

Somatopsychik

Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung
aus kontrollpsychologischer Perspektive

Wilfried Echterhoff

Innovation für das Gesundheitswesen

SHAKER
VERLAG



Der Autor, Prof. Dr. Wilfried Echterhoff, Hochschullehrer für Psychologie an der Bergischen Universität Wuppertal und Leiter eines Instituts für Psychotherapie und Coaching bis zum Jahr 2012, setzt mit diesem Buch seine Reihe neuer wissenschaftlicher und praktischer Impulse fort.

Dieses Buch ...

- ... versteht Psychotherapie als Aufbauarbeit für einen Menschen und nicht als Attacke gegen Krankheiten
- ... fügt den modernen Kenntnisstand zu einem neuen Bild von Körper und Seele zusammen
- ... betrachtet das Zusammenspiel von Körper und Seele wie das Verhalten eines Liebespaars: Man fördert sich gegenseitig und hat gemeinsame konstruktive oder manchmal auch destruktive Ziele
- ... verdeutlicht eine Fülle von bislang vernachlässigten Wirkweisen zwischen Körper und Seele
- ... erläutert im Detail, wie Körper und Seele zusammenwirken
- ... beschreibt zum ersten Mal detailliert den Zustand von Gesundheit mithilfe von acht Merkmalen auf der Grundlage der allgemeinen Definition der Weltgesundheitsorganisation
- ... erarbeitet auf fachlicher Grundlage eine neue Krankheitssystematik für das Gesamtsystem Körper/Seele und hebt sich somit vom Mainstream ab
- ... stellt ein neues Konzept zur Somatopsychik vor, in dem die Entstehung, die Zusammenhänge und die Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten verständlich gemacht werden
- ... gibt vielfältige praktische Anleitungen für die Behandlung von ausgewählten Krankheiten
- ... vermittelt eine neue Denkweise, die sich sofort praktisch umsetzen lässt, und erläutert die Reichweiten und Grenzen der Kenntnisse und praktischen Handhabungen

Somatopsychik

Wilfried Echterhoff

Somatopsychik – Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung aus kontrollpsychologischer Perspektive

von

Wilfried Echterhoff

Bergische Universität Wuppertal und
Institut für Psychologische Unfallnachsorge (*ipu*) und
Psychologische Gesundheitsförderung (*ipg*), Köln

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Reviewer:

Für unterstützende fachliche Hinweise und für Reviews danke ich herzlich Frau Dr. phil. Michaela Heinecke, Frau Dipl.-Psych. Monika Jendry, Psychologische Psychotherapeutin, Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Harald Meyer und Herrn Univ.-Prof. em. Dr. phil. Hartmut O. Häcker.

Für den Buchhandel steht eine gedruckte Auflage zu Verfügung.

Ein Download (Leseversion) aus dem Internet ist unter <http://www.shaker.de/shop/978-3-8440-2192-9> möglich.

Copyright Shaker Verlag 2013

Alle Rechte, auch das des auszugsweisen Nachdruckes, der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen und der Übersetzung, vorbehalten.

Printed in Germany.

ISBN 978-3-8440-2192-9

ISSN 0945-0971

Shaker Verlag GmbH • Postfach 101818 • 52018 Aachen
Telefon: 02407 / 95 96 - 0 • Telefax: 02407 / 95 96 - 9
Internet: www.shaker.de • E-Mail: info@shaker.de

Wilfried Echterhoff

Somatopsychik

Gesundheit für Körper und Seele

Fachliche Grundlegung und praktische Anleitung
aus kontrollpsychologischer Perspektive

Das vorliegende Buch formuliert lediglich mit einem Geschlecht ohne das andere damit auszuschließen.

Prof. Dr. Wilfried Echterhoff, Mauritiussteinweg 1, 50676 Köln, Tel. +49 221 9692039
www.echterhoff.com
echterhoff@uni-wuppertal.de

Vorwort

Als ich ab den 1970er Jahren Extremerlebnisse im Straßenverkehr untersuchte und daraufhin betroffene Personen von mir therapiert werden wollten, fühlte ich mich ein bisschen von den psychotherapeutischen und medizinischen Fachangeboten verlassen. Viele Kenntnisse und Erkenntnisse aus der Psychologie und aus anderen Bereichen der Humanwissenschaften hatten keinen Eingang in die Welt der Psychotherapie gefunden. Als besonders nachteilig und als fachlich falsch empfand ich die im Gesundheitswesen übliche Trennung zwischen Körper und Seele. Da ich im Forschungs- und Lehrbereich arbeite, kam mit zunehmender Nachfrage nach Therapie bei mir der Wunsch auf, die fachliche Situation der Psychotherapie einschließlich der somatisch orientierten Komponenten zu verbessern und versuchte es mit Optimierungen von Details. Nach und nach hörte ich allerdings mit der Vermehrung gestückelter Verbesserungen auf und versuchte ein verbessertes, in sich geschlossenes fachliches System aufzubauen. Parallel zu meinen eigenen Vorstellungen nahm insgesamt die fachliche Entwicklung der Psychotherapie einen bemerkenswerten positiven Verlauf. Aus meinen Verbesserungswünschen und den fachlichen Fortschritten entstanden zunächst institutsinterne Empfehlungen für meine eigene Arbeit.

Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass das Zusammenwirken von Körper und Seele eigentlich wie das Zusammenleben von zwei Menschen in einer Lebenspartnerschaft funktioniert: Man unterstützt oder behindert sich gegenseitig, gelegentlich übernimmt ein einzelner Partner die Führung – aber immer ist man über gemeinsame, aber auch separate Ziele miteinander verbunden. Diese Ziele können konstruktiv, aber auch destruktiv sein.

Letztlich entstand aus den angestellten Überlegungen ein somatopsychisches Konzept für die Psychotherapie.

Körper und Seele sind eine natürliche Einheit. Die Bezeichnung „Somatopsychik“ soll verdeutlichen, dass die Psyche mit den unwillkürlichen, unbewussten und bewussten Funktionen den ganzen Menschen steuert. In einigen fachlichen Disziplinen wird diese Einheit kaum noch in Frage gestellt, ohne diese Sichtweise fachlich detailliert auszuarbeiten. Das Gesundheitswesen in Deutschland und auch in anderen westlich geprägten Ländern unterscheidet allerdings deutlich zwischen Körper und Seele. Für beide Bereiche, die zugleich Wirtschaftsmärkte sind, gibt es jeweils zuständige Institutionen und zuständige Behandler: Mediziner für den Körper und Psychologen für die Seele. Immer wieder gibt es fachliche Versuche, beide Welten miteinander zu verbinden. Diese Koppelungsversuche misslingen, da es wegen der Einheit von Körper und Seele nichts korrelativ zu koppeln gibt.

In der vorliegenden Abhandlung finden fachlich Interessierte nachhaltige Anregungen, jedoch keine Mainstreamdarstellung. Sie wendet sich an neugierige und unzufriedene fachliche Laien sowie an Entwickler, Wissenschaftler und Forscher, die sich mit den gewachsenen Modellen, Konstrukten und Methoden auf dem Gebiet der Heilkunde, speziell der Psychotherapie, nicht ganz abfinden wollen. Sie wendet sich auch an Psychotherapeuten und Mediziner, die sich systematische Anregungen für fachliche Verbesserungen für ihre praktische Arbeit wünschen.

Soma und Psyche arbeiten grundsätzlich zusammen. Der Subsidiaritätsansatz in der vorliegenden Abhandlung bietet hierfür eine neue konzeptionelle Ausrichtung an. Betrachtet man Psyche und Soma als Einheit (Entität) ermöglichen die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, vor allem die der Psychologie und der Medizin, mit ihren jeweiligen Methoden und Verfahren einen jeweiligen und ausschnittlichen Zugang zu dieser Entität.

Die vorliegende Abhandlung ordnet den relevanten fachlichen Kenntnisstand aus der Psychologie und zum Teil aus der Medizin neu. Es wird eine Systematik von therapeutischen Zielen aufgebaut, sodass therapeutisches Arbeiten sich nicht nur an der Bekämpfung von Symptomen oder von Störungen orientieren muss. Die Bekämpfung von Krankheiten hat ihren Sinn, aber das Fördern

von Selbstheilungskräften durch gezielte gesundheitsförderliche Impulse sollte jedoch bei Prävention und der Behandlung von Krankheiten Vorrang haben.

Im Gesundheitswesen ist sowohl eine Verlagerung der Forschungs- und Entwicklungsarbeit von dem bislang dominierenden interessegeleiteten zu einem erkenntnisgeleiteten Schwerpunkt vorzunehmen. Es darf nicht sein, dass Forschungsförderung dazu führt, einen absehbaren Skandal in Kauf zu nehmen, weil wissenschaftliche Prinzipien nicht beachtet wurden und somit Behauptungen über Erfolge irgendwann nicht mehr zu halten sind.

Manche bisherige separierend geprägte Denkweise zu Soma und Psyche hat sich geschichtlich entwickelt, ohne ganz oder teilweise in Frage gestellt worden zu sein, und manche praktischen Einschränkungen ergeben sich zudem durch kompromisshaften Konsens im hoch geregelten Gesundheitswesen einiger Staaten. Das Gesundheitswesen ist angewiesen auf die Ergebnisse aus Grundlagenfächern, z.B. aus der Chemie (vor allem der Pharmazie), aus der Biologie (vor allem die der menschlichen Funktionen), aus der Physik (vor allem der darauf aufbauenden technischen Entwicklungen) und aus der Psychologie (vor allem der psychischen Steuerungsprozesse). Das Gesundheitswesen könnte medizinisch, gesellschaftlich, volkswirtschaftlich und betriebswirtschaftlich effektiver und effizienter arbeiten, wenn es die fachlichen Erträge vor allem aus der Biologie und aus der Psychologie besser als bisher in die konzeptionellen Arbeiten und in den Anwendungsalltag integrieren würde. Das Fachgebiet Medizin sollte auf keinen Fall die technischen und chemischen / pharmazeutischen Methoden und Verfahren aufgeben, sondern mithilfe von Denkmethode, die eine Einheit von Psyche und Soma berücksichtigen, weiter ausbauen.

