

BILD 1

Bewältigung und Abwehr in der psychosomatischen Psychotherapie

Horst Kächele und Achim Roempp

BILD 2

Vor sechzehn Jahren veröffentlichte der Doyen der europäischen Psychosomatischen Medizin, G. Fava mit seinem Mitarbeiter Sonino (2000) die damals und heute immer noch wenig bekannte Sachlage, dass für einen erheblichen Teil der somatisch genannten Erkrankungen in kontrollierten Studien gezeigt werden konnte, dass diese mit stressvollen Life Events assoziiert waren:

Bild 3

Asthma / Diabetes / Hyperthyreose / Hypothalamische Amenorrhö /
Ulcus pepticum / Entzündliche Darmerkrankung / Funktionelle Magen-
Dar m-Erkrankung / Herzinfarkt / Funktionelle Herz-Kreislauf
Erkrankungen / AutoimmunErkrankungen / Krebs / Infektions
Erkrankungen / Psoriasis / Alopecia areata & Urticaria /
Kopfschmerzen / Zerebrale Erkrankungen

Noch erstaunlicher dürfte sein, dass für diese Krankheitsbilder nachgewiesen wurde, dass kürzere psychotherapeutische Interventionen fast jedweder Provenienz durch randomisierte kontrollierten Studien als wirksam belegt gelten durften.

Bild 4

Chronic pain / Chronic fatigue syndrome / Coronary heart disease /
Hypertension / Diabetes / Cancer / Asthma / Epilepsy / Obesity /
Peptic ulcer / Cancer / Irritable bowel syndrome / Inflammatory bowel
disease / Arthritis / Preparation to medical procedures

Heute soll nicht darüber gestritten werde, welche der verschiedenen Formen von Kurz-Psychotherapie die ultimativ bessere ist, die dieser damaligen und heute noch gültigen Sachlage zugrunde liegen,

sondern es soll uns die Frage beschäftigen, was denn therapeutische Interventionen über oberflächlich eruierbare symptomatische Besserung hin bei diesen Patienten bewirken.

Wir thematisieren zwei wohlbekannte Konzepte, die in der Geschichte der Psychosomatischen Medizin schon seit langem bekannt sind.

Für den Einstieg, darf ich Sie an eine Ihnen alle bekannte kritische Situation erinnern.

(Ich muss mich verbessern: an der neu etabliertem kleinen privaten Berliner Universität kann ich davon nicht mehr davon ausgehen)

BILD 5

Spricht einer von des Hohenpriesters Knechten, ein Gefreunder des, dem Petrus ein Ohr abgehauen hatte: Sah ich dich nicht im Garten bei Ihm? Da leugnete Petrus abermals, und alsbald krähte der Hahn.

([Johannes 18.27](#))

Unsere heutige Frage ist nun: was geschah da: was heisst: Petrus verleugnete?

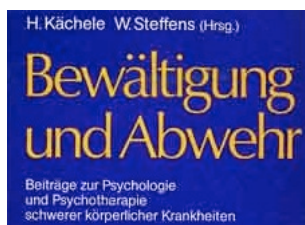


BILD 6

Bewältigung und Abwehr

a) Das Konzept der Bewältigung ist historisch und sachlich begründet mit dem Stress-Konzept verknüpft: Zu den weit verbreiteten und gleichzeitig tiefgreifendsten kritischen Lebensereignissen des Erwachsenenalters gehört es, von einer schweren körperlichen Erkrankung wie Krebs, Herzinfarkt oder Multiple Sklerose betroffen zu sein. Erhebliche psychosoziale und emotionale Probleme sind im Verlauf solcher Erkrankungen eher die Regel als die Ausnahme, wenngleich sich diese Probleme nicht immer chronifizieren und ihre Vergleich-

barkeit mit affektiven Störungen im psychopathologischen Sinne strittig bleibt. Verschiedene Studien berichten zudem von erheblichen interindividuellen Unterschieden im Ausmaß psychischen Leidens auch innerhalb spezifischer Krankheitsgruppen.

Mit dem ursprünglich in der Stressforschung angesiedelten, dann aber auch auf naturalistische Kontexte übertragenen Konzept des "Bewältigungsverhaltens" (neu-deutsch: Coping) steht ein Konstrukt im Mittelpunkt, das als bedeutsam bei der Erklärung und/oder Vorhersage psychischer Folgen von Stress im allgemeinen und von körperlichen Erkrankungen im besonderen angesehen wird.

Zum Beispiel haben Recherchen ergeben, dass der Einsatz von Problem-lösenden Bewältigungs-Strategien zu einer besseren Anpassung bei HIV-Patienten (Moskowitz, Hult, Bussolari, & Acree, 2009), bei Diabetes-Patienten (Duangdao & Roesch, 2008) führt, oder ganz generell eine bessere Gesundheitslage in der Allgemeinbevölkerung nach sich zieht (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002).

Unsere eigenen langjährigen Untersuchungen bei Patienten vor, während und nach einer Knochenmarkstransplantation im Rahmen einer naturalistischen Studie haben ebenfalls relevante Beiträge der Bewältigungsstrategien auf die Krankheitsverarbeitung und in gewissen Umfang auf die Lebenserwartung aufzeigen können (Tschuschke et al. 2001).

