): Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. Canadian Medical Association Journal 135: 609-709.
McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. Sage Publications, London,
McWhinney, I.R. (1989) Philosophical and scientific foundations of family medicine. in A Textbook of Family Medicine. London: Oxford University Press
Marks, I.M., Blanes, T., McKenzie, N.J. (1995): Computerised clinical benefit-cost audit of mental health care. 1: theoretical and practical issues. Mental Health 1: 63-69
Marks, I.M. (1998): Overcoming obstacles to routine outcome measurement: The nuts and bolts of implementing clinical audit. British Journal of Psychiatry 173: 281-6
Meares, R.A., Hobson, R.F. (1977): The persecutory therapist. British Journal of Medical Psychology 50: 349-359
Pataki, T. (1996): Psychoanalysis, psychiatry, and philosophy. Quadrant, April: 52-63
Rotov, M. (1991): Phenomenology or physicalism. Schizophrenia Bulletin 17: 183-186
Shalom, A. (1985): The body/mind conceptual framework and the problem of personal identity. Atlantic Highlands, N.J.: Humanities Press International, Inc, pp 407,12
Sharpe, M. (1994): Cognitive-behavioural therapy and the treatment of chronic fatigue syndrome. in Chronic fatigue syndrome. Strauss SE (ed).. New York: Marcel Dekker, Inc. p441
Smith, R.C. (1985): A clinical approach to the somatising patient. Journal of Family Practice 21: 294-301
Smith, R.C., Lyles, J.S., Mettler, J., Stofflemayr, B.E., Van Egeren, L.F., Marshall, A.A., Gardiner, J.C., Maduschke, K.M., Stanley, J.M., Osborn, G.G., Shebroe, V., Greenbaum, R.B. (1998): The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomised controlled Study. Annals of Internal Medicine 128: 118-126
Spiegel, D. (1999): Embodying the mind in psychooncology research. Advances in Mind-Body medicine 15: 267-273.
Strauss, S.E. (1994): (ed) Chronic fatigue syndrome. New York: Marcel Dekker, Inc
Wickramsekera, I. (1998): Secrets kept from the mind but not from the body or behaviour: the unsolved problems of identifying and treating somatization and psychophysiological disease. Advances in Mind-Body Medicine 14: 81-132

* Article reprinted by permission from Advances in Mind-Body Medicine 2000, Vol 16: 161- 207

address of the author:

Brian Campbell Broom

Institute for Integrative Health Studies
POBox 33-197
Christchurch 8002
New Zealand

Tel: 0064 3 338 1080
Fax: 0064 3 338 6654
Tel: 0064 3 351 5531 (Home)

e-mail: bandabroom@xtra.co.nz

Krankheitsbewältigung und Identitätsarbeit bei einer Brustkrebserkrankung

Bernhard Richarz (Berlin)

Under the heading of coping (with illnesses), published research deals extensively with what it means to be forced to live with permanent physical changes as a result of an accident or an illness. However, the import such a physical restructuring can have on the identity of the person affected has been described relatively rarely. This is why the author presents what work to further develop an identity can result from such a physical change. Taking the case of a patient suffering from breast cancer as an example, both approaches are explained in detail and then, by way of conclusion, compared to one another. In spite of all their differences, the concepts are nonetheless able to complement one another since primarily visible behavior is dealt with in the course of coping, while working on identity concerns the psychological traits and social environment of a person.

Einleitung

Anhaltende körperliche Schädigungen, seien sie durch Unfälle oder chronische Erkrankungen bedingt, gehören zu den Ereignissen im Leben eines Menschen, die weder von den Betroffenen noch von ihren Angehörigen erwünscht worden sind. »Lieber tot als ...« ist der übliche Gedanke, bevor jemand gezwungen ist, sich mit den bleibenden und einschränkenden Folgen eines Unfalls oder einer Erkrankung auseinanderzusetzen. Falls nun aber ein solches Ereignis einmal Wirklichkeit geworden ist, verfügen die davon Betroffenen und ihre Angehörigen meist nicht über frühere Erfahrungen, die sie anleiten könnten, mit diesem körperlichen Umbruch gut umzugehen. Angesichts der bleibenden körperlichen Veränderungen ist das Seelenleben, wie es sich bis dahin entwickelt hat, meist grundlegend erschüttert, und meist genauso umfassend sind durch die bleibende körperliche Schädigung auch die gewachsenen sozialen Beziehungen betroffen. Das heißt: »Chronische Erkrankungen bringen zusätzlich zu den körperlichen Einschränkungen die Notwendigkeit einer psychischen und sozialen Umstellung mit sich.« (KELLER, DETER; 1997)

Was es bedeutet, mit bleibenden körperlichen Veränderungen infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung umgehen zu müssen, wird in der Literatur ausführlich unter dem Gesichtspunkt von Krankheitsbewältigung abgehandelt. Eher selten wird dagegen die Bedeutung solch eines körperlichen Umbruchs in Hinblick auf die Identität des Betroffenen untersucht (z.B. LITTLE, PAUL et al. 2002; CHARMAZ, 1994, 1995; BELAND, 1985). In Anlehnung an KEUPP, KRAUS et al. 1999 soll deshalb im folgenden heraus gearbeitet werden, wie sich bleibende körperliche Veränderungen auf die Identität auswirken und welche Identitätsarbeit sie bedingen können. Am Beispiel einer 61-jährigen Patientin, die sich fünf Jahre nach ihrer Erkrankung an Brustkrebs in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begeben hat, werden beide Ansätze ausgeführt und an Hand ihrer Schilderungen aus der Behandlung erläutert. Das Ergebnis des therapeutischen Prozesses wird ebenfalls unter den beiden Blickwinkeln von Krankheitsbewältigung und Identitätsarbeit umrissen, ehe schließlich die Ansätze mit ihren möglichen Aussagen noch kurz miteinander verglichen werden. Dabei geht es nicht darum, die Krankheitsbewältigung bei Brustkrebs an sich darzustellen, da dies schon vielfach unter verschiedenen Gesichtspunkten geschehen ist (u.a. HACK, DEGNER, 2004; WOLF, MEYER et al. 1995; PERREZ, WITTIG, TSCHOPP, 1991; BUDDEBERG, WOLF et al., 1991; HEIM, AUGUSTINY et al., 1988).

Die Patientin

Als die groß gewachsene, grauhaarige und gepflegt wirkende Frau D. unangemeldet zum ersten Mal in meiner Praxis erschien, stellte sie sich an der Türe mit den Worten vor: »Ich bin Krebspatientin und habe Alzheimer«. Beim daraufhin vereinbarten Erstgespräch führte sie aus, sie komme in Behandlung, weil sie »auf eine analytische Zäsur« hoffe. Sie wolle an die verschütteten Gefühle heran, vor allem an ihre Trauer. Die Verhaltenstherapie, die sie seit zwei Jahren mache, habe ihr da gar nicht geholfen. Die Therapeutin rate ihr, in ein Altenheim zu gehen, und bereite sie darauf vor, da wolle sie aber nicht hin. Sie sei oft ganz verzweifelt, ziehe sich zurück und wolle nicht mehr leben. Es gehe ihr so schlecht seit fünf Jahren: Da sei ihr wegen Krebs die rechte Brust amputiert worden, und ihr damaliger Lebensgefährte habe sie verlassen. Sie habe danach auch ihren Beruf als Lehrstuhlsekretärin an der Universität aufgeben müssen. Eine Aufbauplastik sei später versucht worden, aber nur schlecht gelungen. Jetzt lebe sie allein bei kleiner Rente in

bescheidenen Verhältnissen und helfe gelegentlich in einer amerikanischen Kirchengemeinde aus. Außer der psychisch kranken Tochter einer Freundin, die sich vor Jahren suizidiert habe, habe sie keine Kontakte mehr. Auch ihre Schwester, ihre einzige noch lebende Verwandte, habe sie schon lange nicht mehr gesprochen.

In den weiteren Gesprächen führte Frau D. zu ihrer Lebensgeschichte aus: Sie sei infolge einer gescheiterten Verhütung gezeugt worden und als die ältere von zwei Töchtern eines selbständigen Buchhändlers und einer Näherin in einer westdeutschen Großstadt aufgewachsen. Bei einem stets angespannten Verhältnis der Eltern zueinander sei ihre Kindheit zusätzlich durch Kriegs- und Nachkriegszeit belastet gewesen. Mit fünf Jahren habe sie sich mit ihren Eltern aus dem nach einem Bombenangriff brennenden und vollständig zerstörten Elternhaus gerettet. Danach hätten sie länger kein richtiges Zuhause gehabt, zeitweise in Ruinen gelebt und Hunger gelitten. In dieser Zeit sei ihre um fünf Jahre jüngere Schwester geboren worden. Nun habe die Mutter sich gar nicht mehr um sie gekümmert, was ihr noch mehr ausgemacht habe als die Kriegsschäden. Von klein auf habe sie für die jüngere Schwester sorgen müssen, und sie sei bestraft worden, wenn sie es nicht ordentlich gemacht habe. Ihre Erziehung habe, als es finanziell wieder möglich gewesen sei, in den Händen von wechselnden Kindermädchen gelegen. Sie erinnere sich, dass sie nachts nur mit dem Nachthemd bekleidet auf die Straße gegangen sei und die Mutter gesucht habe; auch bei Krankheiten mit hohem Fieber sei sie von ihr allein gelassen und nicht versorgt worden. Oft habe die Mutter in ihrer Anwesenheit Nachbarn oder Kunden erzählt, was für ein boshaftes Kind sie doch sei. Durch ihre Freunde bei den Offizieren der amerikanischen Besatzungstruppen habe ihre gut aussehende Mutter wesentlich zum Lebensunterhalt der Familie beigetragen; sie frage sich heute, ob sie sich für bestimmt Dienste habe bezahlen lassen. Die Mutter habe sich oft betrunken und dann auch eingenässt, wofür sie sich als Kind geschämt habe. Vom Vater, der im Unterschied zur Mutter gebildet gewesen sei, sei sie christlich erzogen worden, Wut habe sie nicht zeigen dürfen. Er sei ihr gegenüber jähzornig gewesen und habe sie öfters so stark geschlagen, dass sogar ihre jüngere Schwester dazwischen getreten sei. Sie habe sich anpassen müssen, sonst sei sie geprügelt worden. So weit sie sich erinnern könne, sei er bis in ihr 16. Lebensjahr jeden Abend alkoholisiert an ihr Bett gekommen, habe sie nicht nur mit Zungenküssen behelligt, sondern am ganzen Körper abgetastet, was sie mit Todesangst habe über sich ergehen lassen müssen. Aus dem Nebenzimmer

habe die Mutter gerufen, wenn es zu lange gedauert habe: »Siegfried, nun lass doch gut sein!« Sie sei gerne mit ihm in seine Buchhandlung gegangen, und durch das Lesen der Bücher aus seiner Buchhandlung habe sie Visionen einer anderen Welt bekommen. Sie habe ihn mit Geschenken erfreuen wollen, aber der Vater habe ihre Zuwendung zurückgewiesen und ihr gerade in den Momenten, wo sie ihm habe etwas geben wollen, vermittelt, was sie jetzt schon wieder falsch mache. Vor allem habe sie bei ihren Eltern vermisst, dass sie sie angenommen hätten: Die Mutter habe sie eigentlich verhüten wollen, und der Vater habe sie als Spielzeug benutzt.

Der Eintritt in die Schule sei trostlos gewesen, sie habe stets Hunger gehabt. Von Lehrern und Mitschülern habe sie sich nur geduldet, aber nicht verstanden gefühlt. Seit dem 12. Lebensjahr habe sie während dreier langer Jahre unter nicht stillbaren Dauerblutungen gelitten, die sie gegenüber ihren Kameraden isoliert hätten. Erst als sie sich in der Tanzstunde als Tänzerin angenommen gefühlt habe, habe sie eine freundliche Beziehung zu ihrem Körper gewonnen; nun habe sie gesund und begehrt sein wollen. Nachdem sie sich daraufhin erstmals geschminkt habe, sei ihr Vater ausgerastet, so dass sie sich fortan nur heimlich hergerichtet habe. In der Pubertät habe sie die Schule wegen schlechter Leistungen verlassen müssen, sei für die Familie untragbar geworden und in ein calvinistisches Internat in die Schweiz geschickt worden. Da sei es für sie als junge Deutsche so schrecklich gewesen, dass der Vater sie auf ihre Bitten hin wieder nach Hause geholt habe. Sie habe dann eine Ausbildung als Sekretärin gemacht. Mit 19 Jahren habe sie einen Amerikaner geheiratet, um von Zuhause wegzukommen, und sei mit ihm in die USA übergesiedelt. Mit ihm habe sie die erste Sexualität gehabt, die einerseits auch später immer wieder schmerzhaft gewesen sei, aber andererseits sei sie durch ihn erst genussfähig geworden. Zu ihrer großen Enttäuschung habe sie mit 24 Jahren eine Fehlgeburt erlitten. Die Ehe sei stets schwierig gewesen, weil sie über Wesentliches wie sein Stottern und ihr Heimweh nicht hätten sprechen können. Wegen »Nörgelns« sei sie nach zehn Jahren schuldig geschieden worden. Zuvor habe sie sich in ihrer Not an einen Psychotherapeuten gewandt, der mit ihr aber dann ein Verhältnis angefangen habe. Daran sei die Ehe endgültig zerbrochen. Sie sei dann nach Deutschland zurückgekehrt, habe in verschiedenen Städten in verschiedenen Anstellungen als Sekretärin gearbeitet und habe dabei vielfach Anerkennung erhalten, ohne sich wirklich anerkannt gefühlt zu haben. Sie sei wechselnde Partnerbeziehungen eingegangen, ohne dabei Befriedigung zu finden. Wegen wiederkehrenden nächtlichen Herzschmerzen

mit Todesangst habe sie nach ihrem 35. Lebensjahr über längere Zeit eine analytische Psychotherapie gemacht. Sie habe ihre Beschwerden verloren, als sie deren Bezug zum nächtlichen Missbrauch durch den Vater erkannt habe. Aber oft habe sie, ohne sich dagegen wehren zu können, in jener Therapie den Eindruck gehabt, sie werde nicht gehört, und es werde ihr das Wort im Munde umgedreht. Sie glaube auch, dass ihre Beziehung zu ihrem Therapeuten dazu beigetragen habe, dass dessen Ehe in die Brüche gegangen sei.

Vom psychischen Befund her bot Frau D. bei den Erstgesprächen das Bild einer gehemmten Depression: Sie sprach langsam mit tonloser, psalmodierender Stimme, der kaum eine innere Beteiligung anzumerken war. Ihre Gesicht wirkte starr, der gesamte Antrieb war vermindert. Das formale Denken war weitschweifend, im inhaltlichen Denken bestanden Schuldgefühle und Selbstvorwürfe. Das Ich-Erleben war von Selbstzweifeln bestimmt. Im Gespräch blieb sie auf sich bezogen, ohne einen Kontakt einzugehen. Aber in der Gegenübertragung löste sie heftige Empfindungen aus: In mir entstand das Bild, sie bewerfe mich mit Messern, und eine falsche Bewegung koste mir das Leben. Ätiologisch ließ sich dabei ihr akutes Beschwerdebild als somatopsychische Störung infolge ihrer Brustkrebserkrankung verstehen.

Die Krankheitsbewältigung

Depressionen in Verbindung mit chronischen körperlicher Erkrankungen sind häufig: Es wird angenommen, dass etwa 30-40% aller Patienten depressive Störungen aufweisen, wobei etwa je die Hälfte als leichte bzw. als schwere depressive Episoden einzustufen sind (AROLT, ROTHERMUND, 2003). Dabei werden gerade bei Krebserkrankungen die psychischen Beschwerden häufig auch als Folge einer Traumatisierung angesehen (u.a. SCHMITT, 2000; ALTER et al., 1996; KRUSE, WÖLLER, 1995). Die psychischen Beschwerden, wie sie sich bei etwa jeder dritten Patientin nach einer Brustkrebserkrankung finden lassen und wie sie auch bei Frau D. bestanden haben, können aber ebenso als Folge einer nicht gelungenen Krankheitsbewältigung angesehen werden. Als deren Ziel gilt: »In der Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung und ihren Folgen muss sich der Betroffene aktiv und passiv anpassen, also versuchen, die chronische Erkrankung in das bisherige Leben zu integrieren und die erworbene Identität zu erhalten.« (SCHÜSSLER, 1993) Dabei werden unabhängig von ihrem Erfolg alle psychosozialen, kognitiven, emotionalen und Verhaltensprozesse, die meist bewusst und willentlich eingesetzt werden, um

bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung abzufangen, mit dem Begriff der Krankheitsbewältigung zusammengefasst (MUTHNY, 1988).

Auch Frau D. ist es, wie vielen anderen chronisch kranken Patienten, offensichtlich nicht gelungen, nach ihrer Erkrankung eine sie befriedigende Lebensweise zu finden. Von den vielfältigen krankheits-, personen- und umweltbezogenen Aufgaben, die mit einer Krankheitsbewältigung verbunden sind, hatte Frau D. es nur geschafft, eine zufriedenstellende Beziehung zu ihrem behandelnden Gynäkologen aufrecht zu erhalten. Sie nahm regelmäßig die Termine der Kontrolluntersuchungen wahr und hielt die verordnete Medikation trotz ihrer Nebenwirkungen ein. Es war ihr aber in keiner Weise gelungen, die körperlichen Veränderungen infolge ihrer Erkrankung anzuerkennen oder gar zu überwinden. Auch hatte sie es nicht vermocht, ein emotionales Gleichgewicht zu finden oder ein ausreichendes Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten. Sie hatte vielmehr eine so ausgeprägte Depression entwickelt, dass ihr gegenüber ein Psychiater vermutet hatte, sie entwickle eine Alzheimer-Demenz. Desweiteren lagen ihre Beziehungen zu ihren Freunden und Bekannten oder zu ihrer Schwester als der einzig noch lebenden Familienangehörigen darnieder.

Ob eine Erkrankung erfolgreich verarbeitet werden kann oder nicht, hängt beim Konzept der Krankheitsbewältigung nicht von der Art der Erkrankung ab, sondern von den durch sie bedingten krankheitsspezifischen und -unspezifischen Belastungen in Wechselwirkung von Persönlichkeit und sozialem Umfeld (HEIM, 1998). Für Frau D. war die größte Belastung, die sie zu bewältigen hatte, der Verlust der körperlichen Unversehrtheit. Sie fühlte sich seitdem als Behinderte. Sie empfand sich durch den Verlust der Brust und die missglückte Aufbauplastik als entstellt. Noch Jahre später vermied sie es, ihren entkleideten Körper im Spiegel betrachten zu müssen. Auch war sie mit ständiger Todesangst im Ungewissen über den weiteren Verlauf: Jede Kontrolluntersuchung, die keinen Befund ergab, bedeutete ihr ein halbes Jahr an Lebensverlängerung. Dazu kam als weitere Belastung in Hinblick auf ihre Weiblichkeit, dass durch die Medikamente, die ihr verordnet waren, ihr Lustempfinden verringert war. Durch das Lymphödem am rechten Arm war sie zudem darin eingeschränkt, schwere Lasten zu tragen, und verstärkt darin gefährdet, aus kleineren Hautverletzungen größere Infektionen zu erleiden. Sie hatte außerdem infolge ihrer Erkrankung ihren Beruf und ihre Partner-

schaft verloren, so dass für Frau D. wesentliche Teile ihres sozialen Netzes zusammengebrochen waren.

