

## Psychosomatik - zwischen Verachtung und Faszination

*Michael Hayne, Bonn*

(Dieser Artikel erschien in "Psychologie in Österreich" im Heft 6 / 2005. Er leitet psychosomatische Störungen aus gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen ab und stellt dabei besonders auch die große Bedeutung von Gruppenbindungen bei der Entstehung oder Verhinderung solcher Störungen heraus. Dieser Zusammenhang führt zur Erörterung der psychosomatischen Behandlung in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie.)

Heute sind viele Gesundheitsstörungen bekannt, bei denen körperliche Symptome als Ausdruck und Folge von psychischen Problemen gesehen werden.

Was aber ist das Schicksal solcher Patienten, wie sehen die Behandlungschancen für Personen aus, die an einer psychosomatischen Störung leiden, die z. B. seelisch bedingte Funktionsstörungen des Herz-Kreislaufsystems, des Magen-Darm- oder des respiratorischen Apparates aufweisen? Können sie mit Aufgeschlossenheit, Verständnis und angemessener Hilfe rechnen?

Psychosomatik ist heute populär, jedenfalls, wenn wir auf die öffentliche Meinung und die Medien blicken. Fast ständig erleben wir im Alltag, dass beim Gespräch über eine erkrankte Person im Freundes oder Familienkreis zu der betreffenden Erkrankung spontane Ideen zum Besten gegeben werden, die einen geheimen Sinn in der Krankheit sehen. Solche Interpretationen beginnen häufig mit einem „...vielleicht bedeutet diese Krankheit etwas ganz anderes, nämlich...“, und bald ist eine kühne These darüber zu hören, in welcher Weise die betreffende Person hier durch ein Beziehungsproblem und durch die damit verknüpften seelischen Konflikte das Krankheitssymptom aufgebaut habe. Solche Sinn-Deutungen, solche Zusammenhänge zwischen seelischem Geschehen und körperlichen Erkrankungen werden im übrigen gerne von der Volksweisheit überliefert und von einer Generation zur nächsten weitergegeben.

Aber auch in den modernen Medien gibt es heute viele Beiträge über das, was manche Krankheiten insgeheim bedeuten, welches ihre verdeckten Botschaften im Zusammenhang mit seelischen Störungen und gestörten Beziehungen zu anderen Menschen sein können. So gibt es nicht wenige TV-Produktionen sowie auch schriftliche Berichte in Zeitungen und Zeitschriften, die wissenschaftliche Untersuchungen zu diesen Zusammenhängen wiedergeben.

Zusätzlich gibt es offenbar auch im Bereich der klassischen Medizin heute eine große Bereitschaft, die Bedeutung seelischer Prozesse für die zur Behandlung kommenden körperlichen Krankheiten einzuräumen.

Umso erstaunlicher ist es, dass sich aber doch zugleich der medizinische Alltagsbetrieb einem psychosomatischen Denken wenig öffnet. So wurde es vor einigen Wochen bei einer Diabetes-Fachtagung der Vortragssaal zunehmend unruhig, als eine Psychologin vor den dort versammelten Internisten über „Psychische Faktoren beim Diabetes mellitus“ sprach. Sie war eine ausgewiesene Fachfrau, die selbst an einer Diabetiker-Klinik seit Jahren Patienten behandelt und in diesem Gebiet forscht. Die Unruhe in der Zuhörerschaft ging schließlich in Heiterkeit über, und im weiteren Verlauf wurde die Referentin schließlich ausgelacht.

Wie ist das zu erklären? Ich glaube, dass die geschilderte ablehnende Reaktion des ärztlichen Publikums bei diesem Vortrag mit der Ahnung zusammenhängt, dass wir zum

Verständnis von manchen psychosomatischen Zusammenhängen in die Tiefe menschlicher Lebensentwürfe hinab steigen müssten, und dass solch zeitraubende Prozesse den organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmen in der ärztlichen Praxis entschieden sprengen würden. Im Feld Gesundheit, dessen Früchte jeder ernten will, setzen sich unter dem heute gegebenen Kostendruck zunehmend Verhaltensweisen durch, die von der Knappheit der Zeit und der Mittel diktiert sind. Solche Verhaltensweisen stehen offensichtlich ganz im Gegensatz zu einem kontemplativen Sich einlassen auf das Krankheitsgeschehen und die darin enthaltenen Sinnfragen. So gibt es aktuell die zunehmende Tendenz, zu jedem diagnostizierten Krankheitsfall einen fest definierten Zeitrahmen vorzugeben und damit die Patienten in ein mechanistisches Korsett zu zwingen.

Auf diese Weise geht aber etwas in der Praxis der Krankenbehandlung verloren, das als wertvoller Besitz unserer Kultur anzusehen ist. Denn: Es entspricht einem abendländischen Konsens, dass wir anthropologisch nicht rein materialistisch zu bestimmen sind. Vielmehr gilt weithin, dass wir uns im Spannungsfeld zweier Welten bewegen, einer materiellen und einer psychischen. Das Psychische im Menschen ist mit dem Somatischen in unserem ursprünglichen Erleben – und dieses ursprüngliche, ganzheitliche Erleben geht uns lebenslang nie ganz verloren - aufs innigste verbunden (Straus, 1956; Weizsäcker, 1973). Hieraus ergibt sich ein selbstverständliches Wissen von ständigen Wechselwirkungen beider Bereiche aufeinander, und zwar unabhängig von allem wissenschaftlichen Nachdenken und Erforschen solcher Zusammenhänge.

