

PSYCHOSOMATIK und KÖRPERPSYCHOTHERAPIE

- 1) EINLEITUNG
- 2) DEFINITION, KONZEPTE und ERKLÄRUNGSMODELLE
- 3) PSYCHOSOMATISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN UND - ERKRANKUNGEN
- 4) SOMATOFORME STÖRUNGEN
- 5) PATIENT.INNEN mit PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN und SOMATOFORMEN STÖRUNGEN in der PSYCHOTHERAPIE
- 6) PSYCHOSOMATIK, SOMATOFORME STÖRUNGEN und KÖRPERPSYCHOTHERAPIE
- 7) SOMATOPSYCHOLOGIE

1) EINLEITUNG

Warum überhaupt Psychosomatik - ist nicht jede Erkrankung „psychosomatisch?“

Psychosomatik ist in der Medizin eine Betrachtungsweise, eine Grundhaltung: sehe ich bei einem Menschen, der ein Symptom präsentiert, an einer Krankheit leidet, meine Aufgabe darin, das Symptom zu klassifizieren und zu therapieren, oder geht es darum, die Person, die vor mir sitzt, in ihrer Gesamtheit, in ihrem Leiden und mit ihren Ressourcen, mit ihrem Eingebettet sein in ihre soziale Umwelt wahrzunehmen.

Eine Diagnose bedeutet zweierlei: sie entspringt einer Übereinkunft der medizinischen (oder psychologischen bzw. psychotherapeutischen) Community. Sie beruht nicht nur auf dem Wissensstand der Zeit, sondern zeigt auch das Menschenbild auf, die Übereinkunft, was normal und was krank, krankhaft ist; (dabei taucht auch gleich die Frage auf: Ist normal und gesund identisch? Ist anormal gleich krank?). Diagnosestellung ist damit spezifisch für die Kultur, in der die Diagnose gestellt wird.

Andererseits ist Diagnose nicht nur die Feststellung eines somatischen Defekts, einer neurotischen Fehlhaltung usw., sondern auch ein Entziffern von „Zeichen“, die auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene gegeben werden und die, auch mittels der Diagnose aufgegriffen, beantwortet werden. Diagnose in der Psychosomatik, bedeutet mitzuteilen, wieweit die Zeichen aufgenommen und verstanden worden sind. Diagnose bedeutet im besten Fall, dass die Mitteilungen der PatientIn angekommen sind.

Im Biopsychosozialen Krankheitsbild wird Krankheit nicht als Veränderung in einem Organ betrachtet; es geht von der Untrennbarkeit von Körper und Seele („Co-emergence“) aus, und davon, dass auch Umfeld und Beziehungen wichtigen Einfluss auf die betreffende Person und auf Krankheitsgeschehen haben; und zu den Beziehungen gehören auch die Beziehungen zu den „Helfern“, zu den Behandelnden. Diese Betrachtungsweise ist den Erfahrungen von ganzheitlich betrachtenden ÄrztInnen entsprungen, einer der Pioniere war Thure von Uexküll, und sie wurden durch den Einfluss auf den Behandlungserfolg bestätigt. In den letzten beiden Jahrzehnten haben

sich viele Zusammenhänge, wie dieses Zusammenspiel funktioniert, mit naturwissenschaftlichen Methoden aufzeigen lassen.

Die Bedeutung für die Psychotherapie:

Durch die Entstehungsgeschichte psychosomatischer Erkrankungen, dadurch, dass die Symptomatik sich vor allem in körperlichen Beschwerden zeigt, und auch durch den oft sehr langen, frustrierenden und frustranen Leidensweg der Betroffenen im Gesundheitssystem ergeben sich spezielle Gesichtspunkte in der Psychotherapie; das ist Thema dieses Seminars.

Da in der Therapie häufig Fragen über die Sinnhaftigkeit von psychischer Behandlung bei körperlichen Symptomen gestellt werden, bringen wir auch theoretische Konzepte zur Psychosomatik.

2) DEFINITION, KONZEPTE und ERKLÄRUNGSMODELLE

- **DEFINITION:**

Alexander Mitscherlich: "Psychosomatik ist die Lehre, wie die Seele den Körper krankmachend beeinflusst."

Hans Morschitzky: "Die Psychosomatik beschäftigt sich mit psychischen Ursachen, Begleit- und Folgeerscheinungen körperlicher Störungen sowie deren Auswirkungen auf das psychosoziale Umfeld des Patienten... Psychosomatik umfasst die Erkennung, die medizinische und psychotherapeutische Behandlung sowie Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung, Auslösung, Aufrechterhaltung, Verschlimmerung und subjektiven Verarbeitung psychische und psychosoziale Faktoren und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen beteiligt sind."

