

Dossier

Psyche und Soma

Wenn der Bauch den Kopf verliert

Psyche und Soma – ein unzertrennliches Paar.

Bei der Betrachtung eines psychosomatischen Krankheitsbilds, des Reizdarmsyndroms (RDS), wird deutlich, wie komplex und kompliziert die Vorgänge sowohl auf psychischer als auch auf somatischer Ebene sind. Es ist eine Herausforderung, die Trennung zwischen Psyche und Soma zu überbrücken. Hypnotherapeutische Interventionen haben sich in kontrollierten Studien als nachhaltig wirksam erwiesen

Wo liegt das Geheimnis der psycho-physischen Realität und wie lässt sich das Zusammenwirken der beiden Entitäten im psychotherapeutischen Kontext erschliessen und beeinflussen?

Die Interaktion zwischen Psyche und Soma wurde über die Jahrhunderte bis in die heutige Zeit von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich interpretiert und kontrovers diskutiert. Jede Kultur und jedes Zeitalter haben ihre spezifischen Vorstellungen, welche sich auch in den Einstellungen zum Körper und in den medizinischen und psychologischen Behandlungskonzepten widerspiegeln. Allen Vorstellungen gemeinsam ist, dass Psyche und Soma

eine funktionelle Einheit im Organismus bilden und in harmonischem Gleichgewicht sein sollen, damit der Mensch sich gesund fühlt.

Das Reizdarmsyndrom

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist definiert als ein Symptomkomplex mit chronisch körperlichen Beschwerden ohne organische Erkrankung der Verdauungsorgane, gekoppelt mit hohem psychischem Leidensdruck. Nach WHO-Diagnose-Kriterien, ICD-10, F45.3, handelt es sich beim RDS um eine somatoforme autonome Funktionsstörung, die früher auch unter dem Begriff psychosomatische Erkrankung klassifiziert wurde.

Das subjektive Erleben der Klienten mit RDS wird in folgenden Aussagen spürbar:

- «Schon lange kämpfe ich mit dem Bauch.»
- «Das Schlimmste an meinen Symptomen ist nicht das physische Leiden, sondern, dass die Symptomatik mein ganzes Bewusstsein einnimmt.»
- «Alles rund ums Essen wird zum Stress.»

Die unsichtbare Seite des RDS mit Ärger, Angst, vegetativen Symptomen und Hoffnungslosigkeit kommt hier zum Ausdruck.

Wenn Klienten mit der Diagnose RDS in die Psychotherapiepraxis kommen, haben sie oft einen langen Leidensweg hinter sich. Die Entscheidung, wegen der genannten Beschwerden überhaupt einen Arzt aufzusuchen, wird häufig durch psychische Faktoren, wie Angst oder Depression, bestimmt. Man geht davon aus, dass nur ein Viertel der vom RDS Betroffenen zum Gastroenterologen für Zusatzuntersuchungen geht.

Die Diagnose RDS schafft einerseits Erleichterung, endlich mit der Symptomatik ernst genommen und angehört zu werden, andererseits auch Ohnmacht, weil die Schulmedizin weder eine ausreichende pathophysiologische Erklärung noch eine überzeugende Therapie für diese Krankheit anzubieten hat.

Fallbeispiel: Klient, 31 Jahre, beruflich erfolgreich, intaktes soziales Netzwerk, klagt primär über extreme Reizdarmbeschwerden, kämpft zusätzlich gegen Nervosität und Konzentrationsschwäche.

Im Rahmen einer gastroenterologischen Abklärung (Ausschluss von entzündlichen Darmerkrankungen)

wurde die Diagnose RDS vor sieben Jahren gestellt. Seither periodisch in medizinischer Kontrolle und Behandlung.

Somatostatus: Wiederkehrende Bauchbeschwerden, Übelkeit beim Aufstehen, teilweise mit Erbrechen, Bauchkrämpfen und Durchfall von wechselnder Intensität. Aktuell: Diffuses Völlegefühl und Schmerzdruk, kommt am Morgen fast nicht aus dem Haus, muss mehrmals zur Toilette zurück, beschreibt vegetative Stresssymptome wie Schweissausbrüche und Zittern, vor allem auf dem Weg zur Arbeit.

