

Vortrag am Selbsthilfetag Hagen 2007 am Freitag, den 31.8.2007 zum Thema:

Krankheitsbilder der Seele, psychoanalytische Psychosomatik und ihre stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir eine Freude, Ihnen am heutigen sogen. „Selbsthilfetag“ etwas zu erzählen über die Arbeit auf einer psychosomatischen Station und Ihnen unser Fachgebiet samt der Krankheiten, die wir behandeln, etwas näherzubringen.

Nun zu meinem Vortrag:

Was ist Psychosomatische Medizin ?

Wenn im Mittelalter ein Mensch unter einer Krankheit litt, so war es Gott, der ihn für seine Verfehlungen bestraft hatte.

Zuvor hatte in der Antike ja schon der griechische Philosoph Plato über den Zusammenhang von Leib und Seele nachgedacht.

Später, nach der Aufklärung, im Zuge der Verwissenschaftlichung der Medizin wurde es offenbar, daß Bakterien, Viren oder genetische Veranlagung, sogen. Dispositionen für Erkrankungen, ursächlich sind. Heute weiß man, daß es Erkrankungen gibt, die sich einer reinen somatischen Sichtweise geradezu verweigern.

Hier war es dann Sigmund Freud Anfang des 20. Jahrhunderts, der von einem rätselhaften Sprung vom Psychischen ins Körperliche sprach, gefolgt von zahlreichen Kollegen, die seine Arbeit fortsetzten und weiterentwickelten.

Eine psychosomatische Abteilung, wie wir sie heute kennen, gab es ansatzweise vor dem 2. Weltkrieg, in den späteren 50er Jahren dann mit einem großen Schub, in den letzten 20 Jahren kam es im deutschsprachigen Raum, d.h. in Deutschland, Österreich und der Schweiz, zur Gründung von zahlreichen stationären psychosomatischen Abteilungen. Wir sind weltweit das Land mit der größten Dichte an stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen.

Um zu dem Begriff „psychosomatisch“ zurückzukommen:

Der Patient wird sowohl von körperlicher als auch von seelischer und sozialer Seite beeinflusst. Wenn es einem gelingen sollte, diese 3 Pole entsprechend zu würdigen, könnte man von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise sprechen.

Dieser Begriff ist Ihnen sicher bekannt. Die psychosomatische Wechselwirkung, d.h. die Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper, sind dem Menschen immer schon vertraut gewesen. Das zeigen zahlreiche Ausdrücke in unserer Sprache: „Das hat ihm das Kreuz gebrochen“, „etwas schlägt auf den Magen“, „zerbricht ihm den Kopf“ und viele andere mehr.

Psychosomatische Reaktionen kennen Sie alle. Sie kennen den beschleunigten Herzschlag bei Aufregung, den Schweißausbruch bei Angst, das Rotwerden bei Verlegenheit. Das sind ganz normale, keine krankhaften Reaktionen, wobei auch hier schon das seelisch-körperliche Zusammenspiel dem bewussten Erleben nicht immer zugänglich ist.

Wenn nun eine seelische, wir sprechen in der Psychosomatik oft von inneren Konflikten, oder eine soziale Belastungssituation zu groß oder andauernd ist, kann dies zu psychosomatischen Störungen, die sich sogar auch zu organischen Schäden entwickeln, führen.

Der Zusammenhang der Erkrankung des Patienten zu seinen Belastungen wird von ihm in der Regel nicht gesehen. Er ist wie wir sagen „entkoppelt“. Dieser ist ihm bewusst nicht zugänglich.

So kann ein Patient mit einer Schmerzsymptomatik z.B. nicht einen möglichen Zusammenhang mit seiner Lebenssituation sehen. Er entkoppelt den Schmerz von seinem Leben, um es etwas bildhaft auszudrücken, der Schmerz fährt wie ein abgekoppelter Zugwaggon selbständig alle Stationen immer wieder an.

Wenn Sie sich bisher gefragt haben, welche typischen Beschwerden behandeln die Psychosomater denn jetzt? – so möchte ich sie jetzt mit einem typischen Schmerzbild bekannt machen.

Ich spreche von einem Patienten mit sogenannten „somatoformen Störungen“.

Patienten mit somatoformen Störungen zeigen körperliche Symptome, die durch organische Ursachen nicht oder nur teilweise erklärbar sind. Diese Patienten sind besonders in der Praxis des Allgemeinarztes oder Internisten außerordentlich häufig vertreten. Durch unzureichende Betreuung, speziell dieser Patientengruppe, entstehen neben persönlichem Leid auch erhebliche Kosten wegen fehlindizierter Diagnostik, nicht angemessener Therapie, monatelanger Arbeitsunfähigkeit, bis hin zur vorzeitigen Berentung.

