

Pierre Loeb

Psychosomatik – Integration oder Polarisierung?

Einführungsreferat zur Tagung «Wo beginnt Heilung? – kritische Ansätze in der Therapie somatoformer Störungen» am 10.11.2007

«Somatoforme Störung» ist kein gängiger Begriff, er wird im Volksmund praktisch nicht benutzt. Ganz anders «psychosomatisch». Auch wenn die wenigsten eine klare Vorstellung davon haben, so wird dennoch die Diagnose «das ist psychosomatisch» bereits von Laien gestellt – das beginnt in der Schule, in der Familie, bei der Arbeit ... und natürlich in der Medizin, wenn keine den Sachverhalt erklärende organische Ursache gefunden werden kann. Und ähnlich wie die Depression oder andere psychische Krankheiten sind auch psychosomatische Leiden sozial nicht hochangesehen. Ihnen kommt als Frühsignal zwar eine gewisse anerkannte Bedeutung zu für eine sich anbahnende Überforderung – «du hast dich überlüpft», «es schlägt dir auf den Magen», «du bist ausgebrannt», «deine Nerven sind angespannt» usw. Oder als Erklärungsmodell: «wenn einem die Galle überläuft» oder «das Herz bricht»; Sie alle kennen diese Beispiele. Hier steht Psychosomatik für eine «ganzheitliche» Betrachtungsweise.

Nicht nur in den Medien und Talkshows – auch in der Medizin gehört es mittlerweile zum Basiswissen: Die dualistische (polare) Betrachtungsweise des Körpers als hochkomplexer Maschine mit Krankheiten als Betriebsschäden, die repariert werden müssen, wurde von einer multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Sichtweise abgelöst [1, 2]. Dieses integrierende Verständnis für bio-psycho-soziale Zusammenhänge (nach Engel [3, 4]) ist heute eigentlich Allgemeingut. Unsere Klientinnen und Klienten erfahren diese selbst, wegen:

- Rationalisierungen und Sparmassnahmen,
- immer härterem Berufsalltag in einem immer aggressiveren Arbeitsmarkt,
- permanentem Druck – bis zum Mobbing,
- allgegenwärtigem, nicht mehr nachlassendem Stress und überfordernden Doppelbelastungen (nicht nur für Frauen!),
- Vereinsamung, Ausgrenzung und Isolation,
- Migration, Gewalt-, Terror-, Kriegs- und Foltererfahrungen,
- Umweltkatastrophen.

Dies alles kann zu psychischen Belastungen, Burnout, sexuellem Versagen, übermäßigem Sexkonsum im Internet, Alkohol- und Drogenabusus und Zerrüttung der Familienstrukturen mit Scheidungen, häuslicher Gewalt, Gewalt in den Schulen oder eben auch zu psych- und rein somatischen Krankheiten führen.

Auch diese (schon fast trivialen) psychosomatischen Zusammenhänge sind doch allgemein bekannt – sollte man meinen.

Stress und Schmerz werden in den gleichen Hirnstrukturen verarbeitet.

Neu hinzu gekommen sind in den letzten Jahren faszinierende neuobiologische Entdeckungen, die uns zu einem ganz neuen Verständnis für Schmerzpatienten verhelfen. Das neue Wissen über Schmerzgedächtnis und Hirnplastizität, das Wissen darum, dass Schmerz- und Stressverarbeitung im Hirn in den identischen Strukturen erfolgen, hat unser Verständnis revolutioniert [5–7]. Körperliche Schädigungen aktivieren dieses Stresssystem ebenso wie psychosoziale Belastungen. Frühe psychische und biologische Stresserfahrungen (Bindungsstörung, «childhood adversities» [8]) haben eine eingeschränkte Funktion des Stressverarbeitungssystems zur Folge und können zu lebenslanger dysfunktionaler Stressverarbeitung führen. Aber auch ausgegrenzt zu werden («social exclusion») führt zu sozialem und körperlichem Schmerz [9]: Häufig geschlagene oder misshandelte Kinder haben psychobiologische Narben und «Verhaltensnarben», die zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen führen; mit:

- signifikant häufiger unreifen Konfliktbewältigungsstrategien und
- reduziertem Selbstwertsleben,
- eingeschränkter sozialer Kompetenz,
- gesundheitlichem (und oft sexuellem) Risikoverhalten,
- entsprechender Gefahr der Retraumatisierung,
- Alkohol, Drogen und anderen Selbstverletzungen.

