

Einige zentrale Beobachtungen in der Psychosomatik

Harald Bündel

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Harald.Guendel@uni-ulm.de

Von welchen Patienten reden wir ?

Bsp. Diagnose *Chronischer Schmerz*. **Somatoform** wenn:

- ▶ Schmerz organisch nicht ausreichend erklärbar
- ▶ Feststellung „ursächlicher“ emotionaler Konflikte oder psychosozialer Krisen

=> **Unter Patienten mit chronischen Schmerzen eher dimensional statt kategorial vorgehen:**

- ▶ Beschwerdemuster: umschrieben vs. diffus
- ▶ Schmerzbeschreibung affektiv > sensorisch
- ▶ Ursachenüberzeugung
- ▶ Krankheitsverhalten
- ▶ Biographie und Persönlichkeit

Was sind somatoforme Beschwerden?

Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden,
die somatischen Erkrankungen ähnlich sind

Trias

- Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation
(Kopf, Rücken, Thorax, Bauch/Unterleib, Extremitäten)
- Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung etc.)
- Erschöpfung/ Müdigkeit

Somatoforme Störungen - Hauptsymptome

	Rate
von Körperbeschwerden bei "high utilizern" in der somatischen Fachambulanz, die organisch unerklärt bleiben (Alter 18-45 J.)	
▶ Bauchschmerz/ Wechsel der Stuhlfrequenz	83%
▶ /Herzschmerz	Brust- 81%
▶ Rückenschmerz	74%
▶ Kopfschmerz	72%
▶ Erschöpfung	55%
▶ Unterleibsschmerz	35%
▶	Anfall

Somatoforme Störungen in den Fachdisziplinen

▶ Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden als Besuchsanlässe von "high utilizern" in verschiedenen somatischen Fachambulanzen

▶ Gastroenterologie	54%	der Fälle
▶ Neurologie	50%	"
▶ Kardiologie	34%	"
▶ Rheumatologie	33%	"
▶ Orthopädie	30%	"
▶ HNO	27%	"
▶ Gynäkologie	17%	"
▶ Dermatologie	2%	"

nach Reid et al., BMJ 2001

Psychosomatische Beschwerden sind häufig!

- 80% aller Menschen leiden mind. 1x wöchentlich unter organisch nicht begründeten Körperbeschwerden
(Keller 1987)
- Ca. 35% aller Patienten in der Allgemeinarztpraxis leiden an einer therapiebedürftigen psychosomatischen oder psychiatrischen Symptomatik
(Zintl-Wiegand et al. 1980; Dilling et al. 1978; Kruse et al. 1999; Linden et al. 1996)
- Die Prävalenzrate multipler somatoformer Symptome beträgt 4,4%
(Escobar & Canino 1989)
- Stationäre internistische Aufnahmen erfolgen zu 20-30% aufgrund funktioneller Beschwerden
(Kirmayer & Robbins 1991)

Was macht somatoforme Patienten „schwierig“?

Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel in der Patienten-Behandler-Beziehung

- ▶ **Patient:** dysfunktionales
Doktor-Hopping
- ▶ **Behandler:** nicht indizierte Diagnostik
und Therapie
- ▶ **Beide:** Ohnmachtserleben,
Enttäuschung
- ▶ „Kampf um Legitimität“ als zentraler
Aspekt einer
„Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“

Historischer Rückblick: Die Anfänge

Freud (1895 Studien über Hysterie):

„Sollte sich jemand über diese assoziative **Verknüpfung zwischen physischem Schmerz und psychischem Affekt** als eine zu vielfältige und künstliche verwundern, so würde ich antworten, solche Verwunderung sei ebenso unbillig wie jene andere darüber, „daß gerade die Reichsten in der Welt das meiste Geld besitzen“.

1. Konversion:

seelischer Konflikt → psychische **Verdrängungs**arbeit → somatisches Symptom

2. Somatisierung:

Schwitzen, Schwindel, Durchfall: „**Äquivalente**“ eines Angstanfalls

seelische Erregung → Körpersymptom

Das Symptom hat daher keine psychische Bedeutung.

