

BACHELORSTUDIUM GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT  
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ

**Psychosomatische Medizin**  
**Bachelorarbeit**

**Lucia Sophie Nausner, 0811161**  
**8.11.2012**

**Betreuer:**

**ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries**

**Institut für Physiologie**

**Harrachgasse 21/V**

**8010 Graz**

**Lehrveranstaltung: Physiologie**

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 22. Oktober 2012



Lucia Nausner

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>1. HISTORISCHER RÜCKBLICK.....</b>	<b>5</b>
<b>2. EIN HISTORISCHER ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTWICKLUNG EINER THEORETISCHEN GRUNDLAGE FÜR DIE PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN. 10</b>	
2.1. DIE ENTWICKLUNG DES KONDITIONIERUNGSMODELLS ZU EINER MODERNEN VERHALTENSMEDIZIN.....	11
2.2. DIE ENTWICKLUNG DES PSYCHOBIOLOGISCHEN MODELLS ZU EINEM BIOPSYCHOSOZIALEN KRANKHEITSMODELL.....	12
2.3. DIE ENTWICKLUNG DES KONVERSIONSMODELLS ZU EINER PSYCHOANALYTISCHEN PSYCHOSOMATIK.....	14
2.4. DIE ENTWICKLUNG EINES GESUNDHEITSBEZOGENEN MODELLS .....	17
<b>3. BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DEFINITION.....</b>	<b>17</b>
<b>4. EPIDEMIOLOGIE.....</b>	<b>19</b>
<b>5. DIE DEFINITION UND EINTEILUNG PSYCHOSOMATISCHER KRANKHEITEN.....</b>	<b>20</b>
<b>6. URSACHEN.....</b>	<b>23</b>
6.1. PATHOGENETISCHE MODELLE PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN.....	23
6.1.1. <i>Das Konfliktmodell</i> .....	24
6.1.2. <i>Das Defizitmodell</i> .....	25
6.1.3. <i>Das Traumamodell</i> .....	25
6.1.4. <i>Das Lernmodell</i> .....	26
6.1.5. <i>Das Stressmodell</i> .....	26
6.2. NEUROBIOLOGIE UND PSYCHOSOMATIK.....	28
<b>7. DIAGNOSTIK.....</b>	<b>29</b>
<b>8. THERAPIE.....</b>	<b>31</b>
<b>9. DIE PSYCHOSOMATISCHE THEORIE VON KRANKHEITSENTSTEHUNG IN DER PRAXIS.....</b>	<b>32</b>
9.1. KRANKHEITSBEISPIEL ANHAND DES KONFLIKTMODELLS .....	32
9.1.1. <i>Panikstörung</i> .....	33
9.2. KRANKHEITSBEISPIEL ANHAND DES DEFIZITMODELLS.....	34
9.2.1. <i>Abhängigkeitsverhalten und Sucht</i> .....	34
9.3. KRANKHEITSBEISPIEL ANHAND DES TRAUMAMODELLS.....	35
9.3.1. <i>Adipositas – Binge Eating Disorder</i> .....	35
9.4. KRANKHEITSBEISPIEL ANHAND DES LERNMODELLS.....	36
9.4.1. <i>Phobie – Herzangststörung</i> .....	36
9.5. KRANKHEITSBEISPIEL ANHAND DES STRESSMODELLS.....	37
9.5.1. <i>Psychoimmunologie</i> .....	38
<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>38</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>41</b>

## **Einleitung**

In Österreich nimmt die Psychosomatik eine Randstellung in der Medizin ein. Ein Grund dafür ist, dass keine integrierte psychosomatische Grundausbildung angeboten wird, sondern lediglich Fortbildungslehrgänge für Allgemeinmediziner und für Fachärzte bereitgestellt werden. Aufgrund der knappen Zeitressourcen in Krankenhäusern und Hausarztpraxen wird der zeitaufwändigere ganzheitliche Ansatz vernachlässigt (Pleininger & Rossiwall 2009, S 1). Krankheiten werden gegenwärtig kaum in einen Zusammenhang mit psychosozialen Aspekten gebracht. Das „Psychische“ wird so zu einer „medizinischen Restkategorie“ und diese wird nur miteinbezogen wenn die Untersuchungen aller körperlicher Funktionen zu keinem Ergebnis führen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 5).