Das Verhalten zur Krankheitsbewältigung wird davon bestimmt, wie eine Person die durch die Erkrankung bedingten Belastungen bewertet (LAZARUS, 1993). Ob sie als schädigend, bedrohlich, herausfordernd oder heilsam erlebt werden, beeinflußt entscheidend das emotionale Befinden der Person, und jedes Verhalten zur Krankheitsbewältigung dient wiederum dazu, mit den Emotionen und Gefühlen zurecht zu kommen, die mit der Erkrankung verbunden sind. Für Frau D. waren die krankheitsbedingten Belastungen überaus bedrohlich. Die Angst stand für sie im Vordergrund ihres Erlebens - die Angst, die durch die Diagnose der Krebserkrankung hervorgerufen war, und die Angst, sich als eigenständige Person zu verlieren und elendig sterben zu müssen. Um sie nicht dauernd spüren zu müssen, zog sie sich allmählich auch aus ihren verbliebenen Beziehungen zurück. Sie unterließ den Besuch einer Selbsthilfegruppe krebskranker Frauen, der ihr anfangs Halt gegeben hatte, und sie nahm auch nicht mehr an einer Tanzgruppe von Krebspatienten teil, nachdem die Leiterin ein außereheliches Verhältnis mit dem Lebensgefährten einer Mitpatientin eingegangen hatte, was sie missbilligt hatte. Sie mied ihre früheren Bekannten und hielt sich meist in ihrer Wohnung auf, wo sie fern sah. Telefonate nahm sie meist nicht entgegen, und Brief öffnete sie nicht bzw. ließ sie unbeantwortet. Sie sehnte sich zwar nach einer Partnerbeziehung, aber sie bemühte sich nicht darum, da sie befürchtete, als brustamputierte Frau von einem Mann abgelehnt zu werden. Sie hatte zuletzt die Hoffnung auf ein aktives Leben weitgehend aufgegeben und stellte sich angesichts der vermeintlichen Diagnose einer Alzheimer-Demenz auf den Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten ein. Über die Jahre hatte sich also ihr Verhalten zur Krankheitsbewältigung verschlechtert: Hatte sie unmittelbar nach ihrer Erkrankung noch versucht, durch aktive Verhaltensweisen mit den körperlichen Veränderungen zurecht zu kommen, überwog nun die Vermeidung und die Resignation, so dass ihr scheinbar als einzige Perspektive die Übersiedlung in ein Altersheim verblieben war.

Die Bewertung der Krankheitsfolgen und die emotionale Befindlichkeit sind auch bestimmt von den subjektiven Krankheitskonzepten (LIPOWSKI, 1970), also von der persönlichen Deutung und Haltung eines Menschen gegenüber seiner Erkrankung. Bei Frau D. stand die Störung des Selbstwertgefühls im Vordergrund. Ihre Meinung nach hatte sie durch die Brustoperation ihre körperliche Attraktivität verloren, der sie sich bis dahin sicher gewesen

war. Sie wusste, dass sie damit Männer beeindrucken und verführen und den Neid von Frauen hervorrufen konnte. Dieser Verlust wog für sie um so schwerer, da trotz aller damit verbundener Ambivalenz die Attraktivität als Frau für sie beinahe die einzige Quelle war, aus der sie Selbstwert zu beziehen vermochte. Sie erhielt ihn weder aus ihrer beruflichen Tätigkeit noch aus einer beglückenden Partnerschaft, noch aus einer Mutterschaft, als geschätzte Schwester oder geliebte Tochter ihrer Eltern. Auf einer weiter ins Unbewusste reichenden Ebene war für Frau D. ihre Erkrankung auch Strafe. Sie fühlte sich schuldig für ihre körperliche Attraktivität, derentwegen ihrer Meinung nach die Ehe ihres früheren Therapeuten zerbrochen sei und die in ihrer Kindheit den Vater zum sexuellen missbrauch bewegt und die Ehe der Eltern belastet hatte. Schließlich war ihr die Erkrankung unbewusst auch Gewinn: Gerade durch den körperlichen Makel war sie nun sowohl davor gefeit, als Frau Opfer männlicher Begierde zu werden, wie sie es in ihrer ersten Psychotherapie, in ihrer Ehe und als Kind im Missbrauch durch den Vater erlebt hatte, als auch davor, sich die Feindseligkeiten und Entwertungen eifersüchtiger Frauen auf sich zu ziehen, wie es ihr vor allem bei ihrer Mutter und später bei Kolleginnen geschehen war.

Wie eine Erkrankung bewältigt wird, hängt jedoch nicht nur von den damit verbundenen Belastungen ab, sondern ist mindestens genauso wesentlich auch von der jeweiligen Persönlichkeit und der umgebenden Gruppen bestimmt. Dabei gelten als förderlich in Hinblick auf die Bewältigung einer Erkrankung Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstwirksamkeit, Optimismus und zwischenmenschliches Vertrauen (BEUTEL, 1988), während sich eine prämorbide Verletzbarkeit ungünstig auswirkt (WEISMAN, 1979). Ebenfalls beeinflussen tragende und freundliche Beziehungen die Krankheitsbewältigung vorteilhaft, wobei ihr Vorhandensein wiederum stark von den Persönlichkeitseigenschaften bestimmt ist, die sowieso für die Krankheitsbewältigung hilfreich sind. Insofern wiesen die Persönlichkeit und die umgebende Gruppe bei Frau D. einige Kennzeichen auf, die für die Krankheitsbewältigung nachteilig waren: Infolge ihrer Kindheitserfahrungen war sie seelisch traumatisiert, so dass ihr zwischenmenschliches Vertrauen gering und ihr Zweifel an sich selbst groß war. Durch den sexuellen missbrauch in der Kindheit neigte sie zu Scham- und Schuldgefühlen, und sie hatte als frühe Erfahrung verinnerlicht, in ihrer Not allein gelassen zu werden. Sie hatte auch in den Jahren nach ihrer Scheidung es nicht wieder vermocht, tragende Partnerbeziehungen aufzubauen. Angesichts ihrer Erkrankung erwies sich ihr soziales Netz als wenig belastbar, so

dass sie mit den Folgen ihrer Erkrankung auf sich allein gestellt blieb. Dazu kam für sie als eine erneute Enttäuschung ihres Vertrauens das Verhalten der Tanztherapeutin, weil sie ihr außereheliches Verhältnis mit dem Ehepartner einer Mitpatientin eingegangen war.

Anhaltende körperliche Veränderungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls wirken sich aber auch auf die Persönlichkeit eines Menschen und auf die Gruppen aus, in denen er lebt, und beeinflussen insofern wiederum die Krankheitsbewältigung. Zuerst einmal weckt jede chronische Erkrankung Ängste, z.B. durch die ungewisse Zukunft oder durch die Vorstellung, sich (bzw. den Kranken) als Person zu verlieren, die man gewohnt war. Sie stellt auch eine narzisstische Kränkung dar, für den Einzelnen genauso wie für die Gruppe, nachdem die Begrenztheit des Lebens an sich so offensichtlich geworden ist. Sie ruft Wut, aber auch Scham und Schuld hervor, was sich wiederum auf die Beziehungen zwischen den Angehörigen und dem Kranken auswirkt (BAHNSON, 1997). All diese Empfindungen müssen verarbeitet werden: Auf der unbewussten individuellen Ebene geschieht es durch die Aktivierung von Abwehrmechanismen, die dann das Bewältigungsverhalten mitbestimmen (SCHÜSSLER, 1993). Auf der gruppendynamischen Ebene kommt es gleichermaßen zu unbewussten Reaktionen (RICHARZ, 2003), die entweder psychisch erfolgen können z. B. durch Anpassungsdruck und Diskriminierung, oder sozial durch Ausgrenzung in Sondereinrichtungen oder mitunter auch biologisch durch unmittelbare Vernichtung des Lebens. Gerade diese gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber bleibenden körperlichen Veränderungen beeinflussen die individuelle Krankheitsbewältigung erheblich, zumal sie in der Regel kaum mit bedacht werden und insofern für den Einzelnen weitgehend unbewusst bleiben.

Bei Frau D. überwog bei den Abwehrmechanismen die Affektisolierung: Sie war kaum in der Lage, Gefühle über ihre Erkrankung und deren Folgen zu empfinden, wie Schmerz, Enttäuschung und Wut, vor allem aber Trauer über die verlorene körperliche Integrität war ihr unmöglich. Statt dessen bestand bei ihr ein Wunschdenken dahingehend, einmal einen Partner zu bekommen, der ihre körperliche Schädigung ausblenden würde. Die Wut über die Wirklichkeit ihres Lebens war ihr schuldhaft, zumal man es offensichtlich gut mit ihr meinte, wie z.B. der Gynäkologe, der ihr eine gute Wiederaufbauplastik der Brust in Aussicht stellte, oder der Sozialstaat, der ihr Berentung und Sonderrechte als Schwerbehinderte zubilligte. Ihrem unbewussten Wunsch, endlich einmal gut versorgt zu werden, entsprach ihre Verhaltenstherapeutin, indem

sie mit ihr die Übersiedlung in ein Altenheim vorbereiten wollte. Diese Haltung der Therapeutin könnte aber auch deren eigenem Bedürfnis entsprungen sein, sich gegenüber einer eigenen Angst vor der Erkrankung an Brustkrebs und einer eigenen narzisstischen Kränkung zu schützen, indem sie es rationalisierend als sinnvoll ansah, Frau D. aus dem normalen Leben abzusondern. Als unbewusste gesellschaftliche Schutzreaktion gegenüber dem Zusammensein mit einem Krebskranken kann auch die Berentung von Frau D. verstanden werden, die angeblich zu ihrem Vorteil erfolgte, die aber auch ihren gesunden Arbeitskollegen dazu verhalf, sich nicht mit der Tatsache von lebensbedrohender Krankheit auseinandersetzen zu müssen.

Es lässt sich jedoch auch eine positive Befähigung, Belastungen zu bewältigen, beschreiben. Im Denkansatz der Salutogenese wird sie davon bestimmt, ob eine Person erstens in der Lage ist, ein belastendes Geschehen wie einen körperlichen Umbruch sinnvoll zu verstehen, zu ordnen und zu deuten, ob sie zweitens fähig ist, innere und äußere Ressourcen zu erkennen und zu nutzen und ob sie drittens die Belastungen als eine sinnvolle Herausforderung anerkennen kann (ANTONOVSKY, 1987a; 1987b; 1993). Als Ressourcen sind dabei das soziale, kulturelle und physikalische Umfeld ebenso anzusehen wie die Person mit ihren sozialen Einbindungen, mit ihrer Intelligenz und ihrem Wissen und mit ihrer gesamten Identität.

Die Identitätsarbeit

Aus den Fähigkeiten eines Menschen, aus seinen bewussten Überzeugungen und unbewussten Einstellungen, aus den Identifikationen, die er im bisherigen Leben eingegangen ist, und aus seinen Gruppenbeziehungen bildet sich als »ein einzigartiges und einigermaßen zusammenhängendes Ganzes« (ERIKSON, 1959) die Identität. Als eine psychische Struktur, die etwas darüber aussagt, wie Erfahrungen gehandhabt werden und welche Erfahrungen als wichtig angesehen werden, sorgt sie für ein Gleichgewicht bei den psychischen Prozessen (MARCIA, 1993). Sie ist jedoch als ein dynamisches Geschehen anzusehen, das in Begegnungen und Auseinandersetzungen mit anderen Menschen stets neu errungen werden muss (AMMON, 1982).

Wie ein Mensch ein solches Lebensereignis wie einen körperlichen Umbruch verarbeiten kann, hängt auch von der Identität ab, die er bis dahin entwickelt hat. Je stärker sie ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er für sich eigenständige Lösungen findet. Dabei können die jeweiligen Identitätszustän-

de näher bezeichnet werden, und zwar entweder durch die Art ihrer Entstehung als übernommene Identität oder als erworbene Identität, wobei ihr Fehlen als diffuse Identität gilt (MARCIA, 1993), oder durch ihre Qualität in Hinblick auf die weitere Entwicklung von Identität und Alterität als konstruktiv, destruktiv oder defizitär (AMMON, 1982).

Nach diesen Gesichtspunkten war die Identität bei Frau D. zum einen eher übernommen als erworben, in weiten Teilen auch diffus. Von klein auf war sie dazu erzogen worden, das zu machen, was von ihr verlangt wurde; neben vielem anderen hatte ihr Vater ihr auch ihren Berufswunsch der Friseuse verboten. Sie selbst sah sich als fremdbestimmt: In ihrer Arbeit als Sekretärin war sie es gewohnt, auszuführen, was andere wollten, und auch in ihrer langjährigen analytischen Psychotherapie fühlte sie immer wieder dazu aufgefordert, Anregungen ihres Therapeuten zu verwirklichen. Sie bemühte sich, Selbstachtung dadurch zu gewinnen, dass sie die ihr gestellten Aufgaben möglichst gut erfüllte. In Hinblick auf die Brustkrebserkrankung übernahm sie die ihr von den medizinischen Autoritäten gemachten Vorschläge und hielt ihrem Operateur auch die Treue, obwohl sie mit der Qualität seiner Behandlung nur eingeschränkt zufrieden war. Sie fügte sich in die Rolle einer Krebskranken, die ihr angeboten worden war.

Bleibende körperliche Veränderungen infolge von Krankheit oder Unfall sind als eine Grenzsituation einzustufen, da nun Erlebnisse bewältigt werden müssen, die nicht zu erwarten gewesen sind, die nicht als erstrebenswert gegolten haben und bei denen nicht auf vorherige Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Solche Grenzsituationen bedingen einen Identitätsübergang, der auch als Moratorium bezeichnet wird (MARCIA, 1993) und stets mit Angst verbunden ist. Wie er sich auf die Identitätsarbeit auswirkt, hängt auch davon ab, welche Bedeutung ihm angesichts der bisher erworbenen Identität gegeben wird: Gilt er als Bedrohung und Zerstörung einer als unbeschädigt erlebten Identität? Wird er als Möglichkeit zur Befreiung aus den Zwängen einer übernommenen Identität angesehen? Ist er ein Mittel zur Identitätsfindung im Sinne einer Selbstverwirklichung? (BELAND, 1985). Der Identitätsübergang ist als ein Prozess anzusehen, der sich über einen längeren Zeitraum erstreckt. Zu ihm gehört dreierlei, nämlich zum einen die körperlichen Veränderungen an sich kennenzulernen, zum zweiten deren Folgen für die gewohnte Identität zu erfassen und zum dritten mit den Erfahrungen umzugehen, wie sie durch die neuen Körperlichkeit vermittelt werden. Dabei wirkt es sich für die Identitätsarbeit günstig aus, wenn die Verluste betrauert werden können und

wenn es möglich wird, statt gegen die neuen körperlichen Erfahrungen anzukämpfen, sich auf sie einzulassen (CHARMAZ, 1995). Personen, die sich in einem Identitätsübergang befinden, bekommen oft einen gesellschaftlichen Schutzraum zugewiesen. Das trifft auch bei körperlichen Veränderungen zu, wo Institutionen wie Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen mit der Bewilligung von Arbeitsunfähigkeit oder Zeitrente eine entsprechende Aufgabe erfüllen.

Auch wenn Frau D. mit vielem ihrer damaligen Lebenssituation nicht zufrieden war, überwog für sie, dass die Erkrankung ihre Identität zerstörte. Sie nahm das ihr zugebilligte Moratorium an und ließ sich berenten. Gleichzeitig sah sie sich mit ihrem Erleben, an einer lebensverändernden Grenze zu stehen, allein gelassen. Trotz einer anfänglichen Hinwendung zu Menschen, die in gleicher Weise betroffen waren wie sie, fand sie niemanden, der oder die ihre Gefühle wie Angst, Scham, Wut und Trauer, mit ihr geteilt hätte, so dass der körperliche Umbruch zu einem unersetzlichen Identitätsverlust wurde. In dem Prozess der Identitätsarbeit gab sie sich mehr und mehr auf, was schließlich zur Einstufung als psychiatrisch Kranke mit den Diagnosen von Depression und von beginnender Alzheimer-Demenz führte.

Wenn der Identität die Funktion zukommt, die Kohärenz des Erlebens zu sichern (KEUPP, KRAUS et al., 1999), stellt ein körperlicher Umbruch eine Bedrohung dar. Denn mit den bleibenden körperlichen Veränderungen ist ein Mensch zwar psychisch noch derselbe, körperlich aber ein anderer. Es stehen ihm noch dieselben zentralen Ich-Funktionen zur Verfügung, oft aber nur noch eingeschränkt die körperlichen Möglichkeiten, sie umzusetzen. Durch eine chronische Erkrankung wird also nicht nur die materielle Hülle der Identität unumkehrbar verändert, sondern in einer viel umfassenderen Bedeutung steht in ihrer Folge die Körperlichkeit, mit der bis dahin die Identität erfahren und gestaltet worden ist, nicht mehr in der gewohnten Weise zur Verfügung. Anders als bei Kindern, die im Spiel mit dem Körper experimentieren, um sich und die Außenwelt anders erfahren zu können, müssen nun bedingt durch Krankheit oder Unfall unfreiwillig gewonnene neue Erfahrungen psychisch verarbeitet werden. Es ändert sich auch die körperliche Identität an sich, nämlich das im Laufe des bisherigen Lebens entwickelte Körperschema, weil sich durch den körperlichen Umbruch sowohl die psychische Bedeutung als auch die physische Funktion bestimmter Teile des Körpers wandelt. Körperliche Veränderungen, gerade wenn sie mit Schmerzen einher gehen, rühren zudem an qualvolle Körpererfahrungen, die in frühester Kindheit vor der

psychischen Repräsentation des Erlebens durch einen vorübergehenden Verlust der Beziehung zur Mutter oder zu anderen wichtigen Bezugspersonen empfunden worden sind. Zur Bedrohung der inneren Kohärenz durch körperliche Veränderungen kommt noch ihre Gefährdung durch äußere Bedingungen: Denn durch das derzeitige Gesundheitssystem in den Industrienationen mit seiner einseitigen Ausrichtung auf apparative Diagnostik, Symptombeseitigung und rechtliche Absicherung unter Vernachlässigung psychosomatischer Gesichtspunkte wird »der fragmentierte Patient« (FABIAN, 1991) geradezu erschaffen.

Für Frau D. war die Krebsdiagnose eine Zäsur in ihrem Leben. Ihr sicherte die medizinische Behandlung das Überleben, da der Krebs vom Gynäkologen operativ vollständig entfernt werden konnte. Als ihr psychisches Befinden sich aber verschlechterte, wurde sie von der Hausärztin zum Psychiater geschickt, der über ein EEG hirnorganische Herde ausschloss, ihr, ohne länger mit ihr gesprochen zu haben, ein Antidepressivum verordnete und sie zu einer Verhaltenstherapeutin weiter empfahl. Was es für sie bedeutete, infolge des Krebses brustamputiert zu sein, war bis dahin unbeachtet geblieben. Die an sich segensreiche Krebsoperation hatte ihr nämlich die einzig verlässliche Möglichkeit genommen, andere Menschen zu erreichen. Ihrer Meinung nach bedurfte sie eines makellosen Körpers, um mit anderen in Beziehung treten zu können. Denn als Mädchen war ihre Körperlichkeit für sie der einzige Weg gewesen, auf dem ihre Einsamkeit immer dann überwunden worden war, wenn sich der Vater einmal mehr an ihr vergriffen hatte. Nur durch die Reize ihres Körpers hatte sie auch später zuverlässig erlebt, für einen anderen wichtig zu sein.