Die vorliegende Abhandlung setzt fachlich die Wechselwirkung zwischen empirischer bzw. experimenteller Forschung und Konstrukt- bzw. Modellbildung in einer kooperativ angelegten Weise fort. Die fachliche Welt der Wissenschaft und die Welt des Gesundheitsmarktes dürfen nicht weiter auseinanderdriften. Dem wissenschaftlich geschulten Leser wird empfohlen, das Lesen des Buches mit dem Kapitel A1 (Grundlagen) im Anhang zu beginnen.

Wilfried Echterhoff

Zusammenfassung

Somatopsychik wird als System der Einheit von Körper und Seele beschrieben und vor allem in ihren Konsequenzen für die therapeutische Arbeit erläutert. Das Vorgehen einer somatopsychischen Therapie wird konzeptionell und anhand von Beispielen erläutert: Diagnostik, Definition von Therapiezielen, Nutzung von somatopsychischen Prozessen, von salutogenen (gesundheitswertigen) Zielen und auch von kognitiv-emotionalen Modulationen (vor allem cognitive biases). Auf diese Weise werden die Prinzipien der Referentialpsychologie und der Referentialtherapie beschrieben.

Die Einheit von Soma und Psyche wird in der vorliegenden Abhandlung als fachliche Grundlage angenommen. Soma und Psyche wirken in somatopsychischen Prozessen zusammen. Um einen systematischen Zugang zu dieser Einheit zu ermöglichen, werden Axiome und Prämissen für Erleben, Handeln und für somatopsychische Prozesse definiert. Hierbei werden u.a. drei Referentialdomänen unterschieden: Selbstbezug, soziale Bezüge, biologisch-technische Bezüge zum Umfeld. Der Austausch zwischen Internalität und Externalität erfolgt durch Akkommodation und Assimilation mit autochthonen (eigenständigen) und allochthonen (externalen) Einflüssen.

Verhaltensänderung auf der Grundlage von Akkommodation und Assimilation zeigt sich lernpsychologisch in formeller und informeller Erfahrungsbildung. Assimilation und Akkommodation unterliegen u.a. dem Einfluss von kognitiv-emotionalen Modulationen, die vornehmlich aus selektiver Wahrnehmung, Fehlinterpretationen, Irrtümern und nicht immer passenden Routinen bestehen. Einzelne psychische oder somatische Symptome einer Krankheit erzeugen sich nicht gegenseitig, weder partiell noch insgesamt, sondern zeigen ein Gesamtbild. Daher spielt die Körpertherapie bzw. Körperpsychotherapie im Konzept der Somatopsychik eine grundsätzlich wichtige Rolle. Das Zusammenspiel von biochemischen, elektrochemischen Substanzen und von Vorgängen mit dem Erleben und Handeln offenbart die Struktur, die Systematik und die Ziele innerhalb der Somatopsychik von Individuen. Gemeinsame Ziele durchziehen Soma und Psyche.

Zwischen Soma und Psyche besteht u.a. eine unterstützende Wechselwirkung (eine gegenseitige Subsidiarität), die über definierbare somatopsychische Ziele gesteuert wird. Diese Ziele können entweder dem salutogenen (gesundheitswertigen) oder dem pathogenen (krankheitswertigen) Bereich zugeordnet werden. Innerhalb des Konzepts der Referentialtherapie wird das Psychotrauma als Prototyp einer somatopsychischen Störung phänomenologisch und therapeutisch beschrieben.

Es werden acht Komponenten von somatopsychischer Gesundheit definiert: Appetenz in sich spüren können, Dynamik erleben können, Ruhe und Ausgeglichenheit erfahren können, Internalität an sich selbst erkennen können, verstehendes Erleben praktizieren können, Wunscherfüllung erfahren können, Systematik leben können, Leichtigkeit und Durchsichtigkeit in sich selbst erleben können. Für den Zustand somatopsychischer Gesundheit ist das Vorhandensein aller acht Komponenten bis zu einer bestimmbarer Ausprägung erforderlich.

Der Zustand der somatopsychischen Krankheit kann folgende acht Komponenten (oder eine Teilmenge davon) enthalten: Ständige Vermeidung entgegen eigener Ziele praktizieren müssen, sich ständig in Desorganisation aufhalten müssen, kämpferische Verteidigung als Prinzip vorsorglich ausüben müssen, Überdeckenmüssen der eigenen Internalität, ständig vor dem baldigen Vernichtetwerden stehen müssen, Erzwingenmüssen von externalen Geschehnissen, dynamische Bezuglosigkeit praktizieren müssen, sich ständig unter emotionaler Last und in emotionaler Dunkelheit befinden müssen.

