

Inhalt

Zu den Autorinnen	11
Vorwort	13
1 Seele, Geist und Körper	19
1.1 Psychosomatisches Krankheitsverständnis	20
1.2 Neurobiologische Aspekte von Geist und Körper	25
1.2.1 Neuronale Plastizität – das Gehirn ist ein sich selbst organisierendes, dynamisches Organ	25
1.2.2 Netzwerke von Körper und Geist	29
1.3 Bedeutung der frühen Kindheit und der frühen Bindungspersonen	36
1.3.1 Ergebnisse der Säuglingsforschung: Frühe Bindungserfahrungen bestimmen die späteren Bindungserwartungen	36
1.3.2 Epidemiologie betont die pathologische Bedeutung der mangelnden Verfügbarkeit früher Bindungspersonen	36
1.3.3 Frühe Bindungserfahrungen: Moderatoren der weiteren Entwicklung	37
1.4 Ein integriertes Modell der Psychosomatik	40
2 Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten	43
2.1 Im Zentrum: Die Arzt-Patient-Beziehung	43
2.2 Die Arzt-Patient-Beziehung als diagnostisches Werkzeug	44
2.2.1 Übertragungsphänomene – Gefühle sind ansteckend	44
2.2.2 Beziehungsebenen der Arzt-Patient-Interaktion	46
2.2.3 Beziehungserwartungen und Verstrickungen in der Arzt-Patient-Beziehung	47
2.3 Die hilfreiche Beziehung	48
2.4 Der Körper in der Arzt-Patient-Beziehung	50
2.5 Grundhaltungen	51
2.5.1 Schutz vor Überlastung	51
2.5.2 Grundhaltungen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung	52
2.6 Regeln der erfolgreichen Kommunikation	53
2.7 Verbale Interventionstechniken	56
2.7.1 Prozessorientierung in der primär ärztlichen Versorgung	56
2.7.2 Erster Schritt: Aufbau der vertrauensvollen Beziehung	57
2.7.3 Zweiter Schritt: Klärung des subjektiven Erlebens des Patienten und der aktuellen Beziehungssituation	64

2.7.4	Dritter Schritt: Aufbau neuer Bewältigungsmuster	68
2.7.5	Vierter Schritt: Vereinbarung von Behandlungszielen	72
2.8	Rahmenbedingungen in der psychosomatischen Grundversorgung	73
2.8.1	Umgang mit der Zeit – Absprachen über den zeitlichen Rahmen des Gesprächs	74
2.8.2	Klärung der Zielsetzung des Gesprächs	76
2.8.3	Umgang mit der Familie	76
2.8.4	Kooperationsformen und die Arzt-Patient-Beziehung	80
2.8.5	Das Team in der psychosomatischen Grundversorgung	81
3	Regeln für besondere Gesprächsanlässe	83
3.1	Motivation zur Förderung von Gesundheit	83
3.1.1	Neurobiologische Aspekte von Lernen und Handeln	83
3.1.2	Interventionstechniken zur Förderung von Motivation	87
3.1.3	Ressourcenorientierte Interventionen	93
3.2	Gespräche zur Übermittlung belastender Nachrichten	95
3.3	Die Anamnese – das Erstgespräch	97
3.4	Das Aufklärungsgespräch	98
4	Der ängstliche Beziehungsmodus	100
4.1	Phänomenologie des ängstlichen Beziehungsmodus	101
4.1.1	Körperliche Symptome der Angst	101
4.1.2	Die Furchtreaktion	102
4.1.3	Wechselwirkungen zwischen Angst und körperlichen Krankheiten	104
4.1.4	Definierte Angstsyndrome	106
4.2	Psychodynamik des ängstlichen Beziehungsmodus	108
4.3	Das dysfunktionale, ängstliche Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung	110
4.4	Umgang mit dem ängstlichen Beziehungsmodus in der psychosomatischen Grundversorgung	115
4.5	Fallbeschreibung	119
5	Der depressive Beziehungsmodus	121
5.1	Phänomenologie des depressiven Beziehungsmodus	121
5.2	Psychodynamik des depressiven Beziehungsmodus	123
5.2.1	Das psychodynamische Modell der Selbstwertregulationsstörung	123
5.2.2	Kompensationsversuche	124
5.2.3	Andere theoretische Konzepte	126
5.3	Das dysfunktionale, depressive Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung	127
5.4	Umgang mit dem depressiven Beziehungsmodus in der psychosomatischen Grundversorgung	131
5.5	Suizidalität	134
5.6	Fallbeschreibung	135
5.7	Einteilung der depressiven Syndrome im ICD-10	137