Da die Identität eines Menschen aus den Gruppen, in denen er lebt (AMMON, 1982), heraus sich immer wieder neu entwickelt, ergibt sich notwendigerweise eine Veränderung der Identität, wenn sich die Beziehungen verändern: Wer chronisch krank ist, betritt eine andere Welt mit anderen Menschen, als es diejenige gewesen ist, in der er in Gesundheit gelebt hat, wobei in der Regel dieser Übergang von niemandem erwünscht ist und mit entsprechend heftigen Gefühlen einher geht. Von den Menschen, mit denen er nun zu tun hat, wird er als »Patient« angesehen, den man nicht belasten darf und den man medizinisch und sozial gut versorgen muss. Er ist nicht länger mehr Subjekt, das handelt, sondern wird zum Objekt, an dem gehandelt wird. Die Kategorisierung in krank einerseits und gesund andererseits spaltet den Raum gemeinsam geteilter Erfahrung und hebt damit die Möglichkeit der Identifikation in der jeweiligen Identitätsarbeit auf. Auch die Erwartungen, die

an ihn gerichtet werden und die wie die Antworten, die darauf gegeben werden, die Identität bestimmen (KEUPP, KRAUS et al. 1999), sind andere als zuvor. Bei körperlich Kranken sind es beispielsweise die Erwartungen der Ärzte und des medizinischen Personals nach einem widerspruchsfreien Einfügen in die Behandlung; oder die Erwartungen der Angehörigen und der Bekannten, sie nicht zu sehr mit den Folgen der veränderten Körperlichkeit zu behelligen. Dabei lässt sich jedoch beobachten, dass Patienten, die unbequem sind und ihre Identität behaupten oder sie gar stärken können, länger leben als diejenigen, die sich den von außen an sie gestellten Identitätsforderungen unterwerfen (LESHAN, 1989).

Infolge ihrer Krebserkrankung musste Frau D. ihre Beziehungen an ihrer Arbeitsstelle aufgeben. Auch ihre Bekannten waren verunsichert, ihr wieder zu begegnen, und viele brachen den Kontakt ab. Lebenswichtig wurde ihr statt dessen die medizinisch bestimmte Welt, zuerst im stationären Bereich der Krankenhäuser, dann in der ambulanten Versorgung der Arztpraxen und schließlich in den Selbsthilfegruppen, die sie besuchte. Am schlimmsten war für sie jedoch die Abwendung ihres damaligen Partners, die ausdrücklich deshalb erfolgte, weil er mit dem Verlust ihrer körperlichen Unversehrtheit nicht zurecht kam. Sie spürte den Neid auf die, denen es gut ging, und suchte, wenn überhaupt, die Gemeinschaft mit den Menschen, die gescheitert und suizidal am Rande der Gesellschaft standen. Mit ihnen wollte sie sich im Leid identifizieren und war enttäuscht, wenn sie abgewehrt wurde. Sie verschloss sich, um nicht noch mehr verletzt zu werden, und zog sich in ihre innere Welt zurück.

In der Annahme, dass eine Person die Einheit ihres Lebens in den Geschichten erfährt, die sie erzählt oder die sie gefragt wird, wird die Identität immer wieder im Dialog mit den anderen geschaffen und aufrecht erhalten (KEUPP, KRAUS et al., 1999; VON ENGELHARDT, 1990). Demnach verändert ein körperlicher Umbruch die Identität, weil nun anderen Menschen als bisher andere Geschichten erzählt werden. Wie die körperlichen Veränderungen erlebt werden, lässt sich wiederum aus den Geschichten erfassen, die jemand einem anderen erzählt (LUCIUS-HOENE, 1998). Jeder Dialog ist dabei stets von ausgesprochenen oder unausgesprochenen Bewertungen bestimmt, also von dem, was man vermutet, dass ein Dialogpartner zu hören bereit ist. Was sich daraus ergeben kann, lässt sich beispielsweise am ärztlichen Gespräch beobachten: In ihm vollzieht sich ein »Prozess der Fragmentierung« (LALOUSCHEK, 2002), weil die Darstellung des Patienten durch den Arzt zerteilt wird und von ihm nur die Beschwerden, die auf Symptome verweisen,

aufgegriffen werden. Diese Art des Dialogs, bei der die ganzheitliche Bedeutung der Erzählung des Patienten verloren geht, formt geradezu die Identität des Kranken. Der Patient erfährt über solch ein Gespräch, dass sein Erleben unwichtig ist, dass seine (sprachlichen) Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und dass zumindest in der Gesprächsführung der Arzt die Strukturierungsgewalt innehat. Was anderen Menschen erzählt werden kann, ist desweiteren davon bestimmt, wie der Gesprächspartner in seinem unbewussten Emotionen wahrgenommen wird, insbesondere inwieweit die Ängste vor Krankheit, Ohnmacht und Abhängigkeit von ihm zugelassen werden können oder nicht. Menschen mit chronischen Erkrankungen erleben nur selten eine echte Anteilnahme an den Erfahrungen, die sie mit ihrem Körper machen, da sie ihre Dialogpartner an die Begrenztheit des Lebens und mögliche eigene Schmerzen erinnern (WENDELL, 1996). Deshalb wird vielfach die Begegnung an sich gemieden, und ein Gespräch kommt gar nicht mehr zustande; oder es entsteht ein Kreislauf von Unbehaglichkeit und Rücksichtnahme, der ebenfalls eine wirkliche Begegnung verhindert; oder es werden Vorwürfe gemacht, dass die körperlichen Veränderungen auch hätten vermieden werden können. Für einen chronisch Kranken erwächst daraus eine mitunter unlösbare Identitätsaufgabe, nämlich entweder sich in seinen Erzählungen anzupassen und sein persönliches Erleben zu verleugnen oder die Spannungen einzugehen, die entstehen, wenn ein Mensch spürt, dass er anders ist, als ihm zugeschrieben wird. Es ist damit aber auch die Gefahr eines jeden Dialogs bezeichnet, nämlich möglicherweise vom Dialogpartner in der eigenen Identität zerstört zu werden, falls die Angst vor einer symmetrischen Beziehung mit ihrer notwendigen wechselseitigen Identifikation zu groß werden sollte (BENJAMIN, 1998).

Wenige Tage nach der Operation, die Wunde war noch nicht verheilt, bekam Fr. D. im Krankenhaus eine vorläufige Brustprothese zu ihrer Erstversorgung. Auch war ihr eine Sozialarbeiterin geschickt worden, die mit ihr die Wiedereingliederung in die Arbeit und die Vorzüge eines ihr nun zustehenden Schwerbehindertenausweises besprechen wollte. Dass sie zu diesem Zeitpunkt am liebsten weite Herrenhemden trug und offensichtlich nicht in der Lage war, in irgendeiner Weise gestaltend an ihre Zukunft zu denken, fiel keinem ihrer Gesprächspartner auf. In der Selbsthilfegruppe und beim Ausdruckstanz mit anderen krebskranken Frauen fand sie Menschen, die ähnliche Erfahrungen wie sie zu bewältigen hatten, bis sie sich verletzt durch die Liebesbeziehung der Leiterin mit dem Ehemann einer Mitpatientin erneut

zurückzog. Erschwerend für sie war, dass sie nie gelernt hatte, zu sagen, was sie wirklich dachte. Sie verbarg ihre Gedanken hinter Höflichkeit und sprach nicht über den Zorn, den sie in sich hatte. Die Ärzte, die sie besuchte, waren mit ihr zufrieden, weil sie zuverlässig die Verordnungen wahrnahm.

Da die Erfahrungen, die mit einem körperlichen Umbruch verbunden sind, wegen ihrer Einzigartigkeit die bis dahin entstandene Identität notwendigerweise an ihre Grenzen bringen, wird Identitätsarbeit notwendig. Sie vollzieht sich in einem alltäglichen Geschehen (KEUPP, KRAUS et al., 1999): Damit ein Mensch sich in der Vielfalt der Erfahrungen mit seiner veränderten Körperlichkeit selbst begreifen kann, werden seine Erfahrungen unter verschiedenen Gesichtspunkten miteinander verknüpft, nämlich unter einer zeitlichen Perspektive, die Vergangenes mit Gegenwärtigem und Zukünftigem verbindet, unter lebensweltlichen Gesichtspunkten, wobei Erfahrungen aus verschiedenen Lebensbereichen aufeinander bezogen werden, und auf der Ebene von Ähnlichkeit und Verschiedenheit. Durch die Identitätsarbeit entstehen Identitätsentwürfe, die teilweise noch realitätsfern und utopisch sind, und konkretere Identitätsprojekte, die innerlich bereits beschlossen sind, für deren Umsetzung in die Wirklichkeit es Wille und Mut braucht. Bei körperlichen Veränderungen durch Krankheit oder Unfall müssen Teil-Identitäten wie die der Körper-Identität, aber auch der Berufs-Identität oder der privaten Identität ebenso neu konstruiert werden wie das übergeordnete Identitätsgefühl. Sie bilden die Grundlage dafür, dass eine Person sich mitzuteilen und zu handeln vermag, d.h. ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten kann.

Frau D. sah sich durch den Verlust der Brust als Frau entstellt. Sie fühlte sich einmal mehr schuldig, denn als Frau hatte sie ihrer Einschätzung nach schon zuvor in ihrem Leben mehrfach versagt: Aus ihrer Ehe war sie wegen Nörgelns schuldig geschieden worden; sie war zudem nicht fruchtbar gewesen und hatte eine Fehlgeburt erlitten. Einmal mehr empfand sie Scham über das, was ihrem Körper geschah, wie bei den nächtlichen Übergriffen ihres Vaters. Einmal mehr brachte ihr der Körper Schmerz und Bedrohung wie in der Pubertät, wo sie wegen der anhaltenden Dauerblutungen ausgesondert war, und wie bei einem Schädelbruch, den sie als Kind erlitten hatte. Einmal mehr blieb sie bei körperlicher Krankheit allein, wie die Mutter sie bei Fieber nicht versorgt hatte. Einmal mehr genügte ihr Körper nicht den Erwartungen, wie sie bereits bei ihrer Geburt ihren Vater enttäuscht hatte, weil er sich einen Jungen gewünscht hatte. So wie sie meinte, körperlich versagt zu haben, glaubte sie es auch auf geistiger Ebene zu tun, wenn sie sich als blöd ansah und

darunter litt, kein Abitur geschafft zu haben. Sie sehnte sich nach Zärtlichkeit und Berührung, fürchtete aber, wegen ihres entstellten Körpers abgewiesen zu werden. Sie hoffte, eines Tages ihre Verletzung als brustamputierte Frau mit Selbstverständlichkeit tragen zu können, wie sie es einmal bei einer Passantin auf der Straße gesehen hatte. Aber ihr fehlte der Mut, ihren Traum umzusetzen, sie fühlte sich hilflos und schwach. Sie hatte Angst, körperlich ganz zu verfallen, wie sie bei ihrer alkoholkranken Mutter und dem am Lebensende dementen Vater erlebt hatte, und fürchtete, im eigenen Kot sterben zu müssen.

Wichtig für die Identitätsarbeit bei einem körperlichen Umbruch ist auch, auf welche individuellen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Einige Bedingungen von Persönlichkeit und Gruppe, die sich dabei als individuelle und soziale Ressourcen förderlich auswirken können, sind schon in Hinblick auf die Krankheitsbewältigung genannt worden. Zu den kulturellen Ressourcen gehört auch die jeweilige Art der sozialen Konstruktion von Krankheit in einer Gesellschaft und die Konstruktion von körperlicher Veränderung an sich als eine Krankheit: Es macht einen großen Unterschied für die Identitätsarbeit aus, ob in einer Kultur körperliche Veränderungen als ein Zeichen göttlicher Erwähltheit oder als ein medizinischer Sachverhalt gedeutet werden. Genauso wesentlich ist es, ob in einer Kultur eine Erkrankung eher als eine Chaosgeschichte erzählt wird, wo die Krankheit überraschend und sinnlos über einen gekommen ist, oder eher als eine Heilungsgeschichte, wo es gelungen ist, einen beeinträchtigten Körper wieder in den Normalzustand zurückzuführen, oder eher als eine Geschichte der Suche, bei der das Leid als Lehrer gesehen wird, der zu einem vertieften Verständnis des Lebens anleitet (FRANK, 1995). Unbewusst werden auch frühere individuelle Erfahrungen der Identitätsbildung aktualisiert, die ebenfalls als Ressource für die Identitätsarbeit bei körperlichen Veränderungen dienen können. In der Annahme, dass die Identität sich in ihren Vorformen bis in die frühe Kindheit zurück verfolgen läßt (BOHLEBER, 1992), sind vor allem die Erfahrungen des Kindes gegenüber seiner Mutter zu nennen: Wenn ein Kind beginnt, sich von der Mutter getrennt zu erleben, entsteht bei ihm allmählich aus den Erwartungen der bedeutungsvollen Anderen und aus den familiär und gesellschaftlich vorgegebenen Rollen und Verhaltensmustern ein Identitätsgefühl. In dem Maße, wie es sich vertieft, kann ein Kind wiederum mehr und mehr die Getrenntheit anderer Personen und deren Grenzen anerkennen (MODELL, 1968). Auf der Grundlage von Kontinuität in der Beziehung von Mutter und Kind geht also der Entstehung des Identitätsgefühls die

Erfahrung einer Trennung voraus, so dass im späteren Leben jede Identitätsbildung begünstigt wird, wenn in der frühen Kindheit die interpersonellen Grenzen gleichermaßen flexibel wie eindeutig gezogen worden sind. Deshalb wirkt sich auch jede Traumatisierung eines Kindes in der Familie durch Vernachlässigung oder Misshandlung auf die Identitätsentwicklung nachteilig aus.

Insofern waren für Frau D. angesichts des Missbrauchs durch den Vater und der Vernachlässigung durch die Mutter die Bedingungen ungünstig, um die notwendige Identitätsarbeit nach der Brustkrebserkrankung erfolgreich gestalten zu können. Sie glaubte auch selbst, sich bereits als Kind verloren zu haben. Schlimmer als der sexuelle Missbrauch durch den Vater war für sie dabei die Kälte ihrer Mutter: Von ihr fühlte sie sich abgelehnt, während der Vater sie immerhin noch benutzt habe. In Hinblick auf ihre eigene Zukunft sah sie sich angesichts der Erkrankung ihres Vaters durch die Gene der Alzheimer-Demenz belastet. Hinsichtlich ihrer Krebserkrankung folgte sie schließlich in ihrer Behandlung, ohne es in Frage zu stellen, dem medizinischen Krankheitsmodell.

Körperliche Veränderungen beeinflussen auch die Ziele, auf die hin sich eine Identität entwickelt. Als mögliche Ziele sind u.a. zu nennen (KEUPP, KRAUS et al., 1999): Soziale Anerkennung, Zugehörigkeit zu einer Gruppe, Selbstachtung der eigenen Person, Autonomie, Entschlossenheit, Selbstwirksamkeit oder Originalität. Von besonderer Bedeutung ist dabei die soziale Anerkennung, da sie die notwendige Sicherheit für die alltägliche Lebensführung gibt. Ist sie als ein Ziel der Identitätsarbeit angestrebt, hängen die damit verbundenen Identitätsentwürfe davon ab, in welcher Gruppe sie gewonnen werden soll. Bei dem Ziel beispielsweise, als chronisch Kranker in der Gesellschaft anerkannt zu werden, ist es u.a. erforderlich, körperlich möglichst unauffällig zu erscheinen, aber auch nicht zu sehr über den eigenen Zustand zu täuschen, sich möglichst leistungsfähig zu zeigen, Hilfestellungen dankbar anzuerkennen, Vorurteile nicht persönlich zu nehmen (GOFFMAN, 1963). Anderes wiederum ist verlangt, wenn die soziale Anerkennung als Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder eines Sportvereins erreicht werden soll. Einzelne Identitätsziele können sich dabei ergänzen oder in Spannung zueinander stehen.

Vielleicht war der Wunsch, nicht in ein Altenheim zu müssen, das letzte Identitätsziel, das Frau D. verblieben war und für das sie bereit war, etwas zu riskieren. Sie wollte noch einmal versuchen, ihre Autonomie zu bewahren. Ansonsten hatte sie sich darum bemüht, Mitglied einer ausländischen

Suizidvereinigung zu werden, um gut und schmerzlos sterben zu können. Denn sie war von der Angst bestimmt, eines Tages Anderen zuviel zu werden. Auch angesichts von körperlichen Veränderungen sind bei der Identitätsarbeit drei übergeordnete Aufgabenstellungen zu lösen (KEUPP, KRAUS et al., 1999). Es ist die Herstellung von Kohärenz, d.h. aus der Vielzahl von Möglichkeiten sind in sich stimmige Identitätsprojekte zu realisieren. Es betrifft desweiteren das Verhältnis von Autonomie und sozialer Anerkennung, das in einer Weise zu regeln ist, dass einseitig weder Isolation noch Selbstaufgabe daraus folgt. Schließlich geht es um die Frage von Authentizität; d.h. eine Person muss das Gefühl gewinnen, etwas Gelungenes geschaffen zu haben. Gerade dem Erleben von Kohärenz scheint dabei eine besondere gesundheitswahrende Wirkung zuzukommen (ANTONOVSKY, 1993).

Bedingt durch die Erkrankung, sah Frau D. sich als schwach und als von klein auf organisch geschädigt wie z.B. durch den Schädelbruch als Kind. Den Grenzen des Körperlichen entsprachen in ihrer Wahrnehmung die Grenzen des Intellektuellen, sie hielt sich für blöd und war eifersüchtig auf alle Akademikerinnen. Sie sah sich als Opfer, aber wenn etwas schief lief, lagen die Fehler ihrer Meinung nach auch bei ihr. Die Mutter hatte ihr schließlich oft genug vermittelt, wie schlecht sie war. Sie sah sich als zerstörerisch für andere wie z.B. bei der Ehe ihres früheren Therapeuten. Was ihr Befriedigung gab, war, dass sie stets anderen geholfen und sich für sie aufgeopfert hatte. Stolz war sie darauf, dass sie sich im Unterschied zu anderen Frauen, die ebenfalls einen sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit erlitten hatten, oder zu Mitpatientinnen aus ihrer früheren Psychotherapie bis dahin nicht suizidiert hatte. Sie sah sich als Überlebende eines »Familien-Holocausts«.

Ob die Identitätsarbeit infolge körperlicher Veränderungen gelungen ist, lässt sich auch daran ablesen, ob jemand offen ist gegenüber seinen unbewussten Bedürfnissen, Denkprozessen und Emotionen und inwieweit er in einem kreativen Akt bewusstes und unbewusstes Erleben miteinander verbinden kann (AMMON, 1982) und ob jemand sozial integriert ist, ob er über die Fähigkeit verfügt, Regeln und Normen, Ziele und Wege je nach den verschiedenen Bezügen neu auszuhandeln und ob er Vieldeutigkeit und Offenheit von Situationen aushalten und sich auf Unsicherheit einlassen kann (KEUPP, KRAUS et al., 1999).

Folgt man diesen Gesichtspunkten war bei Frau D. die Identitätsarbeit nach ihrer Brustkrebserkrankung nicht gelungen: Ihrem unbewussten Erleben gegenüber war sie genauso starr abgegrenzt, wie sie sozial desintegriert war.

Eine vermeintliche Demenz drohte ihr weiteres psychisches und soziales Leben noch gänzlich auszulöschen. Frau D. sah sie positiv als einen Schutz davor, weitere Verletzungen erleben zu müssen.