An einer anfallende Population von KMT-Patienten wurden vor der Transplantation ausführliche Interviews durchgeführt. Diese audioaufgezeichneten Texte wurden mittels einer inhaltsanalytischen Technik von geschulten Rater hinsichtlich der Coping-Strategien ausgewertet. Ein signifikanter Einfluss auf die 5 Jahre Überlebensrate hatte vor allem der somatische Zustand zum Zeitpunkt der Transplantation, dann die Coping-Strategie „Ablenkung“ ($p < 0.007$) und die Coping-Strategie „Fighting Spirit“ ($p < 0.013$).

Das Ergebnis einer solchen prospektiven Untersuchung dokumentiert den Einfluss gewisser psychologischer Variablen. Es legt nahe psychosoziale Interventionen einzusetzen, um Stress und Angst bei Patienten, die vor einer Transplantation stehen, zu reduzieren.

Solche Effekte müssen als Hinweise betrachtet werden und natürlich im Rahmen eines randomisierten Designs belegt werden.

Kommen wir zurück auf unseren Protagonisten Petrus. Wir können mit Fug und Recht annehmen, dass er in der kritischen Lage – Jesus war bei Pontius Pilatus zum Verhör – und wer weiss, wie es ihm hätte ergehen können –, den Bewältigungsmodus der Verleugnung bewusst einsetzte.

Doch gleichzeitig müssen wir uns ein Bild seines unbewusst ablaufenden Abwehrprozesses vor Augen führen. Was passiert im gleichen Moment: müssen wir nicht annehmen, dass ein unbewusster Prozess, den wir seit Freud Abwehr nennen, ebenfalls stattgefunden haben muss. Unsere klinische Erfahrung lässt uns z.B. vermuten, dass Petrus doch wohl ein überwältigendes Schamgefühl abwehren musste, denn er verrät sein Ideal, oder sogar Idol, wie uns die zeitlich nachfolgende Szene zeigt: und er weinte bitterlich.

Bild 7

Da dachte Petrus an die Worte Jesu, da er zu ihm sagte: "Ehe der Hahn krähen wird, wirst du mich dreimal verleugnen", und ging hinaus und weinte bitterlich. [Matthäus 26.75](#)

BILD 8



b) Das psychoanalytische Abwehrkonzept gehört seit Freuds Studie "Hemmung, Symptom und Angst" (1926) zum selbstverständlichen Handwerkszeug der klinischen Psychoanalyse. Nach den bündigen Worten des britischen experimentellen Psychologen Paul Kline (2004) gehört dieses Konzept zu den robusten Konzepten der Psychoanalyse. Seine Tochter Anna Freud komplettierte 1936 erstmals die Liste der möglichen Formen der unbewussten Abwehr. Und seitdem wurden immer längere Listen solcher Mechanismen erstellt.

BILD 9 + 10

Die grundwissenschaftliche Fundierung verdanken wir der US-amerikanischen Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologin Phebe Cramer (1991), die an normalen Populationen die lebensgeschichtliche Entwicklung der Abwehrmechanismen aufgearbeitet hat. Nicht zufällig spricht sie in ihrem 2006 erschienen Buch von den Schutzmechanismen des Selbst.

Also dürfen wir auch annehmen, dass dem bewussten Verleugnungsprozess eine unbewusste Abwehrstrategie zur Seite steht; ist es richtig zu sagen, diese kodiert die bewusste Bewältigungsstrategie oder ist es vernünftiger zu sagen, es handelt sich um zwei parallele Prozesse?

Mit meinem Mitarbeiter Steffens haben für folgende Formulierung gefunden: „Abwehr und Bewältigung dienen als affektiv-kognitive Regulationsvorgänge dem gleichen Ziel. Anstatt sie voneinander scharf abzuheben, bietet unsere Lösung, sie als wechselseitig sich ergänzende Vorgänge zu betrachten, die Möglichkeit, den gleichen "Mechanismus", z. B. die Verleugnung, in seinem psychodynamischen wie situationsbezogenen Kontext zu studieren. Der Rückgriff auf die

Verleugnung kann dementsprechend sehr wohl adaptiv sein, insofern wäre sie denn als auch Bewältigungsverhalten zu klassifizieren“ (Steffens & Kächele 1988b).

In diesem Sinne ist Abwehr ein Werkzeug um die Beziehung zwischen dem Selbst und den wichtigen Objekten zu regulieren. Sobald externe Stressoren, wie somatische Krankheiten, innere Konflikte, speziell unbewusste Konflikt auslösen, ist die Abwehr als unbewusster Prozess gefragt. Es muss eine neue Balance zwischen innerseelischen Prozessen und den Anforderungen der Erkrankung und ihrer Behandlung gefunden werden. Allerdings verändert der Einsatz von Abwehrmechanismen Gefühle, Gedanken und Handlungen; es kann zu gestörten Realitätsbezügen durch das Ausblenden eigener Anteile führten und somit auch sozialen Bezüge beeinträchtigen.

Also stellt sich als nächstes die naheliegende Frage, wie denn diese beiden Konstrukte zusammenhängen?