- **ENTWICKLUNG des PSYCHOSOMATISCHEN KONZEPTE:**

Die Frage, **wie** der Zusammenhang zwischen Körper und Psyche beschaffen sein könnte, beschäftigte die Philosophie von ihrem Beginn an; **dass** es einen untrennbaren Zusammenhang gibt, war aber nie in Frage gestellt, und damit war dieses Thema auch in der Medizin irrelevant. Erst mit der Kartesischen Spaltung zwischen Körper und Seele, die zu einer mechanistischen Auffassung des Körpers führte, konnte der Körper mit einer Maschine gleichgesetzt werden, dessen „Funktionieren“ untersucht und analysiert wurde. Diese „objektive“ Herangehensweise des biomedizinischen Modells erleichterte die Forschung und führte zu enormem Wissen darüber, wie der Körper des Menschen „funktioniert“.

Um die Wende zum vorigen Jahrhundert tauchte das Thema Beeinflussung des Körpers durch die Psyche in der westlichen Medizin auf; einerseits über Sigmund Freud, der die Symptome der Hysterie als Konversionssyndrome identifizierte, andererseits über Georg Groddeck, der seine PatientInnen, die „fassbare, nachweisbare“ körperliche Symptome hatten, auf psychosomatische Weise, mit Bewusstmachen unbewussten Materials, behandelte. Um diese Zeit stellten

sozialdemokratisch orientierte Ärzte den wichtigen Einfluss sozialer Bedingungen auf Erkrankungen fest (Victor Adler -Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Armut).

1950 beschrieb der Arzt und Psychoanalytiker F. Alexander sieben psychosomatische Erkrankungen („Holy Seven“ der Psychosomatik: essentieller Bluthochdruck, chronische Polyarthrit, Asthma bronchiale, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Colitis ulcerosa, Schilddrüsenüberfunktion); dabei geht es um z. Teil auch schwere körperliche Erkrankungen mit fassbarem Substrat; bestimmten Krankheitsbildern wurde eine spezifischen Psychodynamik zugeordnet (z.B. Neurodermitis sei eine Folge von und Symptom für mangelnden Hautkontakt als Säugling). Alexander ging davon aus, dass bei Problemen in einer bestimmten Entwicklungsperiode das zu dieser Zeit wichtigste Organ (z.B. die Haut) eine Prädisposition für die entsprechende Erkrankung entwickelt (die Dermatitis = Hautentzündung). In ihrer Allgemeinheit ist diese Psychosomatik im engeren Sinne wohl überholt, die darunterliegenden Konzepte sind aber durchaus noch relevant; Emotionen äußern sich immer auch in körperlichen Funktionsveränderungen, besonders im vegetativen Nervensystem und in der Muskulatur; bei weitgehend allen Erkrankungen haben die seelische Verfassung und die sozialen Bedingungen großen Einfluss auf den Verlauf.

In den 70er Jahren formulierte der amerikanische Arzt und Medizinteoretiker George L. Engel das Bio-Psycho-Soziale Modell, das die Grundlage der modernen psychosomatischen Medizin darstellt. Danach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren für sich genommen und in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten zu berücksichtigen. Die Psychosomatische Medizin wurde dann von Thure von Uexküll zu einem umfassenden Theoriegebäude ausgebaut; in Österreich spielte Erwin Ringel eine wichtige Rolle für ihre Verbreitung und Durchsetzung. Dabei werden zunehmend die Erkenntnisse von Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologie, Psychophysiologie, Neuropsychologie, Psychoneuroimmunologie und Medizinsoziologie mit einbezogen; weiters spielen lerntheoretische Konzepte, neurobiologische Stressmodelle, Genetik und Epigenetik und als letzte Erweiterung die Psychotraumatologie eine wichtige Rolle.

BAUER; EPIGENETIK;

ERKLÄRUNGSMODELLE:

Vulnerabilitätskonzept:

Heute weiß man, dass frühkindliche Traumatisierungen, emotionale Deprivation und Bindungsverhalten bleibende Veränderungen an der physiologischen Stress-Reaktion auslösen und auch die Reifungsvorgänge im ZentralNervenSystem (ZNS) beeinflussen; das kann eine lebenslange Disposition bzw. Vulnerabilität für vegetative Dysregulation, emotionale Labilität, Angst und Depression sowie eine erniedrigte Schmerzschwelle zur Folge haben.

Was ist Stress:

Walter B. Cannon war der erste Wissenschaftler, der folgendes Phänomen im Zusammenhang mit Stress beschrieb: Unser Stammhirn -das "Reptiliengehirn" als der stammesgeschichtlich älteste Teil unseres Gehirns, reagiert reflexartig auf alles überraschend Neue. Es gibt uns die Wahl zwischen zwei Alternativen: Fliehen oder Kämpfen - „fight or flight“. Im Bruchteil einer Sekunde wird in diesem Gehirnteil eine Situation als gefährlich eingeschätzt und die Entscheidung zur Flucht oder zum Kampf getroffen.

