



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

ZU DIESEM BUCH

Vorgestellt wird ein lösungsorientiertes Therapiekonzept psychosomatischer Störungen, das am Krankheitsbild des chronischen Schmerzes (ohne Organbefund) entwickelt wurde. Psychosomatische Schmerzen sind die Sprache des Körpers, sie haben Bedeutung und Sinn – von dieser Prämisse geht das Buch aus. Wie die spezifische Sprache eines »Schmerzpatienten« entschlüsselt werden kann, wie der Körper dazu gebracht wird, seine schmerzhafteste Sprache verstummen zu lassen, zeigt die Autorin an vielen Beispielen aus der Praxis. Die Verbesserung der »Kommunikation« zwischen Körper und Ich steht im Zentrum. Konzepte aus der Systemischen Therapie finden hier Anwendung auf den intrapersonalen Austausch. Zahlreiche Vorschläge und konkrete Anregungen, wie das Gespräch zwischen Körper und Ich beim Patienten wieder in Gang gebracht werden kann, sowie Anleitungen für den Einsatz von Geschichten, Entspannungsübungen, Imaginationen und Trancezuständen beschließen den Band.

Hanne Seemann, Diplom-Psychologin, ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet als Hypnotherapeutin in privater Praxis, nachdem sie lange Jahre am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg tätig war. Sie gibt Workshops zu den Themen ihrer Bücher und Psychosomatik-Seminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Betroffene. Hanne Seemann hat mehrere erfolgreiche Bücher verfasst: »Selbst-Herrlichkeitstraining für Frauen; »Kopfschmerzkinder« und »Artenschutz für Männer«.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden sich unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Hanne Seemann

Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen

Über den Umgang
mit psychosomatischen Schmerzen

Klett-Cotta

Leben Lernen

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2007 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger

Unter Verwendung eines Fotos von © beatrice prève / fotolia.com

Gedruckt und gebunden von Pustet, Regensburg

ISBN 978-3-608-89167-6

Jubiläumsausgabe, 2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
1. Einführung und Überblick	13
2. Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen	21
3. Das vegetative Nervensystem	29
4. Typen psychosomatischer Rhythmusstörungen	45
Das Anspannungssyndrom	45
Die vegetative Entgleisung	48
Chronische Erschöpfungssyndrome	55
Körpergedächtnissymptome	59
5. Das psychosomatische Symptom als Protest und als Forderung	66
6. Suchen, was fehlt	88
7. Wünschen lernen	116
8. Polaritäten und Balance	136
9. Hypnotherapeutische Praxis	163
Literatur	204

Für den Ott

Vorwort

Ich erzähle gern Geschichten – sie aufzuschreiben erscheint mir seltsam, so als würde man ihnen einen Teil ihrer Lebendigkeit nehmen, indem man sie fest-schreibt. Insofern gefällt mir das gesprochene, flüchtige Wort am besten. Es erzeugt eine Stimmung im Gemüt, aus der beim Hörer etwas Eigenes entstehen kann – falls er sich angesprochen fühlt. Wenn nicht, dann verflüchtigt sich das Wort schnell, entweicht anderswohin und bleibt dort hängen, wo es *ankommt*.

Es wäre mir recht, wenn Sie die geschriebenen Wörter und Sätze in diesem Buch *so* lesen würden: Erlauben Sie all den Dingen, die Sie nicht brauchen können, sich einfach zu verflüchtigen. Es wäre nicht schlecht, wenn man Bücher drucken könnte, in denen bei jedem Leser nur die Sätze übrig bleiben, die für ihn wichtig waren. Die anderen könnten verschwinden oder verblassen wie eine Geheimschrift. Wenn die übrig gebliebenen Sätze dann auch noch zusammenrücken würden, könnten wir unsere privaten Bibliotheken schön verkleinern.

Es scheint ja auch in der Therapie oft so zu sein, dass einzelne Sätze bei den Patienten hängen bleiben, und wenn jemand nach Jahren einmal wieder vorbeischaut, um zu sagen, wie es ihm geht, sagt er vielleicht auch: »Damals haben Sie gesagt: ›...‹«, woran man sich weder erinnern kann, noch hält man es für wahrscheinlich, dass man jemals so etwas gesagt haben könnte.

Ich bevorzuge in der Therapie auch die zufälligen Wege und bin nicht gerade begeistert von geradliniger Zielstrebigkeit. Da ich viel mit Medizinstudenten zu tun habe, habe ich oft Gelegenheit, folgende Geschichte zu erzählen. Ich glaube, sie stammt von Luc Ciompi, aber ich bin nicht ganz sicher, ob das stimmt.

Ich denke also an Luc Ciompi, wie er über dem Genfer See in seiner Berghütte sitzt und schreibt. Bücher, wie sie Ciompi schreibt, können eigentlich nur im Gebirge bei guter Fernsicht entstehen (z. B. Ciompi, 1988). Er sitzt also dort am Schreibtisch und schaut auf das weite Schneefeld, das sich vor seinem Fenster ausbreitet.

Im Winter, wenn es schneit, legt sich eine weiße Schneeschicht über die andere, verweht hin und wieder ein wenig und bietet dem Auge eine ruhige Fläche. Aber im Frühjahr, wenn es taut, lohnt es sich, einmal für eine Weile genauer hinzuschauen. Dann beginnt sich die Oberfläche zu bewegen, kleine Wasser rinnen und teilen das Feld, werden breiter zu Rinnsalen und kleinen Bächen, und alles kommt in Bewegung und fängt an zu fließen. Und obwohl doch klar ist, wo das Wasser hin will: nämlich hinunter ins Tal, in den Bach und den Fluss und weiter dorthin, wohin alle Wasser fließen, geht es doch nicht geradeaus und schnurstracks direkt den Berg hinab. Die Rinnsale mäandern durch die Gegend, lassen sich Zeit, stauen sich bisweilen an einem Stein oder Felsen, verlieren die Richtung, finden sie wieder, und wenn man sich die Mühe machte, neben einem solchen Wässerchen einherzuwandern, würde man am Ende merken, dass es sich den *leichtesten* Weg gesucht hat bis ins Tal, allerdings nicht den kürzesten.

Mir scheint, dass die Aufgabe eines Therapeuten, der Menschen mit psychosomatischen Schmerzen oder anderen funktionellen Störungen sieht, auch darin bestehen könnte, seine Patienten zu ermutigen, auf diese Weise *leicht* durch ihr Leben zu gehen, denn diese Menschen wählen sehr oft die *schweren* Wege, obwohl ihnen das nicht bewusst ist.