Ein bedeutender Vertreter einer neuen Selbstverständlichkeit, beide Prozesse, die der Bewältigung wie auch die der Abwehr, zu klinischen und theoretischen Analysen heranzuziehen, wurde Mardi Horowitz, der in seinen Untersuchungen zum Stress-Response Syndrom als Psychoanalytiker und kognitionspsychologisch gebildeter Psychologe beide Ansätze fruchtbar genutzt hat (1986, 1988).

Auch aus der neueren psychologischen Grundlagenforschung finden sich nun Belege, beide Konzepte eher zusammen zu betrachten: Eine Studie von Maricutoiu & Crasovan (2017) untersuchte den Zusammenhang von via Fragebogen erhobenen Bewältigungs und

Abwehrsstrategien und fand robuste korrelative Zusammenhänge, die sich zu zwei Faktoren bündeln liessen:

„Der erste Faktor repräsentiert eine aktive und adaptive Antwort auf negative Ereignisse, der adaptive Abwehr, problem fokussiertes Coping Strategien und Suche nach sozialer Unterstützung einschliesst; der zweite Faktor beinhaltet eine nicht-adaptive Antwort auf negative Ereignisse mit vermeidenden Coping und lauter nicht-adaptiven Abwehrmechanismen (Maricutoi & Crasovan 2016. S @).

c) Es erscheint also sinnvoll, von einer Arbeitsteilung zu sprechen: Beide Prozesse können aber müssen nicht der Realitätsbewältigung dienen. Die klassische psychoanalytischen Sicht bedenkt dabei die gleichzeitig ablaufenden Rolle unbewusster Wünsche (diese wurden als Triebe benannt) in jeder interaktionellen Situation. Dabei wird oft ein Gegensatz herausgearbeitet, es handle sich bei den Abwehrprozessen um weitgehend situationsunabhängige Muster, wohingegen Bewältigungsprozesse variable und situationsangepasst seien. Darüber lässt sich wohlfeil streiten – die Befundlage ist da nicht so eindeutig (z.B. Cramer 2006)

Während adaptive Abwehrmechanismen vorwiegend der Bewältigung unbewusst verankerter konfliktiver emotional-kognitiver Prozesse dienen, die unter Umständen ein besseres günstigeres Coping mit einer gegebenen bewussten Konflikt-Situation ermöglicht, sind jene Abwehrmechanismen, die vorwiegend zu einer Herabsetzung der Umweltwahrnehmung oder zu einer Minderung von Erwartungen der Umgebung motivieren, in der Regel nicht dazu angetan, die Bewältigung einer wirklich gegebenen Situation zu verbessern.

Aber auch wenn es zu starrer oder überschießender Abwehr kommt, die sich, besonders bei entsprechender genetischer Prädisposition, auch in Autoimmunprozessen zeigen kann, wird die Bewältigung der Realitätsanforderungen erschwert.

Bei schweren Krankheiten scheint eine Abwehr, die ein aktives Leben gestattet, eine bessere Prognose zu beinhalten als bei einer unter Übericheinwirkung erfolgenden resignierten Annahme des Krankheitsgeschehens. Schwere Schmerzsyndrome bei nicht lebensbedrohlichen Krankheiten werden anscheinend um so besser bewältigt, je mehr es gelingt, die — wenig objektbezogene — Angst in — objektgerichtete — Furcht umzuwandeln und damit Potenzen des Ich freizusetzen, die sonst in die Angstabwehr investiert werden müßten. Diese Sicht der Dinge lässt sich bei einem Vergleich der Abwehrmechanismen bei Patienten mit einer AML oder CML mit Patienten, die an einer Crohnschen Erkrankung leiden oder einer neurotischen Ambulanz Klientel erhärten: Die Leukämie Patienten zeigte das reifste Abwehryniveau (Tschuschke et al. 2002).

Dies passt zu den Befunden aus der Borderline-Forschung, wie Perry (2001) belegen konnte. Je ausgeprägter die Persönlichkeits-Störung, desto geringer das Abwehr Niveau. Allerdings zeigte sich auch, dass es sowohl ein stabiles Abwehrrepertoire bei solchen Patienten gibt, als auch deutliche Variabilität.

Mit dem bereits erwähnten Reifegrad von Abwehrmechanismen als ein prägnantes Merkmal der Abwehr im Kontrast zur situationsangepassten Bewältigung muss jedoch vorsichtig umgegangen werden. In der erwähnten prospektiven Studie zu KMT Patienten haben wir auch die Abwehr aufgeschlüsselt (Gulke et al. 2002).

Eine Clusteranalyse der Daten ergab eine Aufteilung der Patienten in drei Gruppen, wobei man zwei diskriminante Funktionen unterscheiden konnte, nämlich „unreife Abwehr“ und „neurotische“ Abwehr. Angesichts der Daten kamen wir zu dem uns selbst überraschenden Schluss, dass im regressions-induzierenden klinischen Setting einer KMT Station ‚unreife Abwehr‘ Vorteile zu haben scheint, während passiv aggressives Verhalten weniger gut ist hinsichtlich der Anpassung an die Umstände einer KMT. Insbesondere reifere Abwehrmechanismen scheinen ungünstig zu sein für die regressiven Herausforderungen der Situation. Dieses Inandergreifen von Bewältigung und Abwehr soll nun an zwei Fällen verdeutlicht werden.