Da psychosomatische Erkrankungen in der Gegenwart immer häufiger auftreten, das Wissen dazu in der allgemeinen Gesellschaft und auch in medizinischen Fachkreisen aber noch wenig verbreitet ist, soll sich diese Arbeit mit der Entstehung und Entwicklung der Psychosomatischen Medizin, ihren theoretischen Modellen und ihrer Betrachtungsweise von Krankheit widmen und damit ein umfassendes Bild der Psychosomatischen Medizin schaffen. Im Vorfeld ergab sich folgende Forschungsfrage:

***Wie entstand die Psychosomatische Medizin, auf welchen theoretischen Grundlagen baut sie auf und wie können diese am Beispiel einer Erkrankung in die Praxis umgesetzt werden?***

# 1. Historischer Rückblick

Die „intuitive Kenntnis“ von einer Beziehung und gegenseitigen Wirkung zwischen körperlichen und seelischen Konstellationen ist ein schon lange vorhandenes Wissen. Das Verständnis von Krankheit änderte sich jedoch immer wieder über die Jahrhunderte hinweg (Weber 1984, S 11).

*„Die Heilkunde war zu allen Zeiten, in der einen oder anderen Art psychosomatisch und sie mußte es auch immer sein; nicht so die Pathologie.“*  
(Lain Enlargo 1956 z. n. Pieringer, Meran, Stix & Fazekas 2002, S 488)

Der Grundgedanke eines ganzheitlichen Menschenbildes zog sich durch alle psychosomatischen Strömungen hindurch. Die Ausführungen und Beiträge von Asklepios (geb. 1260 v. Ch.), Hippokrates (460-377 v. Ch.), Hildegard von Bingen (1098-1179) und Paracelsus (1493-1541) trugen wesentlich zu einer Sichtweise bei, die einen kranken Menschen nicht nur als Objekt sondern auch als Subjekt erkannte (Rothschuh 1978 z. n. Pieringer, Meran, Stix & Fazekas 2002, S 488).

Am Beginn der Geschichte der Medizin wird das Individuum, einschließlich seiner Lebenswelt und Lebensumwelt, in die diagnostische und therapeutische Handlung des Arztes miteinbezogen (Kapfhammer 2011, S 1275). Die griechische Philosophie vertrat die Sichtweise, dass die Psyche und der Geist Auswirkungen auf das Soma haben können. Der Mensch wurde als Ganzheit betrachtet und demgemäß ärztlich behandelt (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 5).

Die Medizin, die sich somit schon in früheren Zeiten auf psychosomatische Aspekte ausgerichtet hatte, war damals jedoch von einer wissenschaftlichen Herangehensweise noch weit entfernt (Weber 1984, S 11).

Die geistig-seelischen Störungen wurden noch bis in das 19. Jahrhundert hinein dem Übernatürlichen zugeschrieben, in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts wurden selbst diese Krankheiten dem wissenschaftlich erklärbaren und pathologisch-anatomisch Nachweisbaren zugeordnet (Weber 1984, S 12).

Der Begriff Psychosomatik wurde erstmals von Heinroth im Jahre 1818 verwendet. Dieser konnte sich von da an durchsetzen, obwohl er die Unterscheidung zwischen Körper und Psyche hervorhob und damit der eigentlichen Anschauung der Psychosomatik widersprach (Weber 1984, S 11).