Psychostatus: Oft lustlos und resigniert, viele Therapieverfahren ausprobiert, Frustration, weil nichts hilft. Fühlt sich der Symptomatik ausgeliefert. Grosser innerer Druck, Angst, nicht mehr zu genügen, und zunehmende Unsicherheit. Zweifel, ob er es in den Griff kriegt.

Es handelt sich hier um ein typisches RDS, einen Prototyp der funktionellen Erkrankung. Das Ausmass der Beschwerden und die Beeinträchtigung im Alltag – er fehlt öfters am Arbeitsplatz – sind gross. Bisherige Behandlungen haben nur vorübergehend Linderung gebracht.

In der Klemme zwischen Psyche und Soma

Man kann nicht nicht psychosomatisch reagieren. Wie hängen psychisches Befinden und körperliche Symptomatik zusammen? Es gibt keine psychische Störung ohne erhebliche Körperbeteiligung. Wie im Fallbeispiel ersichtlich, spielt Angst bei lokalisierbaren Schmerzen eine bedeutende Rolle. Der Körper oder ein Teil des Körpers wird dabei oft als Bedrohung erlebt. Die Belastung wird zu grossem Stress. Symptombilder entstehen, bei denen die Betroffenen nicht unterscheiden können, ob die körperliche Missempfindung primär ist oder der affektive Spannungszustand. Bei diesem Klienten sind die morgendlichen Panikattacken mit dem wiederkehrenden Reiz im Darm («Schiss» und Kontrollverlust) im Vordergrund.

«Ich» und der blöde Bauch

«Ich bin zufrieden mit meinem Leben, habe keine wirklichen Probleme, nur dieser blöde Bauch belastet mich», so beschreiben viele Klienten ihre Situation.

In der psychotherapeutischen Praxis stellt man häufig

fest, dass die Betroffenen im Entweder-oder-Denken verhaftet sind. Es kann nur entweder körperlich oder dann nur psychisch sein. Schmerzpatienten verweisen erfahrungsgemäss mehrheitlich auf die körperliche Ebene. «Es ist nur körperlich, die Ärzte müssten eine Krankheitsursache finden, ich bin doch nicht psychisch gestört», lautet eine gängige Erklärung. Aus dieser Vermeidung heraus resultiert oft eine feindliche Beziehung zum Körper oder einem bestimmten Organ. In dieser Situation wird das alte Dilemma spürbar, sich als Person mit dem schmerzenden Darm im Körper gespalten zu erfahren, nämlich einerseits das «Ich» und andererseits «der verhasste Bauch». Von somatoformen Störungen Betroffene bleiben oft in diesem Denkmuster stecken. Inadäquate Bewältigungsstrategien oder Beziehungsdefizite sind die Folge. Es braucht gezielte Aufklärungsarbeit, um die Vorstellung auf den Bereich zu lenken, der Veränderung zulässt. Die Betroffenen beginnen allmählich zu verstehen, dass man im psychotherapeutischen Rahmen trotz ungeklärter körperlicher Symptomatik an anderen Themen arbeiten kann, um Auswege aus dem emotionalen Dilemma zu finden. Zum Entweder-oder-Prinzip kommt als Erweiterung das Prinzip von Sowohl-als-auch hinzu. Diese Form von Aufklärungsarbeit «setzt etwas in Gang» und kann einen ersten Entwicklungsschritt bedeuten. Im Verlauf der Therapie lernen die Klienten wieder Kontakt zum Körper zu finden.

Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften zeigen, dass der Schmerz im «Kopf» entsteht. Das vegetative Nervensystem (NS), bestehend aus Sympathikus und Parasympathikus, spielt für das Verständnis des Reizdarmsyndroms und generell der Schmerzverarbeitung eine entscheidende Rolle. Schmerzwahrnehmungen, die einen wesentlichen Bestandteil der Reizdarmsymptomatik ausmachen, werden via Rückenmark den Schmerzzentren im Hirnstamm und Zwischenhirn gemeldet und von dort dem Bewusstsein zugeführt. Emotionale Komponenten aus dem limbischen System beeinflussen über das vegetative NS das enterische NS, d.h. die Darmmotorik. Diese Schmerzsteuerungsmechanismen sind vermutlich für einen Grossteil der durch psychische Probleme verursachten Reizdarmsymptome verantwortlich. Indirekt kann über die Stressregulation des vegetativen NS der Schmerz moduliert werden. Schwab (2009) beschreibt hier die komplexe Koppelung zwischen Hirn und Darm. Starke psychische Belastungen, insbesondere Dauerstress, können zu einer vegetativen Dysfunktion führen.