Schluss

Wenn die psychischen und sozialen Folgen einer chronischen Erkrankung dargestellt werden, erfassen die Konzepte von Krankheitsbewältigung und Identitätsarbeit unterschiedliche Gesichtspunkte, die sich jedoch nicht widersprechen, sondern ergänzen. Das wird auch deutlich, wenn man die Veränderungen betrachtet, die sich im Verlaufe des therapeutischen Prozesses ergeben haben. Frau D. berichtete um die 80. Sitzung folgenden Traum: Sie besucht ihre schwarze amerikanische Freundin Betty auf einer Karibikinsel. Die Armut ist groß, und sie rät ihrer Freundin, an die Ostküste der USA überzusiedeln. Dort lebe sie zwar im Ghetto, aber sie könne gut Geld verdienen. Als bettelnde Kinder kommen, versucht sie, ihren reichen Partner dazu zu bewegen, durch sein Geld die Armut zu lindern.. Er lehnt ab, es sei ihre Entscheidung gewesen, auf die Insel zu kommen. Auch ihre Freundin äußert, sie sei mit den Menschen auf der Insel verbunden, sie wolle nicht weg. In ihren Assoziationen in den folgenden Sitzungen sprach sie davon, dass sie sich selbst auch als Schwarze sehe. Sie habe durch die jetzige Therapie aber eine Heimat gefunden: Erstmals seit vielen Jahren komme sie gerne in ihre Wohnung, sie sei ihr Zuhause geworden. Freilich kenne sie auch die Sehnsucht nach dem Reichtum der Ostküste, und sie sei früher oft zerrissen gewesen nach dem Wunsch nach Anerkennung einerseits und ihrer Verbundenheit mit den Menschen am Rande der Gesellschaft andererseits. Sie wolle mit ihren Erfahrungen aus ihrem Leid anderen helfen, deshalb arbeite sie jetzt bei den Alten im Heim, die nach Scheiße und Pisse stinken. Sie wisse, wo sie hingehöre. Sie sei in die Ausdruckstanzgruppe zurückgekehrt, weil ihr das Tanzen immer gut getan habe, und sie habe deshalb ihre Empörung über die Leiterin zurückgestellt. Sie fühle sich in dieser Gruppe angenommen und habe weinen können, als sie erstmals seit vielen Jahren einem anderen Menschen wirklich in die Augen geschaut habe. Sie freue sich wieder an ihrem Körper, und auch Sexualität erscheine ihr nicht mehr ganz ausgeschlossen. Sie habe sich mit ihrer Lebensgeschichte ausgesöhnt. Sie meint, sie habe Respekt verdient für das, was sie aus ihrem Leben gemacht habe. Sie sehe jetzt mehr Möglichkeiten als Einschränkungen, sie habe gelernt, ihre Realitäten anzunehmen.

Im Sinne der Krankheitsbewältigung verweist der Traum mit seinen latenten Inhalten darauf, dass Frau D. beginnt, ihre Erkrankung zu akzeptieren. Auch wenn die krankheitsbedingten Belastungen sich nicht geändert haben, hat sie Lebenszufriedenheit gewonnen, indem sie sich kognitiv neu definiert hat. Ihre Erkrankung hat für sie einen Sinn bekommen. Sie hat Zugang zu ihrer Emotion gefunden, die psychische Symptomatik hat nachgelassen, und realitätsgerechtes Handeln ist ihr möglich geworden. Ihre Abwehr hat sich verringert, und die Anzahl der sie befriedigenden Beziehungen hat sich vergrößert.

Im Sinne der Identitätsarbeit läßt der Traum erkennen, dass Frau D. gleichermaßen an Kohärenz und Authentizität gewonnen und einen Weg gefunden hat, Autonomie und soziale Anerkennung miteinander zu verbinden. Sie ist offen geworden für ihre unbewussten Wünsche und hat begonnen, sie in die Tat umzusetzen. Sie ist sozial wesentlich mehr integriert und vermag sich in unterschiedlichen zwischenmenschlichen Beziehungen zurecht zu finden. Der Traum zeigt sie als eine Lernende, die sich von anderen zum Nachdenken anregen läßt. Er verdeutlicht aber auch, dass die innere Versöhnung noch nicht ganz abgeschlossen ist und Frau D. ihren eigenen Platz noch nicht wirklich gefunden hat.

Insofern beschreibt das Konzept der Krankheitsbewältigung überwiegend das sichtbare Verhalten eines Menschen angesichts von körperlichen Veränderungen und bezieht zu dessen Erklärung psychische und soziale Bedingungen mit ein, während mit dem Konzept der Identitätsarbeit ein Mensch mit seinen psychischen und sozialen Bezügen erfasst wird, aus denen sich dann sein Handeln und Verhalten angesichts der Erkrankung ergibt. Beide Konzepte stimmen darin überein, dass sie jeweils die Genese der Krankheit außer acht lassen. Für die Darstellung der Krankheitsfolgen berücksichtigen sie nicht, inwieweit ihre Entstehung biologisch, psychosozial oder ökologisch bedingt ist.

Beiden Konzepten liegt ein unterschiedliches Krankheitsverständnis zu Grunde. Das Konzept der Krankheitsbewältigung beschreibt eher eine Heilungsgeschichte, wo Krankheitsfolgen erfolgreich überwunden werden, so dass ein Leben ohne wesentliche Einschränkungen fortgesetzt werden kann. Das Konzept der Identitätsarbeit stellt dagegen eher die Geschichte einer Suche dar, wo die Krankheit Anlass ist, ein neues Gleichgewicht zu finden und wo eine Rückkehr zu den Verhältnissen vor Krankheitsbeginn nicht möglich ist. Im Falle des Scheiterns erfasst die Krankheitsbewältigung eher die individuelle

Unzulänglichkeit, während bei einem Misslingen der Identitätsarbeit immer auch auf die Alterität verwiesen ist.

Beide Konzepte - und das der Krankheitsbewältigung noch weniger als das der Identitätsarbeit - beziehen kaum mit ein, was körperliche Veränderungen für den alltäglichen zwischenmenschlichen Ablauf bedeuten. Da sie den gewohnten Anblick eines Menschen stören und die allgemeine gesellschaftliche Wirklichkeit durcheinanderbringen, widerlegen sie durch ihr Vorhandensein die vermeintliche Tatsache des «erlösten Körpers« (NANCY, 2000), wie er sich in Gesundheit, Sport und Vergnügen zeigt. Erst unter diesen gesellschaftlichen Umständen können sich körperliche Veränderungen, die sich nicht mehr heilen lassen, psychisch destabilisierend auswirken. Erst sie bedingen die Notwendigkeit einer individuellen Krankheitsbewältigung oder Identitätsarbeit. Denn wenn die medizinische Heilung gescheitert ist, gibt es gesellschaftlich gesehen keinen wirklich sinnvollen Umgang mehr mit den Menschen, die einen körperlichen Umbruch infolge einer Krankheit oder eines Unfalls zu verarbeiten haben.

Coping with Illness and Working on Identity in a Case of Breast Cancer

Bernhard Richarz (Berlin)

The psychical complaints that can be diagnosed in about every third patient suffering from breast cancer can be viewed as a consequence of an unsuccessful attempt at coping with the illness. In this context, irrespective of their success, all psychosocial, cognitive, emotional and behavioral processes that are generally applied consciously and deliberately in order to stave off stresses occurring or expected to occur in the course of the illness are combined under the term coping. Whether or not an illness can be successfully dealt with is not dependent on the type of the illness but rather on the specific and non-specific stresses entailed by it, in correlation with the patient's personality and social environment. How a person evaluates the stresses caused by his or her illness decidedly influences the emotional well-being in this regard and every action taken to overcome the illness in turn serves to come to grips with the emotions and feelings associated with it. However, a physical change also has an effect on the personality of a person and on the groups in which he or she lives. For in

light of the physical changes that usually also represent a narcissistic injury, a wide spectrum of feelings such as fear and anger are aroused, but also shame and guilt. On the unconscious level of the individual and in terms of group dynamics, these sensations activate defense mechanisms that in turn then partially codetermine relationships and behavior for coping. The salutogenic approach dealing with the positive ability to overcome stresses is described by way of conclusion. This is defined first by whether a person is in a position to logically understand a stressful event like a physical restructuring, secondly whether he or she is capable of using internal and external resources for coping with it, and third whether he or she is able to recognize the strains as a challenge that could have a meaning for his or her life.

The way people process a major life event such as a physical restructuring also depends on the identity that they have developed up until that point in time. Permanent physical changes resulting from a disease or an accident are to be rated as a borderline situation since experiences now have to be dealt with that were unexpected, that were not considered desirable and with regard to which no previous experiences can be taken recourse to. They in fact threaten a person's identity since no coherence of experiences is ensured any longer. A chronic illness not only means that the material shell of the identity has been altered irreversibly, but this process takes on a much more comprehensive meaning in that the awareness of a person's body and his or her life in and with it, which previously served to experience and form an identity, is no longer available in the way that person is accustomed to. Physical changes also result in an identity being developed insofar as familiar relationships lose their significance and others become important: chronically ill people enter another world that is inhabited by other people, a world different from the one in which they lived when they were healthy. As a rule, this transition from one to the other existence is experienced with great ambivalence. If we assume that an identity must be created and maintained in a constantly ongoing dialogue with others, a physical restructuring will alter an identity insofar as other stories are told to other people than was previously the case. Meetings with the doctor can be cited as an example, in which the identity of an ill person is unconsciously formed as a result of the narration demanded, in which generally, highlighting holistic aspects or contents is forgone.

In light of the physical changes, partial identities such as the physical identity, but also the identity in professional or private terms, must likewise be newly constructed just as the general, overriding feeling of identity must. The

identity work required for this takes place in everyday occurrences in which experiences made with the altered corporeality are linked to one another under different aspects. This results in provisional identities being developed some of which may still be escapist and utopian, as well as more specific identity projects that a patient has already resolved. What is essential for this working on one's identity are the resources that can be called upon. The cultural resources include, for example, the respectively applicable social construct of disease in a society and the construct of physical change per se as a disease. Furthermore, earlier, individual experiences made in the course of developing an identity are also updated unconsciously. If we assume that the relationship of a child to its mother can be traced back to its preliminary forms right back to that person's earliest stage of childhood, this relationship in particular is a resource for working on identity in the case of physical changes. Even in view of physical changes, there are three superordinate challenges that must be met in the course of developing an identity. These are the creation of coherence, which seems to be particularly conducive to preserving a person's health, the balance of autonomy and social recognition, and the achieving of authenticity. These theoretical aspects of coping and of working on identity are illustrated by the case of a 61-year old woman with breast cancer who has asked for psychotherapy five years after the outbreak of the disease, now suffering from a severe depression.

In presenting the mental and social consequences of a chronic illness, the concepts of coping and of working on identity deal with different aspects that rather complement each other instead of being contradictory: the concept of coping focuses on the observable behavior of a person in light of his/her physical changes and incorporates mental and social conditions in explaining that process, while the concept of identity work looks at people with their mental and social references that form the basis for their actions and behavior. While these two concepts overlap in that they do not consider the genesis of the illness, they do differ in their understanding of disease. The concept of coping focuses more on the narrative of the healing process, in which the consequences of an illness are to be successfully overcome so that life can be continued without any essential restrictions. By contrast, the concept of working on identity is more the narrative of a search, with the illness providing the occasion to find a new balance and in which it is impossible to return to the circumstances and relationships existing before falling ill. Should it fail, the attempt at coping concerns the individual's shortcoming while in the case of a

failed attempt at working on identity, this also always refers to the surrounding group.

Neither concept takes any greater consideration of the fact that in the industrialized societies there not at all exists a meaningful interaction with the people who are forced to accept that their body is restructuring as a result of an illness or an accident. Physical changes that cannot be healed make others insecure because they disturb the normal appearance of a person. They disrupt life in society in general since, simply because they exist, they contradict the generally supposed fact presented by the healthcare sector, the sports and leisure industries: that bodies are free from suffering. It is precisely these societal ground rules that entail the necessity of individuals working to cope with their illness or to work on identity after a medical cure has failed.

* Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Gruppenpsychotherapie, Lehr- und Kontrollanalytiker der DAP

Literatur:

Alter, C.L. et al. (1996): Identification of PTSD in cancer survivors. In: Psychosomatics (37) 137-143

Ammon, G. (1982): Identität - Ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: Dynam. Psychiat. (15) 114-128

Antonovsky, A. (1987a): Unravelling the mystery of health. London: Jossey Bass

Antonovsky, A. (1987b): The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. In: Advances (4) 47-55

Antonovsky, A. (1993): The structure and the properties of the sense of coherence scale. In: Soc. Sci. Med. (36) 725-733

Arolt, V.; Rothermundt, M. (2003): Depressive Störungen bei körperlich Kranken. In: Nervenarzt (74) 1033-1054

Bahnson, C.B. (1997): Familientherapie in der Psychosomatik. In: Rodewig, K. (Hrsg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 127-142

Beland, H. (1985): Zur Bedeutung chronischer Krankheit für die Identität der Betroffenen. In: Soziale Welt (36) 349-365

Benjamin, J. (1998): Der Schatten des Anderen. Frankfurt a.M.: Stroemfeld 2002

Beutel; M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin

Bohleber, W. (1992): Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst. In: Psyche (46) 336-365

Charmaz, K. (1994):Identity dilemmas of chronically ill men. In: Sociolog. Quarterly (35) 269-288
Charmaz, K. (1995): The body, identity, and self: Adapting to impairment. In: Sociolog. Quarterly (36) 657-680
Engelhardt, M.v. (1990): Biographie und Identität. Die Rekonstruktion von Identität im mündlichen autobiographischen Erzählen. In: Spahrn, W. (Hrsg.): Wer schreibt meine Lebensgeschichte? Biographie, Autobiographie, Hagiographie und ihre Entstehungszusammenhänge. Gütersloh: Mohn, S. 197-247
Erikson, E. (1959): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp 1966
Fabian, E. (1991): Der fragmentierte Patient und das Modell einer Medizin für den ganzen Menschen. München: Helix
Frank, A. (1995): The wounded storyteller. Chicago: University of Chicago Press
Goffman, I. (1963): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1967
Hack, T.F.; Degner, L.F. (2004): Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. In: Psycho-oncolgy (13) 235-247
Heim, E.; Augustiny, K. et al. (1988): Bewältigung von Brustkrebs. Berlin: Springer
Heim, E. (1998): Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. (48) 321-337
Keller, D.; Deter, H.C. (1997): Zum psychotherapeutischen Nutzen der krankheitsorientierten Gruppentherapie am Beispiel von Morbus-Crohn-Patienten. In: Rodewig, K. (Hrsg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 100-126
Keupp, H.; Kraus, W. et al. (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identität in der Spätmoderne. Reinbek. Rowohlt
Kruse, J.; Wöller, W. (1995): Das Trauma der Erkrankung - Krisen der Selbstwertregulation bei Krebskranken. In: Zschr. Psychosom. Med. Psychotherap. (41) 370-385
Lalouschek, J. (2002): "Hypertonie?" - oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, R. (Hrsg.): Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 97-115
Lazarus, R.S. (1993): From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. In: Ann. Rev. Psychol. (44) 1-21
LeShan, L. (1989): Cancer as a turning point. New York: E. P. Dutton
Lipowski, Z. J. (1970): Physical illness, the individual and the coping process. In: Psychiat. Med. (1) 91-102
Little, M.; Paul, K. et al. (2002): Survivorship and discourses of identity. In: Psycho-oncolgy (11) 170-178
Lucius-Hoene, G. (1998): Erzählen von Krankheit und Behinderung. In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. (48) 108-113
Marcia, J.E. (1993): The ego identity status approach to ego identity. In: Marcia, J.E.; Waterman, A.S.; Matteson, D.R.; Archer, S.L.; Orlofsky, J.L. (Eds.): Identity. A handbook for psychosocial research. Springer: New York, pp. 3-21
Modell, A.H. (1968): Object love and reality. An introduction to a psychoanalytic theory of object relations. New York: Int. Univ. Press
Muthny, F. (1988): Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal - Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. In: Zschr. Klin. Psychol. (17) 319-333
Nancy, J.L. (2000): Corpus. Berlin: Diaphanes 2003
Perrez, M.; Wittig, R.; Tschopp, C. (1991): Stimmung und Körperbefinden von Frauen nach Mammakarzinomoperation. In: Psychotherap. Psychsom. med. Psychol. (41) 6-10
Richarz, B. (2003): Behinderung als Trauma - Über die Verleugnung, die Ausgrenzung und die Ausmerzung abweichender Körperlichkeit. In: Hermes, G.; Köbsell, S. (Hrsg.): Disability Studies in Deutschland - Behinderung neu denken! Kassel: Bifos-Schriftenreihe, S. 42-50
Schmitt, A. (2000): Posttraumatische Belastungsstörungen bei Krebspatienten - Diagnostik und Epidemiologie. In: Zschr. Psychosom. Med. Psychotherap. (46) 35-56

Schüßler, G. (1993): Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Weisman, A.D. (1979): Coping with cancer. NewYork: McGraw-Hill
Wendell, S. (1996): The rejected body. Feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge
Wolf, C.; Meyer, P.C. et al. (1995): Kausalattribution und Krankheitsbewältigung bei Brustkrebspatientinnen. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. In: Zschr. Psychsom. Med. (41) 356-369

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Richarz
Weydingerstr. 18
10178 Berlin

RicharzB@aol.com

Psychosomatische Aspekte der Sarkoidose

Rita Primbas (München)

Sarcoidosis is an autoimmune disease of unknown aetiology which manifests itself particularly in the lungs. Only very few studies have examined the relationship between sarcoidosis and psychosomatic factors and psychopathology. In the present study the influence of psychosomatic aspects on the aetiopathology of sarcoidosis is examined. Two case studies are presented in detail: one patient with acute sarcoidosis and a second one with chronic sarcoidosis. The central hypothesis is that the disease more or less depends on the psychopathology. This comparison illustrates that the patient suffering from chronic sarcoidosis shows a lower level of integration and development of his personality compared with the patient suffering from acute sarcoidosis.

Sarkoidose ist laut Definition eine Erkrankung ungeklärter Ätiologie. Das ist das Ergebnis einer fast 100-jähriger Ätiologieforschung. Die Forschung der letzten Jahrzehnte verweist zunehmend fast ausschließlich auf immunologische Faktoren bei Entstehung und Verlauf der Sarkoidose.

Es wird angenommen, dass die Sarkoidose eine immunologisch einheitliche Antwort auf zahlreiche verursachende und beeinflussende Faktoren ist, im Sinne einer akuten oder chronischen Autoimmunkrankheit, die verschiedene Körpersysteme angreifen kann. Autoimmunkrankheiten treten auf, wenn das körpereigene Abwehrsystem, das zur Abwehr von Viren, Bakterien und anderen Fremdkörpern dient, eine Fehlfunktion hat und Antikörper gegen körpereigenes Gewebe herstellt.

Die Sarkoidose ist eine Systemerkrankung, die durch diffuse Granulombildungen und durch eine Vielfalt klinischer Krankheitsbilder charakterisiert ist. Sie nimmt im respiratorischen Bereich ihren Ursprung, beginnt immer mit einer mediastinalen Lymphknotenschwellung und kann zum Befall von Lunge, Leber, Milz, Haut, Augen und Knochen, aber auch allen anderen inneren Organen führen. Die Granulome können sich spontan zurückbilden oder unterliegen einer hyalinen Fibrose. Entsprechend unterscheidet man eine akut verlaufende Form mit guter Heilungstendenz sowie eine chronische, in Schüben fortschreitende, die jederzeit zum Stillstand kommen kann, aber auch gelegentlich zum Tode führt.

Angesichts der Problematik, welcher die Forschung bei der Frage nach der Krankheitsursache auch heute noch gegenübersteht, möchte die vorliegende kasuistische Arbeit einen weiteren und bisher wenig untersuchten Teilaspekt der Ätiopathogenese der Sarkoidose untersuchen: die psychosomatischen Faktoren. Aus einer katamnestischen klinish-empirischen psychosomatischen Untersuchung bei 22 an Sarkoidose erkrankten Patienten, die im Rahmen einer Forschungsstudie durchgeführt wurde, werden zwei Kasuistiken dargestellt: eine Patientin weist die akute Verlaufsform auf und der andere Patient eine chronische Sarkoidose.

Das zentrale Anliegen dieser Arbeit ist der Vergleich der akuten und der chronischen Sarkoidose im Hinblick auf die psychopathologischen Auffälligkeiten der Patienten. Die Haupthypothese lautet, dass die Schwere des Krankheitsverlaufs auch vom Ausmaß der Psychopathologie abhängt. Diese Haupthypothese wurde folgendermaßen formuliert:

1a: Das Ausmaß der Pyschopathologie ist bei chronisch erkrankten Patienten ausgeprägter als bei den akut erkrankten Patienten.

1b: Die Lebensveränderungen im Katamnesezeitraum weisen eine Parallele zum Schweregrad der Sarkoidose auf.

Die wesentliche theoretische Grundlage dieser Untersuchung ist die psychoanalytische Psychosomatik, d.h. dasjenige Gebiet der Psychosomatik, das die leib-seelischen Wechselwirkungen mit der psychoanalytischen Methode untersucht.