Und daraus resultieren:

- depressive und Angststörungen,
- somatoforme und dissoziative Störungen,
- posttraumatische Belastungs- und schwere Persönlichkeitsstörungen.

Ebenso finden wir eine erhöhte Inzidenz an:

- Diabetes (Typ 2),
- Schlaganfällen und koronarer Herzkrankheit,
- Hepatitis oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung usw.

Übrigens: Kompensatorische Schutzfaktoren (dies interessiert uns im Sinne der Resilienz; also Fälle, in denen hinreichende Schutzfaktoren trotz erhöhter Belastbarkeit und früher Stresserfahrungen eine Erkrankung verhindern) finden wir bei:

- einer einfühlsamen und verlässlichen Haupt Bezugsperson (alleinerziehende Mütter beispielsweise müssten entlastet werden),
- dauerhafter und guter Beziehung zu mindestens einer «Mothering-Person»,
- in der Grossfamilie,
- bei sozialer Förderung (z.B. Jugendbund, Schule, Sportverein, Kirche),
- bei überdurchschnittlicher Intelligenz oder
- bei robustem und kontaktfreudigem Temperament,

- lebenszeitlich späterer Familiengründung,
- verlässlich unterstützender Bezugsperson im Erwachsenenalter,
- Geschlecht: Mädchen sind weniger vulnerabel als Knaben.

Solche Zusammenhänge haben Psychoanalyse und Psychosomatik schon längst postuliert. Jetzt kann mittels bildgebender Verfahren und neuer gross angelegter Studien wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass frühe Traumatisierungen und Ausgeschlossenheit zu Somatisierungsstörungen und zu psychischen und somatischen Krankheiten führen können, die zum Teil erst nach Jahrzehnten manifest werden.

«Wo beginnt Heilung?» – die Frage war unser Tagungsthema. Antwort: Heilung beginnt mit der Prävention. In unserem Praxisalltag als psychosomatische Ärztin bzw. als psychosomatischer Arzt stellt sich die Problematik aber anders dar: Zu uns kommen die Patienten oder Klienten mit ihren aktuellen psychosomatischen Beschwerden, sie präsentieren uns irgendwelche Symptome: unklare

Oft kann erst ein langer Prozess ein gewisses Coping ermöglichen

Schmerzen von Kopfweh über Magen-Darm-Beschwerden, Rückenschmerzen, Weichteilrheumatismus, Müdigkeit, Angststörungen ... Alles an sich unverdächtige Krankheiten, die schwer zu differenzieren sind und nie einfach ausgeschlossen werden können. Erst bei Beachtung des ganzen Umfelds, des atypischen Verlaufs, der mitgelieferten Geschichten (dem

Narrativen), nimmt der psychosomatische Charakter Gestalt an. Und da greifen einfache Lösungen und Therapieangebote meist nicht; die Verletzungen liegen zu lange zurück und suchen sich geradezu einen Ausdruck.

Neue Möglichkeiten in der Behandlung sehen wir in der Psychoedukation: Wir erklären unseren Patientinnen und Patienten unsere neuen neurobiologischen Konzepte und Erkenntnisse. Dass Schmerz eine Verarbeitungsstörung im Gehirn ist und nicht in der Peripherie, wo der Patient seine Symptome lokalisiert. Mit Entspannungs- und anderen Verfahren versuchen wir den Patienten zu zentrieren – gleichzeitig bemühen wir uns, ihn zu stützen, zu «empowern» und zu aktivieren, statt ihn zu schonen und zu immobilisieren, wie wir dies früher viel zu lange getan haben. Doch wie erkläre ich das meinem Patienten, der schon morgen wieder fit zur Arbeit gehen muss, weil sonst das Geld für die Familie fehlt. Oder dem, der kaum unsere Sprache spricht, der seine Schmerzen hat und vielleicht sogar benötigt, an ihnen festhält und für den diese körperlichen Erscheinungen womöglich kulturell bedingte Inhalte haben, von denen wir keine Ahnung haben?