Zwei prototypische Fälle

Wir möchten über zwei Fälle berichten, die sich im Nachhinein als die extremsten Ausprägungen von unreifer (Cluster 3, Patient A) und neurotischer Abwehr (Cluster, Patient B) herausgestellt haben. Die Beschreibung der beiden Fälle beschränkt sich nicht auf die Abwehrmechanismen. Wir haben auch Daten über soziales Verhalten, Copingstrategien und Bewertungen des Personals unter der Verwendung aufgezeichneter Daten miteinbezogen.

Beide Patienten sind weiblich und hatten die Diagnose CML etwa zwei Jahre vor der Transplantation erhalten. Zum Zeitpunkt der KMT ist Patientin A 45 Jahre alt und arbeitet aber nicht mehr als Korrespondentin. Sie ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern im Alter von 20 und 14 Jahren. Patientin B ist 29 Jahre alt, verheiratet, kinderlos und arbeitet Vollzeit als Angestellte.

12 der 21 Abwehrmechanismen konnten bei Patientin A beobachtet werden. Verglichen mit dem Durchschnitt zeigt sie hohe Werte bezüglich Abwertung, Verleugnung und Spaltung und ihr Gesamtwert liegt unter dem Durchschnitt. Der SCL-GSI-Score ist 1.25, was etwa den durchschnittlichen Werten von stationären psychotherapeutischen

Patienten mit neurotischen Störungen (1.29) entspricht. Sie hat hohe Werte auf den SCL-Faktoren "Zwanghaftigkeit", "Depression" und "Angst". Resignatives Coping und Ablenkung von der Krankheit sind Bewältigungsstrategien, die sie überdurchschnittlich häufig verwendet. Sie wird während der ersten chronischen Phase transplantiert. Ihr behandelnder Arzt schätzt ihre physischen Heilungschancen als gut und ihre psychische Belastbarkeit als eher ungünstig ein; das Pflegepersonal äußert sich ähnlich.

Das Anhören der aufgezeichneten Interviews verändert den Eindruck, der durch die Werte entstanden ist. Patientin A berichtet, wie sehr sie geschockt war, als ihre Diagnose feststand. Leukämie war für sie zu Beginn gleichbedeutend mit einem Todesurteil. Ihr Bruder war kein geeigneter Spender, also musste ein Spender außerhalb des Verwandtenkreises gefunden werden. Niemand konnte ihr mit der Entscheidung für eine KMT helfen. Das war etwas, das sie selbst entscheiden musste. Sie hasst nichts mehr, als gesagt zu bekommen, was sie tun soll. Die Patientin suchte auch Hilfe außerhalb der Schulmedizin. Ihre Strategie war "Das Beste aus dem auszuwählen, was die Ärzte und andere zu bieten hatten". Ein Heilpraktiker schlug ihr eine spezielle Diät vor. "Meine Lebensqualität verbesserte sich um 100%" sagt sie. Er stellte ihr ein Horoskop und traf ihre geheimsten Erwartungen. Wenn sie die nächsten 5 oder 6 Jahre überstehen würde, würde alles gut gehen. Lange Zeit, sagt sie, konnte sie sich nicht für eine KMT entscheiden. Sie hatte auch psychotherapeutische Unterstützung. Eine Freundin riet ihr, eine Psychologin aufzusuchen. Zunächst war sie skeptisch, meinte dann aber "im schlimmsten Fall habe ich meine Zeit vergeudet": Rückblickend beurteilt sie diese therapeutischen Kontakte als sehr hilfreich. Sie sprach über Themen, die sie weder mit ihrem Ehemann noch mit jemand anderem besprechen konnte. Alles in allem "hatte ich sehr viel Glück in meinem Leben".

Wenn man ihr zuhört, gewinnt man den Eindruck einer etwas kindlichen Person, die sich ihre eigenen Realität konstruiert. Somit scheint ihre Position auf F1 plausibel zu sein. Vielleicht spiegelt F1 eine Art Regression von Reife zu früheren Entwicklungsstufen wider und in diesem Sinne auch zu unreifem Verhalten.

Unser zweiter Fall, Patientin B, zeigt sieben Abwehrmechanismen. Ihre Werte sind sehr hoch auf den Skalen Unterdrückung, Reaktionsbildung, Verleugnung und Isolation. Der Gesamtscore ist über dem Durchschnitt. Die Patientin beschreibt sich selbst als überdurchschnittlich symptomfrei auf allen SCL-Skalen. Ihr GSI ist mit 0.10 niedriger als der "normaler gesunder Frauen" (0.39). Der höchste Wert liegt mit 0.30 auf der Skala Zwanghaftigkeit (Durchschnitt 0.51). Sie verwendet resignatives Coping in einem unterdurchschnittlichen Maße und Ablenkung von der Erkrankung in einem überdurchschnittlichen Maße. Das Pflegepersonal berichtet Ähnliches. Ihr behandelnder Arzt bezeichnet ihren psychischen Zustand als recht gut, ihre Heilungschancen aber nur als durchschnittlich, obwohl sie einen HLA-kompatiblen Verwandten als Spender hat und in der ersten chronischen Phase transplantiert wird.