Zusätzlich nun zu einem solchen selbstverständlichen Gespür für eine seelisch-körperliche Verbundenheit können wir im Rahmen der persönlichen Reifung zunehmend dahin kommen, uns selbst zu reflektieren, d. h. uns sowohl als seelisch wie auch als körperlich existierende Personen reflektieren. Der psychische Bereich kann sich auf der Grundlage einer Reifung seiner reflexiven Fähigkeiten nun zunehmend zu sich selbst und auch zu seiner Gebundenheit an den materiell-körperlichen Bereich wie zu einem äußeren Objekt in Beziehung setzen: Wir können uns und unser psycho-somatisches Dasein reflektieren. Nun aber ist die Art des Sich in Beziehung Setzens zu sich selbst Teil gesellschaftlich bestimmter kommunikativer Strukturen: Jede Selbst-Reflexion enthält vielfältige Einfallstore für die gesellschaftlich gerade bevorzugten Theorien vom menschlichen Dasein (Habermas, J., 1985/2001) und damit auch von den psychosomatischen Zusammenhängen. So kann auch die einseitige Auffassung aufgebaut und als Wahrheit vertreten werden, dass das menschliche Erleben und Verhalten (ebenso wie das Reflektieren hierüber) „letztlich“ nur materielle Prozesse darstelle. Nach dieser Auffassung ist alles Seelische „eigentlich“ Neurophysiologie. Diese Theorie kommt denjenigen unter unseren Kollegen entgegen, die aufgrund des oben geschilderten Zeitdrucks nach möglichst reduzierten Denk- und Behandlungsmodellen Ausschau halten. Demgegenüber wird die Auffassung dem Menschlichen eher gerecht, die berücksichtigt, dass wir in zwei Welten, einer seelischen und einer körperlichen heimisch sind. Auf der Grundlage dieser Theorie sehen wir uns selbst und unsere Patienten nicht als physiologische Automaten, sondern als Lebewesen, die in jeder Situation auf Ziele und Zwecke hin orientiert sind, deren Verhalten unentwegt einen bewussten oder einen unbewussten Sinn ergibt. In dieser Sichtweise sind wir also sinnvoll auf alles bezogen, was unser Leben ausmacht, und dazu gehört dann auch, in welcher Weise wir uns Belastungen, Stress und anderen krankmachenden Faktoren ausliefern. Hier sind wir unentrinnbar sinnvoll Handelnde, d. h. alles Handeln enthält einen, wenn auch manchmal versteckten Sinn. Dabei umfasst unser Handeln auch die Produktion von Krankheitssymptomen, deren Geschichte und deren Sinn wir entschlüsseln können (Wesiack, 1974).

Die ersten Publikationen Freuds am Ausgang des 19. Jahrhunderts wiesen in Bahn

brechender Weise in diese Richtung (Freud, 1895). Damit begann die Zeit der ersten intuitiven Psychosomatiker, wie etwa Groddeck (1923/1961), der fast rauschhaft zu nennende Worte des Aufbruchs in die Welt der Psychosomatik fand. Angeregt durch die Triebtheorie von Freud, daher mit dem Begriff des Es als einer unbewussten seelischen Kraft operierend, ergab sich für diesen Arzt ein *passe-partout* zur Sinndeutung und damit zur psychischen Behandlung praktisch aller somatischen Erkrankungen. So erklärte Groddeck seinen Patienten ihr Es: Es gebe eine bestimmte Kraft, die den Menschen von Beginn der Zeugung an forme. Diese Kraft stelle entsprechend den Zwecken, die sie verfolgt, Krankheit und Gesundheit her, und zwar im Rahmen eines geheimen Sinns, der hierin enthalten sei:

„...diese Kraft tue das wirklich, mache den Menschen nach ihrem Belieben krank zu bestimmten Zwecken, wähle nach ihrem Belieben zu bestimmten Zwecken Ort, Zeit und Art der Erkrankung aus. ... Und dann frage ich den Kranken: Wozu hast du eine Nase? Zum Riechen, antwortet er mir. Also, folgere ich, hat dein Es dir den Schnupfen gegeben, damit du irgendwas nicht riechen solltest. Und ab und zu findet der Patient wirklich einen Geruch, den er vermeiden wollte, und – Sie brauchen es nicht zu glauben, aber ich glaube es – wenn er es gefunden hat, verschwindet der Schnupfen.

Die Kreuzschmerzen bei der Periode erleichtern der Frau den Widerstand gegen ihre Begierde, so behaupte ich. Aber damit soll nicht gesagt sein, dass derlei Schmerzen nur diesem Zweck dienen. Sie müssen bedenken, dass in dem Worte Kreuz das Mysterium der Christenheit steckt, dass dieses Os sacrum, dieser heilige Knochen in sich das Problem der Mutter birgt. Davon und von anderem will ich hier nicht sprechen, lieber ein wenig weitergehen. Zuweilen genügt der Kreuzschmerz nicht, dann tritt warnend der Krampf und wehenartiger Schmerz im Unterleibe hinzu, und reicht das nicht aus, so greift das Es zum Kopfschmerz, um die Gedanken still zu stellen, zu Migräne, Übelkeit und Erbrechen. Sie stehen da mitten in seltsamen Symbolen; denn Übelkeit, Erbrechen, das Gefühl des Schädelplatzens sind Geburtssinnbilder in Krankheitsform.“ (Groddeck, 1923/1961, S. 118 f)

Hier findet Deuten der Krankheiten statt, indem das Es verstanden wird: Das Es wird gesehen als die psychische Stätte, in der sich die inneren Konflikte ausdrücken, hier die Konflikte zwischen Begierde und Widerstand gegen die Begierde. Auf diese Weise kommt Groddeck dazu, alle Krankheiten als stets sinnträchtig zu deuten. Jetzt scheint alle Krankheit psychosomatisch, Soma drückt hier alle male Psyche aus, unbewusste Psyche:

„Die Erkrankung hat einen Zweck, sie soll den Konflikt lösen, verdrängen oder das Verdrängte am Bewusstwerden verhindern. Sie soll für die Übertretung des Verbots bestrafen, und das geht so weit, dass man aus der Art und dem Ort und der Zeit der Erkrankung auf Art, Ort und Zeit der strafbaren Sünde Rückschlüsse machen kann. Wer den Arm bricht, hat mit dem Arm gesündigt oder wollte damit sündigen, vielleicht morden, vielleicht stehlen oder onanieren; wer blind wird, will nicht mehr sehen, hat mit den Augen gesündigt oder will mit ihnen sündigen; wer heiser ist, hat ein Geheimnis und wagt es nicht laut zu erzählen. Die Erkrankung ist aber auch ein Symbol, eine Darstellung eines inneren Vorgangs, ein Theaterspiel des Es, mit dem es verkündet, was es mit der Zunge nicht auszusprechen vermag. Mit anderen Worten die Erkrankung, jede Erkrankung, mag sie nervös oder organisch genannt werden, und auch der Tod sind ebenso sinnvoll wie das Klavierspiel oder das Anzünden eines Streichholzes oder das Übereinanderschlagen der Beine. Sie sagen etwas vom Es aus, deutlicher, eindringlicher, als die Sprache es vermag, ja, als das ganze bewusste Leben es kann.“ (Groddeck, a. a. O., S. 119 f)

Zu ergänzen ist noch, dass das Es bei Groddeck als zutiefst sexuell gesehen wird,

wodurch die innerseelischen Widersprüche und Konflikte provoziert werden, die dann in den Krankheiten ihren Ausdruck finden.