Die Komponenten somatopsychischer Gesundheit und Krankheit werden als Ziele somatopsychischen Lebens verstanden. In der Behandlung von Krankheiten sind die pathogenen Ziele zu schwächen und am besten durch salutogene Ziele zu ersetzen.

Weiterhin werden Prinzipien somatopsychischer Evaluation und Diagnostik beschrieben, u.a. die duale Orientierung somatopsychischer Diagnostik.

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Zusammenfassung	7
1	Verhaltensänderung als zentraler somatopsychischer Prozess	15
1.1	Verhaltensänderung als Erfahrungsbildung	15
1.2	Formelle und informelle Erfahrungsbildung	16
1.3	Erleben und Handeln in externalen und internalen Bezügen: Das Konzept der Referentialpsychologie	19
1.4	Erfahrungsbildung und kognitiv-emotionale Modulationen	20
2	Somatopsychische Prozesse und Basisprozesse	31
2.1	Somatopsychische Prozesse	31
2.2	Allgemeine Kennzeichen und Grundfunktionen somatopsychischer Prozesse	32
2.3	Somatopsychisches Geschehen	39
2.3.1	Somatopsychischer Basisprozess „Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen“	39
2.3.2	Somatopsychischer Basisprozess „Reifen und Wachsen“	40
2.3.3	Somatopsychischer Basisprozess „Bewegen (Mechanische Komponenten und mechanische Kompetenz des Individuums)“	40
2.3.4	Somatopsychischer Basisprozess „Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen“	40
2.3.5	Somatopsychischer Basisprozess „Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen“	40
2.3.6	Somatopsychischer Basisprozess „Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene“	41
2.3.7	Somatopsychischer Basisprozess „Erfahrungsbildung“	41
2.3.8	Zugänglichkeit somatopsychischer Basisprozesse und ihrer Ziele	41
2.4	Gegenseitige Subsidiarität von Psyche und Soma	41
2.5	Weitere Eigenschaften somatopsychischer Prozesse	45
2.5.1	Das Primat des Ziels	45
2.5.2	Wiederholung und Taktung	45
2.5.3	Multikausalität, Multifinalität und Multifunktionalität	45
2.5.4	Abhängigkeit der Prozesse von Ressourcen	46
2.5.5	Prozesse als Regelkreise	46
2.5.6	Ergebnisphase ist zugleich Initialphase	46
2.5.7	Individuum und Umfeld im gegenseitig prägenden Austausch	46
2.5.8	Veränderung von Prozessen durch Eindringen von externalen und internalen Teilsystemen	46
2.5.9	Stabilität vs. Wechsel von Expansion und Kontraktion	46
2.5.10	Gleichmächtigkeit von Psyche und Soma	46
2.6	Nachteile und Vorteile einer prozessorientierten Sichtweise	47
2.7	Akkommodation / Assimilation und Wohlbefinden	49
3	Gesundheit aus somatopsychischer Sicht	51
3.1	Wohlbefinden	51
3.2	Erhalt des Wohlbefindens	55
3.2.1	Grundmodell für den Erhalt des Wohlbefindens	55

3.2.2	Kompromissbehaftete salutogene Regulationen	57
3.3	Beeinträchtigungen des Wohlbefindens nach Kompromissbildungen bzw. nach Störungen von Assimilation und Akkommodation	58
4	Somatopsychische Nosologie	61
4.1	Leiden	61
4.2	Die Entität Psyche-Soma in der empirischen Gesundheitsforschung	64
4.2.1	Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien	64
4.2.2	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse aus den ausgewählten Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“	64
4.3	Systematik somatopsychischer Störungen	67
4.4	Somatopsychisches Leben	79
4.5	Übergänge zwischen somatopsychischer Gesundheit und somatopsychischer Krankheit	81
4.6	Ätiologie somatopsychischer Störungen	81
5	Somatopsychische Therapiesystematik	85
5.1	Kontext der Therapiesystematik	85
5.1.1	Absprachen zwischen Patienten und Behandler	85
5.1.2	Phasenaufbau	85
5.2	Befund- und Behandlungscluster an drei Beispielen	89
5.3	Ansatzpunkte von Interventionen	97
5.3.1	Arten von Interventionen	97
5.3.2	Präventive Intervention	99
5.3.3	Protektive Intervention	99
5.3.4	Supportive Intervention	100
5.3.5	Implementative Intervention	100
5.3.6	Konfirmative Intervention	101
5.3.7	Rekursive Intervention	101
5.3.8	Palliative Intervention	101
5.4	Aufgaben einer Medikation	102
6	Transformation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit	105
6.1	Selbtheilungskräfte	105
6.2	Intentionale Transformation des Zustands der Krankheit in den Zustand der Gesundheit	105
6.2.1	Adaptive Ziele	105
6.2.2	Kontentvalide Therapie und kriteriumsorientiertes Testen	106
6.3	Erfahren von Wirksamkeit und Illusion von Kontrolle: Die Referentialtherapie	109
6.4	Körpertherapie, Körperpsychotherapie	112
6.5	Am Ende der Therapie: Stabilisierung	112
7	Psychotrauma (Cruciatus Vehemens) als Prototyp einer somatopsychischen Störung	115
8	Therapeutische Nutzung von somatopsychischen Basisprozessen, von Eigenschaften somatopsychischer Prozesse, von salutogenen Teilzielen und von kognitiv-emotionalen Modulationen	119
8.1	Therapeutische Arbeit innerhalb somatopsychischer Basisprozesse	119
8.2	Therapeutische Nutzung von Eigenschaften somatopsychischer Prozesse	119

