
1.1. Einführung zum Verständnis

Viele Krankheiten werden in der Medizin als „psychisch“ abgetan, und niemand weiß, was damit gemeint ist. Hier ist Klärungsbedarf nötig. „Psychisch“ heißt zunächst: die Seele betreffend. Und diese wird von dem Körperlichen getrennt gedacht. Psychosomatisches Denken ist bemüht, diese Spaltung von Seelischem und Körperlichem zu hinterfragen und in ihren bio-psycho-sozialen Vorstellungen zu überwinden.

Die somatische Seite wird eingehend während des Medizinstudiums gelehrt. Sie beinhaltet wesentlich die anatomischen Strukturen, die physiologischen Funktionsabläufe und die dazugehörigen Störungen, die Pathologie, also das krankhafte Nichtfunktionieren körperlicher Vorgänge.

Welches aber ist der „Inhalt“ des Psychischen? In der Regel stehen Fragen der persönlichen Beziehung(en) und der Entwicklung im Mittelpunkt. Die Problematik bezieht sich auf entwicklungspsychologische Deviationen, die in konflikthaften Situationen durch innerseelische Kompensationsversuche nicht mehr bewältigt werden können. Andere belastende Probleme, etwa aus dem beruflichen Umfeld, Arbeitslosigkeit, Altersgebrechen, Einsamkeit, Umwelt- und Klimaeinflüsse können zu krankmachenden Faktoren werden. Sie sind jedoch häufig in die persönlich-individuelle Problematik eingebunden. Ein weiterer erheblich beeinträchtigender Faktor ist die Krankheit selbst, mit der es fertig zu werden gilt. Allzu leicht dreht sich der Patient in einem Teufelskreis mit Klagen über sein Schicksal, wodurch sich die Krankheit als solche eher verschlimmert.

Die herkömmliche Medizin ist immer noch dem Diktum Descartes verhaftet mit der Trennung von Körper und Seele. Der Körper als „Uhrwerk“ muss „repariert“ werden – und alles ist in Ordnung. Das Uhrwerk läuft wieder. Diese Vorstellung hat der Medizin die unglaublichen Erfolge gebracht. Sie sind kaum zu überschätzen.

Dieser immense Fortschritt muss jedoch erweitert werden. Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften der letzten 20 Jahre, in Verbindung mit der Säuglings- und Bindungsforschung, beweisen, dass Seelisches und Körperliches ineinander greifen. dabei wird nicht mehr nach der Ursache der einen oder anderen Komponente gefragt. Die Frage richtet sich nach dem Ausmaß des Körperlichen einerseits und des Seelischen andererseits. Beide Bereiche jedoch gehören zusammen, greifen ineinander. Sie müssen gleichgewichtig

in Diagnose und Therapie einfließen. Die Verbindung von naturwissenschaftlichem mit geisteswissenschaftlichem Zugang zum kranken Menschen sollte wieder eine Selbstverständlichkeit werden.

Die seelische Seite einer Erkrankung wird auch in der Medizin zunehmend mehr akzeptiert. Dabei ist es nötig zu fragen, aus welchen Inhalten sie besteht. Und hier scheint uns nach wie vor die „Gretchenfrage“ diejenige zu sein, in welchem Ausmaß das Unbewusste und sein Einfluss auf den Körper in die Beurteilung einbezogen wird oder nicht. Es handelt sich um die entscheidende Erkenntnis Freuds. Die Zweifel an seiner Erkenntnis sind heute umso erstaunlicher, als das Unbewusste mit Hilfe neuer technischer Verfahren von den Neurowissenschaftlern zweifelsfrei nachgewiesen wurde.

Diesen Zusammenhängen werden wir in diesem Buch mehr Platz einräumen. Sie werden unsere Vorstellungen von Krankheit und dem kranken Menschen in Zukunft von Grund auf mitbestimmen. Ohne Aufgabe des technischen Fortschritts, wird sich das Verständnis von Krankheit um den psychosozialen Aspekt erweitern und zu einer bio-psycho-sozialen Einheit zusammenwachsen.

Dieses Buch möge zur Klärung der angeführten Probleme einen kleinen Beitrag leisten. Die psychogenen Aspekte der behandelten Krankheiten werden betont. Auf den gleichzeitigen Gebrauch von herkömmlichen medizinischen Lehrbüchern und Fachliteratur kann jedoch *niemals* verzichtet werden. Beide Komponenten gleichrangig zu berücksichtigen, würde den Rahmen dieses Buches überschreiten. Zudem soll auf die oft unbekannten Einflüsse psychosozialen Geschehens in besonderer Weise hingewiesen werden. In der Regel werden sie in den medizinischen Lehrbüchern vernachlässigt oder gar nicht erwähnt.

Auf ein spezielles Problem bei der Beurteilung psychosomatischer Erkrankungen soll bereits hier hingewiesen werden. Ihre Beurteilung und damit auch die Forschung werden dadurch erschwert, dass es bei der Untersuchung einer größeren Anzahl von psychosomatisch Kranken sehr oft zwei gegensätzliche Charakterausprägungen gibt. Einmal den eher abhängig-anklammernd-symbiotischen Menschen und zum anderen den eher überkompensierenden, betont freiheitsliebenden Menschen, der sich schwerer auf Bindungen einlassen kann. Beide Persönlichkeitsausprägungen haben eine gemeinsame „Basis“. Diese Menschen gehen in ihrer für sie spezifischen Weise mit tiefer liegenden, aus der Kindheit stammenden Problemen um, oft in den extremen Ausprägungen. Damit können sie schmerzhaft Kindheitserinnerungen in Schach halten. Sie werden nicht mehr an sie erinnert. Das geschieht allerdings dann, wenn diese Menschen in für sie schwierige, konfliktbeladene Situationen kommen, die sie gleichsam an frühe Erlebnisse „erinnern“. Um nicht von ihnen überrollt zu werden, stellt sich eine (psychosomatische) Krankheit, aber ebenso „eine“ Depression, „eine“ Angst ein. Und diese Vorgänge laufen unbewusst ab und sind dem Patienten damit nicht zugänglich.

Um diese Zusammenhänge nachvollziehen zu können, werden wir zunächst auf einige Grundlagen für die Erkennung dieser psychosomatischen Reaktionen eingehen. Dazu gehören die Neurowissenschaften, die Bindungsforschung, aber auch Freuds Libidotheorie und die neueren Ergebnisse psychoanalytischer Persönlichkeits- und Beziehungsforschung.