In der weiteren Entwicklung des psychosomatischen Denkens fasst Alexander (1971) schließlich eine Entwicklung zusammen und führt sie ein Stück weiter, in der verschiedene Forscher versucht hatten, sozusagen eine Grammatik der psychosomatischen Erkrankungen aufzustellen. Hier war versucht worden, bestimmte psychosomatische Störungen zu ganz bestimmten innerseelischen Konflikten in Beziehung zu setzen. Hierzu arbeitete Alexander zunächst einmal den entscheidenden Unterschied heraus zwischen konversionsneurotischen Symptomen und so genannten funktionellen Störungen. Konversionssymptome schilderte er als solche Störungen, die einen bestimmten Konflikt sinnträchtig ausdrücken und als eine Art Zeichensprache innerhalb des zwischenmenschlichen Kommunikationsgeschehens gesehen werden können. So könne das Erröten z. B. wie ein Ersatz für eine verbale Mitteilung zwischen Interaktionspartnern gelten, wobei mithilfe des gewählten Symptoms die vorher gegebene emotionale Spannung symbolisch ausgedrückt werde. Bei den funktionellen Störungen oder „vegetativen Neurosen“ handelt es sich nach Alexander demgegenüber um physiologische Reaktionen vegetativer Organe auf besondere emotionale Prozesse. So stelle z. B. eine Blutdruckerhöhung, die möglicher Weise unter der Einwirkung von Wut entstehe, nicht den symbolischen Ausdruck und auch nicht die Entladung der Emotion Wut dar. Vielmehr sei die Erhöhung des Blutdrucks als Bereitstellungsreaktion des Organismus zu verstehen, einen aggressiven Konflikt ohne Verzögerung aktiv (z. B. durch Kampf oder Flucht) zu beantworten: Bei solchen Störungen des Herz-Kreislauf-Systems wie auch z. B. bei gastro-intestinalen Erkrankungen würden sich affektive Spannungen manifestieren, die über kortiko-thalamische und autonome Nervenbahnen zu jedem beliebigen Körperorgan hingeleitet werden könnten.

Alexander macht klar, dass die Vorgänge der Erregung oder Hemmung von Organfunktionen durch affektive Zuspitzungen im Prinzip etwas vollkommen Normales darstellen. Immer dann aber, wenn die Funktion eines Körperorgans durch affektive Spannungen nicht nur vorübergehend verändert würde, sondern wenn es sich um chronische und exzessive Veränderungen handele, würde damit die Grundlage für funktionelle Erkrankungen bzw. von „Organneurosen“ geschaffen. Alexander erklärte die verschiedenen Symptome dann auf dem Hintergrund von jeweils spezifischen seelischen Konflikten und den zugehörigen typischen affektiven Spannungen im Zusammenwirken mit einer organischen Komponente: Das erkrankende Organsystem bringe eine eigene Erkrankungsneigung per se schon mit. Durch genetisch bedingte wie auch durch erworbene Beeinträchtigungen würde das betreffende Organsystem dann den besonderen emotionalen Erregungen im Sinne einer solchen erhöhten Krankheitsbereitschaft entgegenkommen (Alexander, 1971, S. 44 ff).

Im weiteren Fortgang der Entwicklung in der Psychosomatik wurden viele Versuche unternommen, in den Fußstapfen Alexanders spezifische Beziehungskonflikte für spezifische psychosomatische Erkrankungen verantwortlich zu machen. Dabei wurden charakteristischer Weise Mutter-Kind-Konflikte in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Bald waren vielfältige Darlegungen darüber zu lesen, in welcher Weise gestörte Mütter die Erkrankungen ihrer Kinder verursachten. Die Mütter wurden zu Schuldigen, wobei deren Einbindung in Partnerschaft, weitere Familie und soziale Zusammenhänge ausgeblendet wurde. Tatsächlich aber sollten die Mütter in psychosomatischen Untersuchungen gleichsam als „Agenten“ von entsprechenden sozialen Bezugsgruppen angesehen werden, deren Teil sie sind: Es sind ja immer sehr stark auch die sozialen Beziehungen, die eine Frau in der Mutterrolle sich so verhalten lässt, wie sie es tut. Sie übernimmt Überzeugungen und Verhaltensstereotypen aus ihrer Familie, aus Nachbarschafts- und Berufsgruppe, aus ihrer sozialen Schicht usw.

In der Erforschung psychosomatischer Störungen unter psychoanalytischer Blickrichtung wurde dann zunehmend auf die Suche nach spezifischen Zusammenhängen verzichtet, die man früher zwischen bestimmten inneren oder äußeren Konflikten einerseits und angeblich zu diesen Konflikten gehörigen Krankheitsbildern andererseits unterstellt hatte. Heute werden unter dem Gesichtspunkt der neueren Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie und der Bindungstheorie die verschiedenen Beziehungs- und Bindungsbelastungen untersucht, die zu Fehlentwicklungen in der Affektverarbeitung und damit auch zu psychosomatischen Störungen führen.

Diese Entwicklung möchte ich an zwei besonders aktuellen Gebieten verdeutlichen: 1. am Beispiel von Störungen des Immunsystems und 2. am Beispiel von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dabei möchte ich auch kurz auf einige der physiologischen Prozesse eingehen, die hier charakteristisch sind. Ich habe mich zur Einbeziehung einiger somatisch-physiologischer Aspekte nach einigem Zögern entschlossen, obwohl die Ergebnisse, die ich hier mitteile den medizinisch oder biologisch Vorgebildeten teils allzu geläufig, teils verkürzt dargestellt erscheinen müssen. Zögern ließ mich auch die Erwartung, dass sich mancher psychologisch gebildete Leser befremdet fühlen könnte. Die physiologischen Zusammenhänge einzubeziehen scheint mir aber trotz dieser Bedenken sinnvoll, weil ich davon ausgehe, dass unsere menschliche Existenz durch die Verflechtung einer somatischen und einer psychischen Seite bestimmt ist. Daraus folgere ich, dass beide wissenschaftlichen Gegenstände, der somatische wie der psychische differenziertere Beachtung verdienen. Ich selbst fühle mich übrigens als Psychologe beim psychosomatischen Urteilen und Argumentieren nur wohl, wenn ich beide Gegenstände genauer zu würdigen suche.