8.3	Therapeutische Nutzung salutogener Teilziele	125
8.4	Therapeutische Nutzung kognitiv-emotionaler Modulationen	129
8.5	Reichweite somatopsychischer Therapie	130
9	Beispiele somatopsychischer Therapie	133
9.1	Somatopsychisches Therapiebeispiel 1: Erleben emotionaler Kontexte	133
9.2	Somatopsychisches Therapiebeispiel 2: Manuelle und instrumentelle Induktion positiver Emotionen	135
9.3	Somatopsychisches Therapiebeispiel 3: Dialogische Fußwanderung	137
9.4	Somatopsychisches Therapiebeispiel 4: Meditative Introspektion	139
9.5	Somatopsychisches Therapiebeispiel 5: Erleben eigener alternativer Verhaltensweisen	142
9.6	Somatopsychisches Therapiebeispiel 6: Therapie von Flugangst	144
9.7	Somatopsychisches Therapiebeispiel 7: Bewältigung eines Psychotraumas (Cruciatuſ Vehemens)	149
9.8	Besondere Therapieverfahren zur Behandlung eines Psychotraumas (Beispiele)	153
10	Evaluation somatopsychischer Therapie	157
11	Somatopsychiſch angelegte Diagnostik und Begutachtung	159
11.1	Duale Orientierung somatopsychiſch angelegter Diagnostik	159
11.2	Somatopsychiſch angelegte Begutachtung	159
11.2.1	Prinzipien einer somatopsychiſch angelegten Begutachtung	159
11.2.2	Somatopsychiſche Begutachtung im Bereich des Sozialrechts	160
11.2.3	Somatopsychiſche Begutachtung für die Zwecke der Therapieplanung	164
12	Somatopsychiſche Therapie und Coaching	167
13	Forschung	169
14	Folgerungen für die derzeitige Praxis	171

Literaturverzeichnis 172

Anhang 190

A1	Grundlagen und Ansatz	190
A1.1	Das Konzept einer Einheit von Psyche und Soma	190
A1.2	Grundmodell der neuen Somatopsychik	197
A1.3	Assimilationsleistung von Genen	197
A1.4	Axiome und Prämissen einer somatopsychiſchen Therapie	200
A1.4.1	Axiome für den wiſſenſchaftlichen Zugang der somatopsychiſchen Therapie zu einem Individuum	200
A1.4.2	Prämissen für den Zugang der somatopsychiſchen Therapie zu einem Individuum	201
A1.4.3	Nutzen von Axiomen und Prämissen im vorliegenden Zusammenhang	202
A1.5	Sowohl Soma als Psyche	202
A1.6	Definitionen	203

Ausschließlich in der Internetfassung verfügbar:

Ergänzungskapitel E

Zusammenhang von Psyche und Soma?

Auswertung der Beiträge in der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 207

E1 Kriterien für die Auswahl der ausgewerteten empirischen Studien 207

E2 Somatopsychischer Basisprozess „Beachten und Funktionieren von somatopsychischen grundlegenden Lebensvorgängen“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 208

E2.1 Atemwegebereich 208

E2.2 Sinnesorganbereich 208

E2.3 Belastende Lebensereignisse 208

E2.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 209

E2.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln 209

E2.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 210

E2.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 211

E2.8 Störungen der Körperoberfläche 212

E3 Somatopsychischer Basisprozess „Reifen und Wachsen“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 212

E4 Somatopsychischer Basisprozess „Bewegen“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 212

E5 Somatopsychischer Basisprozess „Erleben und Funktionieren von Flüssigkeiten und von ihren Gefäßen“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 213

E5.1 Belastende Lebensereignisse 213

E5.2 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 213

E5.3 Persönlichkeit sowie Erleben und Handeln 213

E5.4 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 214

E5.5 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 214

E6 Somatopsychischer Basisprozess „Erleben von Essen / Trinken und Funktionieren des Metabolismus bei Verarbeitung von Nährstoffen und von biochemischen Substanzen“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 215

E7 Somatopsychischer Basisprozess „Erleben und Verstehen externaler und internaler Phänomene“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 215