Entwicklungsgeschichte

(Schur 1954)

Frühkindliche Entwicklung:

Beim Neugeborenen sind die Affekte oder **Affektzustände** weitgehend **undifferenziert** und eng mit körperlicher Erregung verbunden. Die seelische und körperliche Seite des Affektlebens wird im Laufe der Entwicklung differenziert und nach und nach voneinander getrennt.

Spiegelung durch die Mutter.

► **Desomatisierung**

Viktor von Weizäcker

Es geht um die Kausalitäten des Lebens zwischen Gefühlen und biologischen Abläufen (Kausalprinzip S. 150)

Die „Seele“ ist nicht auf eine einzige Organstruktur, z.B. das Gehirn, zurückzuführen (Psychosomatische Medizin, S. 282)

.. Es gibt kein Beobachtungsmittel, um in irgendeinem Falle zu bestimmen, „wer angefangen hat“, die Psyche oder das Soma. (S. 283) (deswegen kein „*psychogener*“ Schmerz, etc..)

Man kann Lebendes nur erforschen, indem man lebendig ist ..
Beteilige Dich daran

Viktor von Weizäcker

- Erst ist der Konflikt da .. evtl. unlösbar
- Konflikt hat Fermentierungsfunktion, was zu somatischer Struktur wird (Konflikt ist quasi bis in die Zelle wirksam)
- Dieser Prozeß ist für Ich-Funktionen nicht zugänglich

=> Krankheit schafft neues Tableau

- V.W. stellt **Sinnfrage** mit gewisser Gnadenlosigkeit
- Wir sind heute aus Sinnzusammenhang gefallen, hängen in neuronalen Netzwerken und verschiedensten Theorien => die abendländisch-christliche (nicht nur) Sinnfrage ist uns als Gesellschaft verloren gegangen

Viktor von Weizäcker

Zielrichtung individualisierte Medizin:

- Geisteswissenschaftlich
- Auch streng naturwissenschaftlich

⇒ Unterschiedliche **Haltungen** zum Kranken möglich:

1. Wie weit kommen wir mit Hypothese, dass Symptom Bedeutung / Sinn hat ?
2. Wir unterstellen Zufall ...
 - Beide Haltungen können sich überlappen
 - Beide Prinzipien gelten sowohl für psychische als auch somatische Erkrankungen

V.v.W. erzieht zu einer Haltung des gerade nicht
"Entweder .. Oder".

Um diese Theorien offensiver vertreten zu können, helfen
Gruppenstatistiken und neurobiologische Erkenntnisse

Konzept der zweiphasigen Abwehr (Mitscherlich)

Ein unlösbarer Konflikt führt

1. zu einem neurotischen Affekt, wie Angst, Wut, Neid, Depression,...

Wenn der intrapsychische Leidensdruck mit den psychischen Abwehrmechanismen nicht mehr bewältigt werden kann:

2. zu einer Regression auf organische Abläufe
 - ▶ **Resomatisierung**

Alles dreht sich nur noch um den Körper, der neurotische Konflikt und der Affekt sind nicht mehr spürbar.

Alexithymie

Krystal (1979): „**Emotionaler Analphabetismus**“

- Tyson und Tyson 1997:
Fehlen ausreichender Verbalisierungsmöglichkeiten
→ **Somatisierung**
- McDougall 1974, Krystal 1979:
Entstehung: **früh defiziente Mutter-Kind-Beziehung**
- McDougall 1974:
Manche der Patienten können ihre Erfahrung der Lähmung und des Leidens nur dadurch vermitteln, indem sie sie, ohne es selbst zu merken, bei anderen hervorrufen.

Grundlagen moderner psychodynamischer Psychotherapie

Ziel: Pat. sollen erkennen, dass Beziehungen nicht durch Austausch noch so heftiger Affekte, sondern eher durch deren Unterdrückung und Hemmung gestört werden.

Patienten

Größerer Teil von Patienten mit Ich-strukturellen Störungen, oft Somatisierungsstörungen, Essstörungen, Schmerzen, psychosomatische Pat. i.e.S., auch viele Traumapat.

