

Psychosomatik und Körpererleben

Eine kurze, allgemeine Einführung

Christian Schopper

Psychosomatik bezeichnet die Lehre der psychosomatischen Krankheitsbilder beziehungsweise die Beziehung zwischen leiblichen Funktionen und Symptomen und ihren seelischen Verursachungen beziehungsweise Zusammenhängen. Die Dimension der Psyche ist in diesem Gebiet breit erforscht und der Psychotherapie zugänglich gemacht, die Ebene des Körperlichen jedoch weitaus weniger erforscht. Der folgende Artikel möchte ein aphoristischer Beitrag zum Zusammenhang von Psychosomatik und Körpererleben sein.

Die subjektive und objektive Veränderung von körperlichem Erleben, von Befindensstörungen einerseits bis hin zu schweren objektivierbaren Symptomen andererseits bilden die Grundlagen des Krankheitserlebens von Patient und ärztlicher Diagnostik. Grundlagen der somatischen Medizin sind zumeist detailliert beschreibbare veränderte physiologische Funktionen, die verändert erlebt werden und die mehr oder minder objektivierbar sind. Gerade in den somatischen Disziplinen gibt es jedoch oft eine erhebliche Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektivem Erleben, dem «Befinden». Der Arzt verwaltet die Ebene des «objektiven Befundes», der Patient bringt sein «subjektives Erleben» ein. Wesentlich schwieriger noch stellt sich das Erleben des körperlichen Selbstbildes, des inneren Schemas des Leibes dar, insbesondere bei psychosomatischen Störungen, bei depressiv Erkrankten und bei Schmerzpatienten. Die ausgeprägten Leibveränderungen im Rahmen schizophrener Psychosen, wie sie bei der Zönanästhesie auftreten, sollen nicht Gegenstand dieses Artikels sein.

somatischen Störungen, bei depressiv Erkrankten und bei Schmerzpatienten. Die ausgeprägten Leibveränderungen im Rahmen schizophrener Psychosen, wie sie bei der Zönanästhesie auftreten, sollen nicht Gegenstand dieses Artikels sein.

Befund und Befinden als psychosomatische Variablen

Psychosomatische Patienten und insbesondere Schmerzpatienten zeigen oft eine erstaunliche Diskrepanz in der persönlichen Beschreibung und der diagnostischen Stringenz im Hinblick auf ein spezifisches Syndrom und eine klar definierte Pathologie. Jeder Neurologe weiss, dass bei Schmerzpatienten, insbesondere mit chronischem Verlauf, im Gegensatz zu akuten Erkrankungen oft eine fehlende Übereinstimmung mit den Dermatomen beziehungsweise mit den spezifischen neuroanatomischen Verteilungsmustern und Ausfällen existiert. Bei chronischen Schmerzpatienten stellt diese eher die Regel denn die Ausnahme dar und ist oft nicht kongruent mit der Neuroanatomie und Neurophysiologie, wie sie im Lehrbuch als Stand der Forschung geschrieben steht. Häufig sind die beschriebenen Veränderungen nicht zu subsumieren unter kognitiven/neuropsychologischen Defiziten der Patienten. So werden über das jeweilige Dermatom die beschriebene Läsion beziehungsweise über den neuroanatomischen Zusammenhang hinausgehende Missempfindungen häufig als Körperveränderung einer ganzen Extremität erlebt, was bis zu Halbkörper-/Ganzkörper-Lähmungen gehen kann. Meistens fällt es den Patienten zudem sehr schwer, exakte Begriffe zu wählen. Sie greifen häufig auf metaphorische, bildhafte Ausdrücke zurück, was auf ein eher vorsprachliches, nicht präzise und eindeutig auszudrückendes Leiberleben hindeutet, das verbal nicht kompetent repräsentiert wird. So hat Uexküll (1994) den Begriff der «subjektiven Anatomie» eingeführt und beschrieben, der auf die Bedeutung einer subjektiv erlebten und geschilderten Körperlichkeit im Gegensatz zur objektiven Anatomie hinweist. Uexküll kann im deutschsprachigen Bereich als Gründer der Psychosomatik gelten, was insbesondere für die Schweiz eine grosse Bedeutung hat, da er als Internist vor allem nicht-psychiatrische Patienten zum Gegenstand seiner Untersuchungen machte. Leider hat der Begriff der «subjektiven Anatomie» wenig Eingang in die Diagnostik gefunden, vor allem nicht bei der Begutachtung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen,