## **1. Ergebnisse aus der Immunologie-Forschung**

Verschiedentlich wurde die Reaktion des Immunsystems bei nichtmenschlichen Primaten auf Trennung eines noch nicht erwachsenen Individuums von der Mutter oder von der sozialen Bezugsgruppe auf Veränderungen im Immunsystem untersucht. Typischerweise zeigte sich eine Immunsuppression im Anschluss an die Trennung von der Mutter, und zwar besonders dann, wenn die übrige Gruppe keine mütterliche Versorgung übernahm. Wenn eine soziale Anbindung, eine „Affiliation“ an einen oder mehrere Spielgefährten bei den 6 Monate alten Affen nach Trennung von der Mutter nicht zustande kam, fiel die im Blut gegebene Konzentration bestimmter Immunzellen (Natürliche Killerzellen – „NK-Zellen“ - und mitogeninduzierte Lymphozyten) bereits nach 2 Stunden deutlich ab. Dieser Immun-Abfall trat nicht ein, wenn den von der Mutter getrennten Affenjungen ein Spielkamerad oder eine Gruppeninteraktion zur Verfügung blieb (Laudenslager et al., 1990). Aus weiteren Beobachtungen ergab sich, dass erhöhte soziale Affiliation mit erhöhtem Spiegel von Immunzellen im Blut assoziiert war: Je mehr soziale Einbindung festgestellt wurde, desto höher war die im Blut gemessene zytotoxische Aktivität der NK-Zellen. In der Forschung wird vermutet, dass es sich mit der Auswirkung sozialer Affiliation beim Menschen analog verhält. Daher wird auch davon ausgegangen, dass speziell für Patienten, die sich von schweren Krankheiten erholen, eine intensive soziale Affiliation von hoher positiver Bedeutung ist.

Übrigens wurde bei Versuchen mit Affen beobachtet, dass ein Individuum nach Trennung von der Mutter deutlich weniger negative Trennungsfolgen im Zusammenhang mit dem Herz-Kreislauf-System zeigte, sofern das betreffende Individuum in der sozialen Gruppe Nähe, Pflege und Interaktionen erfuhr. Zuvor unter

dem Stress der Trennung aufgetretene Herzfrequenzänderungen wurden typischer Weise vermindert (Caine & Reite, 1981). Aber auch schon bei kurzen Trennungen des Tiers von seiner sozialen Gruppe wurde eine verminderte mitogeninduzierte Aktivierung von Lymphozyten, d. h. eine Immunsuppression beobachtet, während jüngere wie auch ältere Primaten vom Leben in einer Gruppe mit intensiveren sozialen Interaktionen hinsichtlich ihres Immunsystems profitierten (Coe, 1993). Hierzu neigen besonders diejenigen Individuen auch beim Menschen, die bei Stress zu vermehrten Herz- und Gefäß-Reaktionen tendieren.

Interessant ist, dass Forschungsergebnisse auch für ältere Primaten nachweisen, dass eine Trennung von der gewohnten Bezugsgruppe und Eingliederung in eine neue Gruppe Gleichaltriger zur erhöhten Ausschüttung von Stresshormonen und zu einer Herabsetzung von Immunparametern führte. Wurde bei Affen die zuvor gegebene Sozialstruktur durch Hinzukommen neuer Individuen in einem künstlichen Gehege destabilisiert, so zeigten die Tiere verschiedene Aktivitäten zur Klärung einer neuen Rangstruktur. Während dieser Vorgänge wurde nun ebenfalls eine geschwächte Immunfunktion ermittelt. Wenn hochrangige Affen dann anschließend Körperpflege erhielten, konnten sie sich von den immunologischen Negativwirkungen der Gruppenbildungsphase, in der sie in erhöhten Stress gelangt waren, besonders gut erholen (Gust et al., 1994). Übrigens blieb unter diesen Tieren eine relativ höhere NK-Zellen-Aktivität bei denjenigen immerhin noch erhalten, die sich am deutlichsten in eine Gruppen-Affiliation begaben bzw. in ihr blieben (Laudenslager, & Worlein, 1996, S. 374).

Diese Ergebnisse passen gut zu Beobachtungen beim Menschen, die zeigen, dass bei einer längerfristigen Trauer nach einem schweren Verlust oft schon bestehende Krankheiten sich verschlechtern, neue hinzu kommen, die besonders verzögert überwunden werden. Auch ist bekannt, dass Krankheiten und selbst Todesfälle z. B. nach Verlust eines Partners gehäuft auftreten (Laudenschlager & Worlein, 1996, S. 361).

Eine ganz andere Veränderung im menschlichen Immunsystem kann bei Stress-Situationen in einem engeren Sinne festgestellt werden. Mit „Stress“ ist hier eine Herausforderung an die seelische und körperliche Gleichgewichtslage gemeint, die schwer und nur unter Mobilisierung besonderer Aktivitäten gemeistert werden kann. Hier setzen Regulationsveränderungen ein, die Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Generieren von Energie steigern sowie Schmerzempfindung, Nahrungs- und Fortpflanzungsappetenz vermindern. Hierzu gehört aber auch ein „Hochfahren“ der Immunreaktionen im Blut, womit etwas im Grundsatz äußerst Sinnvolles geschieht: In der Entwicklungsgeschichte des Menschen signalisierte der Stress erhöhte Gefahr und die Wahrscheinlichkeit körperlicher Verletzungen. Die hoch aktivierte Immunleistung stellt die Möglichkeit her, auf Verletzungen an einem Körperorgan blitzschnell mit Maßnahmen zu antworten, durch die evtl. eingedrungene Fremdstoffe bzw. Krankheitserreger bekämpft werden können. Gleichzeitig, sozusagen als ein Gegengewicht gegen die Immunstimulierung und damit zum Schutz vor allzu überschießenden Immunreaktionen wird die Glukocorticoid-Produktion erhöht, die sich antagonistisch, also immunsuppressiv auswirkt (Schedlowski & Tewes, 1996).