Im "Startle-Reflex", der auch für die Entwicklung von KPT- Konzepten eine wichtige Rolle spielte,

werden alle notwendigen Organe für eine defensive Aggression bzw. Flucht in Bereitschaft gesetzt, wobei das über die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin und über die Sympathikusaktivierung erfolgt. Dazu gehört eine zentrale und kardiale Durchblutungserhöhung, Konstriktion der peripheren Gefäße, vermehrte Herzaktivität, Durchblutung von und Anspannung bestimmter Muskelpartien und Blockierung des Magen-Darm-Traktes.

Diese Konzept wurde von Hans Selye weiterentwickelt, dem auffiel, dass auf verschiedenste Arten von akuten körperlichen Belastungen, z. B. Infektionen oder Blutverlust, eine stereotype Reaktion auftritt; unabhängig von der Art der Belastung („Stressor“) setzen eine Reihe allgemeiner **unspezifischer körperlicher Reaktionen** ein - die Stress-Reaktion:

Selye beschreibt das **Allgemeine Anpassungssyndrom (AAS)** oder synonym das **Generalisierte Anpassungssyndrom (GAS)**. Die Stressreaktionen des GAS bestehen aus drei Phasen:

der Alarmreaktion (alarm reaction)

In der Alarmreaktion als Reaktion auf die Störung zur Aktivierung des Nervus sympathicus. Dieses führt zur

- Pupillenerweiterung und erniedrigter Speichelsekretion
- Bronchienerweiterung
- Gänsehaut durch Hautgefäßkontraktion
- erhöhter Herzfrequenz und erhöhtem Blutdruck
- Verengung der Blutgefäße (Vasokonstriktion)
- verlangsamter Magen-Darm-Peristaltik und verlangsamter Blasenentleerung

Es kommt zu einer Aktivierung des Nebennierenmarks, welches sympathisch innerviert ist. Diesbezügliche Hormone sind die Katecholamine Noradrenalin (NA) und Adrenalin(A). Das führt zu

- Blutdruckerhöhung durch Vasokonstriktion
- Lipolyse (= Freisetzung von Fettsäuren und Fettvorräten)
- Venenkonstriktion, Haut- und Eingeweidekonstriktion
- Bronchodilatation (Erweiterung der Bronchien)
- Blutzuckererhöhung (BZ-Erhöhung) durch Abbau von Glykogen aus den Speichern der Leber
- EEG-Desynchronisation, d.h. a -Blockade und schnelle b -Wellen. Die EEG-Desynchronisation kommt über die Stimulation des ARAS (aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem) zu stande
- erhöhte Muskeldurchblutung
- Zunahme der Herzfrequenz

Bei **länger anhaltendem Stress** kommt es zur Cortisolausschüttung aus der Nebennierenrinde sowie Somatotropin aus der Hypophyse, welches den Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel beeinflusst. Daraus entsteht hoher Blutzuckerspiegel und eine Übersäuerung des Blutes. Die Verbesserung des Blutzufusses zu den Muskeln, zum Herz und Gehirn (fördert Denkprozesse) und der vermehrte O₂-Transport zur Lunge befähigen zu rascher körperlicher und geistiger Reaktion.

Widerstandsphase (stage of resistance)

In dieser Phase erreichen die adaptiven Reaktionen zunächst ihren optimalen Wert. Hält die Stresssituation aber länger an, kommt es zu einer **gegenregulatorischen** Wirkung durch den Parasympathicus, was die sympathische Dominanz abschwächt. Allerdings bleibt die Hypophysenhormonsekretion hoch, womit auch die Adrenalin-, Noradrenalin- sowie Cortisolausschüttung hoch bleiben, das kann eine Verminderung der Abwehrkräfte zur Folge haben .

Erschöpfungsphase (stage of exhaustion)

In dieser Phase geht die adaptive Kapazität verloren und es kommt zu Energiebereitstellungsproblemen (Glucose und Muskelenergie), d.h. **Adaptationsproblemen**. Die Wachstums-, Fortpflanzungsprozesse und die Immunabwehr funktionieren nicht mehr, ebenso die Stressbewältigung. Es kommt zur psychosomatischen Störungen. Langzeitfolgen sind „echte“ Erkrankungen wie Hypertonie, Herz-Nierenerkrankungen und Entzündungskrankheiten sowie Allergien.

Stressfolgeerscheinungen und -krankheiten

Was ist Trauma (im Sinne der Psychotraumatologie)

Traumafolgen und Traumafolgeerkrankungen

Hysterie = Konversion (?) = dissoziative Störung (?) - Traumafolgeerkr.