Die Homöostase und ein gutes Bauchgefühl

Der Schmerz kommt also vom «Kopf». Für die Klienten ist diese Aussage akzeptabel, aber im ersten Moment nicht hilfreich. «Ich weiss, dass bei mir alles über den Kopf läuft, aber ich kann es nicht ändern», sagt eine Klientin.

Um die neurowissenschaftliche Erkenntnis der Schmerzentstehung nutzbringend in der Therapie einzusetzen, braucht es Einsicht in die Selbstregulationsmechanismen des Organismus.

Als Erklärungshilfe kann das Reiz-Reaktions-Modell des vasomotorischen Zyklus nach Boyesen (1987) als theoretische Grundlage zur Behandlung von Stress dienen. Der vasomotorische Zyklus ist als ein Ausdruck dynamischer Balance zu begreifen, der von Homöostase auf verschiedenen Ebenen (psychisch, muskulär, vegetativ) ausgeht und bei angemessener Reaktion auf ein Ereignis wieder dahin zurückgeht. Wenn die äussere Stresssituation vorbei ist, muss man in der Lage sein, durch «Abschliessen» des emotionalen Zyklus auf allen drei Ebenen sein inneres Gleichgewicht wiederzufinden. Dieses Modell geht vom dynamischen Gleichgewicht aus, das sich im Zusammenhang mit der Vervollständigung des vasomotorischen Zyklus einstellt.

Im Gegensatz dazu nimmt man an, dass nicht vollendete Stresszyklen (z.B. «Ärger herunter schlucken» anstatt adäquat ausdrücken) allmählich zu einem somatischen Kompromiss, z.B. Schmerz, Druck oder zu Blähungen führen können, wenn die Selbstregulationsmechanismen des vegetativen Nervensystems blockiert sind. Mit anderen Worten, der Organismus verliert mehr und mehr seine Reaktionsfähigkeit, was einerseits die Muskelspannung, den Atemrhythmus, die Körperhaltung und die Funktionen des vegetativen Nervensystems betrifft, andererseits die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt. Auf diese Weise können nervöse Spannungen und funktionelle Schwächen entstehen. Psychotherapie setzt hier an.

Brücke zwischen Psyche und Soma

Klinische Hypnose als Behandlungskonzept bedient sich verschiedener Prinzipien, die psychotherapeutisch eingesetzt werden, um Fähigkeiten und Kompetenzen der Klienten zu nutzen. Die Hypnosetherapie nutzt dabei die Trance, um mit suggestiven Techniken die Wahrnehmung zu verändern. Ziel der hypnotischen Trance ist die Verschiebung der Wahrnehmung und des Aufmerksamkeitsfokus hin zum Suchen von neuen Lösungen, z.B. Regulierung von Schmerz (Schmerzkontrolle), Änderung von Einstellungen und besserem Körperbewusstsein. Hypnotherapeutische Interventionen schaffen einen leichten Zugang zur kreativen Seite des Unbewussten, was besonders für rational orientierte Menschen hilfreich ist. In Trance erhöht sich die Farbigkeit und Lebendigkeit innerer Bilder. Die Kraft der Bildsprache wird geweckt. Innere Bilder wirken, indem sie eine simple Idee verstärken, z.B. Fluss als Metapher eingesetzt, bringt etwas in Bewegung, die Welle wird zur Ressource von Vertrauen. Affekte und Gefühle der Klienten werden intensiviert.

Behandlungsoptionen

Jede Veränderung beginnt mit dem Gedanken, dass Entwicklung möglich ist. Was sind die Wirkfaktoren in der Schmerzbehandlung beim RDS? Wichtige Voraussetzungen sind Behandlungswunsch des Klienten, Motivation, Neugierde und realistische Zielsetzungen. Das persönliche Ziel des Klienten im Fallbeispiel wird wie folgt herausgearbeitet:

- Den Stress loswerden
- Den Körper wieder besser wahrnehmen
- Angst und Depression reduzieren

Zielsetzung der Therapeutin:

- Erlangen eines besseren inneren Gleichgewichts (stabilisieren)
- Steigern von Wohlbefinden und Lebensqualität
- Reduzieren des Schmerzes

Der Klient wird vertraut gemacht mit Einflussmöglichkeiten auf das vegetative Nervensystem durch: Entspannungsverfahren, Ernährungsmodifikation, Stressmanagement, Energie- und Atemarbeit.