Der Vorschlag zur Leichtigkeit hat noch einen anderen Hintergrund. Er zeigt einen Mittelweg zwischen *Flüchten und Standhalten* (Horst-Eberhard Richter, 1976), der darin bestehen könnte, sich die Orte und die Menschen zu suchen, die einen nicht krank machen. Der leichte Weg ist dem Flüchten vielleicht näher als dem Standhalten, sagt aber nicht nur *weg von hier*, sagt allerdings auch nicht *wohin*, sondern sagt eher *in welche Richtung*. Die Richtung heißt *individuelle Passung* und verlangt vom Therapeuten und auch vom Patienten eine postkonventionelle moralische Haltung (sensu Piaget, 1977), die den Mut aufbringt, den ganz eigenen (und oft eigenartigen) individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden und gleichwohl die Passung in den sozialen Kontext nicht außer Acht zu lassen. Die individuelle Passung von Lebensbedingungen ist allerdings im Konkreten (d. h. der äußeren Realität) oft nicht so leicht und nicht so schnell herzustellen, weshalb

ich mit meinen Patienten fast immer (zuerst) im Imaginären (d. h. in der inneren Realität) arbeite. Es wird Verhaltenstherapeuten an diesem Buch möglicherweise stören, dass es hier fast nie um aktives Problemlösen geht. Meine Vorliebe für die indirekten, leichten Wege hat einen Erfahrungshintergrund: Die Patienten, die nach langer Zeit mit chronischen Schmerzen bei mir landen, sind meist so erschöpft, dass ich nicht den Mut hätte, ihnen schwierige Aufgaben zuzumuten.

Ich erzähle auch gern Patientengeschichten. Die Patientengeschichten in diesem Buch sind nur wenig verändert und überhaupt nicht unkenntlich gemacht. Würden sie unkenntlich gemacht, was man angeblich tun muss, um Patienten zu »schützen«, so wären sie zu nichts mehr tauglich. Denn das eigentlich Berichtenswerte ist die Besonderheit, die jedem Menschen eigen ist. Und wenn Sie als Leser jemanden erkennen in diesen Geschichten, so möchte ich Sie bitten zu denken, dass die interessanten Geschichten von interessanten Menschen stammen und dass ich sie erzähle, damit andere daraus etwas lernen können. Und so danke ich allen, die mir ihre Geschichte erzählt haben.

Außerdem liegt mir daran, dass es wieder salonfähig wird, über sich selbst Persönliches zu erzählen, dabei zum Vorschein zu kommen und nicht die persönlichen Dinge in die Therapieräume einzuschließen. Denn was besitzen wir am Ende mehr als unsere eigene Geschichte? Was können wir unseren Kindern mehr geben als Geschichten aus unserem Leben? Insbesondere solche über schwierige Lebenssituationen und wie wir mit ihnen fertig geworden sind.

Falls Sie sich wundern, dass in den hier erzählten Fallgeschichten immer alles so gut *passt*, so sollten Sie bedenken, dass die Therapieform, die in diesem Buch vertreten wird, in jeder Hinsicht auf individuelle *Passung* ausgerichtet ist. Deshalb können diese Geschichten auch immer wieder in der Therapie verwendet werden, um sie anderen Patienten zu erzählen, bis diese sagen: »Ja, genau so ist es bei mir auch ...« Falls sie das nicht sagen, erzählt man einfach eine andere Geschichte, die besser passt. Aus diesem Grunde möchte ich den Kollegen empfehlen, die Geschichten ihrer eige-

nen Patienten zu sammeln und, gewissermaßen recycelt, als therapeutisches Mittel wiederzuverwerten.

Das Buch richtet sich an psychologische und ärztliche Schmerztherapeuten und auch an Kollegen, die Patienten mit anderen psychosomatischen Störungen behandeln, da sich das hier vertretene Konzept über den Bereich des psychosomatischen Schmerzes hinaus verwenden lässt. Ich gehe des weiteren davon aus, dass auch Therapeuten hin und wieder psychosomatische Symptome haben, die sie stören. Zumindest hoffe ich das, denn das zeigt, dass sich ihr Körper etwas zu sagen traut, sich auch bei ihnen ein Mitspracherecht herausnimmt. Da die ganze Therapie psychosomatischer Störungen sowieso eine Aufgabe des Patienten ist und der Therapeut nichts weiter sein sollte als einer, der den Patienten animiert, in neue Richtungen zu schauen, so erscheint es mir vertretbar, hin und wieder auch den Patienten im Therapeuten anzusprechen. Der Sprachstil der ersten sieben Kapitel ist so gewählt, dass er direkt in die therapeutische Situation hineingenommen werden kann, um dem Patienten Erklärungen zu geben und ihn zu beraten.

Was die in diesem Buch verwendeten theoretischen Ansätze betrifft, so sind sie am stärksten von der *Theorie der Humanmedizin* von Uexküll und Wesiack (1988) und von den Schriften Ciompis geprägt, die mich immer wieder fasziniert und angeregt haben, mich mit den Konzepten der Systemtheorie zu beschäftigen. Fast alles, was ich über die Therapie Milton Ericksons gelernt habe, habe ich von Gunther Schmidt gelernt und in meinen eigenen Seminaren muss ich manchmal vor lauter Freude darüber diesen oder jenen Satz von ihm einstreuen.

Darüber hinaus hätte ich vielen zu danken, wenn ich mich nur genau erinnern könnte, wem wofür. Ich kann mir nämlich gar nichts merken, ein Handicap, das mich schon seit meiner Kindheit begleitet und mir alle Prüfungen schwer gemacht hat. Was die Bildung betrifft, so dachte ich deshalb immer an das arme Trüffelschwein: Wäre ich ein Trüffelschwein, so würde ich niemals die gefundenen Trüffeln abliefern, sondern sie heimlich und ganz alleine aufessen, denn wenn man sich beharrlich gut (er)nährt, so müsste doch eines Tages ein schmackhafter Braten daraus werden.

Insofern hoffe ich, dass all die von da und dort aufgesammelten Gedankentrüffel ein aromatisches Rezept ergeben. Für die therapeutische Kompetenz scheint es mir mittlerweile auch wichtiger zu sein, etwas zu merken, als sich etwas zu merken.

Danken will ich aber dennoch, und zwar für Unterstützung beim Verfassen des Buches. Frau Dr. Tremml vom Pfeiffer Verlag hat das Manuskript lektoriert und mich fortwährend ermutigt – was nötig war und wofür ich ihr sehr danke. Eva Neubauer fühle ich mich sehr verbunden, da sie mich an ihren Kenntnissen über den Körper, die mir als Psychologin lange Zeit gefehlt haben, teilhaben ließ und viele Gedankengänge mit mir diskutierte. Und auf die kritische Unterstützung von Dieter, meinem Mann, konnte ich mich immer vorbehaltlos verlassen, was wirklich enorm viel wert ist.