Alexithymie

Zu diesen

-

Leib-Seele-Coemergence (Brian Broom):

Die phänomenologische und Erscheinungsform einerseits, die Ätiologie andererseits helfen einordnen, und ergibt auch Gewichtung bei der Therapie; es geht um das Verstehen unterschiedlicher Funktionalität - daraus ergeben sich unterschiedliche Therapie-Ansätze.

Lieb S 393 letzter Absatz...??

„Die psychosomatische Betrachtungsweise ist komplementär zur somatischen Medizin. Sie ersetzt jene nicht, sondern ergänzt sie und legt dabei besonderen Wert auf individual-biographische Faktoren. Das heißt, somatische und psychische Faktoren kommen bei unterschiedlichen Erkrankungen in unterschiedlicher Gewichtung zum Tragen“ (Lieb, Frauenknecht etc.).

Während früher psychosomatische Symptome nur durch unterschiedliche psychologische Theorien erklärt wurden, (und durch die Behandlungserfolge in der Psychotherapie bestätigt wurden), gilt es nun, die Ergebnisse aus Molekularbiologie, Neuroimmunologie und Bildgebung zu berücksichtigen - ??klinischen Studien, Sozialwissenschaften, Komplementärmedizin??

1. Definition des Traumas

In der Psychotraumatologie wird Trauma definiert als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Nach dem DSM-IV haben die Betroffenen die Erfahrung von Todesbedrohung, Lebensgefahr oder starker Körperverletzung

gemacht bzw. die Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit oder der einer anderen Person erlebt. Eine wichtige Erweiterung der Definition lautet: „Trauma ist eine Erfahrung, die die individuellen Fähigkeiten eines Menschen, etwas auszuhalten, massiv überfordert; es übersteigt die individuelle Bewältigungskapazität, die Resilienz.“

2. Trauma-bedingte Veränderungen der Physiologie

2.1 Pathomechanismen

Selye verdanken wir die Erkenntnis, dass bei **Stress** eine typische Sequenz physiologischer Reaktionen abläuft: Die Einwirkung eines Stressors auf den Organismus führt (u.a.) zur Aktivierung des Sympathikus und damit zur Ausschüttung von Adrenalin und – durch die Aktivierung der Hypothalamus–Hypophysen–Nebennieren–Achse – zur Ausschüttung von Kortisol.

Aus Beobachtungen von Säugetieren kommt die Erkenntnis, dass beim traumatischen Stress zuerst eine extrem gesteigerte sympathische Aktivierung erfolgt – man spricht von „Hyperarousal“, wie z.B. bei der Flucht einer Gazelle vor dem Geparden. Dann, bei unausweichlicher Lebensbedrohung, tritt das „Freeze“, die Erstarrungsreaktion, der Totstellreflex auf. Diese Reaktion beinhaltet körperliche und emotionale Anaesthetie, Immobilität und physiologische Desaktivierung sowie Dissoziation und entsteht durch maximale Aktivierung im dorsal-vagalen System. Das heißt, dass die Physiologie des Traumas durch gleichzeitig extrem hohen Sympathikotonus **und** Vagotonus bestimmt ist; es ist aber wahrscheinlich, dass es auch Erstarrungsmuster gibt („Kollaps“), bei denen die Hyperaktivität des Parasympathikus im Vordergrund steht und die durch Bradykardie, Hypotonie und langsame Atmung gekennzeichnet sind.

4. PATIENT.INNEN mit PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN und SOMATOFORMEN STÖRUNGERN in der PSYCHOTHERAPIE

PatientInnen mit psychosomatischen Beschwerden und somatoformen Störungen weisen im Vergleich zu anderen PatientInnen der Psychotherapie einige Besonderheiten auf und bedürfen daher spezieller Behandlungskonzepte:

- Entscheidend für den Erfolg der Therapie ist die Motivationsphase (ähnlich wie bei Suchterkrankungen) zu Beginn der Therapie.
- Es ist wichtig, den Überweisungszusammenhang zu beachten: wer hat die KlientIn mit welcher Diagnose, mit welcher Begründung überwiesen? Welche Vorgeschichte hat die Überweisung?
- Wenn die Betroffenen nicht auf ärztliche Überweisung kommen, ist zu klären, ob die medizinische Seite abgeklärt ist - sowohl internistisch als auch möglicherweise psychiatrisch. der Umgang mit Medikation ist zu besprechen.