(Gruppen-)therapie als Ort der emotionalen Neuerfahrung

Ziel liegt in der Eröffnung der Möglichkeit eines neuen, anderen Erlebens, Verhaltens und Reagierens des Pat. im Hier und Jetzt

(Loch, 1986)

Das Unbewußte

„Das Unbewußte ist das eigentlich reale Psychische, uns nach seiner inneren Natur so unbekannt wie das Reale der Aussenwelt und uns durch die Daten des Bewußtseins ebenso unvollständig gegeben wie die Außenwelt durch die Angaben unserer Sinnesorgane“

(Freud, 1900)

Das neurobiologische Unbewußte am Bsp. Affektivität):

- *„Implizit“*, d.h., es findet *keine bewußte Reflexion* des Erlebten statt
- Das Erleben bleibt rein *„körperlich“*

Bsp. Affektivität:
Stufen der individuellen Differenzierung
emotionaler Wahrnehmungsfähigkeit

(Lane & Schwartz, 1987)

Implizit (Unbewusst)

- **Level I**
Mehr oder weniger reine Reflexantwort
(affektive Stimuli lösen lediglich autonom-vegetative bzw. endokrine Reaktionen aus)
- **Level II**
„Tendenz zur Aktion“ wird wahrgenommen
(Keine bewusste Wahrnehmung von Gefühlen)

„Implizites“ (ubw.) Gefühl

Frau B., 57J., seit 8 Jahren atypischer Gesichtsschmerz:

*„Er ist jetzt ausgezogen, ich bin mit meiner Tochter
allein ... ist doch gut, dass er weg ist (lächelt gequält)*

.....

*Wenn nur dieser unerträgliche Schmerz nicht wäre .. ich halte es
kaum noch aus, es brennt so, der ganze Nerv muss doch entzündet
sein ...“*

Stufen der individuellen Differenzierung *emotionaler Wahrnehmungsfähigkeit*

(Lane & Schwartz, 1987)

Explizites (bewusstes) Gefühl

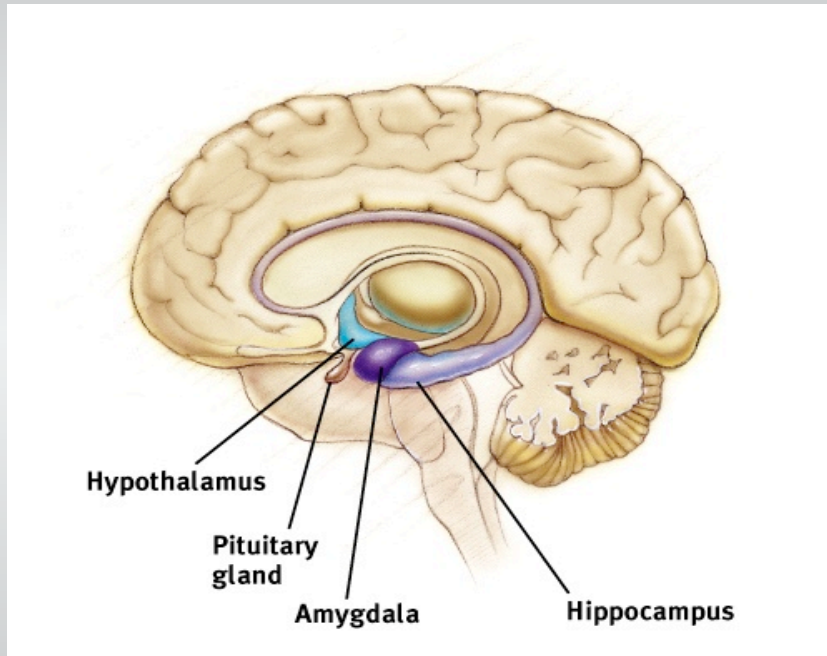
- **Level III**
Prinzipielle Fähigkeit zur bewußten globalen Wahrnehmung von Gefühlen
- **Level IV**
Mischung eigener unterschiedlicher Gefühle
(„Gefühlsambivalenz“)
- **Level V**
Sehr differenzierte Gefühlswahrnehmung auch beim Gegenüber

Frau S., 61 Jahre, seit 5 Jahren chronisches Schulter-Arm – Syndrom (44.)