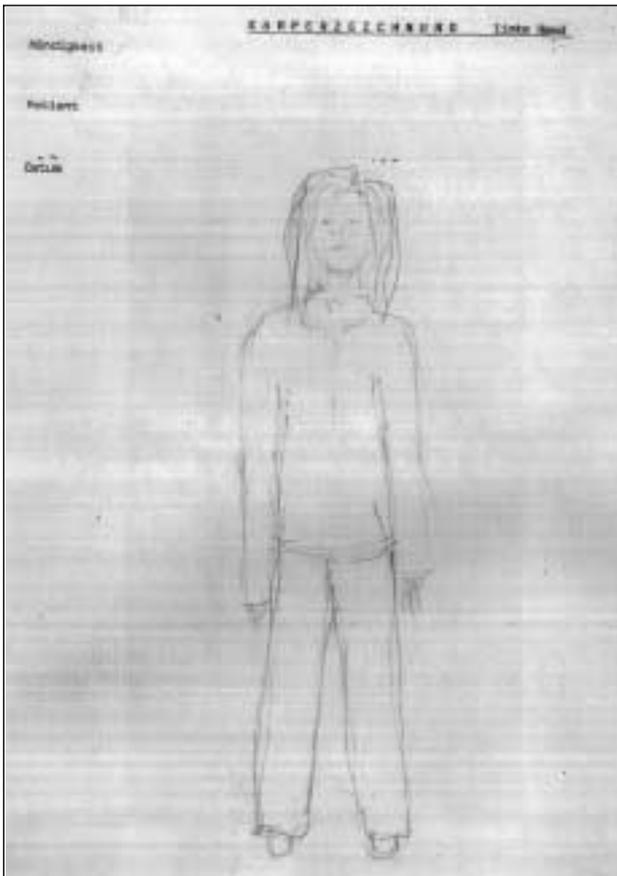


Abbildung 1: Unauffälliges Körperbild einer chronischen Schmerzpatientin mit unauffälligem Neurostatus