Mit diesem Wissen wird es leichter sein, den kranken Menschen zu verstehen und eine umfassendere Diagnose zu stellen. Ausgerüstet mit diesem Basiswissen folgen einige Krankheitsbilder, bei denen die körperliche Seite nicht so ausgeprägte Beschwerden macht, wie etwa bei der Depression, (wobei Depressionen auch sehr ausgeprägte körperliche Be-

schwerden verursachen können), oder bei Angst u. a. m. Krankheiten aus den verschiedenen Fachdisziplinen der Medizin (eigentlich jede, die mit Patienten zu tun hat) schließen sich an.

Die Psychosomatische Medizin ist eine eher „junge“ Wissenschaft. Dennoch ist es erstaunlich, bei welcher großen Anzahl von Krankheiten sie bereits gute, für die Praxis brauchbare Ergebnisse erforscht hat und sie in die Diagnose und Behandlung einbringen kann. Die therapeutischen (psychotherapeutischen) Möglichkeiten einschließlich der Indikationsstellung zur ambulanten wie stationären Psychotherapie werden eigens behandelt. Gegen Ende des Buches erfolgen Ausbildungsmaßnahmen und -notwendigkeiten für den behandelnden Arzt oder Therapeuten sowie eine Auflistung von Einrichtungen, die wegen der Ausbildung und der Patientenversorgung angesprochen werden können.

Die Akzeptanz psychosomatisch-psychodynamischen Verständnisses wird dazu beitragen, auch die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird sich intensivieren, der Patient wird sich in seiner humanen Rolle eher angenommen und damit wohler fühlen.

Und hier schließt sich ein anderes Problem an: der Umgang der Ärzte unter- und miteinander. Das streng hierarchische ärztliche System, das zumindest in der Mehrzahl der Krankenhäuser, insbesondere an den Universitätskliniken vorherrscht, muss hinterfragt werden. Eine Abflachung der hierarchischen Achse von der vertikalen in die horizontale Ebene, wie es in der Wirtschaft schon länger mit Erfolg praktiziert wird¹, ist aus verschiedenen Gründen notwendig. Die jungen, nachrückenden Ärzte brauchen Vorbilder für ihre spätere Tätigkeit. Sie benötigen Vorbilder, denen es gelungen ist, eine „gesunde“ Beziehung auch zu ihren Patienten zu finden, die weder zu nah noch zu distanziert ist. Nur so kann die große zwischenmenschliche Distanz im Medizinbetrieb überwunden werden. Freud sprach von der „freundlichen Distanz“ zum Patienten. Das verstehende Miteinander auch der Kollegen untereinander, im hippokratischen Eid verankert, sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

Wir verstehen dieses Buch weniger als Lehrbuch, sondern eher als Nachschlagewerk. Der Arzt, der Psychologische Psychotherapeut, auch die anderen Personen, die mit unter psychosomatischen Störungsbildern leidenden Menschen arbeiten, können sich schnell über die Frage orientieren, ob ein Symptom einen wichtigen psychogenen Anteil haben könnte, und wenn ja, welchen. So eignet sich der Überblick in Tabellenform, bei dem eine große Anzahl von Krankheiten und Symptomen behandelt wird, weniger zum „Erlernen“ des Fachgebietes. Vielmehr ist es unser Anliegen, die Breite psychosomatischer Störungsbilder darzulegen und eine Hilfe zu deren Einordnung zu liefern. Wir sind davon überzeugt, dass diese Arbeit dazu beitragen kann, ein umfassenderes Verständnis der psychophysischen Zusammenhänge zu verbreiten und damit die Not der Patienten zu lindern.

¹ Vgl. Richard Sennett, Die Kultur des Neuen Kapitalismus, Berlin Verlag 2006.

1.2.

Zur Einführung und zum Gebrauch

Der Begriff „Psychosomatische Medizin“ wird immer wieder missverstanden. Es handelt sich dabei zum einen um einen allgemeingültigen und selbstverständlichen Zugang zum notleidenden Menschen. Zum anderen ist es eine Fachdisziplin, die gesondertes Wissen erfordert, das in jahrelanger (Zusatz-)Ausbildung erworben wird und, nach entsprechender Weiterbildungsordnung, gegebenenfalls in Deutschland zum „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ führen kann. Zudem ist sie eine Forschungsrichtung mit dem Ziel, die seelische Seite einer Krankheit besser verstehen und damit besser behandeln zu können.

Es gibt wohl kaum eine Krankheit, die nicht auch psychische Anteile hat, ob in der Genese, in der Verarbeitung oder im sozialen Umfeld des Betroffenen. Bei der Beurteilung einer Erkrankung ist es selbstverständlich, dass eine gründliche Untersuchung des Patienten mit Hilfe angemessener, an modernsten technischen Möglichkeiten orientierter Methoden erfolgt ist. Gleichzeitig aber sollte die persönlichkeitspezifische und psychosoziale Seite des Krankseins berücksichtigt und eventuell auch mitbehandelt werden. Für den Psychosomatiker sind fundierte Kenntnisse in der Organmedizin wie in der Psychosomatischen Medizin nötig. Da dies aber für den einzelnen Behandler kaum möglich ist, ist eine enge Kooperation zwischen beiden Gebieten dringend erforderlich.

Bei der tabellarischen Auflistung möglicher psycho-sozialer Zusammenhänge geht es uns *nur* um den seelischen Anteil einer Erkrankung. Und dieser beruht in der Regel auf zwischenmenschlichen Problemen und Konflikten, Schwierigkeiten im beruflichen Umfeld, auch im Umgang mit dem Alter, beziehungsweise der eigenen „Endlichkeit“, auf intrapsychischen Konflikten, prägenden und/oder traumatischen Erlebnissen u. v. a. m.

Die Erkenntnisse der Psychoanalyse, der Verhaltensforschung, in neuerer Zeit die Neurowissenschaften in Verbindung mit der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung und auch die Genetik haben zum Verständnis des seelischen Anteils der Erkrankungen beigetragen. Erstaunlich dabei ist, dass intuitive Forscherpersönlichkeiten früherer Jahrzehnte wie etwa Freud, Skinner, Selye, Bowlby, Alexander, Kohut und viele andere mehr zu Einsichten gelangt sind, die, natürlich mit Einschränkungen, nach wie vor gelten und teilweise von der Neurobiologie nachgewiesen wurden.