Wie so oft wird die Medizin zum Auffangbecken multifaktorieller politischer, gesellschaftlicher oder wirtschaftlicher Verfehlungen, indem die Folgen dieser Verletzungen sich im Körper des Individuums (psychisch und/oder somatisch) eingravieren. Ein Patient sucht bei uns Hilfe. Manchmal benötigt er ein Zeugnis (einen Zeugen für sein schweres Los), aber meistens wünscht er eine Reparatur, eine Befreiung von seinen Schmerzen oder anderweitigen Symptomen. Oft kann aber erst ein langer Prozess ein gewisses Coping, eine Pas-

sung, ein anderes Umgehen ermöglichen, während selten ein definitives Verschwinden der gesamten Symptomatik erreicht werden kann.

Was hier von uns gefordert wird, ist:

- die Person abzuholen, sie zu begleiten und zu verstehen,
- bereit zu sein, die Person in ihrer Eigenheit und Einzigartigkeit zu erkennen,
- ihr mit Respekt zu begegnen; Interesse und Neugier zeigen,
- es wagen, zu ihr in Beziehung zu treten,
- ihre Veränderungswünsche in Erfahrung zu bringen,
- Leiden und Potential zu respektieren,
- «caring» statt «curing», vor allem wenn Heilung ad integrum nicht mehr möglich ist.

Dabei setzen wir unsere Kompetenzen ein, unserer Erfahrung und Ausbildung entsprechend:

- pathophysiologisches, internistisches und psychosoziales Wissen,
- (Lebens-)Erfahrungen und Humor,
- unsere Eingebungen – was Enid Balint so treffend «Flashes» nannte [10],
- wir stellen uns als Gegenüber zur Verfügung und wirken als Resonanzkörper,
- wir behalten immer einen kritischen Zweifel und überprüfen unsere Haltung in unserer (Arzt-Patient-)Beziehung in Inter- und Supervisionen.

Und obwohl man denken sollte, dass dies alles hinreichend bekannt ist, hat es doch einen Haken:

- Niemand darf «es» haben, denn wehe dem, der «psycho» wird ...
- Niemand will es bezahlen, diese Scheininvaliden und Systemausnützer ...
- Niemand hat Zeit, sie zu behandeln ... denn diese Patienten sind schwierig, teuer und sehr oft undankbar – weil unberechenbar.

So sieht es fast aus, als würde Psychosomatik – die eigentlich die Dualität, die Dichotomie von Psyche und Soma überwinden möchte – plötzlich einteilen in krank und gesund und zwischen Patienten, die's schaffen, und solchen, die bedürftig, begehrt bleiben und die Allgemeinheit belasten, unterscheiden.

Entsprechendes scheint auch auf der Therapeutenseite zu gelten: die, die Krankheiten managen und heilen, und jene, welche die schwierigen chronischen Fälle begleiten.

Es geht also um angemessene Therapie. *santésuisse* hat dazu eine ganz eigene Vorstellung: Sie betrachtet eine Psychotherapie wie eine Operation. Es gibt Vorabklärungen und dann die Psychotherapie, die nach einer umschriebenen Zeit beendet sein muss. Doch gerade unsere psychosomatische Klientel hält sich nicht an diese Vorgaben. Ähnlich wie bei anderen somatischen chronischen Krankheiten muss man viele dieser Patientinnen und Patienten regelmässig sehen und über eine lange Strecke führen und begleiten. Als psychosomatisch arbeitender Hausarzt erhalte ich jährlich eine Rückforderungsandrohung der *santésuisse*, weil meine Drei-Monats-Rechnungen pro Patient im Vergleich zu meinen konventionell arbeitenden Kolleginnen und Kollegen höher sind. Ich kann die Be-

sonderheit meiner Praxis und meiner Klientel zwar erklären, aber die Androhung bleibt, denn meine Arbeit ist verdächtig, nicht «wzw» (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) zu sein.