Werden diese Prozesse im Rahmen einer dauerhaften Stressreaktion nun aber chronisch aktiviert, können Krankheitsprozesse wie verschiedene Muskelerkrankungen, Bluthochdruck, Wachstumseinschränkungen, Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüre, Impotenz, Amenorrhoe und Infektanfälligkeit ausgelöst werden. Diese pathologischen Prozesse können durch chronischen psychischen Stress oder aber auch dadurch aufkommen, dass auch nach Beendigung einer längerwierigen psychischen Belastung die hierbei ausgelöste endokrinologische Reaktion nur unvollständig aufgelöst wird: Bei lang anhaltendem Stress werden nämlich die normalen Abbaumechanismen geschädigt,

die dafür zuständig sind, dass die Normallage wieder eintritt. Normalerweise wird die bei stärkerem Stress ausgelöste erhöhte Glucocorticoid-Produktion, die sich ja immunsuppressiv auswirkt, anschließend an eine stressbedingte hohe Erregung automatisch wieder korrigiert<sup>[1]</sup>. Bei nicht mehr intakten Abbaumechanismen aber bleibt die immunsuppressive Wirkung der Glucocorticoide erhalten, woraus sich die erwähnten Gesundheitsschäden ergeben können (Schulz & Schulz, 1996).

-----

[1] indem durch eine Hemmung des adrenocorticotropen Hormons (ACTH) in der Hypophyse eine direkte Verminderung des Cortisolspiegels reaktiv herbeigeführt wird. Außerdem wird das ACTH aber noch durch einen indirekten Mechanismus gehemmt: Indem im Hypothalamus das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) im Anschluss an eine Stresssituation nur noch vermindert ausgeschüttet wird, entsteht eine zusätzliche Glucocorticoid-Senkung. Nun führt aber gerade chronischer Stress durch eine entsprechende Neuronen-Schädigung zu einer verminderten Reaktionsfähigkeit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HPA-Achse), in welcher die CRH- und ACTH-Hemmung eigentlich stattfinden müsste. Auf diese Weise kommt es zu den gefürchteten pathologischen Stressfolgen, die oben aufgelistet wurden.

-----

Welche seelischen Belastungen dazu besonders geeignet sind, dauerhaften Stress mit den geschilderten krankmachenden Folgen auszulösen, hängt von persönlichen Variablen ab. Allgemein gesprochen handelt es sich um solche Situationen, in denen die Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt zu einer solch ausgeprägten Störung des Wohlbefindens führt, dass ihre Ressourcen in Anspruch genommen bzw. dann auch überfordert werden (Lazarus & Folkman, 1987). Dies gilt besonders für chronische Stress-Situationen. Zusätzlich ist zu sagen, dass natürlich die gesamte Beziehungs- und die persönliche Entwicklungsgeschichte einer Person darüber entscheidet, in welchen Zusammenhängen sie besonders verletzlich ist oder wo sie auf positive, Schutz gebende Erfahrungen und innere Strukturen („protektive Faktoren“) zurück zu greifen vermag. Studien zu pathologischen Immunreaktionen haben gezeigt, dass Affektreaktionen, wie Kummer, Gram, Angst, Ärger, Hilf- und Hoffnungslosigkeit wie z. B. beim Verlust von bedeutsamen Bezugspersonen besonders wichtige Beispiele für einen Leistungsabfall im Immunsystem darstellen. Dementsprechend wurde ein für solche Reaktionen typischer Anstieg von Erkrankungs- und Todesfällen ermittelt (Bartrop et al., 1977). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Untersuchung von Personen, die sich einer intensiven und lang anhaltenden Pflege von demenzerkrankten Familienangehörigen hingegeben hatten (Kiecold-Glaser et al., 1991).

Dabei hat der Anstieg der Glucocorticoid-Produktion bei hohen Stressbelastungen im Prinzip durchaus seinen Sinn. Es zeigt sich nämlich in Situationen mit extremer Anspannung (jedenfalls im Tierexperiment) eine Tendenz zu pathologischen Immunreaktionen, d. h. eine Anfälligkeit für gefährliche Autoimmunantworten auf körpereigene Zellen. Die immunsuppressive Wirkung der Glucocorticoide schützt hiergegen und stellt daher eine eigentlich gutartige Reaktion angesichts der akuten stressinduzierten Immunstimulation dar – solange sich eben nicht die Immunsuppression im Rahmen von chronischem Stress verselbständigt (Schulz & Schulz, 1996).

## **2. Ergebnisse aus dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Servan-Schreiber (2004) hat in einer interessanten Übersicht dargelegt, wie unsere emotionalen Prozesse aufs Engste mit den Herzfunktionen verknüpft sind. Unser

Organismus stellt hierfür bestimmte Nervenleitungen zur Verfügung, die als autonomes (oder vegetatives) Nervensystem zusammengefasst werden. Die Vorgänge in diesem System, die sich unserer willentlichen Beeinflussung und unserem Bewusstsein entziehen, und ihr Zusammenhang mit belastenden emotionalen Erfahrungen wurden vielfältig untersucht (Schonecke & Herrmann, 1996). In der letzten Zeit wurden vor allem vom Heart Math Institute in Boulder Creek in Kalifornien / USA genauere Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung zwischen emotionalen Prozessen und dem Herzrhythmus vorgelegt. Dort wurde festgestellt, dass z. B. bei Angst, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Wut oder Stress unregelmäßige Pulskurven auftreten, während schon die Imagination einer glücklichen Situation zu einer Veränderung führt: Der Herzrhythmus wird ruhiger und regelmäßiger und beginnt, zwischen mäßigen Beschleunigungen und Verlangsamungen in vorhersehbarer Folge zu wechseln. Eine sogenannte „Kohärenz“ stellt sich ein, die durch einen Wechsel gekennzeichnet ist zwischen anregenden Aktivitäten des sympathischen Nervensystems und bremsenden Aktivitäten des parasympathischen Systems. In diesem Zustand der Kohärenz sind wir in der Lage, uns auf wechselnde Lebenssituationen angemessen einzustellen, d. h. mit dem Herz-Kreislaufsystem mal aktiver, mal ruhiger auf irgendwelche Gegebenheiten zu antworten. So können wir wechseln z. B. zwischen entspanntem Lesen, wobei die Herzrhythmusleistung heruntergefahren werden kann und höherer Leistung, wenn wir aufspringen und einen Bus, der gleich abfährt noch zu erreichen suchen. Diese Fähigkeit zur wechselnden Anpassung der Herzrhythmusleistung gehört zur gesunden Ausstattung unseres Organismus, und sie pflegt erst im Zusammenhang mit Alterungsprozessen nachzulassen bzw. verloren zu gehen. Schließlich kann dann möglicher Weise nur noch die Hochspannung vorherrschen, die durch dauerhafte Übererregung des sympathischen Nervensystems erklärt werden kann. Diese Entwicklung im Alter kann sich dann etwa durch dauerhaften hohen Blutdruck (und dessen vielfältige Folgestörungen) zeigen. Aber auch andere Faktoren können die gesunde Anpassungsfähigkeit des Herzrhythmus schädigen, die dem Organismus zur Bewältigung seiner Aufgaben zur Verfügung stehen sollte. Dies ist offenbar bei affektiven Erregungen der Fall, und zwar besonders dann, wenn die oben erwähnten negativen Affekte auftreten. Bei Zorn, Angst, Trauer und schweren Sorgen wird der Herzrhythmus chaotisch und zeigt sich in der graphischen Wiedergabe wie ein unregelmäßiges Gebirge (Rechlin et al., 1994). Da in solchen Zuständen eine hohe Belastung für den Organismus gesehen werden muss, stellen sie eine bedeutsame Herausforderung an die Gegenmaßnahmen dar, die die Psychotherapie zur Verfügung stellen kann.