- KlientInnen bzw. PatientInnen kommen aber oft auf Überweisung, sehr oft misstrauisch, widerwillig, manchmal nur, um den zu behandelnden ÄrztInnen zu beweisen, dass sie wirklich alle Empfehlungen akzeptieren und durchführen und dass nichts hilft.
- Sie fühlen sich häufig durch die Zuweisung zur Psychotherapie abgeschoben und nicht ernst genommen. Das wird sehr gefördert durch das übliche Vorgehen in der Medizin, alle nur denkbaren Untersuchungen durchzuführen, auch verzweifelte medizinische Behandlungsversuche zu unternehmen, und wenn Alles nichts hilft, wenn nirgends etwas zu finden ist, „dann ist es halt psychisch oder psychosomatisch“. Dieses Vorgehen wird dann, und nicht zu Unrecht, als versteckte Schuldzuweisung an die Patientin erlebt. („Wenn ich dir als Ärztin nicht helfen kann, liegt es an dir, muss mit dir etwas nicht in Ordnung sein“).
- Die KlientInnen sind oft sehr verzweifelt, manchmal so verzweifelt, dass sie sich „sogar“ Psychotherapie versuchen wollen; Psychotherapie ist dann oft „die letzte Möglichkeit“. Die Betroffenen haben in der Medizin und Alternativ-Medizin alles durchprobiert, haben sehr viel Hoffnung, Zeit und Geld investiert und sind immer wieder enttäuscht worden, haben immer wieder Abwertung erfahren.
- Das heißt, wir müssen mit sehr viel Abwehr, Misstrauen und versteckter Aggression rechnen, aber auch mit einem Nicht Wissen (Wollen), einem sich nicht Vorstellen Können von psychosomatischen Zusammenhängen.
- Daher ist es in der Eingangs- und Motivationsphase besonders wichtig, plausible Erklärungen für die Einheit von Körper und Psyche zu geben (ohne der KlientIn ihre eigene Wahrnehmung abzusprechen) und damit Türen für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu öffnen.
- Es ist sinnvoll und realistisch, mit einer längeren Einleitungs- und Motivationsphase zu rechnen. Der weitere Aufbau der psychotherapeutischen Beziehung erfolgt wesentlich auch über das Anhören und Ernst nehmen der Symptome der KlientIn. Die Therapeutin muss verstehen können, wie die KlientIn sich fühlt bzw. unter ihrer Symptomatik leidet, das impliziert auch Achtung für die bis jetzt von der KlientIn gefundenen Lösungsstrategien. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch Fragen nach dem Krankheitsverständnis der PatientIn und auch nach den geheimen Befürchtungen. Häufig zeigen sich auch verhaltene Aggressivität in Form von Vorwürfen und Anklagen gegen die Vorbehandelnden, die meist in sich logisch und rational, aber wenig emotional vorgetragen werden. Auch hier ist es wichtig, dem Raum zu geben und nicht abzuschneiden, auch das hat stabilisierende Wirkung für die Betroffenen.

- Das Interesse der KlientIn ist in dieser Phase im Allgemeinen NICHT, Psychotherapie zu machen, etwas zu klären, zu bearbeiten, sich zu entwickeln; das Anliegen ist, die körperlichen Symptome los zu werden.
- Zum Beispiel erzählt ein Klient, der an einer somatoformen Schmerzstörung leidet und bei dem ein Reflux festgestellt wurde: "Wissen Sie, wenn ich entscheiden könnte, ob das physisch oder psychisch bedingt sein soll und ich bei einer physischen Ursache den ganzen Bauch herausschneiden könnte, ich würde es tun. Weil ich wüsste nicht was ich tun sollte mit eine psychischen Ursache."
- Für uns als behandelnde PsychotherapeutInnen ist es in der Motivationsphase immer wieder unabdingbar, den KlientInnen Wissen über Zusammenhänge zur Verfügung stellen zu können; zum Beispiel, wie kann es sein, dass Schmerzen oder blutige Durchfälle durch Psychotherapie beeinflusst werden können?
Hier können wir uns je nach Patientenpassung psychophysiologischer Wirkungsweisen (z. B. Stress- oder Konzept) oder Modelle (z. B. Gefühle als Energiefluss im Körper, die blockiert werden und damit Beschwerden bereiten oder „Gedächtnis des Körpers“) bedienen.
- In dieser frühen Phase der Therapie ist die Arbeit mit Übertragung/ Gegenübertragung/somatisch-affektiver Resonanz, möglichen Deutungen und psychodynamischen Zusammenhängen zu vermeiden, da dies von der KlientIn nicht angenommen werden kann und allenfalls sogar zum Abbruch der Therapie führt. Die mechanistische Betrachtungsweise von Körper und Symptom schließt anfänglich das Verständnis meist einer komplexen Ätiologie im Zusammenhang mit belastenden, unverarbeiteten Gefühlen im Zuge von Lebensereignissen und problematischen Bindungserlebnissen aus.

Die somatische Resonanz der Therapeutin signalisiert häufig in der Eingangsphase bereits Belastendes und Schweres sowie Müdigkeit oder Übererregung und manchmal spürt die Therapeutin auch die Symptome der KlientIn im eigenen Körper, insbesondere bei KlientInnen mit somatoformen Störungen. Die Therapeutin bekommt über diesen Weg ein größeres Verständnis für die Befindlichkeit der KlientIn, sollte aber in dieser Phase allein damit umgehen.