1. Einführung und Überblick

Dieses Buch handelt von psychosomatischen Schmerzen. Damit sind Schmerzen gemeint, für die kein ausreichend erklärungskräftiger Organbefund erhoben werden kann; man könnte sie auch funktionelle Schmerzen nennen. Die hier entwickelten Konzepte können prinzipiell auf andere psychosomatische Störungen wie z. B. Schlafstörungen oder ständige Müdigkeit, nervöse Herzbeschwerden, Schwindel- und Engegefühle übertragen werden, auch wenn diese in ihrem Erscheinungsbild andere Merkmale haben. Ihre funktionelle Dynamik, wie sie im 4. Kapitel unter der Überschrift *Typen psychosomatischer Rhythmusstörungen* dargestellt wird, ist in vieler Hinsicht ähnlich. Ihre individuelle Bedeutung sollte in gleicher Weise (an)erkannt werden wie bei Schmerzen und der therapeutische Weg ist ebenfalls der gleiche.

Psychosomatische Schmerzen sind in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD- 10 (Dilling et al., 1994) unter der Kategorie der somatoformen Störungen (F 45), Kopfschmerzen und Migräne unter den Störungen des Nervensystems (G 43, 44) aufgeführt. Als Charakteristikum der *somatoformen Störung* wird die »wiederholte Darbietung körperlicher Symptome [genannt] in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber somatische Störungen vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung der Patienten.« Dies gilt auch für die *anhaltende somatoforme Schmerzstörung* (F 45,4), die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. »Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtlich gesteigerte Suche nach persönlicher oder medizinischer Betreuung oder Zuwendung. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.«

Die ICD-Klassifikation bildet sehr genau die derzeit gültige Landkarte ab, mit deren Hilfe sich Patient und Behandler in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungslandschaft bewegen. Auf allen Wegweisern kann man lesen, wo es *nicht* hingeht. *Kein* Organbefund; *keine* Erklärung, wie es emotionale Belastungen und Konflikte anstellen, Schmerzen hervorzubringen; *kein* Verständnis oder zumindest Anerkennung für das Leiden und die innere Beteiligung der Betroffenen, ihr Umherirren in der medizinischen Angebotslandschaft und ihren Wunsch, doch noch einen Ort zu finden, wo anerkannt wird, dass sie nicht nur Schmerzen darbieten bzw. über solche klagen, sondern dass sie Schmerzen *haben*. Sie können auch meistens die »entscheidenden ursächlichen Einflüsse« in Form von schwerwiegenden emotionalen Konflikten und psychosozialen Probleme nicht vorweisen – vielmehr halten sie sich für ganz normale Leute –, sodass sie auch noch in der Psychotherapie in einen Erklärungsnotstand bezüglich der Entstehungsbedingungen ihrer Schmerzen geraten.

Ich will in diesem Buch einen Wegweiser in Richtung *Psychosomatik* aufstellen. Der führt in eine Gegend, in der sich diese Patienten nicht auskennen und die sie deshalb nicht betreten. Diese unbekannte Gegend ist ihr Körper in seinen unwillkürlichen Anteilen. Und ich werde therapeutische Zugangsweisen beschreiben, die es den Patienten ermöglichen, sich in dieser unbekannten Landschaft heimisch zu machen. Denn von dort erschallt der Hilferuf des Schmerzes, den man allerdings nicht gerade als Lockruf bezeichnen kann. Die Patienten verstehen diesen Hilferuf nicht oder falsch oder sie geben ihn an das medizinische Versorgungssystem weiter, das wie oben dargestellt darauf antwortet.

Der Titel des Buches enthält die Aufforderung an die Betroffenen: »Schließ Freundschaft mit deinem Körper!« und damit die Implikation, dass die beiden nicht gut miteinander auskommen. Wie kann man jedoch Freundschaft schließen mit einem, der man selber ist? Gewissermaßen mit sich selbst? Das ist uns kein unvertrauter Gedanke. Man kann sich selbst annehmen, sich aussöhnen mit sich selbst, sich mögen oder sich ablehnen oder mit sich hadern. Aber es klingt seltsam, wenn uns angetragen wird, unseren Körper als Freund zu verstehen. So als wären wir zwei, mein Kör-

per und ich. Und dennoch ist es oft so, dass wir gegeneinander arbeiten, uns nicht vertragen und uns schon gar nicht miteinander verständigen können. Genau das ist der Fall bei funktionellen bzw. psychosomatischen Störungen, was in diesem Buch an Beispielen psychosomatischer Schmerzen verdeutlicht wird. Den Patienten leuchtet es zwar ein, wenn wir ihnen erklären, dass ihr Körper mit dem Schmerz oder einem anderen Symptom gegen etwas protestiert. Aber die Betroffenen selbst wie auch wir Therapeuten wissen zunächst nicht, worum es sich handelt. Ich vertrete nicht die Ansicht, dass Ärger generell auf den Magen schlägt und die gehemmte Aggression sich im Kopf niederlässt, um von dort als Migräne hervorzubrechen, und ich vertrete schon gar nicht die Auffassung, dass bestimmte psychosomatische Störungen Ausdruck bestimmter biographisch verstehbarer Persönlichkeitstypen oder Persönlichkeitsmerkmale seien, wiewohl ich solche Konzepte nicht für grundsätzlich falsch halte. Ich vertrete (verwende) sie deshalb nicht, weil sie mir nicht besonders produktiv erscheinen. Therapeutisch fruchtbarer erscheint mir der Ausgangspunkt, dass jeder Mensch einen individuellen Körper hat, der sich durch Symptome in ganz eigener Weise ausdrückt und dass wir die Sprache unseres eigenen Körpers oft nicht verstehen können – außer, wenn wir gut mit ihm befreundet und vertraut sind. Seine Sprache verstehen zu lernen und gut mit ihm auszukommen, halte ich für eine wesentliche therapeutische Zielsetzung.

Der Zugang zu den psychosomatischen Störungen wird in diesem Buch mit dem Schwerpunkt auf Kommunikation und Beziehungsbildung konzipiert, die auch auf soziale Beziehungen übertragen werden kann und das verwendete Konzept für die Patienten leicht fassbar macht. Allerdings bedarf die systemtheoretische Sichtweise, die hinter dem Konzept *Mein Körper und Ich* steckt, einer Erklärung.