E7.1 Atemwegsbereich 215

E7.2 Sinnesorganbereich 215

E7.3 Belastende Lebensereignisse 215

E7.4 Genitaler, generativer und sexueller Bereich 217

E7.5 Persönlichkeit und Erleben / Handeln 218

E7.6 Neurotische / Angst-Störungen und Erleben / Handeln 218

E7.7 Depression, psychotische Störungen und Erleben / Handeln 219

- E8 Somatopsychischer Basisprozess „Erfahrungsbildung (inzidentelles und intentionales Lernen)“ in Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 219**
- E9 Bewertung der Erkenntnisse aus den ausgewählten Beiträgen der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ 219**

Literatur zum Ergänzungskapitel E 222

Sachwortverzeichnis 229
Danksagungen 237
Der Autor 239

1 Verhaltensänderung als zentraler somatopsychischer Prozess

1.1 Verhaltensänderung als Erfahrungsbildung

Erfahrungsbildung geschieht im Umgang mit der physischen und sozialen Umgebung und mit sich selbst. Sie realisiert sich in unterschiedlichen Prozessen, z.B. im Aneignen von Handlungsmöglichkeiten, aber auch von Handlungsbeschränkungen, im Einlassen auf bestimmte Situationen und Personen, im Aufbau von Gewohnheiten, im Erproben von Möglichkeiten und Handlungen, im Mitmachen und im alltäglichen Handeln, im Verstehenwollen und Verstehen von Zusammenhängen, im Nachempfinden und Nachvollziehen, im Akzeptieren und im Vertrautmachen, im Erleiden, aber auch in Ablehnung und im Widerstand.

Verhalten wird durch den Umgang mit externalen und internalen Geschehnissen geformt, gefestigt oder verändert. Dies bedeutet die Bildung von Erfahrung. Abgesehen von autochthon ablaufenden Reifungsvorgängen wird Erfahrung oftmals als individuell wertvolle Akkumulation internal abgebildeter externaler Gegebenheiten wie eine „erfolgreiche Ernte“ aus dem bisherigen Leben gewertet. Erfahrung war bisher ein schillernder Begriff, mit dem Wahrnehmung, persönliche Werte, Kompetenz, individuelle Empirie oder auch Schicksalsfolgen gemeint waren. Eine systematische Analyse und eine Neuinterpretation des Begriffs Erfahrung hat Echterhoff (1992) erarbeitet, sodass nunmehr „Erfahrung“ als fachliches Konstrukt für die Beschreibung und das Verständnis von Verhaltensänderungen zur Verfügung steht.

Erfahrung kann zwei Sachverhalte bezeichnen (Echterhoff, 1992, S. 89):

1. den Prozess des Erfahrens, der in der vorliegenden Arbeit Erfahrungsbildung genannt werden soll, und
2. das Ergebnis des Erfahrens.

Das in der vorliegenden Arbeit angestrebte Konzept versteht Erfahrungsbildung als somatopsychische Auseinandersetzung eines Individuums mit den Gegebenheiten seiner Welt und mit sich selbst (s.a. Kapitel A1). Erfahrungsbildung wird wie folgt definiert:

Erfahrungsbildung ist die Aufnahme, Verarbeitung und Verknüpfung von Wahrnehmungsinhalten sowie Einwirkungen und entsteht im Kontext motivationaler Bedingungen (Emotionen, Intentionen) einschließlich damit verbundener somatopsychischer Lernprozesse. Die Erfahrungsbildung erfolgt nach dem Ansatz der vorliegenden Abhandlung innerhalb von Verhaltensbereichen und -bezügen, Referentialdomänen genannt.

In der somatopsychischen Therapie steht die zielgerichtete Änderung von Verhalten (d.h. Erleben und Handeln) im Vordergrund, um zugleich Änderungen von somatopsychischen Prozessen zu erreichen. Somatopsychische Therapie ist vornehmlich angewandte Lernpsychologie.

Das Verhalten (Erleben und Handeln) eines Individuums findet in folgenden Referentialdomänen statt:

Referentialdomäne 1 (Autopoietische und selbstreferentielle Funktionen der Internalität): Sich selbst mit den eigenen Kognitionen, Motivationen, Emotionen sowie der eigenen physikalischen, chemischen und biologischen Materie und den dazugehörigen Funktionen kennen und verstehen.

Ein Individuum kann sich somit selbst zur Externalität machen: Wenn das Individuum unter einem Aspekt mit sich selbst interagiert, gehört es in dieser Hinsicht selbst zur Externalität in der Referentialdomäne 3 (z.B. bei der Körperpflege, beim Einsatz des Körpers als Werkzeug oder bei medizinischer Selbstversorgung nach somatischen Verletzungen).

In der Referentialdomäne 1 finden die Maßnahmen zur Körpertherapie und zur Körperpsychotherapie ihren Ort (s.a. Abschnitt 6.4).

Referentialdomäne 2 (Empathische und soziale Bezüge zur Externalität): Andere Menschen mit grundsätzlich denselben somatopsychischen Bedingungen wie das Individuum selbst, die Arbeitswelt, gesellschaftliche sowie rechtliche Regelungen, materielle Werte wie Geld kennen und verstehen.