In der psychosomatischen wie auch pathogenetischen Literatur zur Sarkoidose fällt die sehr geringe Anzahl von Studien zur Erforschung von psychischen Faktoren bei der Entstehung und beim Verlauf dieser Erkrankung auf. Es gibt immer wieder klinische Beschreibungen von Pneumologen über auffallende Persönlichkeitsmerkmale der Sarkoidose- Erkrankten. So berichtete WURM (1983) darüber, dass bei diesen Menschen ihre geringe Neigung zum Klagen und eine bemerkenswerte Bereitschaft zur Kooperation mit den Ärzten auffällt. Ein weiterer Pneumonologe, FERLINZ (1974), schildert die Sarkoidose-Patienten als angenehme und liebenswerte Menschen (vgl. LANGE, 1991). MLCZOCH (1986) weist auf die überdurchschnittliche Aktivität dieser Patienten hin (vgl. LANGE, 1991). Wenn auch noch nicht vielen, so doch einigen Autoren schien es notwendig, das Ätiologieproblem umfassender zu betrachten, das heißt, nach anderen auch persönlichkeitspezifischen Faktoren zu suchen, die in der Genese eine Rolle spielen könnten. Sarkoidose-Patienten

sind lediglich in vier Studien im Hinblick auf die Bedeutung von psychologischen Faktoren bei der Entstehung der Sarkoidose untersucht worden.

Nach der Studie von STUDT et al. (1982) führten im Rahmen einer Dissertation HAENSEL & REIBER (1982) eine ausführliche psychosomatische Diagnostik bei 40 Sarkoidose-Patienten aus der Lungensprechstunde der Medizinischen Poliklinik Berlin durch. Sie versuchten, ein möglichst umfassendes Material über die psychische Situation und die Lebensumstände dieser Sarkoidose-Erkrankten zu gewinnen. Die Studie kann als die erste größere Erkundungsstudie im deutschsprachigen Raum und darüber hinaus zur Erforschung psychosomatischer Zusammenhänge bei Sarkoidose betrachtet werden.

Zur Persönlichkeitsstruktur der Sarkoidose-Patienten wurde folgendes gefunden:

- Ein hoher Anteil der Sarkoidose-Patienten weist eine depressive Grundstimmung (32,5%), verbunden mit innerer Unruhe und einer verminderten spontan-reaktiven Aggression, sowie eine starke Selbstaggression auf.
- Für einen möglichen Einfluss psychischer Faktoren in der Ätiologie der Sarkoidose spricht eine »erhebliche neuroseförderndе Genese« in der Kindheit und eine bereits prämorbid neurotische Persönlichkeitsstruktur bei einem Drittel der Patienten.
- Einen weiteren Hinweis auf pathogenetische psychische Faktoren erbrachte das Ergebnis, dass es sich bei der Beurteilung der auslösenden Situationen durchgehend um »konflikthafte Lebenssituationen« handelt, die zur Hälfte aus »Reifungsschritten« bestehen.

Eine weitere Untersuchung führten ESCANDE et al. 1980 bei 36 Sarkoidose-Patienten durch. Es wurden erhöhte Depressions- und Somatisierungswerte, eine Tendenz zu depressiven Schuldgefühlen, sowie hohe Angstwerte gefunden, die v.a. auf die Faktoren mangelndes Selbstvertrauen, Nervosität und grundlose Befürchtungen zurückzuführen waren.

Auffallend ist, dass bei beiden o.g. Studien, die einen unterschiedlichen Untersuchungsgang aufweisen, bei den Sarkoidose-Patienten eine erhöhte Depressivität, Selbstaggressionstendenz und innere Unruhe gefunden wurden.

Im Rahmen seiner Dissertation mit dem Thema »Psychosomatische Aspekte bei der Sarkoidose« hat LANGE 1991 bei 44 Sarkoidose-Patienten eine erweiterte psychosomatische Diagnostik durchgeführt. Auch diese psycho-

somatische Studie erbrachte, dass bei den Sarkoidose-Patienten eine signifikant erhöhte Ängstlichkeit und Depressivität gegenüber der Normalbevölkerung besteht, verbunden mit innerer Unruhe und Autoaggressionstendenzen. So zeigte sich als eine wesentliches Ergebnis eine überraschende Häufigkeit der Patienten mit (bei 16 von 44 Patienten, d.h. 36%) depressiven Persönlichkeitsstörungen, sowie ein hohes Ausmaß der Diagnose einer psychischen Störung nach ICD-9 bei 22 der untersuchten 44 (50%) Sarkoidosepatienten.

Alle 16 Patienten, bei denen eine depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, entsprachen folgendem klinischen Bild: »Der Patient trifft alltägliche oder existentiell wichtige Entscheidungen ungern ohne Zustimmung anderer. Um die Zuneigung anderer zu gewinnen, übernimmt er unangenehme oder erniedrigende Tätigkeiten und pflichtet anderen auch dann bei, wenn er diese im Unrecht sieht. Er hat gewöhnlich Angst davor, verlassen zu werden, fühlt sich allein meist unwohl und hilflos und ist am Boden zerstört, wenn enge Beziehungen in die Brüche gehen. Jegliche Eigeninitiative und Eigenaktivitäten sind erschwert, und bei Kritik oder Ablehnung ist er leicht zu verletzen«. (BREUKER et al, 1998)

Beim Vergleich der unterschiedlichen Krankheitsverläufe mit dem Vorhandensein einer seelischen Störung zeigte sich, dass:

- bei der akuten Verlaufsform (günstige Prognose) in 17% der Fälle depressive Persönlichkeiten zu finden waren (2 von 12)
- bei der subakuten chronischen Verlaufsform (ungewisse Prognose) in 35% der Fälle depressive Persönlichkeiten diagnostiziert wurden (9 von 26 Patienten) und
- bei der chronisch-progredienten Verlaufsform (schlechte Prognose) sogar in 83% der Fälle (5 von 6 Patienten) die Diagnose einer depressiven Persönlichkeitsstörung festgestellt wurde.

Von ERMANN, wie von vielen anderen Autoren, wird die Bildung des somatischen Symptoms im Zusammenhang mit einer Wiederbelebung unbewusster emotionaler Mangelzustände oder einer Regression, die durch Konflikte auf allen Ebenen der Neurosenpathologie ausgelöst werden kann, gesehen. Die Grunderfahrung der zahlreichen Modelle psychosomatischer Krankheitsentstehung ist, dass wahrscheinlich die psychische Hauptkomponente darin besteht, dass im psychischen Bereich Dauerspannungen immer dann auftreten,

wenn seelisch belastende Zustände nicht beseitigt werden können. Die körperlichen Reaktionen klingen normalerweise in dem Maße ab, wie auch die psychische Erregung nachlässt. Bleibt diese jedoch erhalten, so bleiben auch die körperlich - vegetativen Antworten bestehen. Es kommt zu irreversiblen Organschädigungen, wenn diese Dauererregungen nicht abgeführt werden können und lange genug anhalten. Die psychische Disposition für psychosomatische Erkrankungen wird von vielen Autoren in einer gestörten frühen Individuationsentwicklung gesehen, mit den daraus sich ergebenden unbewussten Verlassenheitsängsten, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Wut als für eine somatische Krankheit prädisponierende Faktoren. Diese psychische Konstellation entspricht der Grundstörung nach BALINT (1970).

ERMANN (1999) unterscheidet bei den Psychosomatosen zwei Hauptgruppen von Persönlichkeitsentwicklungs- oder Strukturniveaus:

1. Das geringe Strukturniveau ist kennzeichnend für die Gruppe, bei der die prämorbide Persönlichkeit von der Grundstörung bestimmt sind. Hauptmerkmale sind: labiles Selbstgefühl, Objektangewiesenheit, Nähe-Distanz-Problem, Alexithymie und körperliches Erinnern. Psychosomatosen treten vor allem auf in Trennungssituationen, in denen die Verlassenheitsdynamik mobilisiert wird, mit den unbewussten Gefühlen von »giving up - given up«, d.h. Hilf- und Hoffnungslosigleit, Zurückweisungen, Kränkungen, Beziehungsproblemen.

2. Das mittlere und höhere Strukturniveau ist kennzeichnend für die Gruppe, bei der der prämorbiden Persönlichkeit eine neurotische Weiterentwicklung im Sinne einer Individuation möglich war.

Entwicklungsschritte u.s.w. werden von diesen Patienten wie Verluste von Sicherheit und Geborgenheit erlebt (ERMANN, 1999). Als Hauptmechanismus für die somatische Dekompensation sieht der Autor die Mobilisierung verdrängter aggressiver Affekte. Hier brechen die körperlichen Symptome aus, wenn spezifische neurotische oder narzisstische Konflikte auftreten und die reifere Abwehr zusammenbricht. Dies bewirkt eine Ich-Regression und die Aktivierung der tieferliegenden Wünsche. Beziehungskonflikte führen dann zu Hilflosigkeit, Verlassenheitsangst und Wut.

Als ein wichtiges psychosomatisches Konzept ist das Identitätskonzept von AMMON (1974) zu nennen, der im Rahmen seines integrierten Persönlichkeitsmodells - als zentralen Mechanismus des psychosomatischen Krankheitsgeschehens - die Störung im zentralen Persönlichkeitsbereich der Ich-Identität, d.h. die defizitäre Entwicklung dieses Strukturbereichs, postuliert. Dieses Strukturdefizit bezeichnet er als »Loch im Ich« und die Störung der Ich-Funktionen des Narzissmus und der Aggression als »archimedischen Punkt des Krankheitsgeschehens«. Nach diesem Konzept wird das »Loch im Ich« durch Pseudo-Identitäten verschiedenster Art ersetzt, z. B. durch die »Scheinidentität des psychosomatisch Kranken« (AMMON, 1979).

Nach dem heutigen Stand der psychosomatischen Diagnostik muss die der Krankheit zugrundeliegende psychische Störung mit Hilfe positiver Kriterien nachgewiesen werden, indem ein schlüssiger Zusammenhang zwischen der krankheitsauslösenden Konfliktsituation, der äußeren Lebens- und inneren Erlebensgeschichte herausgefunden werden muss.

Die vorliegende kasuistische Arbeit entstammt einer katamnestischen Studie bei 22 an Sarkoidose erkrankten Patienten. Nach einer 11-jährigen Katamnesezeit wurden die psychischen Einflüsse sowohl in der Ätiopathogenese, als auch insbesondere im Verlauf der Krankheit neu hinterfragt.

Haupthypothese

Die Patienten wurden in zwei Gruppen von akut bzw. chronisch erkrankten Sarkoidose-Patienten eingeteilt. Mit einem qualitativen sowie quantitativ-statistischen Vergleich sollte die Haupthypothese überprüft werden, dass das Ausmaß der Psychopathologie beim chronisch kranken Sarkoidose-Patienten ausgeprägter ist als beim akut Erkrankten. Methodisch wurde eine Beurteilung nach ICD-10 und OPD-Kriterien, sowie nach dem Fragebogen zur Einschätzung des Ausmaßes der Psychopathologie (ADP) eingesetzt.

Im folgendem soll anhand von zwei Falldarstellungen versucht werden, die Hypothese zu verdeutlichen bezüglich des Zusammenhanges zwischen dem Verlauf und dem psychopathologischen Befund. Vor diesem Hintergrund wurden zwei Kasuistiken ausgewählt, die jeweils der Gruppe der akuten Sarkoidoseform und der Gruppe der chronischen, zum Untersuchungszeitpunkt nicht abgeheilten Form angehören.

Erstes Fallbeispiel: Frau G. - Akute Sarkoidose

1. Zeitpunkt 1980
   Bei der Erstuntersuchung war die Patientin 36 Jahre alt und berichtete, dass Anfang 1973 plötzlich Symptome wie erhöhte Temperatur, Gelenkschmerzen, Erschöpfung, Schweißausbrüche, Anschwellen der Beine und Rückenschmerzen aufgetreten seien.
   Im April 1973 sei schließlich Sarkoidose Stadium I diagnostiziert worden. Innerhalb eines Jahres sei ein völliger (spontaner) Rückgang der Sarkoidose festgestellt worden.

2. Lebenssituation und Lebensgefühl bei der Erstuntersuchung, 1980
   Frau G. beschreibt sich als ängstlichen, nachgiebigen und selbstunsicheren Menschen, der sich davor scheue, sich durchzusetzen und sich Konflikten zu stellen. Sie sei seit 8 Jahren verheiratet und sei lange sehr abhängig von ihrem Mann gewesen. Erst durch das »Fremdgehen« des Ehemannes begann sie, sich unabhängiger zu machen und eigene Interessen zu entwickeln.

   Lebenssituation und Lebensgeschichte zum Nachuntersuchungszeitpunkt, 1993
   Die 47-jährige Patientin berichtete, dass sie seit 7 Jahren geschieden sei und zum früheren Ehemann eine freundschaftliche Beziehung unterhalte. Sie habe in der Zwischenzeit auch eine weitere mehrjährige Beziehung zu einem Mann unterhalten, die sie vor 2 Jahren beendet habe. Sie lebe als Single im großrn und ganzen zufriedenstellend, habe Freunde und gehe ihren Interessen nach, wie Reisen und Theaterbesuche. Sie sei in ihrem Beruf zur Justizhauptsekretärin befördert worden .

3. Psychogenese
   Die Patientin ist in einem früh geschiedenen Elternhaus aufgewachsen. Soweit sie sich erinnern kann, habe sie als Kind ihren Vater nie gesehen. Die Mutter habe den Vater verlassen, als Frau G. 5 Jahre alt war, da er die Mutter betrogen habe. Die Mutter habe kurze Zeit später wieder geheiratet. Die Beziehung der Mutter zum Stiefvater sei gespannt und von Unzufriedenheit geprägt gewesen. In der Familie habe kein herzliches Verhältnis geherrscht. Sie habe einen 6 Jahre jüngeren Stiefbruder, der von der Mutter immer bevorzugt worden sei. Die Mutter habe sie zur Unselbstständigkeit erzogen, sei überängstlich und überfürsorglich gewesen und habe Lebensängste geschürt. Sie habe sehr an ihren Kindern gehangen, es ihnen aber nicht zeigen können.

4. Auslösende Situation bei Diagnosestellung

- *Das Auftreten der Sarkoidose-Symptomatik erfolgte 6 Monate, nachdem die Patientin geheiratet hatte, wobei bereits kurze Zeit nach der Hochzeit sich die ersten Anzeichen einer ehelichen Disharmonie bemerkbar machten, die 7 Jahre später schließlich zur Trennung geführt hatten.*
- *Diese Zeit sei für sie zudem von einer emotionalen Überlastung durch die beruflich verantwortungsvolle und fordernde Position einer Werkstattdirectrice geprägt gewesen. Psychodynamisch handelt es sich hier um Schwellensituationen, d.h. um zu bewältigende neue Aufgaben, die die psychosoziale Entwicklung herausfordern, wie sie die Loslösung aus dem Elternhaus und die Beziehungsaufnahme im Sinne eines erwachsenen psychosozialen Wesens darstellen. Zugleich stellte diese Lebenssituation eine körperliche und emotionale Überforderung durch starke berufliche und private Belastung dar.*

5. Psychodynamische und gruppendynamische Persönlichkeitskonstellation

Die psychodynamische Persönlichkeitskonstellationn weist mit Hinblick auf Familiendynamik und Persönlichkeitsstruktur folgendes auf:

a) Familiendynamik

- Ambivalente symbiotische Mutter-Beziehung mit deutlicher Abhängigkeitsproblematik
- Überängstliche, Lebensängste schürende Mutter, die wenig emotionale Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann
- Geringe emotionale Tragfähigkeit der Familienatmosphäre durch sehr frühe Scheidung der Eltern, früher Kontaktabbruch zum leiblichen Vater und erhebliche Beziehungsabwehr gegenüber dem Stiefvater
- Die emotional verunsichernde Familienatmosphäre erschwert den Ablösungsprozess
- Erhebliche Rivalitätsproblematik zum bevorzugten jüngeren Bruder
- Hoher Anpassungsdruck durch die Eltern, wodurch Individuationsentwicklung und Selbstwertgefühl gestört werden

b) Persönlichkeitsstruktur

- Depressive Struktur mit zwanghaften Zügen
- Verlustangst als dominierende Angstform mit großer Angst vor Trennungen und starken Abhängigkeitsbedürfnissen.
- Versuch, lange Zeit nur durch den Partner zu leben in Verleugnung der eigenen Wünsche

- Emotionale Entwicklung und Lernfähigkeit, d.h. es besteht kein rigides emotionales Abwehrsystem und damit keine ausgeprägte Ich-Schwäche
- Gehemmte Aggressivität in Form von Angst, sich durchzusetzen
- Gestörtes Selbstwertgefühl ausgedrückt durch die Angst, eine eigene Meinung zu vertreten.
- Patientin kann schlecht Gefühle zeigen
- Patientin zeigt in ihrem Leben immer wieder Fähigkeiten, Lebenskrisen konstruktiv, d. h. als Impulse für Entwicklungsschritte, für sich zu nutzen

6. Umgang mit Lebensveränderungen im Katamnesezeitraum

   Bewältigung der Konflikte der auslösenden Situation:
   Im Katamnesezeitraum wird deutlich, dass nach Ausbruch der ehelichen Krise aufgrund einer zunehmend emotionalen Entfremdung die Patientin beginnt, sich aus der Abhängigkeitsbeziehung zu befreien und sich eigenen Wünschen und Kontakten zu öffnen. Sie ließ sich scheiden und begann eine neue Partnerschaft und veränderte sich stark beruflich, indem sie eine Ausbildung zur Justizbeamtin sehr erfolgreich abschloss. Frau G. erschien gereifter und unabhängiger und fähig, zu ihren Lebensentscheidungen zu stehen.

Diagnostische Einschätzung von Fr. G.:

Konfliktdiagnose nach OPD

- Wichtigster Konflikt: Versorgung vs. Autarkie
- Zweitwichtigster Konflikt: Selbstwertkonflikt
- Modus der Verarbeitung: Gemischt - eher aktiv

Strukturdiagnose nach OPD

- Gesamteinschätzung: Gute Integration

Psychische Störungen nach ICD-10:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F 33.0)
- Abhängige Persönlichkeitsstörung (F 60.7)

Zweites Fallbeispiel: Herr B. - Chronisch verlaufende Sarkoidose

1. Krankheitsverlauf

Bei dem 48jährigen Patienten wurde 1973 bei einer Routineuntersuchung röntgenologisch die Diagnose einer Sarkoidose gestellt, die histologisch als Sarkoidose Stadium I/II bestätigte. Subjektiv bestanden keine Symptome. Es erfolgte eine 3jährige Kortison-Behandlung.

Nach 13 Jahren trat 1986 ein Sarkoidose-Rezidiv auf, erneut ohne klinische Symptomatik. Die Lungenfunktion ergab eindeutige Hinweise für eine restriktive Ventilationsstörung mit Diffusionsbehinderung. Der Patient wurde neuerlich 2 Jahre mit Kortison behandelt.

2. Lebenssituation und Lebensgefühl bei der Erstuntersuchung, 1980

Herr B. beschreibt sich als verschlossenen und sehr unsicheren Menschen, dessen wichtigste Kontaktperson seine Mutter sei. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt 37 Jahre alt und seit 14 Jahren Student. Zuerst habe er 5 Jahre Chemie studiert, sei vom Vordiplom aus »Prüfungsangst« zurückgetreten und ins Fach Meteorologie gewechselt. Er habe sich in der Abschlussphase des Studiums befunden und hatte gerade mit der Diplomarbeit begonnen. Er lebe noch im Haus seiner Mutter und in unmittelbarer Nachbarschaft zur verheirateten Schwester. Seine langen Studienzeiten, unter denen er leide, führe er auf seine Prüfungsängste und seine »Trägheit« zurück, darauf, dass seine Mutter ihn finanziell noch unterhalte und ihm der finanzielle Druck fehle, sowie auf seine »Scheu«, erwachsen zu werden.