6	Der narzisstische Beziehungsmodus	138
6.1	Phänomenologie des narzisstischen Beziehungsmodus	138
6.2	Psychodynamik des narzisstischen Beziehungsmodus	140
6.3	Das dysfunktionale, narzisstische Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung	143
6.4	Grundsätzliches zum Affekt der Scham	145
6.4.1	Scham – ein soziales Gefühl	145
6.4.2	Scham und das medizinische System	146
6.5	Umgang mit Schamgefühlen und dem beschämten Selbst in der psychosomatischen Grundversorgung	148
6.6	Fallbeschreibung	150
7	Der zwanghafte Beziehungsmodus	152
7.1	Phänomenologie des zwanghaften Beziehungsmodus	152
7.2	Psychodynamik des zwanghaften Beziehungsmodus	153
7.3	Das dysfunktionale, zwanghafte Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung	155
7.4	Umgang mit dem zwanghaften Beziehungsmodus in der psychosomatischen Grundversorgung	157
7.5	Fallbeschreibung	159
8	Der histrionische Beziehungsmodus	161
8.1	Phänomenologie des histrionischen Beziehungsmodus	161
8.2	Erkrankungen im histrionischen Beziehungsmodus	164
8.3	Psychodynamik des histrionischen Beziehungsmodus	167
8.4	Das dysfunktionale, histrionische Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung	168
8.5	Umgang mit dem histrionischen Beziehungsmodus in der psychosomatischen Grundversorgung	171
8.6	Fallbeschreibung	172
8.7	ICD-10 Diagnosen	174
9	Beratungsanlass Psychische Traumatisierung	175
	<i>Susanne Behling</i>	
9.1	Definition Psychische Traumatisierung	175
9.2	Traumaverarbeitung	176
9.3	Traumafolgestörungen	180
9.4	Umgang mit dem traumatisierten Patienten	184
10	Persönlichkeitsstörungen – nicht Können oder nicht Wollen?	193
10.1	Störungen struktureller Funktionen	193
10.2	Umgang mit »schwierigen« Patienten	195
10.3	Diagnostische Leitlinien der Persönlichkeitsstörungen F60	196

11	Somatoforme Störungen	198
11.1	Beziehungs dynamik: Programmierte Enttäuschung – Arzt und Patient scheinen nicht zusammen zu passen	198
11.2	Phänomene der somatoformen Störungen	200
11.2.1	Das Gemeinsame ihres Erscheinungsbildes	200
11.2.2	Häufigkeiten	202
11.2.3	Aufrechterhaltende Bedingungen	203
11.3	Klagen ohne somatisches Äquivalent	203
11.3.1	Uneinheitliche Ätiologie	203
11.3.2	Erklärungsmodelle somatoformer Störungen	204
11.3.3	Körpersinne und Gehirn – kreiskausale Verbindungen	205
11.3.4	Ein integratives Konzept – Brücke zwischen Arzt und Patient	207
11.4	Umgang mit unkomplizierten somatoformen Störungen	209
11.5	Umgang mit komplizierten somatoformen Störungen in der psychosomatischen Grundversorgung	215
11.6	Fallbeschreibung	217
12	Chronische Krankheiten – Entstehung und Verarbeitung	220
12.1	Krankheitsentstehung als Prozess	220
12.1.1	Krankheit als Kränkung – Depression als Folge somatischer Erkrankungen	221
12.1.2	Gemeinsame Genese somatischer und psychischer Erkrankungen in frühen Beziehungserfahrungen	222
12.1.3	Depression und Traumatisierung als Risikofaktoren chronischer Krankheiten	222
12.1.4	Immun- und Stresssystem – Brücke zwischen Erleben und Körper	223
12.1.5	Eine integrative Sicht auf chronische Krankheiten	224
12.2	Krankheitsverarbeitung	226
12.2.1	Anpassung als Prozess	227
12.2.2	Beziehungsmodi und Krankheitsverarbeitung	231
12.2.3	Die Förderung der Selbstwirksamkeit	235
13	Chronische Schmerzen	241
13.1	Chronifizierung von Schmerz verstehen	242
13.2	Differenzierung chronischer Schmerzzustände	246
13.3	Umgang mit chronischen Schmerzpatienten in der psychosomatischen Grundversorgung	247
13.4	Fallbeschreibung	248
14	Basiswissen über Essstörungen	250
14.1	Adipositas	250
14.1.1	Ein integratives Konzept der Ätiologie	251
14.1.2	Binge-Eating-Störung	253
14.1.3	Therapeutische Aspekte	254
14.2	Anorexia nervosa	254
14.3	Die bulimische Essstörung	256

15 Wissenschaftlich anerkannte Methoden der Psychotherapie und Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem	257
15.1 Die Methoden der psychotherapeutischen Medizin	257
15.2 Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen	259
15.3 Die Bedeutung der Balint-Gruppen-Arbeit	262
15.4 Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung	262
Internetadressen	265
Literaturverzeichnis	267
Sachwortregister	273