T: ... *Es wundert mich, daß Sie an dem seelischen Anteil ihrer Schmerzen zweifeln ..*

P: *Ja .. Die letzten drei Jahre in meinem Leben waren nur darauf ausgerichtet, diesen Mann zu erreichen .. Ich sehe jetzt, es war der falsche Mann für mich .. Ich weiss endlich, er ist für niemanden der richtige Partner. mein ganzes Leben war erfüllt von Erwartungen, jetzt kommt die Ernüchterung ... und der Schmerz Ich glaube schon .. es tut weh, was ich gemacht habe*

Neurobiologie der Emotionsverarbeitung



Die Emotionsentstehung und –wahrnehmung geschieht im ZNS innerhalb komplexer Netzwerke, zu denen u.a.

- Anteriorer Cingulärer Cortex (ACC)
- präfrontaler Cortex
- Insel
- Amygdala und
- andere (limbische) Regionen gehören

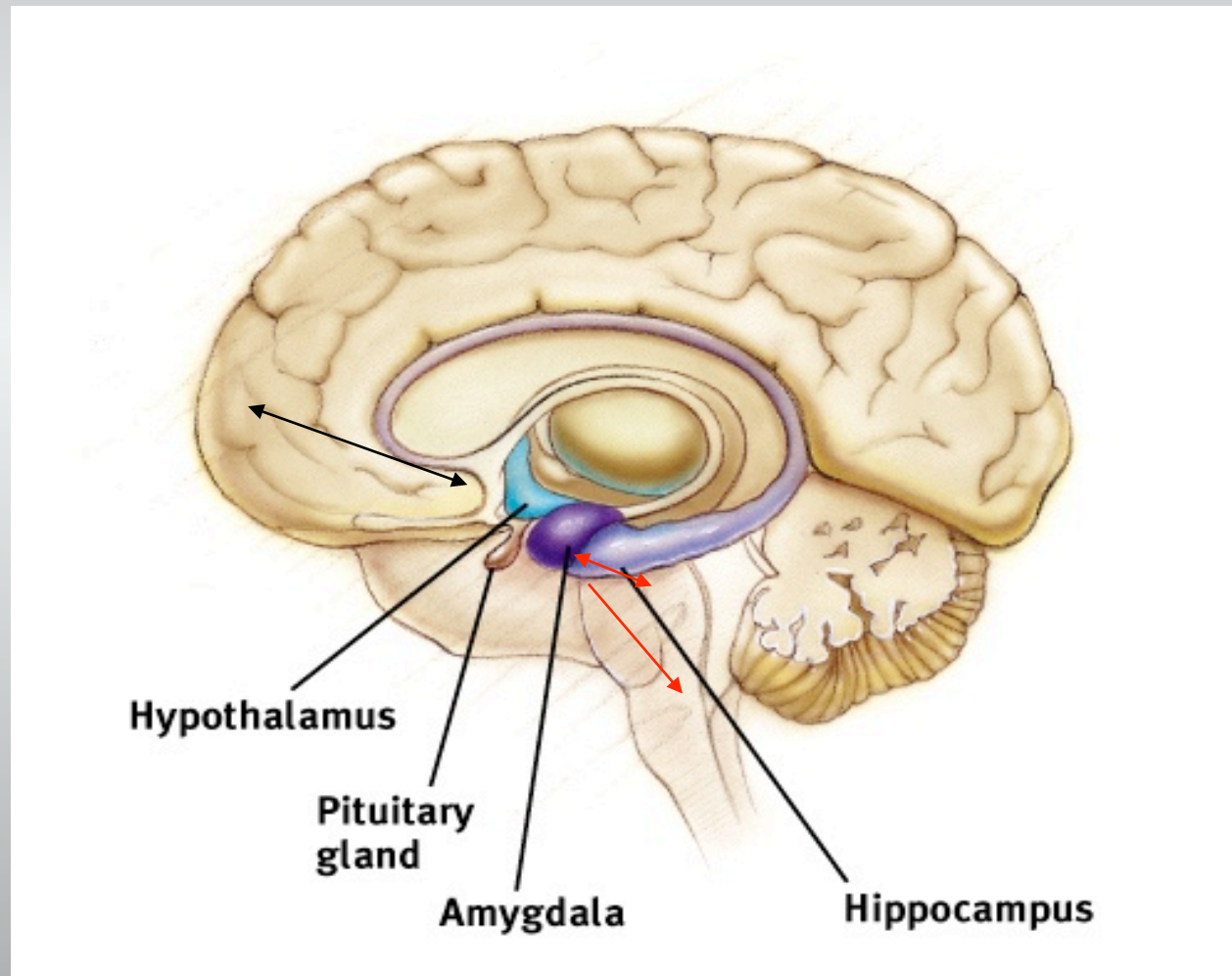
Davidson et al., *Trends Cogn Sci*, 1999