- Ergänzend zur Psychotherapie im engeren Sinn ist im Allgemeinen die Erarbeitung folgender Maßnahmen für die KlientInnen hilfreich:
 - a. Psychoedukation: vermittelt das biopsychosoziale Krankheitsmodell und ermöglicht ein besseres Verständnis für diese Zusammenhänge.

- b. Entspannungstraining (Jacobson, Simple Relaxation)
- c. Ausdauertraining;
- d. Antidepressiva u. ä.;
- e. Meditation, Achtsamkeitstraining nach Jon Kabat-Zinn.
- f. Genusstraining

Führung und Schulung („Education“) Morschitzky S 281

6.) PSYCHOSOMATIK, SOMATOFORME STÖRUNGEN und KÖRPERPSYCHOTHERAPIE

- **Besonders wirksame Anregungen für die Arbeit mit dem Körper**

Aus unserer Erfahrung erweist es sich oft als günstig, zu Beginn eine klare Trennung zwischen verbaler und körperlicher Arbeit zu machen, d.h. zu Beginn einer Sitzung dem verbalen Teil genügend Raum zu geben (insbesondere häufig für die Symptombeschreibung), dann eine klare Überleitung zu "einer kleinen Körperübung oder einem kleinen Experiment mit dem Körper" zu machen, falls eine organische Integration von verbaler Arbeit und Arbeit mit dem Körper noch nicht gut möglich ist.

- Körper als Ressource und Quelle für gute Gefühle erleben - Was tut meinem Körper gut, was fühlt sich in meinem Körper gut an
 - Z.b.: Aktivieren der Energie
 - Hinlegen und Belastendes loslassen
- Körperwahrnehmungen machen
 - Sensationen im Körper wahrnehmen wie Z.B.: linke Körperhälfte fühlt sich länger an als rechte, warm, kalt , Druck, Körper schwebend wahrnehmen....
 - Was verändert sich nur durch Hinspüren und Bewegen
 - Bedürfnisse spüren, benennen und erlauben
 - Körperreisen, Phantasieren

- Stabilisieren und Installieren des „sicheren Ortes“ (insbesondere im Bereich der somatoformen Störungen, da wir mit dem Auftauchen traumatischer Erfahrungen rechnen müssen)
- Gefühle im Körper lokalisieren und benennen lernen
- Verbindungen zwischen Körperwahrnehmung und Gefühlen spüren
- Verbesserter Umgang mit dem Symptom / der Krankheit
- Kontakt zum Symptom bekommen
- Erscheinungsform und Funktionalität des Symptoms erspüren
- Bedeutungszuschreibung der Symptomatik durch die KlientIn erspüren lassen, in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang bringen, hinterfragen und dadurch besser verstehen zu können
- Die Einladung zur Regression sollte erst erfolgen, wenn eine sichere Beziehung etabliert ist.

ausgewählte Diagnosen:

- i. Schmerz (she. auch somatoforme Schmerzstörung)
 - ii. Trauma-Folgeerkrankungen
 - iii. Stressfolgen
 - iv. „klassischen“ psychosomatische Erkrankungen
 - v. „weibliche“ Psychosomatik
 - vi. Magen-Darmbeschwerden: Reizdarm - Psychoperistaltik
- 3) „Die psychosomatische Betrachtungsweise ist komplementär zur somatischen Medizin. Sie ersetzt jene nicht, sondern ergänzt sie und legt dabei besonderen Wert auf individual-biographische Faktoren. Das heißt, somatische und psychische Faktoren kommen bei unterschiedlichen Erkrankungen in unterschiedlicher Gewichtung zum Tragen“ (Lieb, Frauenknecht etc.).
- 4) Während früher psychosomatische Symptome nur durch unterschiedliche psychologische Theorien erklärt wurden, (und durch die Behandlungserfolge in der Psychotherapie bestätigt wurden), gilt es nun, die Ergebnisse aus Molekularbiologie, Neuroimmunologie und Bildgebung zu berücksichtigen - ??klinischen Studien, Sozialwissenschaften, Komplementärmedizin??

6) SOMATOFORME STÖRUNGEN

Zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie besteht gravierende Unterschiede in Zugang, Denksystem und Betrachtungsweise und damit auch in der Diagnosestellung: In der Psychosomatischen Medizin geht es um (ätiologische) Zusammenhänge; im Vordergrund steht das biopsychosoziale Denkmodell. Im DSM 4 bzw. im ICD 10 bzw. DSM 4 besteht eine phänomenologische Betrachtungsweise; hier wurde die Diagnose „somatoforme Störungen“ eingeführt.