Lebenssituation und Lebensgefühl zum Nachuntersuchungszeitpunkt. 1991

Bei der Nachuntersuchung war der Patient 48 Jahre alt und berichtete, dass er das Studium noch nicht habe abschließen können und dass er »Hausfrau von Beruf« geworden sei, d.h. seine zwei Kinder, 5 und 3 Jahre alt, versorge, während seine Ehefrau einer beruflichen Tätigkeit nachgehe. Er lebe vom Erbe seiner Mutter. Er bezeichnete sich als eher »unzufrieden«, da er die Aufgaben, die er sich täglich vornehme, wie etwa Renovierungs- und Umbauarbeiten am Haus, nicht gut genug voranbringen könne. Den Zustand der Ehe beschreibt er seit ca. 1 ½ Jahren als »Geschäftsgemeinschaft«, in der es wenig Raum für Nähe gebe.

Das Lebensgefühl des Patienten in diesem Lebensabschnitt ist einerseits charakterisiert von Freude über die Schaffung einer Familie, aber ist andererseits gekennzeichnet von einer starken resignativen Akzeptanz des Verzichts auf

berufliche Selbstverwirklichung, sowie der Begrenzung seiner Entfaltungsmöglichkeiten auf den familiären Rahmen (Rolle des »Hausmannes«) und dem Hinnehmen der finanziellen Abhängigkeit von der berufstätigen Ehefrau.

Zeitpunkt des Rezidivs, 1986

Die wesentlichen Lebensereignisse im Jahre des Sarkoidose-Rezidivs waren der Auszug aus dem Elternhaus, die Hochzeit des Patienten, sowie die Geburt seines ersten Kindes.

Vor dem Hintergrund der dargestellten ungelösten symbiotischen Mutterbeziehung stellten die eingetretenen Lebensveränderungen psychodynamische Trennungssituationen von der verinnerlichten Mutterfigur dar. Somit lässt sich mit hoher Sicherheit vermuten, dass das emotionale Gleichgewicht durch Aktivierung unbewältigter früherer Trennungsgefühle wie Angst, Aggression und Trauer aus dem Gleichgewicht geraten war.

3. Psychogenese

Herr B. ist außerehelich geboren. Da sich die Eltern früh getrennt hatten, sei er »in einer halben Familie« aufgewachsen. Er habe als Kind unter dem starken Einfluss der Mutter gestanden. Diese wird als ausgesprochen dominierend, energisch, ehrgeizig und leistungsorientiert, aber auch als geduldig beschrieben. Allerdings nicht zuletzt wegen der Kriegswirren habe sie erst sehr spät beruflich das getan, was sie tun wollte. Sie studierte Ökonomie während die Kinder zur Schule gingen. Seinen Vater habe er nur als kleines Kind einige Male gesehen. Der Vater sei Dozent an einer Universität. Herr B. habe eine jüngere Schwester, die den Ehrgeiz der Mutter übernommen habe und promovierte Ökonomin sei. Seine Schwester hätte den Wunsch und die Fähigkeiten zu habilitieren, würde aber an der Konkurrenz der Männer scheitern. Infolge dieser Kränkung, aber auch persönlicher Misserfolge, sei sie psychisch krank geworden. Bereits in der frühen Kindheit habe die Mutter den Kontakt zum Vater »verboten«, da dieser die Kinder während der Wochenendbesuche nur »verwirrt« habe. Der Patient selbst habe bereits als Schüler immer »sehr wenig für die Schule getan, da er sehr faul« gewesen sei. Auf Druck der Mutter habe er dennoch das Gymnasium beenden können. Bezüglich der Beziehung zu seiner Mutter, sagte der Patient, dass er im Alter von 40 Jahren immer noch mit seiner Mutter zusammenlebe und erst ausgezogen, als er geheiratet habe.

Zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung, im Alter 50 Jahren, erlebte der Patient sich als Versager, da er nach fast 20jährigem Studium es noch nicht geschafft hätte, dieses erfolgreich abzuschließen.

4. Auslösende Situationen

Zeitpunkt der Diagnosestellung, 1973
Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung der Sarkoidose befand sich der Patient in Vorbereitung seines Vordiploms im Rahmen seines Meteorologie-Studiums. Dieses Ereignis setzte nach eigenen Angaben sehr starke Ängste frei. Überhaupt habe er schon immer unter Prüfungsängsten gelitten, die »die stärksten Ängste« seien, die er kenne.

Diese Prüfungssituation kann psychodynamisch als Schwellensituation betrachtet werden; als Situation mit Versuchungscharakter im Sinne von Selbständigkeitswünschen, aber auch mit Versagungscharakter im Sinne einer Mobilisierung starker Ängste und Schuldgefühle angesichts eines bestehenden Abhängigkeits-/Trennungskonfliktes mit der verinnerlichten symbiotischen Mutterfigur.

Zeitpunkt des Rezidivs, 1986
Auch zum Zeitpunkt des Rezidivs, ca. 13 Jahre später, befand sich der Patient in einer für ihn entscheidenden und konfliktbehafteten Lebenssituation: Er bereitete sich auf seine für das Jahr 1986 geplante Hochzeit vor.

Psychodynamisch kann dieses Ereignis einerseits als eine Belastungssituation betrachet werden, die den inneren Trennungskonflikt mit der Mutter und dem dazugehörigen Objektverlusterleben mobilisierte, andererseits stellt dieses Ereignis auch eine Anforderungssituation an seine Verantwortungs- und seine Beziehungsfähigkeit dar.

5. Persönlichkeitsstruktur

Bei der Erstuntersuchung bezeichnete sich der Patient als »gefühlsarm, gefühlsgedämpft und sehr vom Intellekt kontrolliert«. Er wirkte stark gehemmt und verspannt. Auch bei der aktuellen Untersuchung fiel er durch geringe Bewegtheit, eingeengten Affekt, starke Vorsicht und Zurückhaltung im Kontakt sowie große Anspannung und monotone Stimme auf. Eine gebückte, verkrampfte Körperhaltung war deutlich zu beobachten.
Der Patient wurde sowohl bei der Erstuntersuchung, als auch bei der vorliegenden Untersuchung als Persönlichkeit mit zwanghaft-depressiver Struktur und schizoiden Zügen eingeschätzt.

6. Psychodynamik

Die psychodynamische Persönlichkeitskonstellation zeichnet sich durch folgende genetische Hauptcharakteristika aus:

a) Familie
- Symbiotische Mutter-Beziehung mit starker Abhängigkeitsproblematik
- Dominierende und überforderte Mutter, die wenig emotionale Wärme gibt, gleichzeitig verwöhnt, in Abhängigkeit hält und sehr leistungsorientiert ist
- Die Äußerung von Aggressivität hätte die Mutterbeziehung gefährdet
- Abwesender Vater, wodurch die frühe Individuationsentwicklung erschwert wird
- Familienatmosphäre ist durch wenig emotionalen Schutz und starke Leistungsorientierung geprägt
- Stark gestörte Individuationsentwicklung
- Störung des Selbstgefühls
- Äußerung von Gefühlen ist tabuisiert

b) Persönlichkeit
- Zwanghaft-depressive Struktur mit schizoiden Zügen
- Emotionale Unreife
- Rigides zwanghaftes Abwehrsystem
- Labiles Selbstwertgefühl
- Kontaktstörungen (ausgeprägte Form)
- Sehr ausgeprägte Aggressionshemmung
- Geringe Introspektionsfähigkeit
- Defizitäre berufliche Identität als »Hausfrau«

7. Bewältigung von Lebensveränderungen im Katamnesezeitraum

Die beruflichen Pläne wurden nahezu aufgegeben. Hr. B. verzichtete damit auch auf jede berufliche Tätigkeit, d.h. auf eine beruflich-soziale Rolle und schuf sich durch die Gründung einer eigener Familie ein neues Selbstverständnis als Hausmann. Die schon vorher bestehende starke Tendenz zur Vermeidung von Kontakten und zur sozialen Isolation bestand fort. Trotz starker Unzufriedenheit mit dem eingestandenen Scheitern der

beruflichen Pläne ist auffallend, dass der Patient nicht in der Lage ist, Enttäuschungsaggressionen wahrzunehmen oder gar zu zeigen, Desweiteren gelingen ihm ebenso wenig Bemühungen im Sinne von Lösungsversuchen seines Ausbildungsabbruches. Das Ergebnis ist eine tiefgehende Resignation und Hoffnungslosigkeit, die das Lebensgefühl des Patienten im Katamnesezeitraum prägt.

Diagnostische Einschätzung von Hr. B.:

Konfliktdiagnose nach OPD

- Wichtigster Konflikt: Abhängigkeit vs. Autonomie
- Zweitwichtigster Konflikt: Unterwerfung vs. Kontrolle
- Modus der Verarbeitung: Gemischt - eher passiv

Strukturdiagnose nach OPD

- Gesamteinschätzung Mäßige bis geringe Integration

Psychische Störungen nach ICD-10

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1)
- Schizoide Persönlichkeitsstörung (F 60.1)

Vergleich der beiden Patienten und Diskussion

Frau G.

Die Tendenzen, die eigene Persönlichkeit zu Gunsten des idealisierten Partners zurückzustellen und die eigenen Lebensimpulse zu unterdrücken, haben letztlich im Nachuntersuchungszeitraum zur Scheidung und durch diese Krise zu einer Wendung in der gesamten Lebensorientierung von Frau G. geführt. Die Patientin konnte erkennen, dass für sie in der Partnerschaft die Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit die wichtigsten Bedürfnisse darstellen. Die Patientin sah die Scheidung als Chance an, sich in allen Lebensbereichen unabhängiger zu machen und es gelang ihr, neben einer beruflichen Stabilisierung auch eigenen Interessen und Hobbys und menschlichen Kontakten in

ihrem Leben mehr Raum zu geben. Im Nachuntersuchungszeitraum fand bei Frau G., ausgelöst durch die eheliche Enttäuschung, eine deutliche Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit statt. Ausgehend von ausgeprägten Gehemmtheiten, sowie Mutlosigkeit und Resignation in Bezug auf das eigene Geltungsstreben, entwickelte sie sich hin zu eigenen Impulsen des Sich-Behauptens und des Bejahens der eigenen Bedürfnisse. Die zahlreichen erfolgreich bewältigten Lebensveränderungen zeugen von einer deutlichen Identitätsentwicklung.

Herr B.

Der Patient konnte im Nachuntersuchungszeitraum im Gegensatz zu Fr. G. sein Hauptproblem, das Studium abzuschließen, nicht aktiv lösen. In einer resignativen Haltung gab er die berufliche Pläne ganz auf, hielt an ihnen aber in der Phantasie fest, ohne Lösungswege zu suchen. Hr. B. entwickelte eine Ersatzidentität als »Hausmann« und ließ sich finanziell von der berufstätigen Ehefrau versorgen, während er die zwei Kinder versorgte. Die lebenslang bestehende Haltung einer passiven, auf Versorgung ausgerichteten Lebenseinstellung, und der weitgehenden Aufgabe der Autonomiebedürfnisse kennzeichnen in hohem Maße den Katamnesezeitraum. Im affektiven Bereich erscheint der Patient eingeengter und wahrnehmungsunfähiger als zum ersten Untersuchungszeitpunkt.

In beiden Fällen war die Lebenssituation zum Zeitpunkt des Erkrankungsausbruchs von starker Überforderung der psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Es kann angenommen werden, dass dadurch eine Fehlregulation des Immunsystems ausgelöst worden ist, was zur Entstehung der Erkrankung beigetragen hat.

Folgende Hauptunterschiede zwischen den beiden Patienten können genannt werden:

- Die Affektivität von Fr. G. weist eine deutlich größere Tiefe und Differenziertheit auf, als die von Hr. B., bei dem sie weitgehend abgespalten erscheint
- Die Fähigkeit von Fr. G., eigene Wünsche, Bedürfnisse und Konflikte wahrzunehmen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln, ist erheblich stärker als bei Hr. B., bei dem in diesen Bereichen eine starke Hilflosigkeit

und Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Artikulation des emotionalen Leids prägend erscheinen
- Bei Fr. G. ist eine deutlich größere Offenheit gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen und der Umwelt auffallend, während bei Hr. B. ein starkes Rückzugs- und Vermeidensverhalten gegenüber Lebensveränderungen charakteristisch ist.
- Fr. G. ist in erheblich höherem Maße als Hr. B., in der Lage, Lebenskrisen als Herausforderung für Neuorientierung und emotionales Wachstum zu verarbeiten und zu bewältigen. Hr. B. hingegen beantwortet Lebenskrisen mit dem Aufgeben ursprünglicher Lebensziele, d.h. mit deutlich stärkerer Neigung zu depressiver Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Bei Fr. G. ist im Nachuntersuchungszeitraum eine sehr deutliche Weiterentwicklung der Persönlichkeit in Richtung von zunehmender Autonomie fetstellbar, während bei Hr. B. eine eher resignative Lebensbewältigungsstrategie vorherrscht, die sich auf die existentiellen Lebensziele und die Autonomie einschränkend auswirkt.

Dieser Vergleich illustriert, dass der an Sarkoidose chronisch erkrankte Patient gegenüber der an akuter Sarkoidose erkrankten Patientin über ein deutlich geringeres Entwicklungs- und Integrationsniveau seiner Persönlichkeit verfügt und damit über deutlich geringere Bewältigungsmöglichkeiten seiner Lebensprobleme und inneren Konflikte. Dies entspricht der diagnostischen Einschätzung nach ICD-10 und OPD-Kriterien, die für beide folgendes ergab:

Fr. G verfügt über ein deutlich integrierteres Niveau, das ihr ermöglicht innerseelische Vorgänge differenziert wahrzunehmen und Konflikte innerseelisch auszutragen. Im Nachuntersuchungszeitraum ist sie zu einer konstruktiven Entwicklung ihrer gesamten Lebenssituation fähig.

Bei Hr. B. hingegen ist die Wahrnehmungsfähigkeit gegenüber den eigenen Affekten sehr eingeengt oder nicht möglich. Hr. B. kann nicht schildern, was in ihm an Affekten und Phantasien lebendig ist. Im affektiven Erleben stehen Enttäuschung, Selbstentwertung und Depression im Vordergrund. Seine gesamte Lebensentwicklung im Nachuntersuchungszeitraum spiegelt eine chronifizierte depressive Entwicklung, gegenüber der er sich immer hilfloser fühlt. Aufgrund der im Vergleich zur Patientin stärker defizitären Persönlichkeitsstruktur führt er in hohem Masse das Leben eines Depressiven.

Schlussfolgerung

Dieser kasuistische Vergleich zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Sarkoidose und dem Ausmaß der Depression. Die aus der psychosomatischen Literatur bekannte wechselseitige Beziehung von Depression und psychosomatischer Erkrankung wird mit diesem Befund unterstützt. Der gleiche korrelative Zusammenhang ergab sich zwischen der Schwere der Sarkoidose und der Ausprägung des strukturellen Integrationsniveaus der Persönlichkeit.

Diese Ergebnisse können als klare Hinweise gewertet werden, dass es, so wie unsere Haupthypothesen lauten, enge Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Sarkoidose und den psychischem Auffälligkeiten anzunehmen sind. Für die klinische Praxis lässt sich daraus ableiten, daß eine psychosomatische Diagnostik von an Sarkoidose erkrankten Patienten wertvolle Hinweise auf Faktoren, die den Verlauf der Erkrankung beeinflussen, aufzeigen kann.

Psychosomatic Aspects of Sarcoidosis

Rita Primbas (München)

Sarcoidosis is defined as a disease of unsettled aetiology. This is the result of research which is already lasting almost 100 years and which shows especially the immunological factors of the beginning and the process of Sarcoidosis.

It is assumed that Sarcoidosis is an unified answer to numerous causes and influences, meaning an acute or chronical autoimmune disease which is able to attack the various body´s systems. Autoimmune diseases are appearing by the means of a malfunction of the autoimmune system and a production of antibodies against body texture.

Sarcoidosis is a disease of the system characterized by a variety of clinical symptos and by a diffuse production of granuloma. It starts in the respiratory area and is able to attack all the other inner organs. The granuloma may recede spontaneously or they may be transformed into hyaline fibrosis. Regarding this Sarcoidosis may be differenciated either into an acute process with good healing chances or into an interval progressing form which may lead to a sudden stop but occasionally to death.

Regarding the obvious questions the researchers are faced with until today concerning the cause of the disease, this paper tries to investigate an aspect of the aetiopathogenesis of Sarcoidosis neglected till now, namely the psychosomatic factors. Out of a catamnestic clinical-empiric psychosomatic examination of 22 Sarcoidosis patients two case studies will be analysed in the present article. One patient suffers from the acute form of the disease and the other from chronic Sarcoidosis.

The main subject of this work is to compare the acute and the chronic form of Sarcoidosis under the aspect of the psychopathological problems of the patients. The main hypothesis is that the severeness of the process of the disease depends on the extent of the psychopathology and is defined as follows:

1a: The extend of the psychopathology is more severe with chronic patients compared to patients with the acute form of the disease.
1b: The changes of life during the catamnestic period of time are pointing out a parallel towards the severeness of sarcoidosis.

The essential theme of this investigation is the psychoanalytic psychosomatic, and more specifically that field of psychosomatic which investigates the physical-psychological interactions with psychoanalytic methods. For both patients at the beginning of the disease there has been a time when they did not have enough opportunities to cope with the changes of their life situation. It can be assumed that a disregulation of the immune system triggered the disease. The main differences between the two patients are as follows:

- The affectivity of the acute patient clearly shows more depth and differentiation compared to the chronic patient
- The ability of the acute patient to satisfy more of his own desires, needs and conflicts and to develop strategies to solve problems is much stronger compared to the chronic patient who is unable to reflect on himself and to express his emotional problems
- The acute patient is more open towards interpersonal relationships and the environment, while the chronic patient shows by a strong behaviour of withdrawal and rejection of the changes in life
- The acute patient is more open than the chronic patient to work on and overcome the challenges of life crises, new orientations and emotional growth. The chronic patient is answering life crises by giving up former life goals and shows a stronger tendency towards depression, helplessness, and hopelessness

- During the after investigation period the acute patient is showing a clear progress of development of his personality leading to more autonomy while the chronic patient is more possessed by a resignative and restricted attitude to overcome his life crisis and to gain autonomy.

Summarizing, as a central result this comparison shows, that the patient suffering from chronic Sarcoidosis, compared to the patient with the acute form clearly shows less of ability for development and integration of his personality and, therefore, definitely has less capacity to cope with life problems and conflicts. This is related to the diagnostic estimation after ICD-10 and the OPD-criteria, which resulted for both patients: the acute patient shows a significantly higher level of integration which enables her to perceive and differentiate her inner processes and deal with her inner conflicts. On the contrary, the chronic patient has a very small ability to perceive his own affects. He is unable to describe his emotions and fantasies. He experiences mostly disappointment, self devaluation and depression. These results can be evaluated as a clear sign of correlation between the degree of severeness of Sarcoidosis and the degree of psychological problems and therefore support our main hypotheses.

Literatur:

Alexander, F. (1950): Psychosomatic Medicine, Grundlagen und Anwendungsgebiete (Berlin: De Gruyter).
Ammon, Günther (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper).
Ammon, Günther (1979): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (59), S. 445-471.
Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (Bern, Huber).
Bräutigam, W. P. Christian, von Rad, M. (1992): Psychosomatische Medizin (Stuttgart, Thieme).
Deter, H.C. (1997): Angewandte Psychosomatik (Stuttgart, Thieme).
Ermann, M. (1999): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin (Stuttgart, Kohlhammer).
Hoffmann, S.O., Hochapfel G. (1995): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin (Stuttgart, Schattauer).
Klußmann, R. (1998): Psychosomatische Medizin (Berlin, Heidelberg, New York, Springer).
Overbeck, Gerd (Hrsg.) (1994): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden: Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik (Klotz).
Rudolf, Gerd (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik (Stuttgart, Thieme).
Studt, H.H. (Hrsg.) (1986): Psychosomatik in der inneren Medizin (Berlin, Heidelberg, New York, Springer).