Schließlich änderte sich das Verständnis von Krankheit und Krankheit wurde nun als ein Ergebnis natürlicher Vorgänge im Organismus gesehen und der Weg für eine naturwissenschaftliche Sichtweise wurde damit frei. Krankheiten entstanden nun nicht mehr durch übernatürliche Vorgängen sondern auf Grund von wissenschaftlich fundierten Gesetzmäßigkeiten und konnten nun auch anhand gezielter Therapien behandelt werden (Weber 1984, S 11-12).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde das „Modell der Maschine“ auf den menschlichen Körper übertragen. Dieses Modell was von der Physik geprägt und damit auch eine neue Herangehensweise an den Körper des Menschen, der nun mehr als eine „Sache der Medizin“ betrachtet wurde. So wie in der Technik, entstanden in der Medizin Muster und die daraus resultierenden Handlungsanweisungen, die manuelle Eingriffe am Körper anleiteten (Uexküll 2011, S 4). Nach dem „Modell der Maschine“ ist Krankheit eine räumlich lokalisierbare Störung. So wie der Techniker genauen Angaben für eine Reparatur bei Rohrbruch oder Kurzschluss folgt, kann ein Arzt komplexe Krankheiten mit Hilfe von bestimmten Regelungen und Schrittfolgen behandeln. Krankheit wird demnach als ein „Betriebsschaden im menschlichen Körper“ verstanden, welcher anhand gezielter chirurgischer oder medikamentöser Eingriffe „repariert“ werden kann (Uexküll 2011, S 4). Dieses Verständnis ließ das Individuum in den Hintergrund der medizinischen Theorien und Handlungen treten (Kapfhammer 2011, S 1275). Ab diesem Zeitpunkt war die Medizin nicht mehr eine gemeinsame „Sache“ von ÄrztInnen und PatientInnen und die Vorstellung, dass psychische oder soziale Störungen den Gesundheitszustand von PatientInnen beeinflussen konnten wurde verworfen. Psychisch und/oder sozial ausgelöste Krankheiten wurden als keine „wirklichen“ Krankheiten verstanden und konnten damit auch nicht zu „wirklichen“ Krankheiten führen (Uexküll 2011, S 4).

Das Resultat, welches sich aus der Entwicklung der naturwissenschaftlichen

Medizin ergab, war eine Aufspaltung des Gesundheitswesens. Gegenwärtig sind die somatische und psychologische Medizin separierte Bereiche. Und da es keine Kranken gibt, die nur an einer somatischen oder nur an einer psychisch verursachten Krankheit leiden, sind keine dieser PatientInnen ausreichend sondern oft sogar minder versorgt (Uexküll 2011, S 5-6).

Doch der Erklärungsversuch anhand des biomedizinischen Modells der Maschine hat nicht nur negative Aspekte. Es bietet klare Deutungs- und Handlungsanweisungen und ist technologisch immer auf dem neuesten Stand. Die moderne Technik stützt diesen Modellansatz, indem sie durch den stetigen Fortschritt die Möglichkeiten der mechanischen Medizin erweitert. Der große Nachteil, der sich durch dieses Modell ergibt, ist das Problem, dass Maschinen weder Emotionen haben, noch etwas erleben können. Nach diesem Modell ist es nicht möglich, dass psychische oder soziale Einflüsse den Organismus beeinflussen können. Dafür müsste die Medizin eine neue Definition für die Psyche und den Körper finden. Nur so könnte das „subjektive Erleben“ von PatientInnen als „medizinisch relevant“ erachtet werden (Uexküll 2011, S 5).

Im 19. Jahrhundert wurde im Zuge des Maschinenmodells für den menschlichen Körper auch ein Modell für die Seele entwickelt. Freuds Modell des „psychischen Apparats“ machte es möglich, den Umgang mit jenen Kranken zu verbessern, deren Krankheiten keine allein körperlichen Ursachen hatten. Nach dieser Methode sollten ÄrztInnen mit ihren PatientInnen sprechen und sie nicht nur mit physischen Behelfen kurieren. Freud entwickelte damit ein wichtiges Modell für die Psychiatrie und die Klinische Psychologie. Die Psychosomatische Medizin konnte davon indirekt profitieren, denn Freud konnte im Zuge seines Modells feststellen, dass somatische und psychische Aspekte miteinander in Beziehung stehen (Uexküll 2011, S 6).