Wir führen die klinisch am häufigsten verwendeten Diagnosen nach ICD 10 an:

SOMATOFORME STÖRUNGEN (F45):

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Somatisierungsstörung (F45.0)

Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Eine kurzdauernde (weniger als zwei Jahre) und weniger auffallende Symptomatik wird besser unter F45.1 klassifiziert (undifferenzierte Somatisierungsstörung).

(früher: Multiple psychosomatische Störung)

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1)

Wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist, ist die Diagnose undifferenzierte Somatisierungsstörung zu erwägen.

Hypochondrische Störung (F45.2)

Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen

Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems. Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen. Die erste Gruppe umfaßt Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinandergezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.

z. B. Herzneurose, Colon irritabile, Hyperventilation...

Andauernde somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.

Neurasthenie (F 48.0)

Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen. Ermüdungssyndrom
Soll eine vorausgegangene Krankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. Im Krankenhaus sollte diese Information immer verschlüsselt werden, wenn sie vorliegt.

Bei den somatoformen Störungen müssen wir wahrscheinlich in einem hohen Ausmaß mit traumatisierten PatientInnen (im Sinne der Psychotraumatologie) rechnen.

7. SOMATOPSYCHOLOGIE

Primär körperliche Erkrankungen können sich in psychischen oder psychiatrischen Symptomen zeigen; manche davon können lebensbedrohlich werden.

UNTERZUCKERUNG (Hypoglykaemie)

Starke Unruhe, Agitiertheit bis und Aggressivität, „Tobsuchtsanfall“ - LEBENSBEDROHLICH!

HORMONELLE ERKRANKUNGEN

Schilddrüsenüberfunktion - Hyperthyreose

Differentialdiagnose (DD): psychovegetatives Syndrom, Angststörung

Symptome: Nervosität, Übererregbarkeit, Angst, Spannung, emotionale Labilität, Unruhe, Schlafstörung, ev. Klaustrophobie, Übergang in psychotische Symptome möglich.

Achtung: **thyreotoxische Krise:** Verwirrtheit, Psychose, Koma - LEBENSBEDROHLICH!

Schilddrüsenunterfunktion - Hypothyreose

DD: Depression, Demenz

Symptome: Verlangsamung, Antriebsarmut, Vergesslichkeit, Intelligenzminderung, gelegentlich Schizophrenie-ähnliche Bilder möglich

Nebennierenüberfunktion - Morbus Cushing

DD: Depression, Paranoia, Psychose

Symptome: Depressive Verstimmung bis zum Suizid, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, paranoide Verkennungen, Halluzinationen, seltener Angst, Erregtheit, Agitiertheit

Nebennierenunterfunktion - Morbus Addison

DD: Depression, Manie

Symptome: im Vordergrund Schwäche, Müdigkeit, aber auch Steigerung des triebhaften Verhaltens: Nahrungsaufnahme, Durst, Sexualtrieb, Aggression.

Achtung: **Addisonkrise:** Symptome der Psychose, Adynamie (körperliche Schwäche), Nierenversagen

Nebenschilddrüsenunterfunktion - Hypoparathyreoidismus

DD: Depression, Demenz, Psychose

Symptome: Muskelkrämpfe

DD: Hyperventilationstetanie

Nebenschilddrüsenüberfunktion - Hyperparathyreoidismus

DD: Depression

Symptome: Antriebsarmut, Müdigkeit, Arbeitsunlust, mürrische Verstimmtheit, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche

Hypophysenvorderlappeninsuffizienz

DD: Anorexie

Symptome: Gewichtsabnahme, Schwäche, Adynamie, Blässe, Verlangsamung, Depression

NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Parkinson-Syndrom

Schüttellähmung (ab dem 40. Lebensjahr!)

DD: Depression, Demenz

Symptome: Verlangsamung, Maskengesicht, Tremor (grob-schlägiges Zittern)

Syphilis, Stadium IV - Progressive Paralyse

DD: manische Größenideen

Demenz DD: Depression

WEITERE ERKRANKUNGEN

Schlafapnoe - Syndrom

Durch unbemerktes Aussetzen der Atmung im Schlaf große Tagesmüdigkeit, oft Übergewicht, psychovegetative Symptome

DD: Depression

Lupus erythematoses

Entzündlich-rheumatische Erkrankung bei jungen Frauen, manchmal Persönlichkeitsveränderungen bis zur Psychose

Blutarmut - Anämie

Symptome: Schwäche, Müdigkeit

Nächtliches Erwachen mit Angst

aus dem Schlaf heraus kann auch eine Herzkrankheit oder Asthma als Ursache haben, besonders bei Beginn in höherem Alter.

Jede chronische Krankheit, jeder chronische Schmerz, jede chronische Überlastung kann auf die Dauer zum psychovegetativen Syndrom oder zur Erschöpfungsdepression führen!