Ein weiterer Schritt im Therapieprozess ist das Explorieren der subjektiven Schmerzbewertung. Die Bedeutung des Symptoms und auch psychosoziale Belastungsfaktoren werden besprochen, in Trance exploriert und therapeutisch bearbeitet. Man arbeitet an dem, was im Vordergrund des Leidens ist.

Die Wirkmechanismen und ihre Beeinflussung der dysfunktionalen Reaktionsmuster in der Psychotherapie zusammengefasst:

- Psychoedukation anhand von Erklärungsmodellen
- Anwendung verschiedener hypnotherapeutischer Methoden der Schmerzkontrolle
- Arbeit an der Psychodynamik

Die erwähnten psychotherapeutischen Interventionen schaffen Zugang zu den Ressourcen des Klienten und ermöglichen ihm einen besseren Umgang mit seinen Beschwerden. Die spürbaren Veränderungen (z.B. besseres Körpergefühl, geringere Symptomatik) geben dem Klienten Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten der Selbststeuerung. Das Vertrauen in den Körper wird gestärkt und die Selbstwirksamkeit wird grösser.

Wenn diese Entwicklungsschritte erfolgt sind, kann das Behandlungsergebnis beim Abschluss der Therapie in folgender Art beschrieben werden:

«Die Symptomatik habe ich ab und zu noch, aber sie spielt jetzt keine grosse Rolle mehr.»

Kernbotschaft

Am Beispiel des RDS wird sichtbar, wie wichtig das Wissen um psychische und somatische Aspekte bei der Behandlung der somatoformen Störungen ist.

Brigitta Loretan-Meier

Bibliografie

Shorf, D., Weinspach, C. (2007). *Hoffnung und Resilienz*. Therapeutische Strategien von Milton H. Erickson. Carl-Auer.

Journal of Alternative and Complementary Medicine (2006). Vol. 12, Number 6, 517–527.

Boyesen, G.D. & M.L. (1987). *Biodynamik des Lebens*. Grundlage der biodynamischen Psychologie. Synthesis Verlag.

Häuser, W. (2003). Hypnose in der Gastroenterologie. *Zeitschrift f. Gastroenterologie* 42, 405–412.

Schwab M.E. (2009), *Der Schmerz kommt vom Kopf*. Interdisziplinäres Zürcher Symposium. Reizdarm, 22.2, 19–100.

Die Autorin

Brigitta Loretan-Meier, Master of Science UZH, ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/SBAP in eigener Praxis in Brugg, ebenso teilzeitlich in Zürich, wo sie seit 1999 das Projekt «Psychotherapie in der gastroenterologischen Praxis», eine interdisziplinäre Verknüpfung von psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungsmethoden, aufgebaut hat. Brigitta Loretan ist auf Reizdarmpatienten spezialisiert. Sie arbeitet vorwiegend mit Konzepten aus der Körperpsychotherapie (Biodynamik), mit Modellen des Stressmanagements und mit therapeutischen Strategien der klinischen Hypnose.

Anschrift

Brigitta Loretan-Meier, Stapferstrasse 2, 5200 Brugg
Tel. : +41(0)56 4425701
E-Mail: bloretan@gmx.ch
www.loretan-praxis.ch

Résumé

L'article de Brigitta Loretan-Meier, psychothérapeute corporelle FSP, aborde la phénoménologie et l'arrière-plan psychologique de la problématique des troubles fonctionnels intestinaux, en soulignant l'importance de la psychothérapie et en ouvrant de nouvelles perspectives pour le traitement des formes lourdes de la maladie.

L'observation du tableau clinique de cette maladie psychosomatique, appelée syndrome du côlon irritable (SCI), fait apparaître toute la complexité des processus en jeu aussi bien sur le plan psychique que somatique. Il s'agit dès lors de dépasser le clivage entre psyché et soma. Les études contrôlées ont ainsi révélé l'efficacité durable des interventions hypnothérapeutiques.