Referentialdomäne 3 (Bezüge zur Natur und zum baulich-technischen Umfeld als Externalität): Das biologische Umfeld der lebenden Materie der Tiere und Pflanzen sowie das physikalische, chemische Umfeld (einschließlich des baulich-technischen Umfelds), das aus der toten Materie besteht, kennen und verstehen.

Transzendentes und religiöses Verhalten kann je nach Religion oder Weltanschauung Referentialdomänen zugeordnet werden (z.B.):

Die Auseinandersetzung mit dem Tod kann bei einigen Menschen zur Referentialdomäne 1 gehören. Moralisches Verhalten eines Individuums innerhalb einer Glaubensgemeinschaft kann der Referentialdomäne 2 zugeschrieben werden. Das Verhalten auf der Grundlage beispielsweise von Pantheismus gehört hauptsächlich in die Referentialdomäne 3.

Erfahrungsbildung führt innerhalb dieser Referentialdomänen zu veränderten Erlebensweisen und zu neuen Handlungsbereitschaften und kann dem bewussten Zugriff des Betroffenen verschlossen bleiben (s.a. „tacit knowlegde“ nach Wagner und Sternberg, 1985).

Die Bildung von Erfahrung kann sowohl zu gesundheitsförderlichen als auch zu krankheitswertigen Ergebnissen führen. Bei gesundheitsförderlichen Ergebnissen bzw. Resultaten ist es erforderlich, dass durch Einbettung und Stärkung der Ergebnisse, z.B. durch Wiederholung, eine Stabilisierung erzielt wird.

1.2 Formelle und informelle Erfahrungsbildung

Formelle Erfahrungsbildung (intentional, gezielt, systematisch und kontrolliert) soll zu einem objektivierbarem Ergebnis führen, das mit dem intendierten Ziel verglichen wird. Demgegenüber steht die informelle Erfahrungsbildung (koinzidentell, zufällig, beiläufig), für die es keine geplante Systematik im Vorgehen gab. Informelle Erfahrung – aus der Sicht des betroffenen Individuums – verdeutlicht sich in der Gewissheit des ersten Augenscheins, verbunden mit individueller Interpretation, oder auch im Erleben des Vertrautseins mit bestimmten Gegebenheiten. Informelle Erfahrungsbildung findet fortlaufend im Lebensalltag statt. Formelle Erfahrungsbildung hingegen benötigt einen strukturierenden Rahmen mit prospektiven Zielen und mit darauf abgestellten Methoden. Erfahrungsbildung setzt Veränderbarkeit des betroffenen Individuums voraus, wenn nicht nach Thematik, so doch aber in der Intensität von Handlungsbereitschaften. Erfahrungsbildung kann sich über den gesamten Lebenszeitraum erstrecken. Sie ist dann leicht messbar, wenn die Veränderungen groß und die Zeitspanne klein ist. Gerade informelle Erfahrungsbildung kann im Unterschied zu formeller Erfahrungsbildung zeitlich weiter gespannt sein, wie z.B. in der Form der alltäglichen Sozialisation. Die für informelle Erfahrungsbildung am wichtigsten erscheinenden internalen Bedingungen können kurz gefasst wie folgt beschrieben werden (Echterhoff, 1992, S. 115):

- Gewissheit hat Vorrang vor objektivierbarem Wissen (Primat der Gewissheit),
- Exemplarisches hat Vorrang vor Allgemeinem (Primat des Exemplarischen),
- Unpassende Information kann verändert oder auch ausgeblendet werden (Primat der Stimmigkeit),

- Ereignisse bedürfen der Erklärung und werden somit in einen Zusammenhang gestellt. Die Suche nach Zusammenhängen hat Vorrang vor dem Akzeptieren von Beziehungslosigkeit. Fehlende Information kann durch Einschätzung ersetzt werden (Primat des Zusammenhangs). Das hiermit verbundene Erleben und Handeln wird als explanatives Verhalten bezeichnet.

Zum Kontrollverhalten gehört das Bedürfnis, erlebte Zusammenhänge (Kontingenzen) zu verstehen („Wie hängt das alles zusammen?“), zu interpretieren („Wo wird uns das hinführen?“) und zu werten („Das war ziemlich nützlich.“). Kausal definierbare Zusammenhänge stellen möglicherweise den Hauptanteil des explanativen Erlebens, aber Interpretationen, Wertungen und Koinzidenzen können auch Ausdruck einer erlebten Regel oder eines vermeintlichen Gesetzes sein. Das explanative Bedürfnis kann helfen, mit den drei Referentialdomänen zu interagieren oder diese zu verstehen, und es kann erleichtern, innerhalb dieser Bezugswelten kohärent zu leben. Das explanative Verhalten geht zurück auf bereits erlebte Kontingenzen (z.B. als kausal erlebte Zusammenhänge) und richtet sich auch auf die Zukunft aus, indem bestimmte Kontingenzen erwartet werden (z.B. „Dann werden diese Blumen wieder blühen.“).