NEBENWIRKUNGEN von MEDIKAMENTEN

Cortison (Prednisolon®, Urbason®, Ultralan®, ...):

Symptome: v.a. Euphorie, seltener Depression, gesteigerter Appetit und Libido

Oestrogen-Überdosierung bei der Frau (Premarin®, Climen®):

Symptome: Unruhe, Nervosität, Angst. Steigerung der Libido

Androgene

Symptome: beim Mann: Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, gesteigerte Aggressivität;

bei der Frau: erhöhte Libido

Pille

Betablocker (Blutdruck- und Herzmittel: Visken®, Beloc®, Trasicor® u.v.a.):

Symptome: Impotenz, Alpträume

Betamimetika (Asthmamittel, Wehenhemmer: Alupent®, Bricanyl®, Exirel®)

Symptome: Angst, Unruhe, Streßgefühl

Resochin® (Malariamittel)

Symptome: gelegentlich psychoseähnliche Bilder, Halluzinationen

Antidepressiva:

Symptome: Impotenz

Komorbiditäten

COPING STRATEGIEN

persönliches Stressmuster als Reframing

Was ist funktionell

LITERATUR:

Ammermann, C.: Gedanken über das psychosomatische Paradigma in Körperpsychotherapie - Bioenergetische Konzepte im Wandel der Zeit, Hrsg.: Koemeda-Lutz, Margit, Schwabe & Co., 2002

- Balint, Enid und Norell, j. s.: Fünf Minuten pro Patient; Suhrkamp Taschenbuch 1977
- Balint, Michael: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; Klett-Cotta 1988
- Becker, Hans: Körperpsychotherapie, ein Königsweg zum Psychosomatisch Kranken. In Handbuch der Körperpsychotherapie, Hrsg. Marlock und Weiss, Verlag Schattauer, 2006
- Broom, Brian:
Broom, Brian: MEANING-full disease, Karnak books, 2007
- Bauer, Joachim: Das Gedächtnis des Körpers; Piper 2005
- Damasio, Antonio: Descartes Irrtum; List Taschenbuch 2004
- Ditzen, Beate und Gaab, Jens: Psychobiologie: die Interaktion zwischen Psyche und Soma. In Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog, Hrsg. Künzler, Böttcher, Hartmann, Nussbaum
- Egger, Josef: Psychosomatische Krankheiten gibt es nicht. In Hochgerner, Wildberger: Psychotherapie in der Psychosomatik, Facultas 1995
- Egle, Ulrich Tiber und Hoffmann, Sven Olaf: Der Schmerzkranken; Schattauer 1993
- Groddeck, Georg: Krankheit als Symbol - Schriften zur Psychosomatik; Fischer Taschenbuch 1983
- Herrmann, Jörg Michael et alii, Hrsg.: Funktionelle Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, 1996
- Hochgerner, Markus und Wildberger, Elisabeth, Hrsg.: Psychotherapie in der Psychosomatik; Facultas 1995
- Hüther, Gerald: Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann; In Embodiment, Hrsg. Storch, Cantieni, Hüther, Tschacher
- Hüther, Gerald: Neurobiologie: umdenken, umfühlen, umhandeln? In Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog, Hrsg. Künzler, Böttcher, Hartmann, Nussbaum
- Klingelhöfer, Jürgen: Psychodrama in der Psychosomatik. In Hochgerner, Wildberger: Psychotherapie in der Psychosomatik, Facultas 1995
- van der Kolk, Bessel : Der Körper vergisst nicht in Traumatic Stress, Hrsg: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth; Jungfermann Verlag 2000
- Lieb, Frauenknecht , Brunnhuber: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie; Urban & Schwarzenberg 2008
- Mentzos, Stavros: Hysterie - zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen; Vandenhoeck & Ruprecht, 2004
- Morschitzky, Hans: Somatoforme Störungen; Springer 2007
- Pert, Candace P.: Moleküle der Gefühle, rororo Sachbuch, Reinbek 2001
- Rothschild, Babette: Der Körper erinnert sich; Synthesis Verlag 2002

Ruegg, Johann Caspar: Gehirn, Psyche und Körper; Schattauer 2006

Stumm, Gerhard und Pritz, Alfred, Hrsg.: Wörterbuch der Psychotherapie, Springer 2007

Uexküll, Thure von: Psychosomatische Medizin; Urban & Schwarzenberg, 1. Auflage 1979,
7. Auflage 2011

ÜBUNGEN:

Sicheren Ort zeichnen lassen

Nicht im Skriptum:

Warum handeln ÄrztInnen so wie sie handeln?

Besondere Übertragungs- Gegenübertragungsmuster

Wiederholungszwang - Wiederholung Täter-Opfer