Diese Erkenntnisse reichen jedoch nicht aus um die somatischen und psychischen Bereiche zusammen zu führen. Das psychophysische Problem bleibt damit weiterhin ungelöst, denn das Maschinenmodell lässt die Vorstellung von einer Einwirkung seelischer Ursachen nicht zu und das Modell des psychischen Apparats schließt die Einwirkungen physischer Ursachen auf die Seele eindeutig

aus. Aus diesem Widerspruch entstand die dualistische Medizin und daraus folgten wiederum zwei große Berufsgruppen unter den Ärzten: die sogenannten „Körperärzte“ und „Seelenärzte“ (Uexküll 2011, S 6).

*„Eine Medizin, die den psychophysischen Dualismus überwinden will, muss von einer Biologie ausgehen, die den physikalistischen Körperbegriff des Maschinenmodells überwunden hat. Erst dann besteht Aussicht, ein ganzheitliches Modell zu entwickeln, in dem sich somatische und psychische Konzepte miteinander verbinden lassen.“* (Ulrich 1997 z. n. Uexküll 2011, S 6)

Trotzdem konnte Freud durch seine Überlegungen einen wesentlichen Beitrag für die Psychosomatische Medizin leisten. Durch sein Modell über die Entstehung seelischer Krankheiten öffnete sich eine neue Tür für die medizinische Fachwelt. Nun wurde die Fragestellung nach der Beziehung zwischen Körper und Psyche lauter und frühere Anschauungen wurden vermehrt hinterfragt (Uexküll 2011, S 6).

Psychosomatische Symptome können nur verstanden werden, wenn das subjektive Erleben des Menschen miteinbezogen wird. Die Nachfrage nach solch einer Überlegung wurde im Ersten Weltkrieg laut und führte zu einer Wende hin zu einer psychosomatischen Medizin. Ärzte beobachteten in dieser Zeit Soldaten, die anfangen zu zittern, wenn in der Nähe eine Granate explodierte. Diese sogenannte Massenerkrankung wurde „Granatschock“ genannt, konnte bis hin zu vielen Jahren anhalten und wurde durch den Schrecken der Soldaten ausgelöst. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde deutlich, wie sehr sich das individuelle Erleben eines Menschen auf dessen Gesundheitszustand auswirken konnte (Weber 1984, S 12).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich überdies, entgegen der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, die psychosomatische Anthropologie oder anthropologische Medizin. Das Ziel dieser Strömung war, den Menschen als Subjekt, als Ganzheit, wieder in den Mittelpunkt der ärztlichen Beurteilung zu rücken (Ermann 2004, S 16). Für die psychosomatische Anthropologie war das „Leib-Seele-Problem“ über einen langen Zeitraum hinweg ein Schwerpunkt in den grundlegenden Fragestellungen. Die Frage, inwieweit

Wechselwirkungen zwischen seelischen und körperlichen Entwicklungen vorhanden sind, wurde schließlich von dem „bio-psycho-sozialen Modell“ von Engel beantwortet. Nach diesem Modell befinden sich Körper und Psyche stets in einer Wechselbeziehung zueinander, sind fortwährend von der Umwelt beeinflussbar und können gleichermaßen auf die Umwelt Einfluss nehmen (Ermann 2004, S 17).

Die psychischen und sozialen Faktoren, welche die Gesundheit von Menschen beeinflussen können, werden von der heutigen naturwissenschaftlichen Medizin, die sich an einem mechanischen Körperbild orientiert, nicht berücksichtigt, obwohl wissenschaftliche Studien zeigen, wie bedeutend diese Faktoren für die Beurteilung und Therapie einer Krankheit sein können. So zeigen Kettenraucher schon allein beim Anblick einer Zigarette Kontraktionen in ihren Fingerarterien, bevor es noch zu einer Inhalation von Zigarettenrauch gekommen ist. Kommt es zu einer Arbeitsüberlastung und die notwendige soziale Unterstützung fehlt, können die dadurch entstehenden Ängste und Spannungen zum Beispiel das Risiko für eine erhöhte Hirnschlaginzidenz steigern (Adler 2000, S 3-4). Die Sichtweise, welche das Individuum hervorhebt, ist jedoch nicht völlig aus der Medizin verschwunden. Sie wurde ein Gegenentwurf zur konventionellen Medizin und findet sich heute in der Bezeichnung „Psychosomatik“, in verschiedenen psychosomatischen Modellen der Medizin und in der Anerkennung eines „biopsychosozialen Krankheitsverständnisses“ wieder (Kapfhammer 2011, S 1275).