Auf dem Tonband lacht Patientin B, wenn sie über ihre Diagnose spricht. Ihr Schock, sagt sie, verschwand, als der Arzt ihr die KMT vorschlug. Sie schöpfte Hoffnung und für sie war klar, dass sie sich der KMT unterziehen würde. Die Medikamente vertrug sie gut. Sie hatte nicht das Bedürfnis, mit jemanden über ihre Krankheit zu sprechen. Sie kam damit klar und verhielt sich, als ob gar nichts passiert wäre. Sie ist überzeugt, dass die Ärzte ihr Bestes tun würden und dass sie in guten Händen ist. So denkt sie nicht viel über ihre Situation nach. "Es wird immer ein Risiko geben und dem musst du dich stellen". Hinsichtlich der Zeit in Isolation erwartet sie keine Probleme. Da sie gerne allein ist, geht sie davon aus, dass sie etwas lesen und sich mit Handarbeiten beschäftigen wird. So sagt sie auch ihrem Ehemann, dass er sie für die Zeit der Bestrahlung und Chemotherapie nicht ins Krankenhaus begleiten müsse. "Im Moment kann ich mir nicht vorstellen, dass es schlimmer wird, ich bin nicht sehr schmerzempfindlich. Ich fürchte mich nicht vor der Einsamkeit", sagt sie. "Es wird ein Erfolg sein. Ich komme hierher und ich denke, ich werde geheilt wieder nach Hause gehen".

Die Patientin spricht klar und deutlich. In ihrer Stimme klingt keine Resignation mit. Sie ist reserviert und zeigt fast keine Emotionen während des Interviews. Dieser Fall veranschaulicht die Funktion F2

recht gut. Die negativen Aspekte der Krankheit und der Behandlung werden von ihr abgeblockt. Sie zeigt kalkulierten Optimismus, aber optimistische Gefühle fehlen beim Zuhören.

Patientin B starb 38 Tage nach der KMT. Patientin A ist noch am Leben.

Interlude: Das Stress-Modell und die Neuropsychologie der Abwehr

Vermutlich wird auf dieser Tagung vielfältig über die psychobiologische Fundierung dieser bislang skizzierten Themen gesprochen werden.

Die Suche nach einer eigenständigen Psychobiologie für Abwehrprozesse war lange Zeit vergeblich; hingegen hat die Bewältigungsdimension durch das Stress Modell seit Jahrzehnten systematische Aufmerksamkeit erhalten.

Wir werden es deshalb sehr kursorisch halten

BILD 11

A Nervensystem

- Das parasympathische Nervensystem dient im Stressgeschehen der Aufrechterhaltung der Homöostase im Sinne der Energiekonservierung.
- Das sympathische Nervensystem dient im Stressgeschehen der unmittelbaren Energiebereitstellung dienen. Die Ausschüttung von
- Katecholaminen aus dem Nebennierenmark ist charakteristisch für Reaktionen in Verbindung mit dem Fight und Flight Syndrom.
- Die Regulation der adrenalen Markhormone erfolgt sowohl durch das sympathische Nervensystem als auch durch Glucocorticosteroide.
-

BILD 12

B Hormonsystem

- Belastungen induzieren über kognitive Strukturen in der Großhirnrinde eine Aktivierung der neurosekretorischen Zellen des Hypothalamus und bewirken dort die Freisetzung von CRH.
- CRH als auch Vasopressin gelangen durch das Portalsystem in den Hypophysenvorderlappen und stimuliert von ACTH.
- ACTH bewirkt die Freisetzung von Glucocorticosteroiden (Cortisol / Corticosteron) aus der Nebennierenrinde.

BILD 13

C Immunsystem+

- Stressoren beeinflussen das Immunsystem.
- Sowohl
- physische als auch psychische Belastungen unterdrücken die über T- und B-Zellen vermittelte Immunfunktion durch Zytokine (u.a. Interleukin-2 und Interferon-gamma)

BILD 14

Interaktionen 1

- Innervation der primären (Knochenmark, Thymus) und sekundären (Lymphknoten, Milz) Organe des Immunsystems durch noradrenerge Nervenfasern, die aus den Ganglien des sympathischen Nervensystems entspringen, gegeben.
- Neben dieser direkten Innervierung schafft die Existenz von Rezeptoren für Neuropeptide, Neurotransmitter und Hormone auf Zellen des Immunsystems eine biochemische Verbindung für eine zentralnervöse Immunmodulation.