Wir denken dabei etwa an die Basis unseres Zugangs zum kranken Menschen – der Akzeptanz des Unbewussten, der vielleicht wichtigsten Leistung Sigmund Freuds. In der Diagnostik wird die psychodynamische Entwicklungspsychologie, die nicht zuletzt durch die Säuglingsforschung untermauert wurde, in besonderem Maße berücksichtigt. Für den Säugling ist eine von Einfühlung geprägte, verlässliche Beziehung zu den ersten und frühesten Bezugspersonen besonders wichtig. Sie ist Voraussetzung für die Bildung eines stabilen Selbstwertgefühls, das die beste Voraussetzung für ein gesundes, auf den positiven Umgang mit Belastungen und Stress gut vorbereitetes Leben darstellt. Wenn dieses nicht in ausreichendem Maße aufgebaut, also nur defizitär entwickelt werden konnte, kommt es zu Kompensationsversuchen, um mit dem Gefühl des Minderwerts innerlich fertig zu werden. Die betroffenen Personen versuchen unbewusst, das versäumte „Liebesverhältnis“ gleichsam aufzufangen und damit zu kompensieren. Das kann sehr gut gelingen. Handelt

es sich um „labile“ Verhältnisse, die immer wieder zu Stresssituationen führen, dann kann am Ende eine (psychosomatische) Erkrankung stehen. Hat doch bereits der Stressforscher Selye gesagt, dass man die Liebe seines Nächsten erwerben solle, um weniger Stress ausgesetzt zu sein.

Der Stress wird ausgelöst, wenn frühkindlich im Mandelkern, der Amygdala, gespeicherte Angstsituationen mobilisiert und als gefährlich eingeschätzt, bewertet werden. Das geschieht aufgrund verschiedener, vom Baby gespeicherter Sinneseindrücke. Sie sind bei jedem Menschen anders. Die Stressantwort auf eine Angstreaktion ist zunächst „sinnvoll“, weil dem Betroffenen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu wehren bzw. zu fliehen, dem Konflikt also auszuweichen oder ihn „auszufechten“. Und das ist natürlicherweise mit körperlichen Veränderungen als eine Art Bereitstellung verbunden. Liegen doch die vegetativen Kerne im Stammhirn in enger Nachbarschaft zum limbischen System.

Diese Erkenntnisse sind der neuen Forschung der Neurowissenschaften zu verdanken, die seit einigen Jahren insbesondere mit bildgebenden Verfahren arbeiten können. Möglicherweise wird das leicht irreführende Wort „Psychosomatik“ bald überflüssig, weil Seelisches mit Körperlichem jetzt leichter in Verbindung gebracht werden kann: stark vereinfachend gesprochen werden die Sinneseindrücke, die ein Baby (bereits pränatal) über die zugehörigen zerebralen Zentren aufnimmt, im limbischen System gespeichert und bei sich später wiederholenden traumatischen Ereignissen gleichsam hervorgerufen, um eine Gefahr anzukündigen. Die Folge ist die Mobilisierung des Stressgeschehens mit all ihren körperlichen Auswirkungen, um entsprechenden Gefahren adäquat begegnen und sie beherrschen zu können. Chronische, fortdauernde Konflikte können zu chronischen körperlichen Veränderungen führen und sich, auch im Somatischen, entsprechend festsetzen.

Das Fazit daraus: das möglichst frühzeitige Erkennen einer seelischen Beeinträchtigung kann, bei bestimmten Voraussetzungen, eine Chronifizierung von Krankheitssymptomen verhindern. Das entbindet den Arzt oder Psychotherapeuten jedoch nicht, auf die körperliche Untersuchung zu verzichten, selbst dann nicht, wenn die Konfliktlage des Patienten einen anderen Weg zu weisen scheint.

Um keinem Irrtum zu erliegen: in diesem Buch geht es um den dynamisch-seelischen Anteil einer Erkrankung, der in der Ausbildung der Ärzte wie auch der Psychologen nach wie vor vernachlässigt wird.

Was also sollte berücksichtigt werden bei der Beurteilung des psychischen Aspekts?

Wir benötigen als Instrument die so genannte erweiterte, tiefenpsychologische Anamnese, die die aktuelle Situation des Patienten in seinem Lebenskontext, einschließlich entwicklungspsychologischer Daten, beurteilt. Wichtig ist dabei, ob die Konflikt auslösende Situation, also der Beginn der (meist körperlich einsetzenden) Erkrankung, im Leben des Patienten für den Untersucher nachvollziehbar ist (könnte das der Patient selber sehen, dann brauchte er nicht krank zu sein!). Wobei allerdings auch zu beachten ist, dass das Wissen um zugrunde liegende Konfliktodynamiken nicht automatisch die Fähigkeit beinhaltet, damit angemessen umzugehen.

Um diese Zusammenhänge jedoch einschätzen zu können, ist es nötig, Kenntnisse über die Persönlichkeit und deren Werden zu haben und sie mit der augenblicklichen Lage des Patienten in Verbindung bringen zu können. Provozierend (oder auch ressourcenorientiert oder salutogenetisch) könnte man auch fragen, welch einen „Sinn“ das Symptom des Patienten in seinem Lebensentwurf haben könnte? Kann er nur mit dessen „Hilfe“ seine kon-

fliktreiche persönliche, auch berufliche Situation in den Griff bekommen? Kann man das Symptom auch als Leistung betrachten, eine Notlage aus eigener Kraft zu meistern, die therapeutisch wertgeschätzt werden muss? Es handelt sich dabei um den Versuch einer Konfliktbewältigung mit dem Ziel oder dem Wunsch, das beschädigte Ich mit seinem gebrochenen Selbstwertgefühl wieder zu stabilisieren – wobei es natürlich nicht immer nur um das „beschädigte Ich“ oder die Stabilisierung des Selbstwertes geht. Das ist auch möglich mit Hilfe von psychischen Abwehrstrategien. Dazu gehört ein ausgeprägtes Geltungsbedürfnis, überbetonter Perfektionismus oder Altruismus, aber auch der Rückzug auf sich selber. Das kann die einzige Möglichkeit sein, Enttäuschungen und erneuten Ablehnungen zu entgehen. Diese Zusammenhänge finden sich in der Libidotheorie Freuds und seiner Phasenlehre mit den von ihm beschriebenen Persönlichkeitsstrukturen wieder. Es handelt sich um Kompensationsmechanismen, um dem beschädigten Ich Hilfestellung zu gewährleisten. Da es sich jedoch um eine (auch körperlich) krankmachende Bewältigungsstrategie handelt, kann sie letztlich (meist) nicht im Sinne des Betroffenen sein.