Bevor diese Patienten in unsere psychotherapeutische Praxis oder psychotherapeutisch stationäre Behandlung kommen, haben sie in der Regel mehrere Arztkontakte hinter sich. Beim Hausarzt kommt es meist zu mehr oder weniger ausführlicher organbezogener Diagnostik. Gelegentlich finden sich besonders bei exzessiver Suche zwar auffällige Befunde, deren Art und Ausprägung erklärt jedoch nicht das Ausmaß der wahrgenommenen Beschwerden.

Sind entweder keine path. Organbefunde darstellbar oder waren die therapeutischen Bemühungen des Hausarztes vergeblich, werden die Patienten mit der Mitteilung konfrontiert, daß die Beschwerden psychischen Ursprunges seien und daß eine sogen. fachpsychotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich sei.

Man kann sich vorstellen, daß eine solche Hiobsbotschaft von dem Patienten oft nur widerstrebend angenommen wird, sie nicht erleichtert, wie der Hausarzt es vielleicht ist, im Gegenteil, der Patient fühlt sich oft ausgegrenzt. Denn es fehlt nämlich bei dem größten Teil der Patienten mit somatoformen Störungen eine Einsicht in die Zusammenhänge zwischen körperlicher Symptomatik und sogen. psychosozialen Faktoren. Oft passiert es, daß diese Patienten sich enttäuscht abwenden und einen neuen Arzt aufsuchen, bei dem der Zyklus von vorne beginnt.

Häufig erreichen diese Patienten erst nach Jahren das psychotherapeutische Versorgungssystem, wo sie sich letztlich nicht gut aufgehoben fühlen, da sie nicht so recht erkennen können, warum ihnen jetzt gerade ein Psychotherapeut helfen sollte, wo doch vielleicht sogar eine spezielle Schmerzklinik ihnen nicht nachhaltig helfen könnte.

Also, was haben wir eben festgestellt:

Diese Patienten fühlen sich in der Regel vom Hausarzt „geschickt“, sie sind dadurch verständlicherweise gekränkt und skeptisch, fühlen sich „abgeschoben“, fürchten Gesichtsverlust und negative Stigmatisierung, wie „Ich bin doch nicht verrückt“, „Ich bin doch kein Drückeberger“.

Also wären wir, wenn wir als Psychosomatiker bei diesen Patienten Krankheitseinsicht und Motivation voraussetzen, mit dieser Einstellung ungeeignet, da sie wiederum zu einem schweren Kontaktabbruch führen würde.

In der psychosomatischen Medizin steht nun der Dialog mit dem Patienten im Mittelpunkt. Wir Ärzte suchen keinen besseren Weg der Diagnostik und Behandlung, sondern einen wesentlich anderen. Der Weg führt z.B. bei einem Patienten mit der vorgenannten „somatoformen Störung“, über den gemeinsamen Weg der Lebensgeschichte und einem Zwiegespräch hin, zu einer verlässlichen und verstehenden Beziehung zum Patienten.

Um es etwas vereinfacht zu sagen, die psychosomatische Erkrankung ist durch eine verunglückte Beziehung oder Beziehungserfahrung entstanden und kann nur durch eine neue heilsame Beziehung korrigiert werden. Wir sprechen daher auch von einer Beziehungsmedizin.

An diesen völlig neuen Umgang mit der Erkrankung muß der Patient sich erst einmal gewöhnen. Er wird deshalb immer wieder Zuflucht suchen zu dem gewohnten Umgang mit der Erkrankung, z.B. zu den medizinischen Untersuchungen und Abklärungen. Um es etwas plastischer zu machen, was mögliche somatoforme Krankheitsstörungen angeht: Sie kennen das große Heer an Patienten mit Rückenschmerzen. Viele von uns kommen gut damit zurecht, ein kleiner Teil muß neurochirurgisch operiert werden. Bei denen, die nicht gut mit den Schmerzen zurechtkommen, bei denen man auch keine ausgeprägten orthopädischen Befunde oder radiologischen Defekte findet, findet sich ein Teil wieder mit einer sogen. Schmerzverarbeitungsstörung.

Ein anderes Beispiel, das Ihnen vielleicht auch nicht einleuchtend ist, das es nicht so häufig gibt, sind Patienten mit einer sogen. „Herzneurose“. Das sind oft junge Männer, die immer wieder in den Ambulanzen der Kliniken erscheinen mit der Angst, einen Herzinfarkt erlitten zu haben, die auch – um es deutlich zu sagen – die Symptome eines Herzinfarktes erleben und somit einen erheblichen Leidensdruck haben. Diese Patienten wollen sich immer wieder vergewissern, daß sie keinen Herzinfarkt haben, stellen sich immer wieder vor, sind aber keinesfalls durch sogen. gute Befunde, d.h. ein EKG oder eine Blutuntersuchungen, die einen Herzinfarkt ausschließen, zu beruhigen.