Die Systemtheorie erlaubt es, ein komplexes System wie *den Menschen* in Subsysteme aufzugliedern. Etwas Ähnliches tun wir schon lange im sogenannten cartesianischen Dualismus, weshalb uns die Aufteilung in *Körper* und *Psyche* sprachlich schon geläufig ist. Die Systemtheorie ist allerdings an den strukturell unterscheidbaren *Dingen* weniger interessiert als an funktionellen Ein-

heiten, also *Funktionssystemen*. Sie fragt nicht: »Was ist es?«, sondern »Was tut es?« Und sie erklärt das Verhalten bzw. Funktionieren von Systemen nicht aus ihrem »So- sein«, sondern aus der Art der Beziehung ihrer Elemente (Subsysteme) untereinander. Uexküll und Wesiack (1988) stellen fest, dass offenbar die Frage nach der Erkenntnis der Dinge eine für unseren Erkenntnisapparat nicht sinnvolle Frage (gewesen) sei, da wir, so wie wir verfasst sind, eben nur Beziehungen erkennen können. Insofern liegt es nahe, das systemische Therapiekonzept, das auf die Beziehungen und die Kommunikation zwischen den Mitgliedselementen sozialer Systeme fokussiert, zu übertragen auf die intrapersonale Kommunikation zwischen zwei Subsystemen, dem Körper und dem Ich.

Ein Mensch hat viele integrierte Subsysteme. Zellen, Organe, das Nervensystem, der Körper, das rationale Bewusstsein (Ich- System), um nur einige der Funktionssysteme zu nennen, die einen ganzen Menschen ausmachen, sind immer gleichzeitig sowohl Teile eines größeren Ganzen wie auch Ganzheiten für sich selbst, die ihre eigene Funktionsfähigkeit und Weiterentwicklung beständig aktiv betreiben. Wenn sie daran gehindert werden, entwickeln sie ein Symptom.

Ich vertrete die These, dass das *Ich- System*, im Folgenden auch oft als das *willkürliche* Funktionssystem bezeichnet, mit dem *unwillkürlichen* Funktionssystem, das vereinfachend der *Körper* genannt werden soll, ein Kommunikationsproblem hat. Wie in Kapitel 3 ausgeführt wird, ist das vegetative Nervensystem mit seinen engen Beziehungen zur Motorik und zu den Affekten die Bühne, auf der psychosomatische Störungen inszeniert werden. Und insofern ist der Körper auch der erste und offensichtliche Adressat der therapeutischen Bemühungen bei psychosomatischen Störungen. (Der *eigentliche* Adressat, der dabei gewissermaßen unbemerkt mit erreicht wird, ist die Innenwelt des Patienten in ihren unwillkürlichen, unbemerkten, unbewussten Anteilen. Eine solche therapeutische Zwei- Ebenen- Strategie nenne ich indirekt oder »subversiv«, wobei ich hoffe, dass dieses Wort dabei seinen negativen Klang verliert.)

Obwohl der Körper seine eigenen Funktionen selbsttätig organisieren und regeln kann, weshalb das Vegetativum früher auch autonomes Nervensystem genannt wurde, schafft die Entwicklung des menschlichen Bewusstseins eine neue Lage, dass nämlich das hierarchisch übergeordnete willkürliche System das untergeordnete unwillkürliche System dominieren und gewissermaßen versklaven kann, sodass es seine Funktionen nicht mehr ungestört auszuführen in der Lage ist. Man könnte das eine pathologische Herrschaftshierarchie nennen, wie ich im 2. Kapitel ausführen werde. Daran sieht man, dass das autonome Nervensystem so autonom nicht ist, wenn man es als Teil der Gesamtperson betrachtet. Es ist nämlich nicht nur so, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, vielmehr verändern Teile sich auch in ihrer eigenen Ganzheit, wenn sie als Teile in ein größeres, sprich komplexeres, System integriert werden. Die Überordnung der willkürlichen Ebene bedeutet nämlich, dass das Ich- System für seine Subsysteme Sorge tragen und Verantwortung übernehmen kann und sogar muss, indem es sie integriert. Ich werde darlegen, auf welche Art das geschehen und befördert werden kann. Die Hierarchiefrage will ich hier nicht diskutieren und verweise diesbezüglich auf Wilber (1996). Wenn mir in diesem Zusammenhang jemand sagt: »Aber mein Körper, das *bin* doch ich!«, dann antworte ich meistens: »Stimmt, aber nicht nur ...!«

Wilber bezeichnet in einem anderen, generelleren Zusammenhang die oben erwähnte Integration von Teilen bzw. Funktionsebenen als »liebvolles Umfassen«, was genau dem therapeutischen Ansatz entspricht, den ich hier vertreten möchte: Dass nämlich Patienten mit psychosomatischen Schmerzen lernen sollen, ihren Körper zu integrieren, indem sie ihn liebevoll umfassen. Integration meint damit vor allem Beziehungsbildung und Kommunikation. Den Körper zu integrieren heißt, ihn als Teil der eigenen *Innenwelt* anzuerkennen und ihn nicht (nur) als ein Ding, als einen Gegenstand, einen biologischen Organismus, also als Teil der Außenwelt (was der Körper natürlich auch ist), zu behandeln. Genau dies tun Patienten mit psychosomatischen Schmerzen und anderen derartigen Störungen jedoch vorwiegend. Der Körper als Innenwelt tut sich nämlich auf andere Weise kund als der Körper

als Funktionssystem, das wir auf seine sichtbaren Merkmale und seine Funktionalität hin befragen können. Seine Bedeutung als körperlicher Organismus wird durch die Integration in und durch die Ich-Ebene nicht aufgehoben, darüber hinaus findet aber auch ein Bedeutungssprung statt, der es nicht mehr erlaubt, mit dem Körper eines Menschen so umzugehen wie mit dem Körper eines Tieres oder mit einer Leiche.

Wenn wir es also beim chronischen Schmerz mit einer körperlichen Fehlfunktion zu tun haben, so reicht es nicht aus, diese auf der Ebene des Organismus festzustellen und zu erklären. Solche Beschreibungen und Erklärungen für Funktionsstörungen auf verschiedenen am Schmerzgeschehen beteiligten Regulationsebenen kann man nachlesen bei Seemann & Zimmermann (1996). Es muss auch die Frage nach der *Bedeutung* bzw. dem *Sinn* gestellt werden, die für die Innenwelt des Menschen die relevanten Größen sind und die einen Körper erst zu *meinem* Körper machen.