Als Psychosomatiker werde ich von Kolleginnen und Kollegen manchmal als überheblich angefeindet, denn mit dem Patienten zu sprechen sei Aufgabe eines jeden Arztes. Und oft meine ich fast einen kleinen Triumph meines zuweisenden Kollegen zwischen den Zeilen zu lesen, wenn es auch mir nicht gelingt, den Patienten von einer weiteren Abklärungsuntersuchung oder Operation abzuhalten und im therapeutischen Prozess zu behalten, was dann zu teurem «Doctor-Shopping» führen kann.

Psychosomatik bewegt sich in diesem Niemandland. Von allen ersehnt und gleichzeitig belächelt. Geblendet von den technisch brillanten mikrochirurgischen, orthopädischen oder pharmakologischen Interventionsmöglichkeiten und Erfolgen der letzten Jahrzehnte, hat die Schulmedizin dieses Niemandland zu lange vernachlässigt. Der Mensch als subtiles, diffiziles, komplexes Wesen reagiert auch auf Ebenen, denen wir mit unserer «Biotechnologie» (noch?) nicht beikommen können (damit meine ich, dass unsere revolutionären Erkenntnisse noch nicht in der Masse therapeutisch umsetzbar sind, wie andere Technologien es sind – und es vielleicht auch nie in der Masse werden, weil psychisches Wachstum eben anders abläuft). Hier sind wir also gefordert, uns persönlich einzubringen und in einem sehr komplexen Geschehen mitzuwirken. Wir sollen nicht nur selbst berühren (behandeln), sondern wir werden selbst berührt, betroffen – getroffen – in unserer eigenen Begrenztheit und Verletzlichkeit.

Es sind nicht die Menschen mit somatoformen Störungen, die immer mehr somatische Interventionen haben wollen; Untersuchungen ergaben einen anderen Zusammenhang: Die Intensität somatischer Abklärungen ist umso grösser, je mehr sich Patienten über ihre Beschwerden beklagen und je weniger der Arzt das Gespräch über psychosoziale Probleme ermöglicht [11]. Wir sind also als Ärztinnen und Ärzte mit sozialpsychologischen Sichtweisen gefragt.

Literatur

- 1 Von Uexküll T, Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke O, Wesiack W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 6. Auflage, München: Urban & Fischer 2003.
- 2 Von Uexküll T. Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3., völlig überarbeitete Auflage. München: Urban & Schwarzenberg 1998.
- 3 Engel GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535–44.
- 4 Brown T. George Engel and Rochester's biopsychosocial tradition: historical and developmental perspectives. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (Edts.). *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. Rochester NY: University of Rochester Press 2003:199–218.
- 5 Francis DD, Champagne FA, Liu D, Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the development of individual differences in stress reactivity. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896:66–84.
- 6 Hofer MA. On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med*. 1996;58:570–81.
- 7 Meaney MJ. Nature, nurture, and the disunity of knowledge. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;935:50–61.
- 8 Felitti VJ, Fink PJ, Fishkin RE, Anda RF. Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. *Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte*. *Trauma & Gewalt* 2007; 2:18–32.
- 9 Eisenberger N, Lieberman MD, Kipling DW. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science* 10. 2003;302: 290–92.
- 10 Balint E.. Die Flash-Technik. In: Balint E, Norell JS (Hrsg). *Fünf Minuten pro Patient: eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1975:58–66.
- 11 Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med*. 2007;69(6):571–77.

Dieser Beitrag erscheint hier als Nachdruck aus dem Buch «Wo beginnt Heilung?», mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Dr. med. Pierre Loeb
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Winkelriedplatz 4, 4008 Basel
 loeb@hin.ch