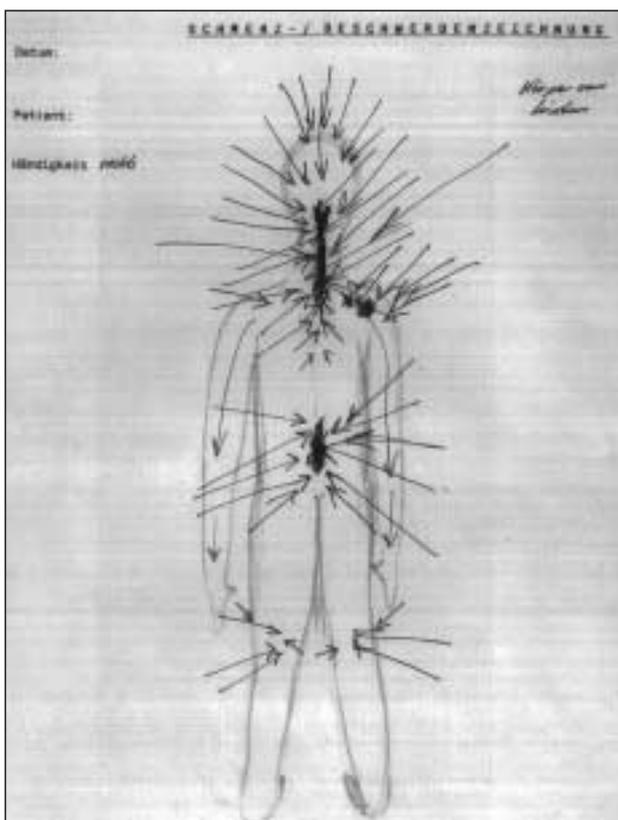


Abbildung 2: Schmerzbild der gleichen Patientin

Schmerzstörungen, aber auch präzisen somatischen Krankheitsbildern. Die «subjektive Anatomie» bildet vor allem (im Kontext beschriebene) Befinden ab, die objektive Anatomie vor allem durch den Untersucher erhebbare Befunde, die von der Idealvorstellung her reproduzierbar und zudem unabhängig von Stimmung, Untersucher und Zeit sein sollten. Dieser gängige durch die Naturwissenschaft gebildete Objektivitätsbegriff ist leider in der medizinischen Praxis nur selten zu finden und lässt sich in dieser Stringenz kaum umsetzen. Vor allen Dingen in der Neurologie gibt es verschiedene Krankheitsbilder und Syndrome, die sich nicht mit einer objektiven Anatomie und Pathophysiologie sicher beschreiben lassen. Hier sei auf die Arbeiten von Oliver Sacks hingewiesen. So zeigt das häufige Krankheitsbild der Migräne eindrucksvoll vielfältige Beschwerdeschilderungen, wie sie ähnlich auch bei Patienten mit Spannungskopfschmerz zu finden sind. Ausdrücklich ausgenommen sind die Schilderungen der Migräne mit Aura, bei denen es sich um ein klinisch exakt beschreibbares Muster handelt, und in denen die beschreibbaren visuellen Phänomene häufig sehr homogen, personentypisch und auch reproduzierbar sind. Bei vielen Migräne- und Spannungskopfschmerzpatienten können die Beschwerden nicht unbedingt topografisch zugeordnet werden und gehen noch weit über diese von Schmerz betroffenen Regionen hinaus. So werden körperliche Auflösungserlebnisse geschildert, wie sie bei der zönaesthetischen Schizophrenie beziehungsweise unter Drogeneinfluss und in Drogenpsychosen beschrieben werden. In sowohl objektiven wie subjektiven Schilderungen, in denen Kopfschmerzpatienten ihr Leiberleben zeigen, finden sich bizarre Veränderungen dieses Leiberlebens beim Kopf beziehungsweise beim ganzen Körper im Sinne erheblich veränderter «subjektiver Anatomie», die jedoch zeichnerisch in oft erstaunlicher Eindeutigkeit künstlerischen Charakter haben (*vergleiche Abbildung 1 und 2*). Die betroffenen Patienten reagieren oft sehr erleichtert, wenn sie beim untersuchenden Arzt auf Verständnis für die Subjektivität in der Beschreibung ihres Leidens treffen und dieses nicht unausgesprochen wieder mit nach Hause nehmen müssen. In vielen Kopfschmerzmonografien des 19. Jahrhunderts (Living etc.), vor allen Dingen aber bei Sacks finden sich derartige Schilderungen. Tellenbach, als einer der wesentlichen Repräsentanten der Heidelberger Schule der Anthropologischen Psychiatrie und Psychosomatik, arbeitet in seiner berühmten Monographie über den Typus Melancholicus präzise Veränderungen von Körperleben und Körperschema bei melancholischen Patienten heraus.

Befinden und moderne Klassifikationssysteme

Auffällig ist, dass die äusserst vielfältigen Symptome veränderten körperlichen Erlebens bei Schmerzpatienten wie auch bei depressiv Erkrankten mit den entsprechenden

diagnostischen Instrumenten nicht «nachvollzogen», beschrieben werden können. Im derzeitigen ICD-10 und DSM-IV Klassifikationssystem sind diese nicht repräsentiert und werden nur durch kurze Zuordnung wie «Depression mit und ohne somatische Symptome» abgehandelt. Die projektive Testdiagnostik hat derzeit praktisch keine Bedeutung mehr, Veränderungen von Leiberleben und Schilderungen subjektiver Anatomie finden heute kaum noch Eingang in die ärztliche Anamnese und Diagnostik und stellen keine Grundlage für entsprechende therapeutische Zielsetzungen dar. Erfreulicherweise ist in nicht-ärztlichen Bereichen wie Körper-, Tanz- und Bewegungstherapien eine gegenläufige Tendenz zu beobachten. Es ist sehr zu wünschen, dass durch die zunehmenden vermehrten Möglichkeiten der Neurophysiologie, Neuropsychologie und durch die Ergebnisse der neurobiologischen Grundlagenforschung die Zusammenhänge von subjektivem Befinden und Beschwerden mit manifesten, objektiven Befunden und den entsprechenden Vorgängen im zentralen Nervensystem deziierter aufgeklärt werden können. Das von Rizzolatti aus Parma zuerst beschriebene Phänomen der Spiegelneuronen, die mittlerweile auch auf sensorische, affektiv emotionale, neuronale Aktivität untersucht werden und ebenfalls Ergebnisse zeitigen, sei an dieser Stelle genannt. Viel zu wenig setzen wir noch in der praktischen klinischen Medizin diese neurobiologischen Befunde um. Es kann aus vielen Neuroimaging-Studien der schmerzverarbeitenden Strukturen als gesichert gelten, dass es praktisch kein Leiberleben beziehungsweise kein Schmerzerleben gibt, das nicht durch emotionale und sensorische Zentren hindurchgeht und von ihnen moduliert wird. Das gebräuchliche System mit seinen starren neurologischen beziehungsweise internistischen «Symptomen» und dem isolierten «physischen», läsionellen

Schmerz ohne emotional subjektive Modulation und Interferenz, das immer noch als die möglichst ausschliessliche Grundlage präziser Diagnostik und entsprechender Krankheitsdiagnosen angesehen wird (vor allen Dingen in der Begutachtung), darf durch die Ergebnisse der modernen Grundlagenforschung als überholt und reduktionistisch bezeichnet werden.

In einem anschliessenden Artikel (erscheint in Heft 4/2007) wird versucht, einige Leitgedanken und Erfahrungen anhand des Erlebens von Schmerzpatienten zu schildern und erste methodische Ergebnisse aus der Arbeit der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde der Neurologischen Poliklinik am Universitätsspital Zürich zu entwickeln. ■



*Korrespondenzadresse:
Dr. med. Christian Schopper
Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich*

Interessenskonflikte: keine

Literaturliste beim Verfasser