Bedeutung hat immer etwas mit Kommunikation zu tun, und so leuchtet es vielleicht ein, dass die psychosomatische Schmerzstörung hier unter kommunikativen Gesichtspunkten behandelt wird, zumal der Schmerz selbst ja schon immer als ein Signal, als Schadensmelder verstanden wurde und wird. Während für viele andere *chronische* Schmerzen, z. B. postzosterische Neuralgie, Neurinomschmerzen oder auch Phantomschmerzen, die Aussage gilt, dass sie ihre Signalfunktion verloren haben, so gilt genau das Gegenteil für die chronischen psychosomatischen Schmerzen: Sie sind die Sprache des Körpers und haben Bedeutung und Sinn. Wie wir den Körper dazu bewegen können, seine schmerzhafteste Sprache verstummen zu lassen, ist Gegenstand dieses Buches. Der Schwerpunkt liegt demnach nicht so sehr auf der Entschlüsselung der Bedeutung, bzw. der individuellen Bedeutungen des Schmerzes, als vielmehr auf der Anleitung zu gedeihlichem Zusammenleben, sodass der Körper seine Klagen aufgeben kann.

Da das vegetative Nervensystem, wie oben schon gesagt, eine zentrale Stellung bei der Symptombildung einnimmt, ist das ganze 3. Kapitel der Frage gewidmet, wie das vegetative Nervensystem auf Belastungen einerseits und auf passende Bedingungen andererseits reagiert und wie es mit den individuellen Ansprüchen und Defizi-

ten seines Besitzers fertig zu werden versucht. Eine wichtige Erkenntnis der Systemtheoretiker ist die, dass jedes lebende System, indem es sich fortwährend selbst durch eigene Anstrengungen funktionsfähig und gesund zu erhalten vermag, dies unter allen Umständen durchzuhalten versucht. So lange, bis es das nicht mehr schafft – und dann die übergeordnete Systemebene mittels eines Symptoms um Hilfe ersucht.

Im 4. Kapitel werden vegetative Funktionsstörungen als Rhythmusstörungen dargestellt, entsprechend der Vorstellung (z.B. von Weiner, 1991), dass alle lebendigen Funktionen einer (individuellen) Rhythmik unterliegen und dass funktionelle Krankheiten sich auch über ihre veränderte Rhythmik ausdrücken. Es werden verschiedene Typen von Rhythmusstörungen beschrieben, über deren Dynamik sich m. E. psychosomatische Erkrankungen hinsichtlich einer therapeutischen Perspektive besser einordnen lassen, als über den Symptomort oder ihre Krankheitsbezeichnung. So sind Anfallsstörungen (z.B. die Migräne) von ganz anderer zeitlicher Dynamik als Erschöpfungs- oder Dauerbelastungssyndrome.

Im 5. Kapitel wird das Konzept *Symptom als Ausdruck einer Kommunikationsstörung* wieder aufgegriffen. Die Doppelbedeutung, dass das Symptom einerseits eine Funktionsstörung meldet und dass es andererseits die Aufgabe hat, den *Zuständigen* zu stören, wird in diesem Kapitel entfaltet und ist wesentlich für den hier vertretenen therapeutischen Ansatz. Die psychosomatische Störung hat einen Sinn, verfolgt einen Zweck und lässt sich nutzen. Die etwas peinliche aber andererseits auch witzige Pointe ist die, dass das (gestörte) Funktionssystem ohne seinen »Besitzer«, der es für eine störende(!) Umweltbedingung darstellt, besser zu-rechtkäme, sodass man sehr oft denken könnte, das vegetative bzw. unwillkürliche System will eigentlich nur sagen: »Stör mich nicht dauernd!« Aber, wie oben schon bemerkt, man lebt eben zusammen und muss sich irgendwie verständigen. Insofern ist das Ich in doppelter Weise zuständig: Es stört die autonomen Funktionen, bzw. lässt Störungen von außen zu und ist dann dafür verantwortlich, dass sie wieder in Ordnung kommen. Meist jedoch fühlt sich das Ich durch das Symptom seinerseits nur gestört; es

registriert zwar die Funktionsstörung im Körper, fühlt sich aber nicht zuständig. Da aber Systemstörungen, auf welcher Ebene sie sich auch befinden, andere Funktionssysteme affizieren, bleibt es nicht aus, dass auch auf affektiver und kognitiver Ebene Störungen auftreten – der bekannte *circulus vitiosus* der chronischen Schmerzstörungen.

Dieses Kapitel beschäftigt sich des weiteren mit der Frage, wie man herausbekommen kann, was der Körper mit dem Symptom, das zunächst einmal nur stört und wieder verschwinden soll, denn mitteilen will. Wie muss man ihn fragen, damit er darüber Auskunft gibt? Es wird ein diagnostisch-therapeutisches Lösungskonzept entwickelt, das *warum-Fragen* als wenig nützlich und ihre Beantwortung als wenig fruchtbar begreift und stattdessen die Frage *was fehlt denn?* in den Vordergrund rückt. Es stellt sich heraus, dass die Fähigkeit des Körpers zu psychosomatischen Reaktionen nichts anderes als eine etwas andere Betrachtungsweise erfordert, damit das Symptom als etwas Sinnvolles, Nützliches und Freundschaftliches erkannt werden kann. Es macht nämlich einen Unterschied, ob ich in einem Beziehungskontext auf eine Klage mit Analysen, Rechtfertigungen und Gegenanschuldigungen reagiere oder mit der verständnisvollen Gegenfrage: *was müsste denn geschehen, damit es gut oder wenigstens besser wäre?*

Das 6. und das 7. Kapitel beschäftigen sich deshalb mit dem Suchen, dem Wünschen und der Sehnsucht.

Im 8. Kapitel wird in einem kurzen theoretischen Überblick das bisher benutzte Konzept erklärt, damit Sie sich versichern können, dass sich hinter den Fallgeschichten eine solide theoretische Basis verbirgt. Diejenigen Leser, die von sich wissen, dass sie nur auf theoretischem Hintergrund etwas wirklich verstehen können, lesen am besten das 8. Kapitel zuerst.

Vorschläge, wie man das Suchen und Wünschen in Gang bringen kann, enthält das 9. Kapitel, dazu weitere Anregungen für die therapeutische Praxis. Dabei geht es um Einstellungen und Haltungen gegenüber dem Patienten, um Gesprächsführung und um Anleitungen für den Einsatz von Geschichten, Entspannungsübungen, Imaginationen und Trancezuständen.

2. Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen

Wenn man jemanden sagen hört: »Mein Körper gehorcht mir nicht, er versagt mir seine Dienste, er lässt mich im Stich«, so klingt das nicht gerade freundschaftlich. Solche Redensarten bilden aber eine Realität ab, die wir alle kennen. Wir haben etwas vor, aber der Körper wird krank, verweigert sich. Migränepatienten kennen das sehr gut. Sie trauen sich kaum, etwas zu planen, weil sie schon voraussehen, dass ihnen ihr Kopf einen Strich durch die Rechnung machen wird. Patienten mit chronischen Symptomen wie Rückenschmerzen, Hautausschlägen, Magen-Darm-Störungen oder Kreislaufproblemen schränken ihr Leben oft weitgehend ein, damit das Symptom keine Gelegenheit erhalten soll, sie zu stören.