Die ausgewählten internalen Bedingungen können Erfahrungsbildung in unterschiedlicher Weise realisieren: So vermag gerade die Höhe emotionaler Betroffenheit eines Individuums (Intensität des Involvement) während der Erfahrungsbildung die internalen Bedingungen unterschiedlich stark auszuprägen.

Konzepte der Regulation von Verhalten, vor allem die des Handelns, finden sich u.a. bei Volpert (1971, 1974) Hacker (2006) und bei Heckhausen und Gollwitzer (1987). Die Regulation von Verhalten schließt somatopsychische Prozesse mit ein, z.B. Herz-Kreislaufprozesse, endokrinologische Vorgänge, neuronale Abläufe, muskuläre Veränderungen, Anpassungen der Hauttemperatur.

Erfahrungsbildung lässt sich als Regulationsprozess wie folgt beschreiben (s.a. Abbildung 1): Am Anfang existiert ein Initialmotiv in einer Umgebung, mit der sich das Ausgangsverhalten mit seinen beobachtbaren Handlungen auseinandersetzen muss.

Im Verlaufe des Verhaltensstroms können sich externale und internale Bedingungen so ändern, dass dies Rückwirkungen auf den Handlungsvollzug oder auf die Wahl des Handlungsziels haben kann. So z.B. können Hindernisse eintreten oder neue und bessere Möglichkeiten auftauchen, aber auch autochthone Prozesse oder weitergehende Überlegungen bzw. momentane Eindrücke vermögen den Handlungsablauf zu beeinflussen.

Handlungsablauf und Handlungsergebnis lassen sich insbesondere am gesteckten Ziel messen oder anhand anderer Kriterien bewerten. Dies kann zu einer Bestätigung oder auch Umordnung von Wertigkeiten führen.

Der so ablaufende Regulationsprozess mündet in eine neue Situation, in der ein neues Initialmotiv gegeben ist, neue Initialhandlungen anlaufen und in der eine neue Initialumgebung – möglicherweise als Ergebnis der vorausgegangenen Handlung – vorzufinden ist.

Der Regulationsprozess der Erfahrungsbildung gilt sowohl für intentionales als auch für inzidentelles Verhalten. Inzidentelles Verhalten kann sich unter anderem durch Gelegenheiten ergeben, die man aktuell nutzen kann. Zu inzidentellem Verhalten gehört u.a. auch das Nutzen von so genannten Mitnahmemöglichkeiten („Wenn sich diese Sache ebenfalls anbietet, kann ich diese auch nutzen.“), indem ein bereits vorhandenes, latentes Motiv mit in den Vordergrund tritt.

1 Initialphase

Initialmotiv Initialhandlung somatopsychischer Initialzustand Initialumgebung
Ausgangsverhalten mit internalen und externalen Bedingungen

2 Hauptphase

Änderung des Verhaltens möglich u.a. durch:

- Änderung von Motiven (autochthon möglich)
- Änderung von Einstellungen (z.B. durch interpretatives Lernen)
- Änderung von Kognitionen (z.B. durch explanatives Bedürfnis)
- Änderung des somatopsychischen Status
- Änderung des eigenen somatischen Zustands
- weitere Wahrnehmungen internaler und externaler Gegebenheiten
- Änderung der Bewertung des Handlungsablaufs und -ergebnisses (z.B. durch Erkennen von Mängeln oder von nicht beabsichtigten Konsequenzen)

3 Ergebnisphase

Neues Initialmotiv Neue Initialumgebung Neuer somatopsychischer Initialzustand Neue Initialhandlung
Neues Ausgangsverhalten mit neuen internalen und externalen Bedingungen

Neue Initialphase

Abb. 1: Erfahrungsbildung als Regulationsprozess

Erfahrungsbildung braucht nicht nach Durchlaufen eines einzigen Regulationsdurchgangs erkennbar zu werden, weil die Wirkungen oftmals zu flüchtig bleiben. Die relative Stabilität der Personen- und der Umgebungsmerkmale veranlasst mit großer Wahrscheinlichkeit einen weiteren, ähnlichen Regulationsprozess, sodass durch die Aufeinanderfolge mehrerer thematisch und formal verwandter Regulationsprozesse dann doch eine erkennbare Erfahrungsbildung eintreten kann.

Dieses Regulationsmodell bietet die Möglichkeit, auch prinzipiell zu zeigen, an welcher Stelle auf den Prozess der Erfahrungsbildung gezielt Einfluss genommen werden kann. Das Erleben von Kontrolle und das Erfahren von Selbstwirksamkeit sind zentrale Ziele bei der Erfahrungsbildung eines Individuums (s.a. Heckhausen und Heckhausen, 2010, S. 2). Bereits Kinder zeigen in ihren Spielen und in ihren Aktivitäten, dass sie u.a. durch Ausprobieren und durch Wiederholungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit erleben möchten.