Eine besonders problematische Frage ist diejenige nach der „Wahl“ des Symptoms. Sie kann häufig nicht eindeutig beantwortet werden. In der Regel handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, in das genetische Einflüsse ebenso einwirken wie Umweltfaktoren. Der Psychosomatiker sollte hier vorsichtig sein, allzu schnell zu deuten. Der Spekulation sind dann Tür und Tor geöffnet. Und gerade das hat psychodynamischem Denken in der wissenschaftlichen Welt geschadet.

Die Suche nach (wissenschaftlichen) Erkenntnissen von Symptomspezifität ist schwierig. Sie gelingt bei weitem nicht immer. Erfahrungswerte von erfahrenen Psychosomatikern aus früheren Jahren können dazu beitragen, den Patienten und seine Krankheit besser zu verstehen und gegebenenfalls einen Behandlungsansatz zu finden. Die tabellarische Auflistung der hervorstechenden emotionalen Faktoren möge es dem Arzt oder Therapeuten erleichtern, sich die innere Konfliktkonstellation des Patienten vorzustellen, ihn damit besser zu verstehen und ihm vielleicht leichter helfen zu können. Uns ist es zu wenig, den Patienten mit der einfachen Formel: „das liegt in Ihren Genen“ oder „das ist anlagebedingt“ abzutun. Dann nämlich brauchen sich Ärzte und Therapeuten und auch die Patienten nicht mehr um die persönlich-individuellen Belange zu kümmern. Diese Überlegung ist wichtig, weil diese „Belange“ nicht selten mit „Versagen“ und „Schuld“ in Verbindung gebracht werden.

Ist der Patient auch bereit, sich seinen hinter den Beschwerden liegenden Problemen zu stellen, und ist er dazu in der Lage, dann besteht die Möglichkeit, ihm mit Hilfe der (Psycho-) Therapie zu helfen. Das jedoch muss bei den verschiedenen Psychotherapieformen differenzialtherapeutisch genau überlegt werden, um zu dem Ziel der Gesundung zu gelangen.

Der Arzt oder Therapeut sollte seine eigene Weltanschauung, sein eigenes Be-(Ent-)wertungssystem bei sich behalten und es nicht auf seinen Klienten übertragen. Jeder Patient sollte in seinem So-Sein respektiert und angenommen werden. Jede Ironie, Besserwisserei sollte unterbleiben. Aufmerksames Zuhören und Wahrnehmen des Gegenübers, ohne Störung von außen, sind gute Voraussetzungen, das „Sprechzimmer“ wieder einzuführen.

Nebenbei sei bereits hier erwähnt: Rizzolatti hat 1995 so genannte Spiegelneurone entdeckt, die es uns ermöglichen, dem anderen etwas abzuschauen, auf ihn einzugehen, ihn empathisch zu verstehen.

1.3.

Vorschläge zur praktischen Benutzung

- Inhalts- und Sachverzeichnis weisen auf das breite Spektrum psychosomatischer Erkrankungen hin und sollten, auch bei „ausgefallenen“ oder vermeintlich „rein organischen“ Krankheitsbildern, befragt werden.
Es geht um die Abklärung, ob eine stärkere oder weniger starke psychosoziale Komponente im Rahmen der Beschwerden vorliegt, und wenn ja,
 - welche Zusammenhänge bestehen könnten.
 - Diese Zusammenhänge sind tabellarisch dargestellt.
 - In erster Linie handelt es sich um dynamische (und nicht statische) Erkenntnisse, die psychosomatisch-konfliktzentrierte Forschung ergeben haben.
- Interessiert ein Krankheitsbild näher, so sollte stets ein
 - klinisches Fachbuch der herkömmlichen Medizin wie auch ein
 - psychosomatisches Fachbuch für weitere Einzelheiten befragt werden (Literaturvorschläge sind an das jeweilige Kapitel angefügt, umfassendere Werke für die Psychosomatik/Psychotherapie finden sich am Schluss des Buches),
 - am Ende der Darstellung eines Krankheitsbildes ist die verwendete Literatur angegeben.
- Die oft, jedoch nicht durchgehend, angegebene Codierung der Krankheitsbilder nach ICD 10 (= International Classification of Diseases) sollte nachgeprüft werden.
- Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sind in gesonderten Kapiteln angeführt.
- Gesondert wird auf den sinnvollen Kontakt zu Selbsthilfegruppen der jeweiligen Krankheitsentität hingewiesen. Sie sind in der Regel bestens informiert und verfügen gegebenenfalls über Kontaktadressen. Allerdings sollte auch hier die Auswahl mit Bedacht erfolgen, weil Selbsthilfegruppen manche Patienten auch destabilisieren oder überfordern können, insbesondere wenn eine therapeutisch-leitende Struktur fehlt.
- Die Hinweise auf Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sollten stets bei den zuständigen Ärztekammern nachgefragt werden.
- Die Auflistung von stationären Einrichtungen soll allenfalls „Vorschläge“ bedeuten; die genannten Kliniken sind keinesfalls „besser“ als andere, nicht genannte.

Und noch zwei Dinge:

- Wenn wir häufiger von „der Mutter“ sprechen, so meinen wir „enge Bezugsperson“. Freud hat hierfür das Wort „Objekt“ gebraucht und aus dem Philosophischen entnommen. Von einer Schuldzuweisung an die erziehenden Personen kann nirgends die Rede sein – wir gehen davon aus, dass *jede* Mutter (in der Regel, von Ausnahmen abgesehen) das Beste für ihr Kind wollte und will.
- Wenn wir häufig nur die „männliche Version“ einer Person erwähnen, so sind doch stets beide Geschlechter gemeint, wenn nicht gesondert angegeben.

Um einen Zugang zu Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen zu finden, sollen zunächst einige Basisvorstellungen als Voraussetzung für eine psychodynamische Vorgehensweise angeführt werden. Diese Zusammenfassungen können nur Hinweise geben, vielleicht ein Grundverständnis vermitteln, sicher jedoch nicht die praktische Erfahrung ersetzen. Mögen sie jedoch eine Hilfe sein!

2.1.