Adresse der Autorin:

Rita Primbas
primbasri@yahoo.de

Liste der AutorInnen / List of Contributors

CLAUS BAHNE BAHNSON, Prof. MD. PhD.was born in Copenhagen, studied philosophy, psychology and medicine. Research in psychosomatic medicine, psychoanalysis and sociology focusing first on asthma bronchiale, then on cancer. Developed the psychosomatic complementarity hypothesis linking ego defences to somatic regression and illness. He is Prof.em. of Psychiatry and Psychosomatic Medicine at Univ. of California, San Francisco, Medical School and Jefferson Medical College and Hospital in Philadelphia, and Prof. h.c. at Albert Schweitzer international University in Geneve. As one of the very first psycho-oncologists in the world he developed the first psychosomatic hospice (Philadelphia), and served as president (1977-1987) for the National Institute for the seriously ill and the dying. He developed research of immunological factors in cancer and participated in the UCLA task force on psycho-neuro-immunology. He received many. Co-originator of the John-Rittmeister-Institute for Psychoanalysis, Psychotherapy, and Psychosomatics in Kiel, and active in his practice of psychoanalysis and dynamic psychotherapy. He has over 160 publications as book-chapters and articles in scientific journals.

CLAUS BAHNE BAHNSON, Prof.Dr.med., Dr. phil., Prof.em. für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, und Familienmedizin University of California, San Francisco, Medical School;Prof.em. Dept. of Psychiatry and Human Behavior,Jefferson Medical College,The Thomas Jefferson University, Philadelphia;Prof.h.c. Albert Schweitzer International University, Genf. Erster Leiter des Konsultation-Liaison-Service für Psychoonkologie an der Jefferson University Medical School. Einer der ersten Psychoonkologen der Welt. Begründer und Leiter der Hospiz Abteilung am Fox Chase Cancer Center, Philadelphia. Lehranalytiker in USA und Deutschland. Analytische Praxis in Philadelphia und Kalifornien, später in Kiel. Mitbegründer des John-Rittmeister-Instituts für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik in Kiel. Mitglied der DGPT und der American Academy of Psychoanalysis; er ist Mitglied der folgenden Institutionen: Academy of Psychosomatic Medicine, Fellow und past Chairman of the Research and Training Committee, The International College of Psychosomatic Medicine (1994-99); Diplomate of Clinical Psychology; the Division of Psychoanalysis, the American Psychological Association, u.a.). Past Vice President, The Erich Fromm Foundation, Florenz, Italien. Gründungsmitglied der UCLA Task Force on

psycho-neuro-immunology in Los Angeles. Forschung und Theorie der Semiotik und PNI. President 1977 - 1987, The National Institute for the seriously ill and the dying. Honorary life-member der New York Academy of Sciences. Ritter des Johanniter Ordens, Dänemark für besondere Leistungen im Krankenhausbereich. Über 160 Publikationen, als Buch-Kapitel und Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften, mit analytischen, psychologischen, psychosomatischen und psychoonkologischen Themen.

EGON FABIAN, M.D., is Medical Director of the Hospital Menterschwaige in Munich, Germany. He received his medical education at the University of Tel-Aviv, Israel and his psychoanalytic training at the German Academy for Psychoanalysis (DAP). He is Specialist in Neurology, Psychiatry and Psychotherapeutic Medicine, Group Analyst and Training Analyst. His functions include the position of Executive Secretary of the DAP and Governor for Germany in the World Association for Medical Law (WAML). His research fields are the links between psychotherapy and group dynamics, psychosomatics, the Oedipus Complex, humor in psychotherapy, as well as ethical issues.

EGON FABIAN, Dr.med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) ist Chefarzt der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige in München. Nach seinem Medizinstudium in Tel-Aviv erhielt er in Deutschland die Facharztausbildung für Neurolgie und Psychiatrie bzw. für Psychotherapetische Medizin und die Ausbildung zum Psychoanalytiker bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München. Er ist Gruppenpsychoanalytiker und Lehranalytiker, sowie Supervisor für Psychotherapie und Psychoanalyse. Seine Funktionen sind u.a. Exekutivsekretär der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und Governor für Deutschland in der World Association for Medical Law (WAML). Seine Hauptinteressen beinhalten das Gebiet der Verbindung zwischen Psychotherapie und Gruppendynamik, der Psychosomatik, des Ödipuskomplexes, der Ethik und des Humors in der Psychoanalyse.

ANGELA VON ARNIM, M.D. studied medicine at the MHH in Hannover, specialised in internal medicine and public health management. She has worked in the department of psychosomatic medicine and psychotherapy of

the university hospital for Psychiatry and Psychotherapy since 1993, in 1998 she specialised in psychosomatic medicine and psychotherapy and became the senior physician of the department and trained as a psychoanalyst. Her main research topics are body psychotherapy methods in the treatment of chronic pain, body image assessment, the development of theoretical models in psychosomatic medicine, and psychoanalytic attachment research in early development.

ANGELA VON ARNIM, Dr. med., Medizinstudium an der MHH Hannover. Weiterbildung zur Internistin am Klinikum Nürnberg, zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen in München und Erlangen. Seit 1993 Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, bis 1997 unter Leitung von Prof. Joraschky (jetzt Universität Dresden). Seit 1998 Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie und Oberärztin der Abteilung. Ausbildung zur Psychoanalytikerin am IPN Nürnberg/DPG. Bis 2003 als Leitende Oberärztin kommissarische Leitung der Abteilung, die seit 2003 von Fr. Prof. de Zwaan geführt wird. Weiterbildungsberechtigte bei der Bayer. Landesärztekammer für die Körperpsychotherapiemethode »Funktionelle Entspannung«. Forschungsschwerpunkt, Vortragstätigkeit und Publikationen zum Thema körperbezogene Psychotherapieverfahren bei chronischem Schmerz, Körperbilddiagnostik, Modellbildung in der Psychosomatik, psychoanalytische Säuglings- und Bindungsforschung.

KARIN PÖHLMANN, PhD, studied psychology at the university of Erlangen-Nuremberg, where she was then assistant and associate professor at the department of developmental and instructional psychology from 1993 to 2001. She was certified as a behaviour therapist in 1999. Since 2002 she runs the department of health psychology and psychotherapy research at university hospital for psychotherapy and psychosomatic medicine in Dresden. Her main research topics are life themes and life goals, the changes in self regulation processes in the course of psychotherapy, personal meaning systems, and body image and self concept.

KARIN PÖHLMANN, Dr. phil., Studium der Psychologie an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1992 Promotion zum Dr. phil. Zum Thema »Effektive Krankheitsbewältigung Tumor - HIV - Dialyse«. Von 1993 bis 2001 Wissen

schaftliche Assistentin und Oberassistentin am Lehrstuhl für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie (Prof. Dr. Erhard Olbrich) der Universität Erlangen - Nürnberg. 1999 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2002 Leitung des Bereichs Gesundheitspsychologie und Interventionsforschung an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. Peter Joraschky). Forschungsschwerpunkte: Lebensthemen und Lebensziele; die Veränderung von Selbstregulationsprozessen in der Psychotherapie; persönliche Sinnkonstruktionen; Körperbild und Selbstkonzept.

PETER JORASCHKY, Prof., M.D., studied medicine in Munich, and did his training in psychoanalysis with Hans Thomae in Ulm. He is a specialist for psychotherapeutic medicine and neurology. After running the department of psychosomatic medicine and psychotherapy at the university hospital for psychiatry and psychotherapy of the university of Erlangen-Nuremberg, he was offered the chair for psychotherapy and psychosomatic medicine at the Technical University of Dresden in 1998 and became the director of the hospital for psychotherapy and psychosomatic medicine at the Technical University of Dresden. His main research topics are family and couple diagnosis, consultation liaison psychosomatics, psychotherapy research, research on body psychotherapy

PETER JORASCHKY, Prof. Dr. med.: Studium der Medizin und Psychologie in München; Psychoanalytische Ausbildung in Ulm; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Nervenarzt, Psychoanalytiker; Habilitation für Psychiatrie (Schizophrenie, Familiendiagnostik bei Schizophrenen) und Psychosomatik (Therapie von Eßstörungen); Leiter der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Erlangen; 1998 Ruf nach Dresden; seit 01.01.1998 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. Forschungsschwerpunkte: Paar- und Familiendiagnostik, Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik, Psychotherapieforschung, Körperpsychotherapieforschung.

VADIM ROTENBERG, M.D. PhD. DSc, is a senior lecturer of Tel-Aviv University and a Senior Doctor in Abarbanel Mental Health Center, Bat-Yam, Israel. His topics of interests include sleep psychophysiology, brain laterality, pathogenesis of psychiatric and psychosomatic disorders, psychophysiology of different behavior states. His biography is included in »Marquis Who is Who in the World«, in »2000 outstanding intellectuals of the XX-th Century« and in »Living Legends« (Cambridge International Biographical Center).

VADIM ROTENBERG, Dr., Dr., ist Senior Lecturer an der Universität Tel-Aviv und Senior Doctor am Abarbanel Mental Health Center in Bat Yam, Israel. Seine Interessensgebiete sind: Schlaf-Psychophysiologie, Hirnhemisphärenforschung, die Pathogenese psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen und die Psychophysiologie verschiedener Verhaltensebenen. Seine Biographie ist aufgenommen in das »Marquis Who is Who in the World«, in »2000 Outstanding Intellectuals of the XXth Century« und in »Living Legends« (Cambridge International Biographical Centre).

BRIAN C. BROOM, MBChB, FRACP, MSc (Imm) MNZAP, has a background as a medical school teacher and academic immunologist. He is now both a consultant physician (in allergy and clinical immunology) and a psychotherapist working at the multidisciplinary Arahura Centre, Christchurch, New Zealand. Since 1987 he has combined internal medicine and psychotherapy and developed an integrative mindbody approach to physical illness and disease. He supervises a team of psychotherapists working with patients with physical illness presentations. He is now Adjunct Professor at the School of Health Sciences, Auckland University of Technology, where he is developing a postgraduate diploma program in MindBody Healthcare.

BRIAN C. BROOM, Prof., Dr., ist Hochschullehrer für Medizin und Immunologie, Konsiliarius für Allergie und klinische Immunologie und am Arahura Centre, Christchurch, Neuseeland, als Psychotherapeut tätig. Seit 1987 verbindet er Innere Medizin und Psychotherapie im Rahmen eines integrativen Psyche/Soma-Ansatzes für die Behandlung körperlicher Erkrankungen. Dr. Broom ist Supervisor eines Psychotherapeuten-Teams, das mit körperlich kranken Patienten arbeitet. Er ist Adjunct Professor an der School

for Health Sciences der Technischen Universität, wo er ein Programm für das post-graduate diplom in Psyche/Soma-Gesundheitsvorsorge entwickelt.

BERNHARD RICHARZ, MD, is psychiatrist, psychoanalyst and group psychotherapist. He is training and supervising analyst of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP). In his private practice in Berlin he is specialized in psychosomatic medicine. Former publication were about psychosomatics, group analysis and history of psychiatry.

BERNHARD RICHARZ, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Gruppenpsychotherapie; Lehr- und Kontrollanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). Er ist in Berlin als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie in eigener Praxis tätig. Ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit ist die analytische Psychosomatik. Er hat u.a. zu Fragestellungen der Gruppenanalyse, Psychosomatik und Psychiatriegeschichte veröffentlicht.

RITA PRIMBAS, works as a psychoanalyst/group-psychotherapist and a physician at the Hospital for Dynamic Psychiatry Menterschwaige, Munich. She ist specialising in psychosomatic medicine. Former publications were about psychosomatics, psychoanalysis and milieutherapy.

RITA PRIMBAS, Ärztin, Psychoanalytikerin und Gruppenpsychotherapeutin in der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige, München. In Weiterbildung zur Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin. Sie hat zu Themen der Psychosomatik, Psychotherapie und Milieutherapie veröffentlicht.

Erster Landes-Psychotherapeutentag 30. September 2004 in Berlin zum Thema: Methodenvergleich gegen Vorurteile / Tätigkeitsfelder für Therapeuten*

Das Konzept der Psychotherapeutenkammer Berlin, in Form von Workshops einerseits moderne Arbeitsfelder für Psychotherapeuten vorzustellen und außerdem der Frage nach der Grenzüberwindung in Richtung Methodenintegration nachzugehen, hat für Anerkennung und großen Beifall gesorgt. Besonders deutlich wurde das Ansinnen, Grundkenntnisse über spezielle Psychotherapieverfahren, Verständnis für deren Störungskonzept und therapeutische Praxis und damit Abbau von Vorurteilen zu vermitteln, an einem Methodenvergleich auf der Basis einer Fall-Vignette. Experten aus dem Bereich Systemische Therapie, Verhaltenstherapie und Psychoanalyse stellten unter Moderation von Kammervorstandsmitglied Monika Basqué ihre jeweils individuelle Herangehensweise dar an einem (theoretisch dargestellten) psychosomatischen Fall einer Patientin mit Sehstörungen und Angst vor Erblindung bei familiären Belastungen und einer ökonomischen Krise. Zuvor wurde das bemerkenswert aktiv mitarbeitende Publikum befragt, wo bei der Fallgeschichte der Ansatz für ein psychotherapeutisches Vorgehen zu suchen sei. Die bei diesen Anregungen deutlich werdenden unterschiedlichen Menschenbilder zeigten sich auch bei der anschließenden Expertenrunde.

Methodenvergleich

Auf Basis der Systemischen Therapie ging Monika Schimpf (Institut für Systemische Psychotherapie) in Form einer zirkulären Fragetechnik vor und suchte nach dem Anliegen der Patientin: Was ist ihr wichtig? Wie hat sie es geschafft, bisher ihre Probleme zu meistern? Wer hat geholfen? Es gehe um einen inneren Suchprozess, dabei sei jede pathologieorientierte Diagnostik abzulehnen, da sie kein gutes Beziehungsangebot für einen Menschen sei. Die Frage »psychosomatisch« oder »somatopsychogen« sei so schwer zu beantworten wie bei »Henne und Ei«. Die Stärken und Schwächen der Patientin spielten eine wichtige Rolle, nicht zuletzt Gender-Fragen. Relevante Bezugspersonen, ev. sogar Haustiere, würden bei Bedarf in die Therapie einbezogen. Positiv beeindruckt von der Stärke der Frau war Verhaltenstherapeutin Monika

Hofmann (TU Berlin): Die Frau habe keine Opferhaltung angenommen, habe sich dem Leben erfolgreich gestellt. Könne es daher nicht sein, dass die ökonomische Krise tatsächlich eine wichtige Rolle spiele - und sind organische Ursachen für die Sehprobleme wirklich ausgeschlossen? Die Umstände des Schmerzes müssten gemeinsam und transparent geklärt und von der Patientin verstanden werden, um sie von der Unerklärlichkeit der Symptome zu befreien und Motivation aufzubauen für eine Therapie. In speziellen Fällen werde auch externer Sachverstand, z.B. durch Sozialarbeiter hinzugezogen.

Ob die Probleme der Patientin eine Frage ihrer Persönlichkeitsstruktur sein könnten, überlegte Psychoanalytikerin Cornelia Leschke (Berlin). Interessant sei auch, wie der Überweisungsweg aussah, ob es eine Reha-Maßnahme sei, und ob die Patientin einen Krankheitsgewinn habe. Besonders relevant sei das Beziehungsangebot, die Art, wie sie der Therapeutin entgegentritt. Wie tief sind die Beziehungen, in denen sie lebt, was tut sie, um die Symptome aufrecht zu erhalten? Vermutlich stehe eine Depression im Vordergrund.

Bei der Vergleichsdiskussion stellten sich neben unterschiedlichen Wegen und Zielen auch Ähnlichkeiten heraus wie Nähe-Distanz-Aspekte und die Frage des Krankheitsgewinns. »Wir haben eine Fülle von Gemeinsamkeiten gefunden«, sagte Monika Basqué zusammenfassend, »aber auch aus den Unterschieden konstruktive Ergebnisse und Anregungen gewonnen.«

Körperpsychotherapie gewinnt an Bedeutung

Dr. Thomas Busch (Instituts für Körperpsychotherapie, Berlin) stellte sowohl historisch als auch auf der Basis aktueller Erkenntnisse der Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung den theoretischen und klinisch praktischen Stand der Körperpsychotherapie dar. Therapeutische Veränderungen kämen nur bedingt durch »reine Erkenntnis im Kopf« zustande, sondern erforderten die Arbeit mit den sensomotorisch-affektiven und »verkörperten« Erfahrungen innerhalb der therapeutischen Beziehung. Gefühle würden nicht nur psychisch, sondern auch körperlich z.B. in Form von muskulären Verspannungen und vegetativen Stauungen verdrängt. Die heutige Körperpsychotherapie habe differenzierte Interventionsmöglichkeiten entwickelt, um ein Durcharbeiten von Verbalem und »Noch-Nicht-Sprachlichem« (Nonverbalem) in der Balance von Körper und Wort zu ermöglichen. Er skizzierte drei Entwicklungslinien innerhalb der Körperpsychotherapie, die nachreichia-

nische Linie, die den expressiven, energetischen und vegetativen Körper; die integrative, leibfundierte Linie, die die nonverbale und verbale Kommunikation des Leibes und die analytisch-tiefenpsychologische Linie, die den Körper als Ausdrucksbewegung des Selbst und des Unbewussten in den Vordergrund stelle. Die therapeutische Beziehung in ihrer Komplexität als Resonanzgeschehen, das den Körper einschließt, als Dialog- und als Übertragungsbeziehung stelle die Grundlage jeder effektiven Körperpsychotherapie dar. Auch in anderen psychotherapeutischen Richtungen wie der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und der Humanistischen Psychotherapie sei eine stärkere Hinwendung zum Körper und zu non-verbalen Methoden deutlich zu beobachten und damit sei der Körper aus der psychotherapeutischen Behandlungspraxis nicht mehr weg zu denken.

Psychoonkologie regt frühe Intervention an

Beklemmend beeindruckend präsentierte sich das psychoonkologische Aufgabenfeld: In Form eines Schauspiels wurden den Tagungsteilnehmern die großen, oft versteckten Ängste verdeutlicht, die bereits im allerfrühesten Stadium bei Verdacht auf Brust-Krebs auftreten; sie konnten sich hineinversetzen in die psychischen Nöte des Paares und die daraus resultierenden wiederholten Belastungsspitzen erspüren. Es gelte, sagte Ruth Wiedemann (Klinikum Buch/Tumorzentrum), mehrere Verläufe zu beachten und bei Bedarf in Form eines integrierten Vorgehens darauf zu reagieren. Nicht vergessen werden dürfe allerdings die Klärung der Frage, wie das Budget für die Versorgung der Patientin aufgeteilt werde. Wirklich gesichert sei Psychoonkologie nur in den Brustzentren und Rehabilitationskliniken. Dringend nötig seien regionale Netzwerke, Psychoonkologische Beratungsstellen für Menschen mit Krebsverdacht und eine Optimierung der Nachsorge - aber auch Planungssicherheit und eine passende Finanzlage. Die Integrierte Versorgung leiste etwas noch nie »Dagewesenes« - Ruth Wiedemann ermutigte eindringlich zu unkonventionellen Projekten im Rahmen dieser neuen Möglichkeiten.

Integrierte Versorgung - Chance, aber viele Ängste

Dass Integrierte Versorgung auch ein komplexes Thema ist, das man entsprechend bedacht angehen solle, erläuterte Christina Tophoven

(Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer). Chronisch kranke Patienten seien in der Regel multimorbide; indikationsspezifische Konzepte griffen daher bei DMP nicht - im Gegensatz zu integrativen Maßnahmen. Sie gab Anregungen, worauf man bei Vertragsangeboten und Vertragspartnern achten müsse, wenn man sich für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung interessiert, um wirtschaftliche Probleme zu vermeiden. Psychotherapie könne anders als die x-te Aufklärungsbroschüre tatsächlich einiges bewegen, wenn beispielsweise ein Diabetes-Patient nach 20 Jahren noch immer nicht zu einer Verhaltensänderung bereit sei. Die Integrierte Versorgung sei ein neues Fenster, das man nutzen könne - zuvor gelte es aber zu prüfen, ob die neuen Versorgungsformen zum eigenen Selbstverständnis passen. Bei der anschließenden Diskussion mit dem Publikum wurde deutlich, dass es noch viele Bedenken gibt, sich in dieser neuen Struktur wirtschaftlich zu verkalkulieren.