Laut Pieringer et al. (2002) ist der biopsychosoziale Ansatz im gesellschaftlichen und gesundheitlichen Bereich weitgehend akzeptiert. Die Medizinische Psychologie und Psychotherapie sind längst ein fester Bestandteil der medizinischen Fakultäten, während eine Anerkennung und die praktische Festigung der Psychosomatik in Österreich noch am Anfang stehen. Die medizinische Forschung diskutiert längst die wissenschaftlichen Richtlinien für eine Diagnostik und Therapie auf einer psychosomatischen Grundlage. Somit wird der biopsychosoziale Zugang, wie er von breiten Teilen der Bevölkerung gefordert wird, bereits in die Medizin integriert und dort praktiziert. Ein großer Teil der Ärzte und Funktionäre kann diese psychosomatische Orientierung aber immer noch nicht anerkennen. Und die gleiche Gruppe ist verantwortlich für die Ausrichtung

des Sozialversicherungssystems an einem biomedizinischen Modell. Die 200 Jahre alte Erfolgsgeschichte der Biomedizin hat eine Verankerung des psychosomatischen Prinzips in der Gesetzgebung bis heute verhindert (Pieringer et al. 2002, S 486). Es gibt jedoch eine Tendenz hin zu einer Integration der Psychosomatik in die Kompetenz der österreichischen Mediziner. Gegenwärtig gibt es noch ein Postgraduate (Curriculum für Psychosomatische Medizin) und die dort festgelegten Lehr- und Lernziele sind inzwischen österreichweit Standard (Gathmann 2002, S 537).

## **2. Ein historischer Überblick über die Entwicklung einer theoretischen Grundlage für die psychosomatische Medizin**

Die psychosomatische Medizin wurde in ihren Anfängen nur über eine bestimmte psychosomatische Krankheit (z.B. Migräne, Morbus Crohn oder Asthma bronchiale) definiert. Heute gibt es einen methodischen Zugang, der biografische und psychosoziale Aspekte miteinbezieht. Um diese Aspekte auf ein wissenschaftliches Fundament zu stellen sind sogenannte „Hilfswissenschaften“ nötig. Der therapeutische Ansatz der Psychosomatik beinhaltet darum Teile aus der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, der Lerntheorie und Verhaltenstherapie. Der systemische Ansatz der psychosomatischen Medizin wird dagegen von Therapieansätzen wie Familien- und Paartherapie und weiteren verschiedenen Kurzzeittherapieverfahren, Entspannungstechniken und anderen „nonverbalen Verfahren“ wie konzentrativer Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie und Musiktherapie gestützt. Weiters versuchen die Neuroendokrinologie, die Psychophysiologie und die Psychoimmunologie die Lücke zwischen Erfahrung, Funktionsstörung und strukturellem Schaden zu verkleinern. Aus dem heraus wurde die Psychosomatik immer mehr durch ein multifaktorielles Denken und Forschen bestimmt (Machleidt et al. 1999, S 121).

Für das heutige Verständnis der psychosomatischen Medizin sind mehrere Entwicklungen und Modelle des 20. Jahrhunderts verantwortlich. Diese können

nicht voneinander abgegrenzt werden und haben sich gegenseitig beeinflusst. Die genaue Darlegung der Ursprünge und Entwicklungen der psychosomatischen Medizin macht deutlich, warum heute so viele unterschiedliche Definitionen und Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Ländern existieren (Kapfhammer 2011, S 1276).