In einer amerikanischen Studie, die jüngst publiziert wurde, untersuchte man Patienten, die nach seelischer Erschütterung eine gefährliche Herzfunktionsstörung entwickelt hatten. Es handelte sich um Personen, die einen nahen Angehörigen durch Tod verloren hatten, die einen Überfall erlebt oder plötzlich viel Geld eingebüßt hatten. Man stellte in ihrem Blut eine dramatisch erhöhte Konzentration von Stresshormonen (Katecholaminen) fest, die in diesen Fällen möglicher Weise krampfartige Verengungen der Herzkranzgefäße auslösten. Bei solchen durch negative affektive Zustände provozierten Herzkrisen zeigte sich außerdem eine Anomalie der linken Herzkammer, die den Körper mit sauerstoffreichem Blut versorgt: Die Wände der linken Kammer ziehen sich bei natürlicher Funktion in allen ihren Muskelabschnitten gleichmäßig zusammen. Bei den Patienten mit den geschilderten Herzkrisen zog sich nur noch die Basis der Herzkammer zusammen, die übrigen Teile blieben schlaff. Hierdurch sank die Pumpleistung des Herzens in gefährlichem Ausmaß ab (Wittstein & Kasper, 2005).

Die Störungen des Immunsystems und der Herzrhythmusleistung wurden exemplarisch herausgegriffen. Es ergibt sich die Frage, welche Konsequenzen sich aus dem Gesagten für die Behandlung ergeben. Die Antwort lautet, dass neben den notwendigen

medizinischen Akut- und Dauermaßnahmen ein breites Spektrum psychotherapeutischer Einwirkungen angezeigt sind, die hier natürlich nicht ausführlich dargestellt werden können. Aber gerade anhand der erwähnten Störungsbereiche wird deutlich, dass jede Psychotherapie psychosomatischer Erkrankungen die Arbeit mit den negativen Affekten und deren Entstehungsbedingungen in den Mittelpunkt rücken sollte. Dabei hat sich gezeigt, dass es unsere inneren Bewertungsprozesse sind, die als Quellen solcher Affektzustände angesehen werden müssen und einer therapeutischen Beeinflussung unterzogen werden sollten. Hierzu gibt es neben der klassischen psychotherapeutischen Arbeit heute eine Reihe von Zusatztechniken, die von östlichen Meditationstechniken und neurologischen Einsichten (z. B. EMDR) beeinflusst wurden (vgl. Servan-Schreiber, a. a. O.). Angesichts der Beobachtungen, die im Zusammenhang mit der Bedeutung von Trennungserfahrungen für psychosomatische Erkrankungen gemacht wurden, wird klar, wie wichtig der Aufbau einer tragfähigen menschlichen Beziehung in der Psychotherapie ist. Dies gilt für die Beziehungen in der Einzeltherapie wie in der Gruppentherapie. Es war ja gerade bei den immunologischen Ergebnissen interessant, wie stark sich die krankheitsauslösenden Faktoren als mit dem Verlust der Bezugsgruppe bzw. mit besonderen Störungen in der Bezugsgruppe verknüpft erwiesen. Von der Bindungsforschung und einer auf sie aufbauenden psychosomatischen Forschung her kann gesagt werden, dass wir von den frühesten Interaktionserfahrungen an sogenannte „internale Arbeitsmodelle von Bindung“ speichern, die unser Erleben und Verhalten prägen. So ist z. B. entscheidend, in welcher Weise wir Affektregulationen von unseren frühen Bindungspersonen und von unseren Bezugsgruppen gelernt haben, in die wir durch Bindungs- und Affiliationsprozesse eingebunden wurden. In anderen psychotherapeutischen Schulen ist ein ähnlicher Sachverhalt gemeint, wenn von „unbewussten Überzeugungen“ (Weiss, 1993) oder von „Schemata“ (Mandler, 1979) die Rede ist: Es stellt eine zentrale Aufgabe der Bindungserfahrungen in Kindheit und Jugend dar, den Kindern ein Gespür dafür zu vermitteln, welche Situationen mit einem heftigen Affekt beantwortet werden können. Zusätzlich lernen Kinder und Jugendliche schrittweise, ihre Affekte angemessen zu regulieren sowie in sozial akzeptierte Ablauf- und Interaktionsregeln einzubetten. Nun sind es besonders solche Personen, die aufgrund ihrer Beziehungserfahrungen als „unsicher-vermeidend gebunden“ bezeichnet werden, bei denen wir ein für psychosomatische Erkrankungen prädestinierendes Erleben und Verhalten antreffen. Es sind die unsicher-vermeidend gebundenen Kinder, deren Bezugspersonen sich immer dann von ihnen zurückgezogen hatten, wenn diese Kinder negative Affekte zeigten. Ein Vermitteln und Einüben von günstigen Umgangstechniken angesichts von starken negativen Affekten war hier also ausgeblieben. Bei entsprechenden Untersuchungen in der sogenannten „fremden Situation“ wichen diese unsicher-vermeidend gebundenen Kinder nach einer Trennung von der Mutter davor aus, zu ihr Nähe und Innigkeit des Kontaktes herzustellen, wenn die Mutter wieder da war.