„Ich fühle, also bin ich“

(Damasio, 1999)

„**New Brain**“: Neocortikal-amygdaläre Regelkreise
Bewusste, präzisere Wahrnehmung
Mentalisierung, Reflective Awareness

„**Old brain**“: Thalamo-amygdaläre Regelkreise
Keine bewusste Wahrnehmung, **Vitalität**, Vegetativum



Angeborene basale (subkortikale) emotionale Systeme bei allen Säugetieren („Old Brain“)

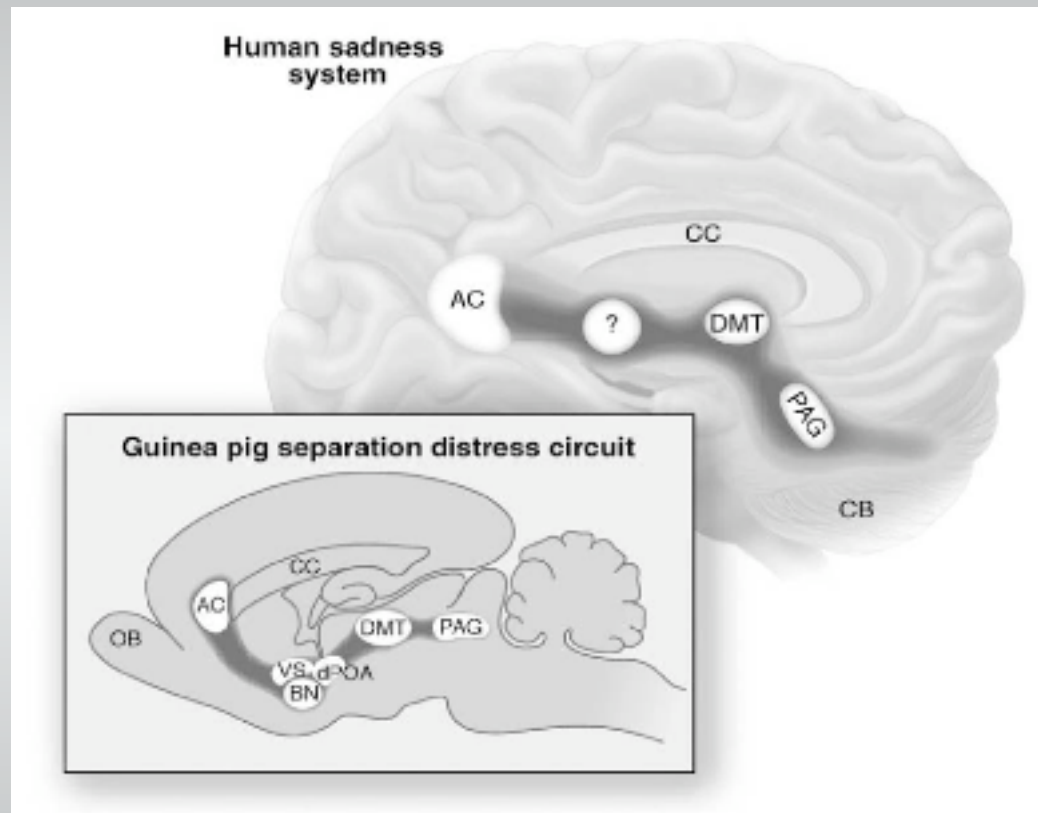
- *Separation/DistressPANIC - System*
- Play/joy (happiness)
- Disgust
- Seeking/expectancy
- Rage/anger
- Lust/sexuality

Herman & Panksepp, 1981

- Beim Menschen mit **höher organisierten Hirnfunktionen** gekoppelt („New Brain“)

Angeborene basale emotionale Systeme verknüpft mit Beziehungserleben.