Neurowissenschaften und Psychosomatik

Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften der letzten 20 Jahre mit Hilfe neuer bildgebender Untersuchungsverfahren sind weit fortgeschritten. Sie liefern gleichsam einen Beweis für die Existenz leib-seelischer Zusammenhänge, die den Dualismus auch in der Medizin überwinden helfen wird.

Die fünf Sinne nehmen ihre „emotionalen“ Eindrücke auf, leiten sie über den präfrontalen Kortex in tiefer liegende, uns rational nicht zugängliche Bereiche des limbischen Systems und des Hirnstamms weiter und speichern dort die wahrgenommenen Eindrücke. Sie sind die Basis einer späteren „Bewertung“: Je nach Gefahren- und Angstsituation, in die der Mensch gerät, wird über das Stresssystem eine Flucht- und/oder Kampfsituation resp. Resignation (auch Erstarrung, Totstellreflex) in Gang gesetzt, die wiederum zu (meist) körperlichen Symptomen führt. Unsere Gene werden je nach (emotionaler) Bewertung des Ereignisses aktiviert und haben eine Wirkung auf die verschiedenen Strukturen des Gehirns. Über die Beeinflussung und Einbeziehung der vegetativen Kerne im Stammhirn kommt es mit Hilfe der Stressreaktion zu den körperlichen Erscheinungen, die wir „psychosomatisch“ nennen. Sie fließen in jedwede Krankheit ein. Dadurch wird die Trennung Körper – Seele (fast) überflüssig. Es besteht jedoch kein Zweifel daran, dass in dem einen Fall die somatische, in dem anderen die psychogene Komponente einer Erkrankung das Übergewicht haben kann und jeweils entsprechend abgeklärt und behandelt werden muss.

Zu einer Diagnose und damit zu einem Therapieplan zu gelangen, die unseren Patienten und ihrem Leiden gerecht werden, benötigen wir das Wissen um die Grundlagen der Persönlichkeitsentwicklung, die sich aus dem Umgang mit den frühen Bezugspersonen

und deren Vorbilder ergeben. Zu diesen Grundlagen gehört das in den letzten Jahren erarbeitete Wissen der Neurobiologie ebenso wie die durch Freud gewonnenen und später erweiterten Erkenntnisse und Beobachtungen der psychosozialen, der psychodynamischen und der psychosexuellen Entwicklung eines Menschen. Erst in der Zusammenschau dieser verschiedenen Forschungsansätze und -ergebnisse ergibt sich ein sinnvolles Bild einer bio-psycho-sozialen Medizin.

2.2. Neurobiologie – Gene – Stress

(in Anlehnung an J. Bauer (2006), Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen unsere Gene steuern)

2.2.1. Über Hirnareale

- Zum limbischen System („emotionale Intelligenz“) gehören: Hippocampus, Amygdala, Gyrus cinguli.
- Amygdala: darin sind Erinnerungsspuren abgezeichnet, ob Ereignisse oder Situationen für den Organismus angenehm oder schädlich sind.
- Gyrus cinguli: Sitz des Selbstgefühls sowie des Mitgefühls für andere Menschen = Ort der Lebensgrundstimmung.
- Im Gyrus cinguli gespeicherte Assoziationen zwischen äußeren Situationen und inneren Körperzuständen erklären, warum bei manchen Menschen bestimmte äußere Situationen eine schlagartige Veränderung des körperlichen Befindens zur Folge haben können: zentrale emotionale Schaltstelle zwischen äußerer Umwelt (auch Beziehungen) und innerer Welt des eigenen Körpers; Sitz des Selbst und des Selbstwertgefühls.
- Vorstellungen über Zusammenhänge werden im Gehirn in drei Dimensionen erzeugt: Wichtig für psychosomatische Zusammenhänge:
 - Elemente der äußeren Welt: Assoziationen entsprechen Netzwerk-Verschaltungen. Sie können ein inneres Bild der äußeren Vorstellung haben;
 - Wahrnehmungen aus dem eigenen Organismus (Körperschema, inneres Bild repräsentiert);
 - Wahrnehmungen des körperlichen Selbstbefindens mit Objekten oder Situationen der äußeren Welt in Beziehung gesetzt.
- Wahrnehmungen der 5 Sinne gelangen über Nervenzell-Systeme der „Empfangsorgane“ (Auge, Ohr, Nase, Haut, Zunge) zur Großhirnrinde und dem limbischen System, dem Zentrum für „emotionale Intelligenz“ und beeinflussen unsere Erlebniswelt.
- Mutter und Säugling in kreisförmigem Austausch von Signalen

2.2.2.

Über Synapsen

- Synapsen regen in beteiligten Nervenzellen die Aktivität bestimmter Gene an.
- An der Wahrnehmung beteiligte Nervenzellen befinden sich in einer zeitgleichen = simultanen, phasengleichen = synchronen, rhythmisch bioelektrischen Aktivität.
- Anregende Erfahrungen führen zu synaptischer Aktivität und damit zur Aktivierung von Nerven-Wachstums-Genen. Sie ergeben sich aus Alarmerfahrungen, die zu übermäßiger Freisetzung von nervenschädigenden Botenstoffen (Glutamat) führen können.
- Synapsen übermitteln aufgrund ihrer Verstärkung bei künftigem Gebrauch auch stärkere Signale: Tätigkeiten benutzter Synapsen werden stabilisiert oder verstärkt. Regel: mache Gebrauch von der Synapse oder verliere sie: „Use it or lose it“.
- Folge: Erlebnisse und Erfahrungen prägen neuronale Netzwerke.
- Vermehrung von Nervenzellen durch Training, geistige Aktivität, anregende Umweltbedingungen.
- Angemessene Reizzufuhr verstärkt die einbezogenen aktiven Nervenzellen und Synapsen in ihrer Funktionstüchtigkeit bereits beim Säugling (jedes Zuviel oder Zuwenig ist schädlich).

2.2.3.