Bei dieser standardisierten „fremden Situation“ („strange-situation“) hielt sich die Mutter mit Ihrem Kleinkind in einem ungewohnten Raum mit fremden Spielsachen auf, und es wurde beobachtet, inwieweit das Kind die Spielsachen explorierte; dann betrat eine fremde Person den Raum und näherte sich dem Kind; anschließend ließ die Mutter das Kind mit der fremden Person allein zurück, kam dann nach einigen Minuten wieder herein, während die fremde Person wegging, und es wurde jetzt beobachtet, inwieweit die Mutter das Kind erneut für die fremden Spielsachen zu interessieren vermochte; anschließend erfolgte eine zweite Trennung (Ainsworth et al., 1978, S. 32 ff).

In späteren Untersuchungen fiel auf, dass Kinder, die zu dieser unsicher-vermeidenden Bindungsform gehören, bei der Trennung von der mütterlichen Bezugsperson eine erhöhte Cortisolsekretion zeigten, die im Speichel nachgewiesen wurde. Dies ist ein

Indiz dafür, dass solche Kinder die Trennungssituation als stärkere Belastung erleben und darauf auch mit höherer physiologischer Erregung reagieren als sicher gebundene Kinder. Bei diesen Kindern stellten Untersuchungen zu Trennungsreaktionen übrigens im Gegensatz zur erhöhten physiologischen Reaktion (z. B. die erhöhte Cortisol-Sekretion) eine geringere Reaktion auf der mimischen und auf der Verhaltensebene fest (Scheidt & Waller, 1999): Gerade die unsicher gebundenen Kinder, die auf der Körperebene z. B. in Bezug auf stresstypische Drüsensekretion heftig auf die Trennungssituation reagierten, wirkten nach außen (d. h. mimisch, gestisch und im sonstigen sichtbaren Verhalten) ungerührt.

Wir können davon ausgehen, dass Ausdruck, Einsatz und Austausch negativer Affekte normalerweise der Aufrechterhaltung funktionierender Beziehungen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen dienen. Wenn Kinder erleben, dass die Eltern einführend und mit sinnvollen Verhaltensänderungen auf den kindlichen Ausdruck von Affekten und besonders auch von negativen Affekten reagieren, können sie ihre eigenen Emotionen als sinnvolle Signale erleben, die sie als tragfähige Brücke zwischen sich und den Anderen erfahren. Sie werden ihre negativen Affekte dann auch als etwas erfahren, das sich durch ein zum Ausdruck-Bringen wieder erledigt, also auch gutartig bewältigt werden kann. Wenn der Affektausdruck eines Kindes, wie etwa Angst oder Wut, aber nicht zu Zuwendung und Interesse bei den Erwachsenen führt, sondern zu Rückzug oder Ablehnung, wird das betreffende Kind vor allem seine negativen Affekte möglichst gar nicht oder in maskierter Form ausdrücken. Es wird damit zum Ausdruck bringen, dass es keine belastenden Ansprüche an die Bindungspersonen stellt. Auf diese Weise kann das Kind seinen positiven Kontakt zu den Angehörigen schützen.

Bei Personen, die zu der Bindungskategorie „unsicher-vermeidend“ zuzuordnen waren, zeigte sich nun auch im Erwachsenenalter eine selektive Unterdrückung negativer Affekte ebenso wie ein erhöhtes Risiko für psychosomatische Erkrankungen. In entsprechenden Studien zeigte sich bei Personen mit einem solchen affektverdrängenden Verhalten eine Absenkung der körpereigenen Immunkapazität (Esterling et al., 1990) sowie eine erhöhte pathologische kardiovaskuläre Reagibilität (King et al., 1990), die sich hier in Form eines Blutdruckanstiegs zeigte. Hinzu kommt noch erschwerend, dass besonders dieser Patientenkreis den Kontakt und das offene Bearbeiten seiner Störungen mit geeigneten Behandlern meidet, ja auch überhaupt Schwierigkeiten hat, sich an Kindheitserfahrungen zu erinnern, insbesondere an negative. Zusätzlich neigen die betreffenden Personen auch dazu, selbst die psychosomatischen Warnzeichen, die ihnen auffallen könnten, zu übergehen und sich damit selbst eventuell zu schädigen. Im Rahmen einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Beziehung kann dieses Verhalten aber gelegentlich als Verweigerungshaltung und damit als Attacke auf das Engagement des Behandlers angesehen werden. Hieraus ergibt sich dann möglicherweise eine zugespitzte aggressive Gegenübertragung, verbunden mit der Gefahr, dass die Behandlung im Verlauf dieser Entwicklung abgebrochen wird.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun für die Therapie? Aus dem Gesagten kann unschwer abgeleitet werden, dass das A und O jeder psychosomatischen Behandlung die Einrichtung einer positiven, vertrauensvollen und Vertrauen verdienenden therapeutischen Beziehung ist. Es ist angesagt, sich auf dieser Grundlage den Affekten der Patienten zu stellen, und zwar insbesondere auch den negativen Affekten. Dabei werden wir uns gerade nicht davon verleiten lassen dürfen, dass der Affektausdruck bei diesen Patienten gehemmt und maskiert ist. Wo die therapeutische Situation flach, unemotional, unherzlich und friedlich-vernünftelnd wird, liegt die Vergeblichkeit der Bemühungen schon nahe. Auf der anderen Seite ist es aber natürlich alles andere als einfach, mit den negativen Affekten in der Therapie umzugehen: Affekte stecken an, und allzu schnell können wir als Behandler auf emotionale Angriffe von Patientenseite mit

eigenem Ärger reagieren und zu einer nicht mehr zu lösenden Eskalation beitragen. Sowohl Winnicotts (1964) „haltende Funktion“ wie auch das gutartige „containing“ von Bion (1962 / 1984) sind hier angesagt: Damit ist gemeint, dass für die verleugnete und verdrängte Welt der Affekte bei psychosomatischen Patienten ein therapeutischer Raum angeboten werden sollte, in dem diese ihnen unsäglich gefährlich erscheinenden Regungen aufgenommen, von der Behandler-Seite bedacht, befühlt, verarbeitet und dann in einer reiferen Weise wiedergegeben werden kann.