BILD 15

Interaktion 2

- Von zentraler Bedeutung für die Informationsübertragungen zwischen Immunsystem und zentralem Nervensystem sind die von aktivierten Monozyten und Makrophagen gebildeten Zytokine Interleukin-1beta (IL-1 β), Interleukin-6 (IL-6) und TNF- α
-

BILD 16

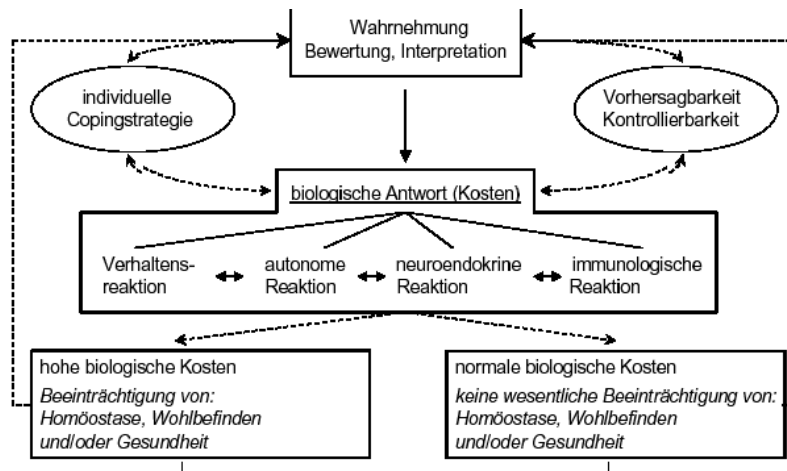
Effekte von Stress: Faktoren

- (1) Zeitdauer von Stress (akut oder chronisch)
- (2) Der Effekt von Stress auf die räumliche Leukozytenverteilung im Körper/Organen
- (3) Der unterschiedlich Wirkeffekt von Glucocorticoiden in Abhängigkeit der Konzentration (physiologische vs. pharmakologische K.) und Art (endogene vs. synthetische C.)
- (4) Das Timing, d.h. die zeitliche Abfolge, in der die immune Aktivierung bzw. die Immunantwort auf das Einwirken eines Stressors oder auf die Exposition mit Stresshormonen erfolgt.

BILD 17

Ein Stress Modell

Die aufgeführten Prozesse führen zu einem ersten Modell:



Interessanter ist die nachfolgende Darstellung, die den Unterschied zwischen akutem und chronischen Stress bis auf die immunologische Ebene verfolgt (Dhabbar 2009).

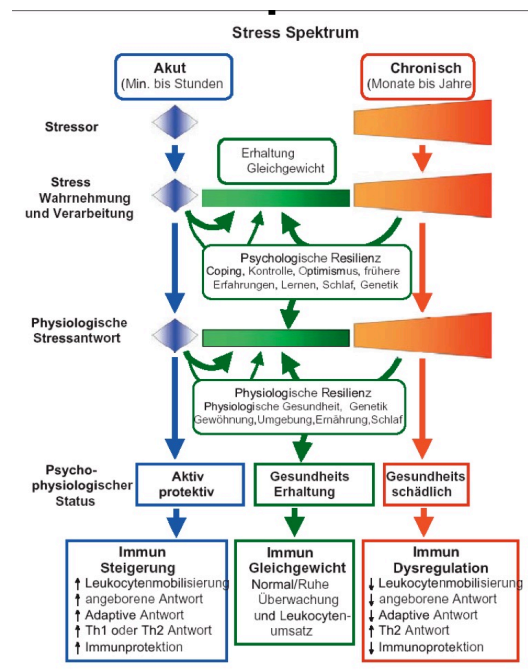
BILD 18

Enhancing versus Suppressive Effects of Stress on Immune Function: Implications for Immunoprotection and Immunopathology

Firdaus S. Dhabhar

Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, and Stanford Institute for Immunity, Transplantation, & Infection, Stanford University, Stanford, Calif., USA

BILD 19



Soviel zu der psychobiologischen Basis der Bewältigungsmechanismen Jetzt kommt noch was relativ Neues dazu:

Lange Zeit war eine psychobiologische Sicht der Abwehrprozesse nicht in Sicht. Mit dem Konzept der impliziten Emotionsregulation (ER) ist jedoch ein eine neue Situation eingetreten.

Die Eigenschaften der ER werden als beobachtbare kognitive Prozesse konzipiert, die auf einem dimensional Spektrum ansiedelt sind. Sie umfassen angestrengte (effortful) Vorgänge der Selbstschutzes in gesunden wie in kranken Menschen.

Die Unterscheidung von expliziten und impliziten ER erlaubt es, die bewussten Bewältigungsanstrengungen von den unbewussten Abwehrprozessen zu differenzieren.

Dieser neue Fokus auf implizite ER Prozesse dürfte wohl der direkteste Anknüpfungspunkt an Freuds Theorie der Abwehr sein, schreibt Gross (2014) in dem von ihm herausgegebenen Handbuch der Emotion. Es werden sowohl externale Einflüsse als auch bewusste und unbewusste

Selbsteinschätzungen miteinander verrechnet. Lokalisatorisch begegnen wir dem ventralen präfrontal Cortex (PFC), eingeschlossen der orbitofrontale Cortex, der ventromedial3 PFC, und der ventral anteriore cinguläre Cortex (Gyurak & Etkin 2014) und dies steht im Gegensatz zu der Lokalität der expliziten ER im dorsolateralen Cortex. Gyurak, Gross, and Etkin (2011) haben Belege vorgelegt, dass diese implizite System für die seelische Gesundheit bedeutsamer sein könnte als das explizite kognitiv-behaviorale, da es automatisch reguliert ist, und keine externale Trigger für das Monitoring benötigt. Des weiteren wird zunehmend gefunden, dass dieses impliziten System für die Entwicklung von psychopathologischen Symptome (Etkin et al. 2010) und affektiven Störungen relevanter ist (Ehring et al. 2010).