Früherkennungszentrum für Psychosen bietet Kooperation

Unter der Überschrift »Früherkennung und Behandlung beginnender Psychosen« stellten Yehonala Gudlowsky und Marta Hauser vom FeTZ (Charité Berlin) ihr Konzept für die Früherkennung schizophrener Psychosen vor, das die Entwicklung eines Vollbildes der Erkrankung verhindern will. Man geht davon aus, dass 1 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer schizophrenen Psychose erkranken. Mit einfühlenden Worten wurde beschrieben, wie sich die Patienten fühlen, welche umfangreiche Differentialdiagnostik das Zentrum anbietet und welche Palette an Interventionsangeboten. Therapeutisch arbeite man mit verschiedenen Bausteinen, z.B. zur Stressbewältigung und Verbesserung der Defizite, auch mit computergestützten Konzentrationstrainings. Für Angehörige gäbe es ebenfalls ein Programm. Gefördert werde die Arbeit durch Pharmaunternehmen und europäische Studien.

Das Konzept stieß auf großes Interesse bei den Tagungsteilnehmern, nicht zuletzt das Angebot der Zusatzdiagnostik, aber auch die Möglichkeit, den Übergang der Patienten von der Praxis in die stationäre Versorgung durch das Zentrum zu erleichtern. Es besteht eine Zusammenarbeit mit dem Verband Psychologischer PsychotherapeutInnen (VPP im BDP) zum Aufbau eines Netzwerkes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Prodomalpatienten.

Schwierige Situation in der »öffentlichen Versorgung«

Am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe stellten Michael Schmude (Vorstand Psychotherapeutenkammer Berlin) und Gerd Pauli (Sprecher des Kammerausschusses Öffentliche Versorgung) einen Aufgabenbereich für Psychotherapeuten in der »öffentlichen Versorgung« dar. Ein Drittel der Mitglieder der Kammer arbeiten als Angestellte in Institutionen, deren Stellensituation sei leider nach wie vor unklar. Probleme gebe es mit den Gehältern und auch Aufgabenverschiebungen zu mehr Begutachtung als Beratung, vielfach würden Arbeitsverträge nicht Kinder- und Jugendtherapie aufführen, sondern seien auf Psychologen oder Sozialarbeiter ausgerichtet.

Berufsrecht, Dienstrecht und gewerkschaftliche Unterstützung

Ein klinischer Neuropsychologe (Heinz Hättig) und ein Stationspsychologe (Hans-Werner Stecker. Bundesvorstand VPP im BDP) berichteten über ihre Aufgabenfelder und die sich stellenden Konflikte, wenn der Vorgesetzte kein Psychotherapeut mit Berechtigung zu eigenverantwortlicher Durchführung von Psychotherapie ist. Das Berufsrecht verlange, Weisungen z.B. von Ärzten und Klinikträgern nicht zu befolgen, wenn sie mit dem Berufsrecht nicht vereinbar sind oder fachlich nicht verantwortet werden können. Das Dienstrecht verlange dagegen das Befolgen von Anweisungen. Rechtsanwalt J. W. Gleiniger machte deutlich, dass manche Konflikte nicht juristisch, sondern politisch bedingt und deshalb auch nur auf diesem Wege lösbar seien. Der Dienstherr oder Arbeitgeber sei der Berufsordnung nicht unterworfen, das Berufsrecht räume nicht das Recht ein, die Organisationshoheit des Arbeitgebers zu beschränken - so unbefriedigend dies sei, bleibe doch eine Möglichkeit, um Abmahnungen zu umgehen: Der sogenannte »Ausführungsvorbehalt« sei zwar ein Graubereich, aber ein anerkannter Ausweg. In manchen Fällen, das wurde bei dem Beitrag von Hans-Werner Stecker und Klaus Bickel (Angestellter in einer Familienberatungsstelle, Sprecher des Kammerausschusses Psychotherapeuten in Institutionen) deutlich, brauchen angestellte Psychotherapeuten auch Unterstützung von außen: Wenn Privatisierungsbestrebungen die Auflösung kommunaler Beratungseinrichtungen ankündigen oder wie beim schulpsychologischen Dienst Stellen für Psychotherapie gestrichen werden oder bei Neuanstellungen Urlaubsgeld und 13. Monatsgehalt wegfallen - dann könne, so Gerd Diehlmann (Dienstleistungsgewerkschaft

VERDI) auch die Gewerkschaft mit einbezogen werden in die Auseinandersetzungen. VERDI habe im letzten Jahr eine Fachkommission gebildet, die speziell die Interessen der Psychotherapeuten vertrete, eines der Themen sei die Frage der gerechten Bezahlung im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Abschlussdiskussion:
Grenzen überwinden - Ausbruch aus dem Richtlinienghetto?

Kontrovers wurde von den Experten aus dem Bereich der Psychotherapie die Frage diskutiert, ob weitere Verfahren in die Richtlinien aufgenommen werden sollten oder nicht. Rolf Kromat-Häckel (Delegierter PTK Berlin, V.T.), sah in den Psychotherapierichtlinien eine ausreichende Grundlage und sprach sich für eine Integration auf der Basis der Verhaltenstherapie aus. Eine Zulassung weiterer Verfahren würde die Orientierung an Schulen verfestigen.

Sie fühle sich in den Psychotherapierichtlinien als Psychoanalytikerin nicht gefangen, meinte Anne Springer (Delegierte PTK Berlin), problematisch sei, dass das System auf Ausschluss ausgerichtet sei, und wer ausgeschlossen sei, wolle rein. Sie befürchtete, dass die Zulassung weiterer Verfahren zu einer Mengenausweitung führe, d.h. für die einzelne Psychotherapie stände dann weniger Geld zur Verfügung.

Es gäbe in der Richtlinienpsychotherapie eine hohe Qualitätssicherung für ein Segment von Therapien und Therapeuten. Nur wenn es nachweislich den Patienten nütze, so Detlef Kommer (Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer) sei eine Erweiterung und Flexibilisierung sinnvoll - nicht aber allein zum Nutzen der Psychotherapeuten. Er wünsche sich einen Übergang zu evidenz-basierten Behandlungsmethoden.

Dr. Manfred Thielen (Vorstand Psychotherapeutenkammer) forderte eine Methodenintegration auf klarer theoretischer Grundlage und eine Gleichberechtigung zwischen den verschiedenen zu integrierenden Methoden. Er kritisierte, dass z.B. die Verhaltenstherapie versuche, die besten Elemente anderer Verfahren wie der Gestalttherapie oder der Körperpsychotherapie aufzusaugen, dies sei keine Integration sondern eine »feindliche Übernahme«. Diese Verfahren hätten ein anderen philosophischen und wissenschaftstheoretischen Hintergrund als die Verhaltenstherapie. Ein approbierter Psychotherapeut, der ja wissenschaftlich qualifiziert sei und der Qualitäts-

sicherung unterliege, solle selbständig entscheiden, welche Methoden, in denen er ausgebildet sei, er integriere.

Klinikangestellte hätten wenig Probleme mit den Verfahren, meinte Jürgen Golombek (Heinrich-Heine-Klinik/Neu-Fahrland) - Klinikkostenträger seien erstaunlich flexibel. Er plädiere dafür, auf der Basis einer Methodenintegration ihre Spezifik zu erhalten.

Viele therapeutische Praktiker fühlten sich eingeengt durch die Richtlinien, stellte Prof. Dr. Peter Fürstenau (Düsseldorf) fest, er plädierte dafür, das eigene methodische Vorgehen in den Gutachten offensiv zu formulieren, auch wenn es u.U. nicht den Richtlinien entsprechen würde. In ihnen gäbe es den unaufgelösten Widerspruch, dass die »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« und ihre Abgrenzung von der Psychoanalyse nirgends näher definiert sei.

Die Richtlinien müssen dennoch verändert werden, verlangte Dr. Thielen in der von Dr. Gerald Mackenthun (Psychotherapeut und Wissenschaftsjournalist) moderierten Abschlussdiskussion, um die Psychotherapie im Sinne des Patienten weiter zu verbessern. Er kritisierte in diesem Zusammenhang auch die einseitig empirisch orientierten Wissenschaftlichkeitskriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, die eine Methodenintegration verhinderten. Dem Therapeuten müsse es möglich sein, sein Therapiekonzept auf die konkreten Probleme und Defizite des Patienten zu konkretisieren. Mit der Frage »noch ein Verfahren mehr« laufe man in eine Sackgasse, meinte Prof. Fürstenau, man wisse doch, dass die Verfahren nicht lege artis durchgeführt würden. Bei der Frage der Ausweitung bestehe die Gefahr, dass berufsständische Gruppeninteressen zu stark in den Vordergrund rücken.. »Es ist nicht einsehbar«, so Prof. Fürstenau, »warum nicht organisierbar ist, dass in der ambulanten Therapie genau solche Dinge passieren wie im stationären Bereich, eine Kooperation verschiedener Therapeuten müsse möglich sein.

»Verfahren und Schulen sind überholt«, sagte Detlef Kommer zum Abschluss der Diskussion und der Tagung, und Jürgen Golombek ergänzte, dass ein fairer Wettbewerb wünschenswert sei - das fasste zusammen, was sich mit Bezug auf die Qualität der Versorgung als roter Faden durch die ganze Tagung gezogen hatte. Die methodenübergreifende Psychotherapie ist demnach nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Berufspolitik der Psychotherapeuten eindeutig auf dem Weg nach vorn.

* Presseinformation der Psychotherapeutenkammer Berlin (Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin / Körperschaft des Öffentlichen Rechts) vom 30. Oktober 2004

Infoaddresse:
Marga Henkel-Gessat
Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin
Telefon: 030 / 8871 40-0
E-Mail: henkel-gessat@t-online.de

Ankündigungen

16th Residential Group Relations Conference in the Tavistock Tradition

Datum:	19. - 23.01.2005
Ort:	Holyoke, Massachusetts, USA
Veranstalter:	The Center for the Study of Groups and Social Systems
Leitung:	Danielle Kennedy, Ph.D., LICSW, Director
	Marc Kessler, Ph.D., Associate Director for Administration
e-mail:	marc.kessler@uvm.edu

Internationaler Kongress an der ETHResilienz

Datum:	09.02 - 12.02.2005
Titel:	Gedeihen trotz widriger Umstände
Ort:	Zürich / Schweiz
Information:	Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und
	Beratung Meilen, Dorfstraße 94, CH-8706 Meilen
e-mail:	mail@ausbildungsinstitut.ch
Tel:	0041/(0) 19/23 03 50 (Mo/Do)
Fax:	0041/(0)19/23 72 55

11. Konferenz für wissenschaftlichen Austausch der analytischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten in Deutschland e. V.

Datum:	12.02.2005
Titel:	Essstörungen- Behandlung und Forschung aus der Sicht der
	Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse
Ort:	Frankfurt/Main / Deutschland
Information:	Geschäftsstelle der VAKJP, Sybelstr. 45, 10629 Berlin
Tel:	030/32 79 62 60
e-mail:	Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Symposion: Psychotherapie zwischen Neurobiologie und Tiefenpsychologie

Datum:	18.02 - 20.02.2005
Titel:	Symposion mit Workshops und OPD-KJ Fortsetzungskurs (Veranstaltung ist zum Erwerb von Fortbildungspunkten; In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung; zertifiziert)
Ort:	Benediktbeuern / Deutschland
Information:	Spiegelstr. 5, 81241 München
Tel:	089/8205303
e-mail:	institut@aerztliche-akademie.de

14. Wissenschaftliche Arbeitstagung »Werte, Sinn und Tatsachen«

Datum:	24. - 27.02.2005
Titel:	Diktiert die Gehirnforschung ein neues Bild von Mensch und Gesellschaft?
Ort:	Graz / Österreich
e-mail:	gst@gestalttheory.net

Kongress zum 20. Todestag Fritz Morgenthalers

Datum:	03. - 05.03.2005
Titel:	Traum - Technik - Sexualität
Ort:	Zürich / Schweiz
Information:	Psychoanalytisches Seminar Zürich, Sekretariat, Quellenstraße 27, CH-8005 Zürich
Tel:	0041/(0) 12717390
e-mail:	morgenthaler@psychoanalyse-zuerich.ch

Jahrestagung der M.E.G.

Datum:	03. - 06.03.2005
Titel:	Schmerz & Hypnose
Ort:	Bad Orb / Deutschland
Information:	Congress Organisation Claudia Winkhardt Holtzendorffstr. 3, 14057 Berlin
Tel:	0 30 - 36 28 40 40
Fax:	0 30 - 36 28 40 42
e-mail:	cwcongress@aol.com

3. Wissenschaftliche Fachtagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (bkj)

Datum:	04. - 06.03.2005
Titel:	»Es ist nicht auszuhalten!« - Komplexe Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen
Ort:	Frankfurt/Main / Deutschland
Information:	bjk Bundesgeschäftsstelle, Am Markt 8 36251 Bad Hersfeld
Tel:	0 66 21 - 17 07 60
e-mail:	bkj.bgst@t-online.de

56. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Datum:	16. - 19.03. 2005
Titel:	Körper und Emotion
Ort:	Dresden / Deutschland
Leitung:	Prof. Dr. med. Peter Joraschky, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel:	03 51/2 63 62
Fax:	03 51/2 63 62 68
e-mail:	Peter.Joraschky@mailbox.tu-dresden.de

14. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Datum:	16. - 19.3.2005
Leitung:	Prof. Modest M. Kabanow M.D.; Dipl.-Psych. Dr. phil.Maria Ammon
Titel:	Trauma, Bindung und Persönlichkeit – Dynamische Aspekte
Ort:	Jaggellonian Universität Krakau, Polen
Information:	Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP); Goethestr. 54, D-80336 München;
e-mail:	lfi-muenchen@dynpsych.de
Internet:	www.dynpsych.de

29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Datum:	16. - 19.03.2005
Titel:	Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung
Ort:	Heidelberg / Deutschland
Information:	Kongressorganisation Thomas Wiese GmbH Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin
Tel:	0 30/85 99 62 14
Fax:	0 30/85 07 98 26
e-mail:	dgkjp@ctw-congress.de

13th AEP (Association of European Psychiatrists) Congress Datum:

Datum:	02. - 06.04.2005
Titel:	The interface between biological and social factors
Ort:	München / Deutschland
Tel:	Tel. 0 40 - 6 70 88 20
e-mail:	aep@cpo-hanser.de

11th Annual Research Conference

Datum:	20.-21.05.2005
Ort:	Birmingham, United Kingdom
Veranstalter:	British Association for Counselling and Psychotherapy
info:	Angela Couchman
e-mail:	angela.couchman_AT_bacp.co.uk

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publisher:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH
Berlin, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin
Tel.: 0 30 / 3 13 28 93, Fax: 0 30 / 3 13 69 59
Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279, pinelverlag@web.de

Geschäftsführer des Verlages:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Herausgeber/Editor:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
(verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Abonnentenabteilung/Subscription Management:

Werner Feja, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin,
Tel. u. Fax: 0 30 / 3 13 69 59, pinelverlag@web.de

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Eva Aralikatti, Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Hellmuth Cox, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Redaktionsleitung:

Dipl.Psych. Hellmuth Cox
Eva Aralikatti

Nachrichtenteil/News:

Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Gaißacherstr. 5, D- 81371 München

Buchbesprechungen/Book reviews:

Dipl. Psych. Saskia Heyden, Auenstraße 14, D-80469 München
saskiaheyden@tiscali.de

Übersetzung, Lektorat, Satzerstellung / Translation, Editing, Typesetting:
Eva Aralikatti, Word.Art.Work, Lehrer-Götz-Weg 20, D-81825 München,
Tel.: 0 89 / 45 46 16 68, mobil: 01 73 / 9 26 12 14
word.art.work@t-online.de

Druck: Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, Saalburgstr. 3,12099
Berlin, Tel.: 0 30 / 60 08 62 - 0, Fax -22, http://www.weinert-druck.de
info@weinert-druck.de

Einreichung neuer Manuskripte bitte an folgende Adresse:
please submit your Manuscript to our editorial office:

redaktion@dynpsych.de

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch ausschließlich in elektronischer Form entgegengenommen. Der Umfang des Manuskriptes sollte nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Din A4 Seiten nicht überschreiten soll. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) beigefügt werden, sowie eine deutsche und englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes. Die Literaturangaben sollten den üblichen Standards der Zeitschrift entsprechen. Bilder und graphische Darstellungen sind einzeln einzureichen, entweder im Word-Format oder als Powerpoint Datei. Zu weiteren Fragen zur Formatierung Ihres Manuskriptes wenden Sie sich bitte per e-mail an das Redaktionsbüro.

Einreichung von Manuskripten bitte ausschließlich per E-mail an das Redaktionsbüro:

redaktion@dynpsych.de

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, das Manuskript auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint 3x jährlich. Jahresabonnement Euro 60,– (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland Euro 48,– (zzgl. Porto). Einzelheft Euro 10,– , für Bibliotheken wird ein Rabatt von 15 % gewährt, d.h. Euro 51,- (bei Direktbestellung).

Porto:	innerhalb Deutschland	- Euro 4,-
	Europa Landweg	- Euro 6,50
	Europa Airmail	- Euro 10,-

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. April. d.J. auf folgendes Konto: Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 507 056 000.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial staff. Manuscripts should be limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in German and English by e-mail only. All manuscipts should have an english abstract (about 100 words) and a summary in German and English (one third of the entire manuscript). Literature references should be adapted to those of the journal. Pictures and graphic illustrations should be submitted in separate files, either in MsWord or as Powerpoint files. For further details regarding the formatting of your submission, please kindly contact the editorial office by e-mail prior to submission.

Please submit you manuscript to our editorial office by e-mail only:
redaktion@dynpsych.de

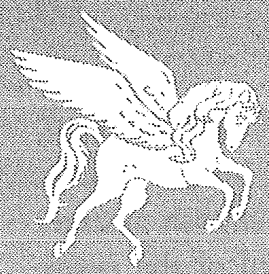
Only previously unpublished manscripts, which are also not under consideration for any other journal / publivcation can be submitted. Articles published in this journal may not appear in any other publication. With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyright for all countries and languages. There can be no remuneration for contributions.

This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publishers. The author receives 5 voucher copies of the journal. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not requested by us.

The »Dynamic Psychiatry« is published three times a year. Annual subscription rate Euro 60,– for WADP - members Euro 48,– (postage additional), per individual copy Euro 10,–.

postage:	Europe, surface mail	- Euro 6,50
	rest of the world, surface mail	- Euro 6,50
	Europe, Airmail	- Euro 10,00
	rest of the world, Airmail	- Euro 10,00

The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Commerzbank (swift code: 100 400 00), account # 507 056 000.



Lektorat & Korrektorat
Ghostwritting · Werbetexte
Übersetzung · Schriftsatz

»Vernachlässigen Sie nichts, arbeiten Sie,
schreiben Sie neu und
lassen Sie das Werk erst aus der Hand,
wenn Sie die Überzeugung haben,
dass Sie es zu dem Grad von
Vollkommenheit gebracht haben,
den ihm zu geben Ihnen möglich war.«

GUSTAVE FLAUBERT AN LOUISE COLET

... und den Rest überlassen Sie uns.

word.Art.work

Eva Aralikatti

Lehrer-Götz-Weg 20
81825 München
Germany

phone: (089) 45 46 16 68
mobil: (0173) 9 26 12 14
word.art.work@t-online.de