Da sind zum Beispiel Schmerzen, die einem den Theaterbesuch vermasseln, eine Enge in der Brust und Atembeschwerden, die einen vom Einkaufsbummel nach Hause treiben, oder bleierne Müdigkeit, die einen beim Betreten der eigenen vier Wände überfällt, sodass man sich sofort hinlegen muss. Für den Rest des Abends geht dann nichts mehr. Es ist immer der Körper, der da nicht mehr mitspielt, denn man selbst hatte ja noch so viel vor.

Ich kenne einen Mann, der unterwegs, also immer dann, wenn er nicht zu Hause ist, nicht Wasser lassen kann. Also bleibt er daheim, denn das Symptom Harnverhalten führt zu einer zunehmend vollen Blase, und das ist schmerzhaft. Er hat auch schon versucht, unterwegs nichts zu trinken und kaum etwas zu essen, aber über längere Zeit funktioniert das nicht. Kürzlich hat er eine Beziehung abgebrochen, weil seine Freundin ihn gebeten hatte, sie doch einmal für mehrere Tage zu besuchen. Der Körper dieses Mannes ist ihm gegenüber tyrannisch und behindert ihn dabei erheblich.

An dieser Stelle ist es nützlich, sich klarzumachen, dass wir hier von zweien reden, wenn wir sagen: »Ich und mein Körper«, und

dass es ebenfalls nützlich ist zu fragen: »Wer lässt da wen im Stich? Wer behindert wen? Wer soll da wem gehorchen?« Würden wir auch umgekehrt sagen: »Ich habe meinen Körper im Stich gelassen, ich habe ihm meine Dienste versagt, ihm nicht gehorcht, ihn tyrannisiert?« Nein. Wir sagen, und zwar mit Genugtuung: »Ich fordere meinen Körper«, zum Beispiel wenn ich Sport treibe, »ich beanspruche ihn, ich verlange ihm etwas ab, ich habe eine gute Körperbeherrschung«.

Ist das nicht wie ein *Herrschaftsverhältnis*, eines von Herr und Knecht? So etwas wie Leibeigenschaft, was man weniger freundlich auch Sklaverei nennen könnte. Natürlich sind wir dabei gute Herren, die ihren Körper pflegen, nähren und schützen, ihn auch trainieren, damit er uns weiter zu Diensten ist. Wir ziehen ihm auch was Ordentliches an und frisieren ihm die Haare, damit wir uns draußen mit ihm sehen lassen können. Es stellt sich aber die Frage, ob der Körper möglicherweise eigene Rechte haben könnte, die er beansprucht, die er einfordert und auf die er bisweilen sehr beharrlich hinweist – mit einem Symptom. Wenn so ein Symptom nicht so *störend* wäre, dann würden wir uns in unseren täglichen Verrichtungen und Vorhaben nicht unterbrechen lassen, würden es gar nicht zur Kenntnis nehmen. Deshalb bleibt dem Körper oft gar nichts anderes übrig, als sehr deutlich zu werden, wenn sein Besitzer auf die kleinen Signale nicht hören will.

Ich kenne eine junge Arzthelferin, die vormittags mit der Patientenaufnahme oft sehr unter Zeitdruck gerät: Patienten kommen, fragen, wollen drankommen und drängeln, das Telefon klingelt, der Doktor will dies und das ... Das geht eine Weile gut, dann merkt sie, dass auf ihrer Brust die Haut zu jucken beginnt. Sie möchte dann gern kurz aufstehen, hinausgehen und mal Luft holen, was aber nicht geht. Nach kurzer Zeit, wenn die Hektik nicht nachlässt, breitet sich eine Röte sichtbar über ihren Hals aus, ebenfalls juckend. Wenn sie Glück hat, bemerkt ihre Kollegin diese Röte und nimmt ihr etwas ab. Denn die Kollegin weiß, dass noch ein wenig später etwas geschehen wird, was die Arzthelferin nötigen wird aufzustehen und hinauszugehen: Sie bekommt Stiche in der Herzgegend und kann schlecht atmen. Nach einer kurzen Pause geht es wieder. Der Körper hat die Pause *erzwungen*.

Es liegt auf der Hand, dass eine Beziehung, die von Dominanz und Zwang beherrscht ist, keine leichte und befriedigende sein kann: *für beide Seiten*. Wenn ich meinen Körper zwingen will, wach zu bleiben, wenn er schlafen will, wenn ich ihm nichts zu essen gebe, wenn er hungrig ist, wenn ich ihn nicht an die frische Luft lasse, wenn das Wetter schön ist, wenn er mit geradem Rücken stundenlang in der Schule sitzen muss und lieber raus will, wenn ich ihn trainiere, obwohl er lieber faul sein will oder umgekehrt, wenn er lieber Sport treiben will, obwohl ich lernen muss, wenn er unbedingt ein Stück Torte essen will, obwohl ich abnehmen muss, wenn ihm die Augen zufallen, obwohl ich doch am Computer sitze und ein Buch schreibe ... usw., dann stellt sich die Frage: »Wer setzt sich durch?« Die Antwort ist: »Kurzfristig ich, langfristig er«.

Eine weitere Frage ist nun: »Höre ich, was der Körper fordert? Gebe ich ihm, was er braucht? Oder unterdrücke ich seine Forderungen und setze mich durch? Dann wird er langfristig der Stärkere sein und mir mit seinen Störungen mein Wohlbefinden zerstören. Der Körper ist nämlich die Basis, auf dessen Funktionsfähigkeit das Ich-System angewiesen ist. Obwohl (bzw. weil) das Ich-System höherrangig ist, womit gemeint ist, dass der Körper den Status eines Subsystems hat, basieren die willkürlichen Ich-Funktionen doch auf denen des Körpers und brechen zusammen, wenn der Körper funktionell gestört ist. Es ist eine allgemeine Erfahrung, dass man nach einer Organoperation oder einem Beinbruch psychisch und geistig voll funktionsfähig sein kann, es bei einer chronischen psychosomatischen Störung aber oft kaum möglich ist, auch nur konzentriert ein Buch zu lesen. Das ist auch eine der interessantesten Erfahrungen bei der Beobachtung von Beziehungsstörungen: man weiß nie, wer am Ende der Stärkere ist, und wundert sich nicht selten.