Konsequenzen für die psychosomatische Psychotherapie

Mit Bedacht haben wir für den Titel unserer Darstellung die Formulierung psychosomatische Psychotherapie gewählt. Im Unterschied zur gut etablierten ambulanten Psychotherapie, sei sie tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch, benutzt psychosomatische Psychotherapie seit ihren Anfängen in der Baden-Badener Klinik von Georg Groddeck an einen multi-modalen Zugang. Groddecks Therapieformen verbanden Naturheilverfahren mit psychoanalytischen, suggestiven und hypnotischen Elementen. Seine Arm- und Fußbäder, Massagen, seine Diätkost werden auch heute noch praktiziert, wenn auch die kühnen Heilslehren, die er seinen Patienten zusätzlich präsentierte, heute zurückhaltender bewertet werden. Anders als Freud beschäftigte sich Groddeck im Wesentlichen mit chronisch körperlich Kranken. Groddeck gilt vielen als Begründer

der psychoanalytischen Psychosomatik, wenngleich mit dem Status eines Außenseiters.

Unter multi-modal ist schlicht zu verstehen, dass Vielfältigkeit therapeutischer Angebote Trumpf ist. Um diese Vielfältigkeit begründen zu können gilt es nochmals auf den Eingang unseres Referates zurückzukommen. Die von Fava und Sonino zusammengestellten Befunde lassen sich auch gegen den Strich so lesen: Bei vermutlich fast allen somatischen Störungen und Krankheitsbildern wird ja nicht die somatische Störung durch psychologische Intervention primär beeinflusst sondern der einzelne Patient mit seinen je individuellen Ressourcen, Vorlieben und Vorzügen. Monika Hasenbring (1988) berichtete aus dem Hamburger KMT-Projekt vor vielen Jahren, dass KVT recht stabile aber nur durchschnittliche Erfolge bei der Schmerzbekämpfung erzielte, aber ein Patient von der freien Musikimprovisation mit seiner Musiktherapeutin ausserordentliche Wirkungen zu berichten wusste.

Multimodal heisst also, dass viele Wege nach Rom führen, aber dass dem Patient auf die Sprünge zu helfen ist, welcher Weg für sie, für ihn der passende ist. Dazu muss es ein komplexes Behandlungsangebot geben, das sich auf vielfältige Sinnesmodalitäten richtet.

Im Unterschied zur ambulanten Psychotherapie, die sich auf monotherapeutische Intervention beschränkt oder aus versicherungstechnischen Gründen beschränken muss, kann psychosomatische Psychotherapie sich auf die Förderung der Bewältigungsressourcen durch Patientenaufklärung, durch Sport oder Gymnastik, oder Gemeinschaftserfahrungen richten. Kunsttherapie, Musiktherapie und Tanztherapie werden leider noch immer nur als

Heilhilfsmethoden gewürdigt; doch diese haben ihren besonderen Platz in der psychosomatischen Therapie.

BILD 20

Ein Blick auf den Tagesplan einer psychosomatischen Tagesklinik verdeutlicht dies:

Wochenplan psychodynamische Gruppe				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00 - 8.30 Anwesenheitsgruppen und Frühstück	8.15 - 8.30 Anwesenheitsgruppen und Frühstück	8.15 - 8.30 Anwesenheitsgruppen und Frühstück	8.15 - 8.30 Anwesenheitsgruppen und Frühstück	8.15 - 8.30 Anwesenheitsgruppen und Frühstück
8.30 - 9.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	8.30 - 9.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	8.30 - 9.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	8.30 - 9.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	8.30 - 9.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
9.00 - 9.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.00 - 9.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.00 - 9.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.00 - 9.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.00 - 9.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
9.30 - 10.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.30 - 10.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.30 - 10.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.30 - 10.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	9.30 - 10.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
10.00 - 10.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.00 - 10.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.00 - 10.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.00 - 10.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.00 - 10.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
10.30 - 11.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.30 - 11.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.30 - 11.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.30 - 11.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	10.30 - 11.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
11.00 - 11.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.00 - 11.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.00 - 11.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.00 - 11.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.00 - 11.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
11.30 - 12.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.30 - 12.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.30 - 12.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.30 - 12.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	11.30 - 12.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
12.00 - 12.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.00 - 12.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.00 - 12.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.00 - 12.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.00 - 12.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
12.30 - 13.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.30 - 13.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.30 - 13.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.30 - 13.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	12.30 - 13.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
13.00 - 13.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.00 - 13.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.00 - 13.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.00 - 13.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.00 - 13.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
13.30 - 14.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.30 - 14.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.30 - 14.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.30 - 14.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	13.30 - 14.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
14.00 - 14.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.00 - 14.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.00 - 14.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.00 - 14.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.00 - 14.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)
14.30 - 15.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.30 - 15.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.30 - 15.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.30 - 15.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)	14.30 - 15.00 Gruppenpsychotherapie (VFP)
15.00 - 15.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	15.00 - 15.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	15.00 - 15.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	15.00 - 15.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)	15.00 - 15.30 Gruppenpsychotherapie (VFP)

Allerdings wie sich Abwehrmechanismen gezielt günstig beeinflussen lassen, erfordert etwas mehr Reflexion.