Über Gene

- Ereignisse, Erlebnisse, Lebensstile steuern die Aktivität von Genen und verändern Strukturen im Gehirn.
- Die Regulation der Genaktivität unterliegt in hohem Maße situativen Einflüssen und wird überwiegend *nicht* vererbt.
- Gene nur in Zusammenspiel mit Umwelt aktiv, führen kein Eigenleben.
- Gene des Menschen fortwährend reguliert in ihrer Aktivität: vor allem Gene der
 - Kreislauf-, Blutzucker-, Hormon- und Stressregulation;
 - alles, was das Immunsystem zur Infekt- und Tumorabwehr leistet, hängt von der Regulation der Gene ab.
- Proteine wickeln alle Stoffwechselforgänge ab, werden von den Genen kontrolliert.
- Produktion von Proteinen durch das Gen beruht darauf, dass die Zelle einen bestimmten Abschnitt aus dem „Text“ der DNS-Sequenz „abliest“ (die im Zellkern gelagerte Erbsubstanz ist die DNS) und diese Information in den stückweisen Aufbau eines Proteins umsetzt.
- DNS-Sequenz der etwa 35 000 menschlichen Gene bei allen Menschen zu 99,9 % identisch – was uns Menschen trennt:
 - genetische Muster für ethnische und konstitutionelle Unterschiede,
 - genetisch bedingte Normvarianten.
 - Wo Gen-Text verändert ist = bei 0,1 %, da können echte Unterschiede in Form von Erbkrankheiten auftreten (Blut, Cystische Fibrose, Chorea).
 - Echte Erbkrankheiten sind außerordentlich selten:

- nur 2 % aller menschlichen Erkrankungen sind durch eine genetische Mutation bedingt (6 % bei Alzheimer etwa).
- Entscheidend: Regulation der Genaktivität.
- Größten Einfluss auf Regulation von Genen haben nichtstoffliche Signale im Gehirn = mit den Nervenzell-Systemen der fünf Sinne wahrgenommenen zwischen-menschlichen Situationen werden vom Gehirn fortlaufend in biologische Signale verwandelt, die ihrerseits massive Effekte auf die Bereitstellung von Transkriptionsfaktoren haben (s. o.).
- Verwandlung von Umweltsignalen in biologische Signale:
 - Signale der fünf Sinne in Großhirnrinde und limbisches System aufgenommen;
 - es folgt: Bewertung.
 - Bei Angst und Gefahr: im Hirnstamm Aktivierung von Genen und Bereitstellung von Alarmbotenstoffen (Noradrenalin). Folge:
 - Veränderungen im ganzen Körper: im Hypothalamus Aktivierung des Stressgens CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon).
 - positive und anregende Umweltbedingungen aktivieren Wachstumsfaktoren (Proteine) für Nervenzellen;
 - positive Umweltreize haben sich für Nervenzellen als ein Überlebensfaktor herausgestellt.

2.2.4.

Über Stress

Definition: Psychosomatische Krankheiten als Reaktion auf Überlastung, Überforderung, Verlust des Gleichgewichts (der Homöostase, der Balance) im Rahmen eines unspezifischen Anpassungssyndroms.

Wichtige Punkte:

- „Physiologische Schablone“ (leibseelisches Reagieren als Ganzes):
 - autonomes, vegetatives Nervensystem,
 - endokrine Funktionen,
 - humorale Faktoren im Vordergrund.
- Bei Stress steigen biochemische Parameter:
 - der Hypophysen-Nebennieren-Achse: ACTH, Cortisol, Glukokortikoide;
 - im Serum: Cholesterin, Triglyzeride,
 - Immunlage ändert sich, enge Kohärenz zur Umwelt.
- Psychosomatische Krankheiten als Antwort auf körperliche und seelische Reize (Seelisches gleichwertig mit Körperlichem!)
- Stress:
 - Körperlich: Lärm, Kälte etc.,
 - Seelisch: z. B. Hospitalismus des Säuglings.
- Subjektive Wertigkeit der Stressoren:
 - Sprache: „Gestresstsein“.
 - Stress: körperlicher oder/und seelischer Zustand der Belastung.

- Antwort auf Stress: Adaptationssyndrom (Anpassungs-):
 - Alarmstadium mit Schockreaktion und Gegenschockphase;
 - Abwehrreaktion (Resistenz- oder Anpassungsphase);
 - Fortdauernde Belastung führt zum Erschöpfungsstadium mit völliger Verausgabung der Anpassungsenergie und chronifizierten Erkrankungen wie Hypertonie, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt.
 - Seelische Stressoren: z. B. Reaktionen des Säuglings auf Trennung von der Mutter (Spitz 1967); Extremlastung im Konzentrationslager;
 - Distress: Dekompensation, negativer belastender Stress;
 - Eustress: normale Belastung, ohne schädliche Folgen (Stress als primär nützliche, entwicklungsgeschichtlich ausdifferenzierte Überlebens- und Anpassungsfunktion, die bei Chronifizierung negative Auswirkungen haben kann)
- Gute zwischenmenschliche Beziehungen schützen vor negativen Auswirkungen: Selye (Physiologe, hat Stressachse erforscht): „Erwirb die Liebe Deines Nächsten“.
- Stressreaktionen sind individuell, hängen von persönlichen Bewertungen der Situation ab, die früh erfahren, einen „Abdruck“ im biologischen Stressreaktionsmuster hinterlassen.
- Stress in zwischenmenschlichen Beziehungen verursachen Gesundheitsstörungen durch Fehlregulation der Gene = psychosozialer Stress aktiviert Transkriptionsfaktoren, die die Genaktivität regulieren.
 - Anschaltung des CRH-Gens (Corticotropin-Releasing-Hormon) im Hypothalamus bei Gefahr: bewirkt verstärkte Cortisol-Produktion.
 - Folge: Kettenreaktion: CRH aktiviert 2. Gen: Proopiomelanocortin (POMC); ein Produkt davon ist das Hormon ACTH (Adrenocorticotropes Hormon), verteilt sich im Körper, veranlasst ebenfalls Bildung von Cortisol.
 - CRH hat Effekte auf Nervensystem u. a.:
 - innere Unruhe, Angst, Appetit lässt nach, Blutdruck erhöht, Flecken im Gesicht (flush), erniedrigt Testosteron; Störungen auch der Empfängnisfähigkeit;
 - kann zu dauerhaften Veränderungen führen.
 - Wirkung auf Immunsystem: Infektanfälligkeit; Wundheilungsverzögerung, beeinflusst Multiple Sklerose, Rheumatismus, Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Asthma bronchiale: Einfluss auf Verlauf!
 - negative Folgen für den Alterungsprozess des Gehirns mit Nervenzelluntergang, Gedächtnisstörungen (Cortisol zusammen mit Glutamat).
 - Alarmsignale weitergegeben auch an Hypothalamus, an Hirnstamm (mit Regulationszentren für Herz, Magen . . .). Dort Ausschüttung der Nervenbotenstoffe Adrenalin und Noradrenalin.