Nun würde sich aber an dieser Stelle eine Frage als lohnend erweisen, nämlich, welche Art von Beziehung zwischen einer Person und ihrem Körper für beide Seiten von Nutzen sein könnte. Welcher Umgang miteinander so gedeihlich wäre, dass ein Körper gern mit seinem »Besitzer« zusammenlebt, dass sich beide aneinander freuen können, oder sich wenigstens nachsichtig tolerieren

und dass er nicht eines Tages seine Dienste aufkündigt, weil ihm das Leben mit »dem« oder »der« zu anstrengend oder zu unerfreulich geworden ist.

Wenn man mit einem anderen auf engem Raum zusammenlebt und wenn man noch dazu fast fortwährend mit ihm zusammen ist, dann sollte man einmal etwas Zeit darauf verwenden zu überlegen, wie das denn überhaupt gehen kann. Mit niemandem leben wir so nah zusammen wie mit unserem Körper. Und es ist gewissermaßen eine lebenslange Verbindung. Scheidung kommt nicht in Frage, obwohl auch das vorkommt: dass man den Eindruck hat, dass ein Körper das Leben, das ihm sein Herr (für die Frau gilt das auch) zumutet, nicht mehr mitmachen mag und aus schiefer Not zugrunde geht. Auch den umgekehrten Fall kennen wir: dass der Körper einen so sehr quält, dass man nichts als sterben möchte.

Abgesehen von diesen Grenzfällen, leben die meisten Körper mit ihren Besitzern im Laufe eines Lebens mehr oder weniger gedeihlich zusammen. Wie kann das gehen? Nun, zuallererst zeichnet sich eine gute Beziehung durch *gegenseitigen Respekt* aus, durch *Achtung für die besondere Art* des Gegenübers. Das ist, bezogen auf den Körper, oft gar nicht einfach: Man hat ihn sich, anders als den Ehepartner, schließlich nicht auswählen können. Im übrigen entpuppen sich beide erst mit der Zeit und besonders mit zunehmendem Alter. Aber gibt einem das die Berechtigung, an ihm herumzumäkeln? Dass seine Beine zu dünn sind oder zu kurz, sein Bauch zu dick, die Nase zu lang, die Ohren zu groß? Ich habe mir sagen lassen, dass es sehr wenige junge Frauen gibt, die mit »sich«, gemeint sind hier ihr Körper und dessen Erscheinungsbild, ganz zufrieden sind. Wenn man älter wird, scheint man großzügiger zu werden. Man legt den Gedanken *ganz zufrieden* sein zu wollen ad acta. Aber wenigstens normal soll er sein! Oder wenn schon nicht normal, dann wenigstens außergewöhnlich! Was zum Herzeigen. Wie sehr solche Gedanken vom Zeitgeist, von den Medien und von der sozialen Gruppe, der man sich zugehörig fühlt, bestimmt werden, muss man nicht eigens betonen.

Es gibt natürlich auch menschliche Körper, die berechnete Einwände provozieren. Ich gebe jedoch zu bedenken, dass ein Kind,

das behindert auf die Welt kommt, von seinen Eltern oft ganz besonders geliebt wird. Vielleicht gerade deshalb, weil diese Eltern gemerkt haben, dass dieses unvollkommene und behinderte Wesen besonders bedürftig ist und viel Liebe braucht, um ein zufriedener Mensch zu werden. Es könnte auch sein, dass ein sehr unvollkommener, vielleicht sogar hässlicher Körper von seinem Besitzer besonders liebevoll angenommen werden muss, damit er gesund bleiben kann.

Aber kehren wir wieder zurück zu einem Körper, der leidlich akzeptabel aussieht und mit dem man normalerweise gemütlich durch die Gegend gehen kann. Was weiter macht ein Zusammenleben mit ihm gedeihlich? Wir sollten ihm *etwas zutrauen*, nämlich, dass er imstande ist, seine eigenen Aufgaben gut zu erfüllen. Da unser Körper seine Funktionen im Normalfall sehr unauffällig erledigt, entwickeln wir viel zu wenig Bewunderung dafür, was er so alles kann. Es ist eine Art von Selbstverständlichkeit, die uns davon abhält zu bemerken, was für ein Künstler unser Körper ist und mit welchen komplexen Aufgaben er fortwährend befasst ist – Funktionszusammenhänge, die wir noch nicht einmal richtig verstehen. Sogar Wunden und innere Erkrankungen heilen kann er. Es ist der Mühe wert, sich einmal ordentlich mit dem Brotmesser in den Finger zu schneiden und danach zu beobachten, wie der Körper den Schnitt wieder verschließt. Eine gewisse Hochachtung erscheint mir angebracht.

Wenn eine meiner Patientinnen sagt: »Ich achte auf meine Verdauung«, frage ich zurück: »Wie machen Sie das denn?« Dann stellt sich meist heraus, dass sie nicht das tut, was ich vermute, nämlich achtsam sein und das Ergebnis bewundern, sondern dass sie *nachhilft*. Weil sie *ihrem* Körper nicht zutraut, dass er es kann. Beim Einschlafen ist es genauso: der Körper bekommt eine Hilfe in Form eines Schlafmittels. Wen wundert es, dass der Körper sehr bald sagt: »Bitte sehr, wenn sie es besser kann, soll sie sich doch darum kümmern!«

Das ist so ähnlich wie die bekannte Geschichte, dass die Mutter ihren Sohn jeden Tag fragt: »Hast du deine Hausaufgaben gemacht?« So hält der Sohn zu Recht die Mutter dafür verantwortlich, dass er es nicht vergisst. Und wenn er es vergisst, so ist *sie*

daran schuld. Selbstverständlich gibt es dafür, dass man sich immer selbst um alles kümmern muss, genügend Anlässe und Gründe. Vielleicht haben die Verdauung, das Einschlafen und die Hausaufgaben längere Zeit nicht geklappt und das »Kümmern« erscheint einem die einzige Möglichkeit: Alles muss man selber machen.

Es wäre aber gut, sich auch einmal die Frage zu stellen, ob es denn überhaupt irgendwann mal geklappt hat, um zumindest sicher sein zu können, dass der andere, der eigene Körper oder der eigene Sohn dazu prinzipiell instande ist. Dass dem Körper erlaubt sein sollte, ungestört und bei angemessener *Wertschätzung* seine Funktionen zu erledigen, ist schon aus Gründen der Reziprozität, d.h. Gegenseitigkeit wünschenswert. Wir möchten nämlich auch von ihm, dass er uns bei unseren Aufgaben nicht dazwischenpfuscht. Wir können es nicht brauchen, dass er uns bei wichtigen Gelegenheiten einen Schluckauf antut. Wir sind auf seine Solidarität angewiesen. Wenn wir einen Vortrag halten müssen und plötzlich heillos heiser sind oder ganz ohne Stimme, wissen wir, was das heißt: Er lässt uns im Stich.