Noch ein abschließendes Wort zum Behandlungsrahmen. Ich finde es sehr wichtig, nicht zu vergessen, dass den oben skizzierten psychosomatischen Erkrankungen der Weg durch Störungen in der Beziehung nicht nur zur Mutter oder den beiden Eltern bereitet wird. Schon bei den Primatenforschungen hatte sich gezeigt, dass die entsprechenden Störungen der Organfunktionen auf Beziehungsanomalien zurückgehen, die zum Teil auch in den Bezugsgruppen, also im sozialen Verband auftreten. Auch war interessant, dass z. B. die Trennung von der Mutter durch eine intakte Bezugsgruppe durchaus aufgefangen werden konnte.

Häufig kann daher die Gruppentherapie ein entscheidendes Medium sein, um korrigierende Erfahrungen zu machen. Oft können hier sowohl die Beziehungsstörungen wie auch die damit zusammenhängenden organischen Funktionsstörungen in statu nascendi erforscht werden. Diese Möglichkeit hängt damit zusammen, dass die Gruppenteilnehmer spontan und unbewusst auf Grund ihrer Übertragungen auf die anderen Gruppenmitglieder in diesen eine Stellvertretergruppe herstellen, mit der sie eine Reihe von relevanten Erfahrungen ihrer Vergangenheit wieder erleben (Foulkes, 1964 / 1974, S. 129 u. S. 164); Yalom, 1983, S. 174). Nicht selten wird sich auch im ambulanten Rahmen bewähren, was sich in den Klinikbehandlungen schon unendlich oft als das Vorgehen der Wahl erwiesen hat, nämlich Einzelsitzungen mit Gruppentherapie zu kombinieren. In jedem Fall wird aber bei dieser – der psychosomatischen - Patientengruppe von entscheidender Bedeutung sein, was Yalom (1983) einmal für die stationäre Gruppenbehandlung herausgestellt hat: wir müssen, so sagt er, darauf achten, dass die Patienten eine positive Gruppenerfahrung machen, indem wir Trost und Überlebenshilfe favorisieren gegenüber anderen Zielen, wie etwa, auf entscheidende Fortschritte der Patienten im Umgang mit ihren Problemen und auf intellektuell sauberes Verstehen ihrer psycho-somatischen Störungen zu drängen (Yalom, 1983, S. 56 u. S.104). Man könnte das für eine Selbstverständlichkeit halten, tatsächlich wird aber gegen diese grundsätzliche und vielleicht selbstverständliche Forderung genügend oft in der Weise verstoßen, dass wir den defensiven, „alexithymen“ (d. h. zum Verspüren und Ausdrücken von Gefühlen zunächst unfähigen) psychosomatischen Patienten mit stummer – vielleicht gar sturer - Belagerung begegnen.

## **Literatur**

Ainsworth et al. (1978): *Patterns of attachment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.

Alexander, F. (1971): *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter

Bartrop, R. W. (1977): *Depressed lymphocyte function after bereavement*. *Lancet*, 1: 834 - 836

Bion, W. R. (1962 / 1984): *Learning from experience*. London: Karnac

Caine, N. & Reite, M. (1981): *The effect of peer contact upon physiological response to maternal separation*. *Am J Primatology*, 1: 271 – 276

Coe, C. L. (1993): *Psychosocial factors and immunity in nonhuman primates – A*

review. *Psychosomatic Medicine*, 55: 298 - 308

Esterling, B. A. (1990): *Emotional repression, stress disclosure responses and Epstein-Barr viral capsid antigen titers. Psychosomatic Medicine*, 52: 397 – 410

Foulkes, S. H. (1964): *Therapeutic group analysis*. London: G. A. Unwin; Dt.: (1974): *Gruppenanalytische Psychotherapie*, München: Kindler

Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. GW I: 75 – 312 Groddeck, G. (1923/1961): *Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin*. Wien, Verlag Int. *Psychoanal. / Neudruck: Wiesbaden, Limes*

Gust et al. (1994): *Effect of a preferred companion in modulation stress in adult female rhesus monkeys. Physiology & Behavior*, 55: 681 – 684

Habermas, J. (1985/2001): *Der philosophische Diskurs der Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Ciekold-Glaser, J. K. et al. (1991): *Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity an health. Psychosomatic Medicine*, 53: 345 - 362

Laudenslager, M. L. et al. (1990): *Behavioral and immunological consequences of brief maternal separation: A species comparison. Developmental Psychobiology*, 23: 247 – 264

Laudenslager, M. L. & Worlein, J. (1996): *Die Zusammenhänge von Verhalten und Immunsystem beinichtmenschlichen Primaten In: Schedlowski, M. & Tewes, U.: Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verl.: 399 – 422*

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987): *Transactional theory and research on emotions and coping. European J Personality*, 1: 141 – 169

Mandler, J. H. (1979): *Categorical and schematic organization in memory. In: Puff, C. R. (Edt.): Memory Handbook of Social Organisation and Structure, New York, Academic Press: 259 – 299*

Rechlin, T., Weis, M. et al. (1994): *Are affective disorders associated with alterations of heart rate variability. J Affective Disorders*, 32; 4: 271 – 275

Schedlowski, M. & Benschop, R. J. (1996): *Neuroendokrines System und Immunfunktionen. In: dies.ls in immunity an health. viral capsid antigen tite: Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verl.: 241 - 268*

Scheidt, C. E. & Waller, E. (1999): *Bindungsrepräsentation, Affektregulation u. psychophysiologische Reaktionsbereitschaft. Anmerkungen zur Bedeutung neuerer Ergebnisse der Bindungsforschung für die Psychosomatik. Z Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie: 313 – 332*

Schonecke, O. W. & Herrmann, J M. (1996): *Funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen. In: Uexküll, Th. v.: Psychosomatische Medizin, München: Urban & Schwarzenberg: 670 – 685*

Schulz, H. & Schulz, K.-H. (1996): *Chronische Belastungen. In: Schedlowski, M. & Tewes, U.: Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verl.: 399 – 422*

Servan-Schreiber, D. (2003): *Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente, München, 2004*

Weiss, J. (1993): *How Psychotherapy Works. Process and Technique. New York: Guilford*

Weizsäcker, V. v. (1973): *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen.* Frankfurt/M.: Suhrkamp

Wesiack, W. (1974): *Grundzüge der Psychosomatischen Medizin.* München:Beck

Winnicott, D. W. (1964): *The Child, the family and the outside world.* Harmondsworth: Penguin

Wittstein, J. S. & Kasper, E. K. (2005): *New England Journal of Medicine online*

Yalom, I. D. (1983): *Inpatient Group Psychotherapy.* New York: BasicBooks