2.2.5.

Über biografische Erfahrungen und ihre Auswirkungen

- Bei Gefahr: Hypothalamus aktiviert, Stressgen CRH angeschaltet, Aktivierung der Hypophyse. Von dort Botenstoff ACTH ausgeschüttet. Folge: Cortisolausschüttung.

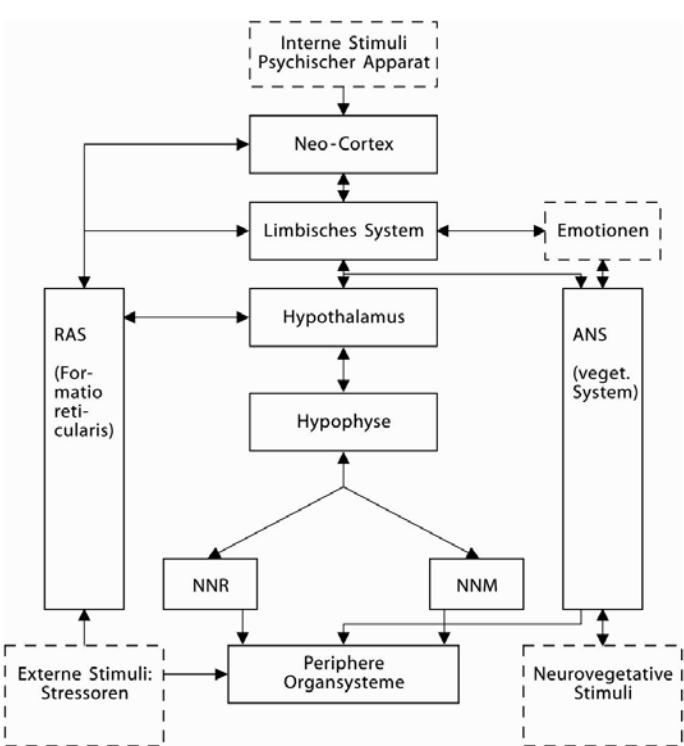


Abb. 1 Zentralnervöse Steuerung der Stressreaktion (nach Heim 1986)

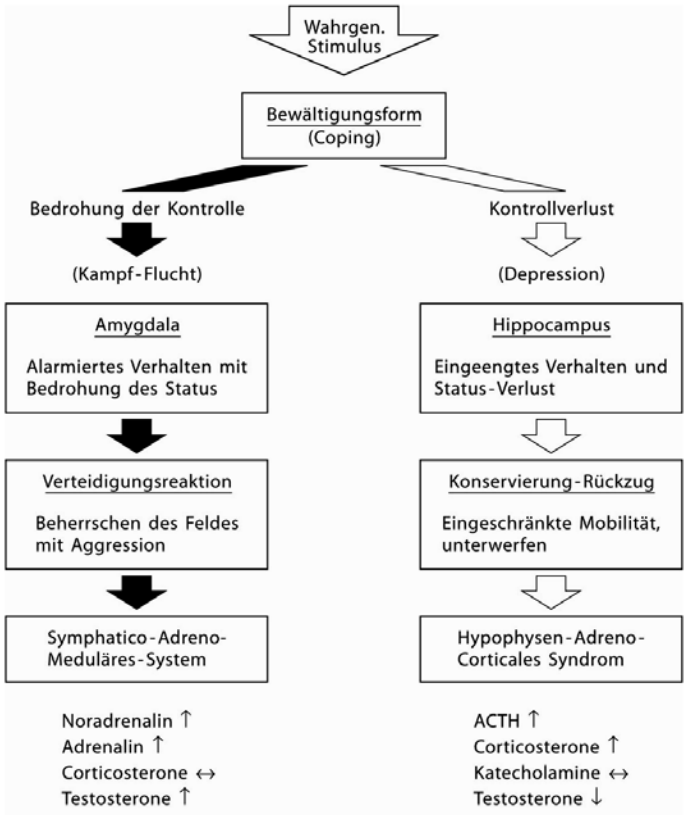


Abb. 2 Abhängigkeit der Neuroendokrinen Reaktion von sozialer Kontrolle resp. Kontrollverlust (aus Heim 1986)

- Zweites Zentrum für „emotionale Intelligenz“ im Hirnstamm, Locus coeruleus, mit Aktivierung von Noradrenalin.
- Individuelle Erfahrungen im Nervenzell-Netzwerk des Großhirns und des limbischen Systems abgespeichert.
- Aversive Erfahrungen werden auffallend intensiv abgespeichert, besonders in der Amygdala.
- Positive und negative Vorerfahrungen addieren sich. Sie können einen Menschen z. B. zuversichtlich und vertrauensvoll oder ängstlich werden und zur Resignation neigen lassen.
- Bei Gefahr Freisetzung von Glutamat.
- Folge: Glutamat des Mandelkerns – Hypothalamus (mit Aktivierung von CRH) – + Hirnstamm – an Synapsen Noradrenalin freigesetzt – aktiviert Gen Tyrosin Hydroxylase, aktiviert Kreislauf, Puls, Blutdruck, Atmung (lässt sich durch Betablocker hemmen).
- Auch „Sofortreaktionsgene“ („immediate early genes“) freigesetzt.
- Große Unterschiede individueller Vorerfahrungen haben zur Folge, dass die Reaktion der neurobiologischen Stresssysteme von Person zu Person sehr verschieden ausfällt = individuelle Stressreaktionen = Individuelle CRH-Antwort auf Stress nicht vererbt.
- Ausmaß mütterlicher Zuwendung entscheidend, wie das CRH-Gen unter Stress reagieren wird.
- Hohes Maß an Zuwendung hat stärkere Aktivierung von Nervenwachstums-Faktor zur Folge.
- Für Stress entscheidend: nicht die objektive Lage, sondern die subjektive Bewertung; Alarmsystem: Amygdala.
- Frühe Erfahrung von Stress haben erhöhte Empfindlichkeit des Stresssystems zur Folge.
- Sichere Bindungen schützen Kind; soziale Unterstützung ist aber auch späterer Schutzfaktor.

2.2.6.