Um noch einen Begriff einzuführen, als Hintergrund von psychosomatischen Erkrankungen sehen wir psychische Konflikte des Patienten, die er zu einem früheren Zeitpunkt nicht adäquat lösen konnte. Diese Konflikte liegen nun – um es etwas episch zu sagen - in geronnener Form auf körperlicher Ebene vor.

Aufgabe der stationären Psychotherapie ist es nun, diese geronnenen Konflikte wieder zu verflüssigen, sie wieder in Bewegung zu bringen, d.h. aus körperlichen Symptomen sollen wieder psychische Konflikte werden.

Was eignet sich dafür besser als eine psychotherapeutische Station, d. h. bei uns mit 16 Patienten (Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten, einer Therapeutin für Tanz- und Ausdruckstherapie, Sporttherapeuten, Therapeuten, die Entspannungsverfahren anbieten, Therapeuten die eine Sporttherapie bzw. Krankengymnastik durchführen?)

Die eben beschriebenen mobilisierten Konflikte werden sich auf der psychotherapeutischen Station an den dort vorhandenen Konfliktpartnern festmachen. Diese Konfliktpartner auf der Station sind – wie gesagt – die Therapeuten, das Pflegepersonal und natürlich auch die Mitpatienten.

Es wird dann die therapeutische Kunst sein, diese bisher ja unteroptimal gelösten Konflikte einer neuen, einer besseren, einer gesunderen Lösung zuzuführen.

Die alte Konfliktlösung sollte allerdings gewürdigt werden als eine Kompromißbildung, die ja bisher auch mehr recht als schlecht vielleicht funktioniert hat.

Es ist leicht sich vorzustellen, daß diese Aufgabe nur mit einem gut funktionierenden Behandlungsteam gelingt.

Das war nun harte Kost.

Ich kann am Ende auch gern noch ein anderes typisches psychosomatisches Steckenpferd vorstellen, nämlich die Krankheit der Angststörungen.

Aber zunächst etwas entspannt Informatives: Wie kann man sich nun so eine psychotherapeutische Station vorstellen. Unsere psychosomatische Station ist in einem normalen Krankenhaus integriert, hebt sich aber schon in der Einrichtung und der Atmosphäre von dem sonstigen Krankenhausbetrieb etwas ab. Wir haben – wie gesagt – 16 Patienten auf der Station, die uns zuvor vom Hausarzt oder Psychiatern überwiesen wurden. Wir nehmen die Patienten aber nicht sofort auf, sondern führen mit jedem Patienten vor der Behandlung ein Aufnahmegespräch, in dem sein besonderes Anliegen, seine Therapiemotivation geprüft wird. Erst wenn der Leidensdruck des Patienten hoch genug ist, wird er die lange Behandlung auf sich nehmen können.

Als besonders erfolgreich hat sich bei uns die psychotherapeutische Arbeit herausgestellt, indem wir 2 Kleingruppen mit ca. 6-8 Teilnehmern bilden.

In der Kunsttherapie wird mit Material wie Ton, Holzstein oder Papier gearbeitet, in der Musik- und Tanztherapie mit dem eigenen Körper.

Krankengymnastische Anwendungen, wie Massagen, Bewegungsbädern oder Wärmeanwendung sind ein wichtiger Teil der stat. psychosomatischen Behandlung.

Der Sozialdienst mit seinen Sozialarbeitern wird sie bei ihren rententechnischen und sozialrechtlichen Fragen beraten.

Das Pflegepersonal hat die wichtige Aufgabe, dem Patienten eine haltende und stützende Beziehung anzubieten. Innerhalb des Teams sind regelmäßige Besprechungen verpflichtend für jeden, der an dem sogenannten therapeutischen Prozeß beteiligt ist.

Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung bei uns ist ein Konzept, das sich an der Psychoanalyse orientiert. Die Psychoanalyse ist ein Therapiegebäude, das die psychosomatischen Erkrankungen am besten erklären kann. Ich ergänze noch, obwohl ich es für selbstverständlich halte, daß wir natürlich auch verhaltenstherapeutische Elemente mit in die Behandlung einfließen lassen.

In unserer Abteilung verwenden wir eine besondere Form der psychoanalytischen Therapie, die sogen. psychoanalytisch-interaktionelle Therapie.

Diese wird sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie angewandt. Insgesamt sind wir davon überzeugt, daß unsere Patienten am meisten von den Gruppentherapien profitieren können.