Damasio, 2000

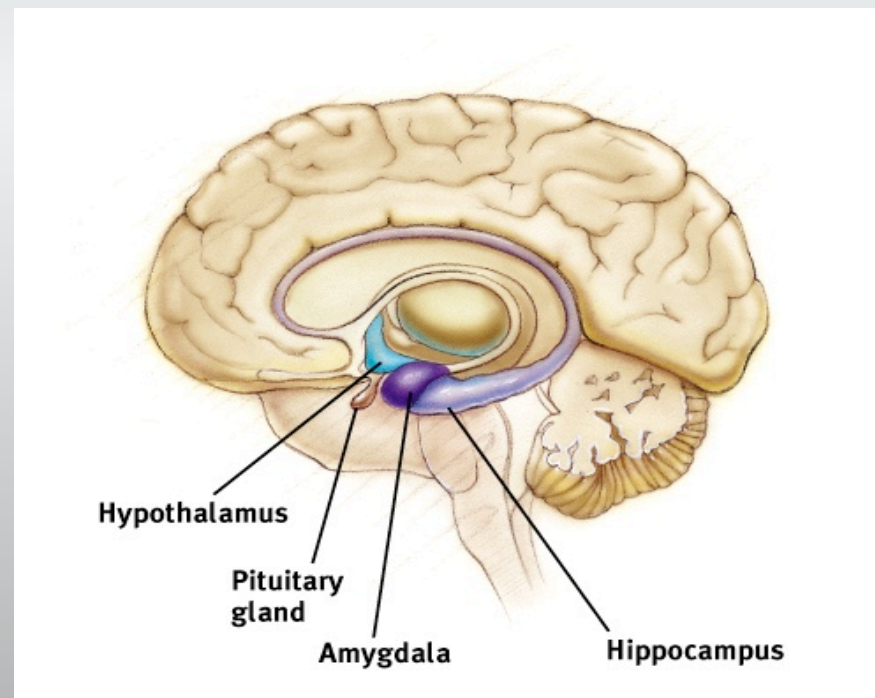


Panksepp, 1998

„The correspondence between the brain regions activated during **human sadness** and ... during **animal separation distress** suggests *that human feelings may arise from instinctual emotional activation systems of ancient regions of the mammalian brain*“

„Die sekundären Strukturen des Selbst befinden sich in unaufhörlicher Verwandlung und haben ihren eigentlichen Bezugspunkt in der angeborenen Struktur der archaischen Selbstorganisation.“

(Holderegger, 2002)



Aufgabe des Therapeuten / Analytikers:

- => Am Anfang der Behandlung beschränkt sich die Selbstbeobachtung auf Bereich des Vorbewußten
- => Herstellen des Kontaktes zu vom Selbst-Bewußtsein des Pat. abgetrennten seelischen Bereichen (Palombo, 1999)

Innere Kommunikation von den älteren zu den neueren Strukturen stärken und umgekehrt:

Kreativität ist in dem Maße eingeschränkt, wie der Zugang zu den emotionalen Quellen des Lebens versperrt ist.

=> „*Wo ICH war, soll ES werden*“

(Holderegger, 2002)



**Nicht selten: „*relation blanche*“
= ton- und farblose Beziehung**

„... dass hinter der Fassade, dem Patienten und uns gleichermassen entrückt, eine dunkle Zone existiert, in der lebendige Kräfte des Menschen durchaus vorhanden, aber gefangen gehalten sind.

Das ist unsere therapeutische Chance, und es ist wichtig, sie nicht zu unterschätzen.“

„Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken“

M. De M'Uzan, Psyche, 1977

Grundlagen moderner psychodynamischer Psychotherapie

Interaktionelles Arbeiten wird wichtiger, lebendiger,
ohne auf andere Interventionen ganz zu verzichten

(Selektiv-) authentisch „antwortender“ Therapeut

Präsenz, Respekt, Toleranz, Akzeptanz

Hilfsich-Funktion (Gefühle verbalisieren, Grenzen setzen)

Belebung von Austausch, Interaktion, Beziehung

Sich vom anderen gefühlsmäßig berühren lassen, dies auch zum

Ausdruck bringen („Affektidentifizierung und -klarifizierung“)

Erkanntwerden als Beispiel eines geglückten Mutter-Kind –

Dialoges; betrifft gerade negative Affekte