Über die Rolle der zwischenmenschlichen Beziehungen

- Gute Beziehungen sind ein biologischer Gesundheitsfaktor.
- Alles, was wir lernen, erfahren und erleben, vollzieht sich im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen werden in Nervenzell-Netzwerken gespeichert.
- Alles, was wir geistig tun, seelisch fühlen und in Beziehungen gestalten, findet seinen Niederschlag in körperlichen Strukturen.
- Schlechte Beziehungen erhöhen das Krankheitsrisiko.
- Entscheidende (Bewertungs-)Frage: Ist eine zwischenmenschliche oder sonstige Situation bedrohlich oder nicht.
- Alarmreaktionen ausgelöst durch: Leistungsdruck; Konflikte in Partnerschaft, Familie, Arbeitsplatz.

Zeitpunkt der Untersuchung. Hierzu ist es nötig, die psychogenetischen Faktoren, die diese Persönlichkeit geprägt haben, aufzudecken.

Schwierigkeiten bei der tiefenpsychologischen Anamneseerhebung:

Sie ergeben sich vor allem bei Patienten,

- die nicht aus eigener Motivation zum Arzt/Psychosomatiker kommen,
- ohne großen Leidensdruck,
- mit einer (möglicherweise auch iatrogen bedingten) Fixierung auf eine organische Ursache der Symptomatik,
- mit einem zu geringen Introspektionsvermögen,
- mit sprachlichen Schwierigkeiten (etwa bei Ausländern).
- Zu bedenken ist auch, dass sich Patienten mit psychogenen Organbeschwerden der Aufdeckung eines psychodynamischen Zusammenhanges, meist unbewusst, widersetzen. Das ist verständlich, denn gerade das Körpersymptom kann Ausdruck eines innerseeli-

Tabelle 6 Inhalte der psychosomatischen Anamnese unter Berücksichtigung der wichtigsten Modellvorstellungen (nach Overbeck 1979, ergänzt):

Psycho Einbeziehung des Unbewussten	Somatik ohne Einbeziehung
Psychosexuelle Entwicklung (Libidotheorie) narzisstische Entwicklung (=Selbstentw.) Theorien und Modelle	„Somatik“ (übliche klinische Anamnese)
* Konflikt-Symptom-Kontext Stressmodell – Konversionsmodell – Psychophysiologisches Korrelat – Antriebserleben	Lerntheorie
* Ich-Struktur – De- und Resomatisierung – Alexithymie – Zweiphasige Abwehr	
* Objektbeziehungen – Objektverlust und Resomatisierung – Mechanistische Objektbeziehungen – Behinderung der Selbst-Objekt-Differenzierung	
* Interpersonelle Betrachtungsweise – Familienorientierte Betrachtungsweise – Pathologische Sozialisierungen – Fusionen, Funktionsverschränkungen	
* Gesellschaftliche Zusammenhänge – Scheinlösung Krankheit – Pseudonormalität (Überangepasstheit) – Krankheit als Anpassungsleistung des Individuums	

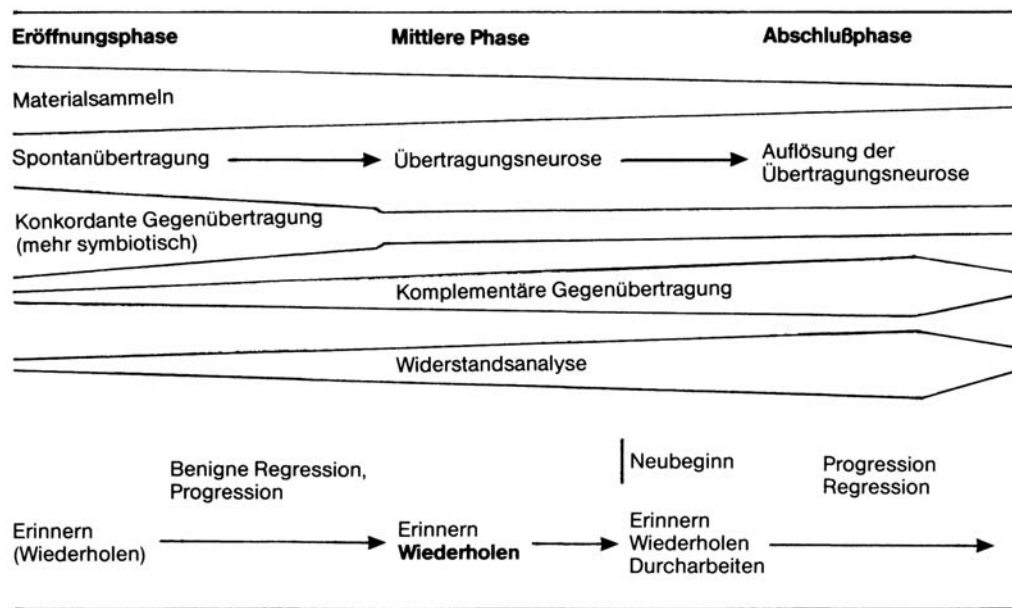


Abb. 20 Fiktiver Standardverlauf der Psychoanalytischen Kur

Technik:

- Konfrontation,
- Klärung des Konflikts,
- Deutung (als Herzstück der Analyse),
- Durcharbeiten nach Abbau von Widerständen.

Wirkung:

- Regression auf die frühkindliche Entwicklungsstufe (Setting: mit Couch!),
- Herstellen einer neuen, analytischen Beziehung,
- Durcharbeiten dieser Beziehung,
- Herstellen eines Realitätsbezuges.

Die Psychoanalyse ist als Basisausbildung ein kaum zu überschätzendes Fundament für psychotherapeutisches Verstehen und Arbeiten. Sie vermag die Wege zu dem Selbst zu öffnen im Sinne des „Erkenne dich selbst“, wie es noch heute am Tempel des Apollon in Delphi zu lesen ist. Ohne das Erleben von Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung können die tiefenpsychologisch orientierten Behandlungsmethoden kaum adäquat und befriedigend durchgeführt werden. Dennoch muss auch gesagt werden, dass die Indikation zu einer „psychoanalytischen Kur“ selbst in Fachambulanzen auf einen kaum nennbaren Prozentsatz herunter gegangen ist. Häufig sind initial körperorientierte und Kreativverfahren in Kombinationsbehandlungen indiziert. Die Anzahl der Patienten mit sogenannten Frühstörungen nimmt immer mehr zu. Bei ihnen ist eine „psychoanalytischen Kur“ kontraindiziert.

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche

Klußmann, R.; Nickel, M.

2009, XXI, 608 S., Hardcover

ISBN: 978-3-211-75682-9