Bei all diesen Therapien, ob nun verbale Verfahren oder sogen. nonverbale Verfahren, wie Kunst- und Tanztherapie, geht es mehr um ein Erfahren und lernen von Gefühlszuständen, um die im Körper geronnenen Gefühle wieder erlebbar und erfahbar zu machen.

Eine stationäre psychotherapeutische Behandlung entspricht im Prinzip einer „Rund um die Uhr-Psychotherapie“. Dies ist aufgrund der verschiedenen ineinandergreifenden Verfahren wesentlich gründlicher und effektiver als eine ambulante Behandlung. Bei fast allen Patienten besteht die Notwendigkeit, im Anschluß an die stat. Behandlung eine ambulante Therapie folgen zu lassen.

Am sinnvollsten ist natürlich die ambulante Psychotherapie, die vor der stat. Behandlung schon durchgeführt wurde, wieder aufzunehmen.

Noch ein paar Worte zur Dauer einer solchen stat. psychosomatischen Therapie:

Sie können sich sicher vorstellen, daß eine solche komplexe Angelegenheit nicht in einer oder in 2 Wochen erledigt wird. Ein Zeitraum von 6 Wochen bis zu 3 Monaten ist notwendig, um die beschriebenen Umstellungsprozesse in Gang zu bringen.

Nun zum Schluß noch einmal eine Ermutigung. Ich habe auf dem Faltblatt des heutigen Programmes gelesen, daß es in Hagen auch eine Angstgruppe gibt.

Auch Patienten mit Angsterkrankungen sind eine Domäne der psychosomatischen Therapie, d.h. diese Störung – ich sage bewusst nicht Krankheit dazu – läßt sich, wenn der Patient sich für eine Psychotherapie interessiert, gut behandeln.

Man unterscheidet u.a. zwischen Phobien und Panikzuständen.

Bei Phobien ist die Angst an bestimmte Vorstellungen gebunden. Dem Patienten sind die angstausslösenden Situationen oder Orte bekannt, denen sie ausweichen können. Die Angst tritt also nur dann auf, wenn die Patienten sich diesen Situationen aussetzen oder diese Orte aufsuchen, nicht aber, wenn sie diese vermeiden.

Panikzustände sind dagegen durch Angstanfälle charakterisiert, die gleichsam über den Patienten hereinbrechen. Die Patienten erleben während dieser Anfälle Gefühle einer drohenden Katastrophe und des völligen Kontrollverlustes, sie fühlen sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert. Oft findet sich sogar eine überwältigende Angst vor einem plötzlichen Tod oder auch die Angst, den Verstand zu verlieren.

Die körperlichen Symptome sind zunächst einmal sogenannte Angstäquivalente, d.h. Symptome, die wir auch von der „normalen Angst“ kennen, wie Pulsbeschleunigung, Zittern, Übelkeit, Schweißausbrüche, körperliche Unruhe, vertiefte und beschleunigte Atmung oder auch Durchfälle. Am stärksten beeindruckt das intensive Gefühl völliger Hilflosigkeit und das verzweifelte Appellieren um Hilfe.

Paniktattacken können in alltäglichen Situationen auftreten, wobei ein Anlaß auf den ersten Blick oft nicht erkennbar ist. Diesen Anlaß, so versteckt er erscheint, herauszuarbeiten, ist für den Patienten Anreiz, Ansporn und Aufgabe in einer Psychotherapie. Dieser Weg ist mühsam und oft durch zahlreiche innere Widerstände des Patienten bestimmt. Die Erfahrung zeigt aber, daß dies in stationären psychotherapeutischen Behandlungen gut gelingt. Dies ist auch notwendig, denn Panikzustände können das Leben des Patienten sehr beeinträchtigen und bestimmen, sie können ihn geradezu terrorisieren und zu schwerwiegenden beruflichen und sozialen Einschränkungen führen. Die „Angst vor der Angst“ wird dann zum lebensbeherrschenden Thema. Häufige Komplikationen der Störung sind ja depressive Störung, sozialer Rückzug und Substanzabhängigkeit. Diese Substanzabhängigkeit ist dann eine Art Versuch, sich selbst zu medizieren, z.B. indem man sich mit Alkohol beruhigt. Es sei betont, daß aber auch eine sogen. Panikerkrankung ein vom Patienten erfundener Kompromiß ist, um mit inneren Konflikten umzugehen. Diesen Konflikt zu erarbeiten oder - blumig gesagt - diesen geronnenen Konflikt wieder flüssig zu machen, ist die reizvolle Aufgabe einer Psychotherapie.

Dr. Adolf Zeller

Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Psychoanalyse