Ein Stichwort wäre hier: Gemeinsames Nachdenken tut not. Dies geschieht in moderner Terminologie angeblich besonders in der Mentalisierungs-basierte Therapie die von Batemann & Fonagy (2004) entwickelt wurde. Dies ist derzeit jedoch nur für die Behandlung von Borderline Patienten gezeigt.

Etablierte Lehrbücher wie z.B. Buddeberg & Willi (1998) unterstreichen zwar die Schutzfunktion der Abwehr; wissen jedoch nur, dass „die empathische Unterstützung der Abwehr einem Patienten so weit Kräfte zuführen kann, dass er ev. die Abwehr aufgeben kann (S. 291).

Hier fehlt bislang uns eine ausgearbeitete Theorie der Veränderung von Abwehrprozessen bei somato-psychisch erkrankten Menschen.

Literatur

- Bateman A W ,Fonagy P (2004) Mentalisation-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorder* 18: 36-51
- Buddeberg C, Willi J (1998) *Psychosoziale Medizin*. Springer, Berlin
- Cramer P (1991). The development of defense mechanisms: Theory, research and assessment. Springer-Verlag, New York, NY
- Cramer P (1998) Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality* 66(6): 21-946.
- Cramer P (2006) *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. Guilford Press, New York
- Dhabbar F S (2009) Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: Implications for immunoprotection and immunopathology. *NeuroImmunoModulation* 16: 300–317
- Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnülle J, Fischer S, Gross JJ (2010) Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 10:563–572.
- Fava G, Sonino N (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 184-197.
- Freud A (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanal Verlag.
- Gross J.J. (2013) Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion* 13:359–365
- Gross JJ (2014a) Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In: J.J. Gross (Hrsg) *Handbook of emotion regulation: Second edition*. Guilford Press New York, S 3–20.
- Gross JJ (Hrsg) (2014b) *Handbook of emotion regulation: Second Edition*. Guilford Press, New York
- Gulke N, Bailer H, Caspari-Oberegelsbacher H, Heitz V, Juchems A, Tschuschke V and Kächele H (2004) Patients confronted with a life-threatening situation: the importance of defense mechanism in patients facing bone marrow transplanation. In: Hentschel U, Smith GJW, Draguns JG, Ehlers W (Hrsg) *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives*. Elsevier, Amsterdam, S 521-534
- Gulke N, Bailer H, Tschuschke V, Heitz V, Juchems A and Kächele H (2002) Adaptivität von Abwehrmechanismen bei Patienten unter Knochenmarktransplantation. *Psychodynamische Psychotherapie* 1: 142-151
- Gulke N, Bailer H, Caspari-Oberegelsbacher H, Heitz V, Juchems A, Tschuschke V ,Kächele H (2004). In: U. Hentschel, G. J. W. Smith, J. G. Draguns and W. Ehlers (Hrsg) *Patients confronted with a life-threatening situation: the importance of defense mechanism in patients facing bone marrow transplanation*. Elsevier, Amsterdam
- Gyurak A & Etkin A (2014) A neurobiological model of implicit and explicit emotion regulation. In *Handbook of Emotion Regulation: Second Edition*, ed. J.J. Gross. New York: Guilford Press, pp. 76–90
- Hasenbring M (1988) Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In H. Kächele & W. Steffens (Hrsg.), *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Hentschel, U., Draguns, J.g., Ehlers, W., & Smith, G. (2004). *Defense*

- mechanisms: Current approaches to research and measurement. In *Defense Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives*, ed. U. Hentschel, G. Smith, J.G. Draguns, & W. Ehlers. Amsterdam: Elsevier, pp. 3–41.
- Horowitz M (1986) *Stress response syndromes*. Jason Aronson, Northvale, NJ
- Horowitz M (1988) *Psychodynamics and cognition*. University of Chicago Press, Chicago
- Kächele H, Steffens W (Hrsg) (1988a) *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Kline P (2004). A critical perspective on defense mechanisms. In: Henschel U, Smith G, Ehlers W, Draguns J (Hrsg) *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives* Elsevier, Amsterdam, S 43-54
- Maricutoiu LP and Crasovan DI (2016) Coping and defence mechanisms: What are we assessing? *International Journal of Psychology* 51:83-92
- Perry J C (2001) A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189: 651-660
- Rice T, Hoffman L (2014) Defense mechanism and implicit emotion regulation: A comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 62: 693-701
- Steffens W, Kächele H (1988b) *Abwehr und Bewältigung - Strategien und Mechanismen. Wie ist eine Integration möglich?* In: Kächele H, Steffens W (Hrsg) *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, S 1-50
- Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kächele H (2001) Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 50: 277-285
- Tschuschke V, Weber R, Oberegelsbacher H, Denzinger R, Anbeh T, Dirhold SS, Kühn A , Kächele H (2002) Das Verhältnis von Abwehr und Coping bei unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 11: 73-82