Das heißt aber auch: Wir brauchen gegenseitig die Hilfe des anderen. Wir sollten ihm Ruhe, Nahrung und Flüssigkeit geben, wenn er danach verlangt, und ein paar andere hübsche Dinge noch dazu. Und zwar genau *die* Ruhe, *die* Nahrung, die Flüssigkeit und die paar anderen Dinge, die er auch schätzt. Er wird es Ihnen nicht auf Dauer danken, wenn Sie Ernährungsbücher wälzen und ihn nur noch mit Dingen füttern, die »gesund« sind, ohne ihn zu fragen, ob er die denn auch gerne isst. Beides sollten Sie tun, Letzteres ist wichtiger. Falls Sie jetzt sagen: »Meiner würde nur Schokolade essen und Bier trinken«, so kann ich Ihnen versichern, dass ich das nicht glaube. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass Kinder, wenn man ihnen eine attraktive Auswahl an Essen anbietet und ihnen die freie Wahl lässt, nach einer kurzen Zeit, in der sie tatsächlich nur Pudding und Kaugummi futtern, zu einer ausgewogenen Ernährung übergehen.

Das Nachfragen gilt auch für die Ruhe, für die Erholung, für die Bewegung und den Sport etc. *Sie* können zwar entscheiden, ob etwas gesund ist, *Sie* können auch feststellen, ob *Sie* es mögen, aber

ob *er* es auch mag, danach sollten Sie *ihn* fragen. Höflicherweise, möglicherweise sogar aus echtem Interesse, fragt man seinen Beziehungspartner auch hin und wieder einmal, wie es ihm denn so geht. Vielleicht ist der Partner ein wenig langsam, bis er antwortet, vielleicht muss er sich auch erst einmal darüber klar werden, bevor er etwas sagen kann. Man sollte dann nicht sogleich anfangen, ihm zu erzählen, was man nun gerade selbst an Sorgen hat, sondern ihm durch Geduld zeigen, dass man sich wirklich für sein Befinden interessiert. Das ist die beste Möglichkeit, dem Körper zu versichern, dass man gewillt ist, auf ihn zu hören.

Wenn es ihm aber schlecht geht, dann soll er klagen dürfen und wir sollten ihm zuhören. Vielleicht müssen wir ihm gar nicht (gleich) helfen. Vielleicht will er nur angehört werden. Vielleicht genügt es, sich hinzulegen, ihm Ruhe zu geben, ihm ein Halstuch umzubinden und ihn zu fragen, ob er gern einen heißen Kakao hätte. Es lohnt sich aber auch, darauf zu achten, was er sagt, wenn es ihm *gut* geht. Oder zu fragen: geht es uns gut miteinander? Vermutlich würde er dann eher einmal den Mut haben zu sagen: »Nicht so ganz, ich hätte da einen Vorschlag zu machen. Ich ginge ganz gern mal wieder in die Sauna«, oder: »Meinst du nicht, wir könnten mal wieder Ski fahren oder uns wenigstens ein bisschen mehr bewegen?«

Falls sich Ihr Körper jedoch feindselig benimmt, Sie quält oder so tut, als wären Sie gar nicht da, so können Sie daraus schließen, dass er vielleicht von Ihnen enttäuscht ist. Wenn man Kinder beharrlich links liegen lässt, ihnen keine Beachtung schenkt oder respektlos an ihnen herummäkelt, dann verhalten sie sich ähnlich. Sie werden quengelig, fangen an zu stören, werden je nach Temperament aggressiv oder krank. Dann ist es höchste Zeit, sich Gedanken über die Beziehung zu machen, wieder Kontakt aufzunehmen, sich einander anzunähern und wieder miteinander Freundschaft zu schließen. Kurz gesagt: Wir könnten mit unserem Körper umgehen wie mit einem guten Freund, besser noch, wie mit einem uns anvertrauten Kind, nämlich respektvoll und mit Interesse an seinen Eigenarten und Äußerungen.

Nun verlassen wir für eine Weile die Ebene der Analogien und Metaphern und wenden uns dem Funktionssystem zu, in dem sich

die psychosomatischen Störungen, die man auch funktionelle Störungen nennt, hauptsächlich abspielen: dem vegetativen Nervensystem. Wenn wir im Folgenden das therapeutische Konzept der psychosomatischen Störung am Beispiel psychosomatischer Schmerzen weiterentwickeln, so werden wir den Menschen in zwei konfligierende Funktionssysteme unterteilen: ein *unwillkürliches*, das wir den »Körper« nennen, weil sich in ihm die Störung manifestiert, und zwar als unwillkürliches *Geschehen*, und ein *willkürliches*, das wir »Ich« nennen und das versucht, das (eigene) unwillkürliche System mit dem Willen zu steuern. Kein Patient mit psychosomatischen Störungen sagt: »Da habe ich mir einen Hautausschlag wachsen lassen«, oder: »Da habe ich mir schnell Kopfschmerzen zugelegt«. *Es* geschieht, *es* passiert. Es handelt sich um eine *Widerfahrnis*. Wir werden sehen, dass in den unwillkürlichen Funktionen mehr zum Ausdruck kommt als nur Körperliches. Für die Patienten ist jedoch ihr Körper als der Ort ihrer Schmerzen oder anderer Störungen vordergründig der unfreundliche oder sogar feindliche Partner und so ist es nützlich, ihnen eine *körperliche Erklärung* ihrer Beschwerden zu geben. Es hat sich nach meiner Auffassung nicht bewährt, die in der ICD- Klassifikation als ursächlich genannten *emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme* als Erklärung heranzuziehen.

Vielmehr sollte man erklären, wie es der Körper anstellt, die störenden Phänomene hervorzubringen. Bei psychosomatischen Störungen ist das vegetative Nervensystem das ausführende Organ. Ich möchte hinzufügen, dass ich im Folgenden nicht von den psychosomatischen Krankheiten spreche, bei denen schon deutliche Organschädigungen vorliegen, wie z. B. den Geschwüren des Magens oder des Darms, sondern von den auch *funktionell* oder *psychovegetativ* genannten Störungen des Allgemeinbefindens. Während bei den psychosomatischen Krankheiten eine multitherapeutische Diagnostik und Therapie, möglicherweise mit vorrangigem Stellenwert der somatischen Medizin, angezeigt ist, können die funktionellen Rhythmusstörungen durch Ausgleichsreaktionen wieder einreguliert werden.