## **2.1. Die Entwicklung des Konditionierungsmodells zu einer modernen Verhaltensmedizin**

Pawlow entwickelte im Jahr 1897 das Paradigma der klassischen Konditionierung. Nach diesem Modell werden angeborene Reaktionsmuster nicht nur mit den im Menschen bereits verankerten Auslösereizen, sondern auch mit neuen psychosozialen Erfahrungen verschaltet. Dies besagt, dass durch Emotionen wie z.B. Angst oder Aggression die natürlichen wie die erlernten physiologischen Reaktionen gehemmt werden können. Das Modell der operanten Konditionierung, welches von Skinner 1955 entworfen wurde, besagt, dass Verhaltensweisen, die direkt an einen folgenden Reiz gekoppelt werden, die ehemaligen Verhaltensweisen beeinflussen können (Kapfhammer 2011, S 1276). Nach diesem Ansatz wurde bewiesen, dass physiologische Abläufe durch bestimmte Reize gelernt werden konnten. Viele weitere Versuche folgten und schließlich konnten auch die konditionierte Immunsuppression und die Immunstimulation belegt werden (Machleidt et al. 1999, S 127). Diese beiden Ausprägungen der psychosomatischen Medizin bilden die beiden wesentlichen Ansätze einer verhaltensorientierten Lerntheorie, wenn psychosomatische Fragestellungen beantwortet werden müssen (Kapfhammer 2011, S 1277).

Das von Seyle im Jahr 1953 entwickelte allgemeine Anpassungssyndrom und die dazugehörigen typischen psychosomatischen Anpassungsstufen lieferten weitere wichtige Aspekte für eine Weiterentwicklung des verhaltenstheoretischen Ansatzes. Nach Seyle gab es in Folge von psychosozialen und somatischen Einflüssen, welche für das Entstehen von Stress verantwortlich sind, homogene biologische Reaktionsmuster. Lazarus führte 1978 dieses allgemein biologische Stressmodell weiter und entwarf das kognitive Stressmodell, das sich zusammen

mit weiteren kognitiv-lerntheoretischen, psychophysiologischen und emotionspsychologischen Forschungsergebnissen zur heute weit verbreiteten Verhaltensmedizin entwickelte (Kapfhammer 2011, S 1277).

## **2.2. Die Entwicklung des psychobiologischen Modells zu einem biopsychosozialen Krankheitsmodell**

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts beeinflusste der Psychiater und Neuropathologe Adolf Meyer mehrere Generationen von US-amerikanischen PsychiaterInnen. Seine dynamische Psychologie entwickelte sich zu einer mehrdimensionalen Erforschung der spezifischen Persönlichkeiten seiner PatientInnen. Meyer betonte die Erfassung der biografischen Aspekte auf der Grundlage von körperlichen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkten, um ein besseres Verständnis für psychische und psychosomatische Störungen zu bekommen. Er entwarf das Konzept der Psychobiologie, bei welchem alle PatientInnen eine „untrennbare psychologische und somatische Einheit“ bilden. Für Meyer war Krankheit ein Resultat komplexer „Interaktion von innerer Pathologie und äußerer Fehlanpassung an die soziale Umwelt“. Durch seine philosophische Einstellung prägte er den Fortschritt einer ausdrücklich praxisbezogenen medizinischen Psychotherapie (Kapfhammer 2011, S 1277-1278). *„Seine therapeutische Orientierung integrierte medizinisch-biologische und psychotherapeutische Ansätze selbstverständlich.“* (Kapfhammer 2011, S 1278)

Helen Flanders Dunbar veröffentlichte 1935 ihr Werk „Emotions and bodily changes“, welches als Fortführung der elementaren Ideen von Meyer auf empirisch-wissenschaftlicher Ebene gesehen werden kann. Sie war der Meinung, dass frühe biographische Erfahrungen die Persönlichkeitsmuster eines Individuums wesentlich beeinflussen konnten und bestätigte ihre Vermutung anhand ihrer Untersuchungen, die einen starken Zusammenhang zwischen „distinkten Persönlichkeitsprofilen“ und einzelnen Erkrankungen belegten. Schließlich versuchte sie mit ihrer 1942 erfolgten Gründung der „Society for Research in Psychosomatic Problems“ und der Übernahme der Redaktion der damals dreijährig bestehenden Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ eine

psychologische Herangehensweise der Medizin zu stärken und die Psychosomatische Medizin zu einer implementierten Perspektive in allen Bereichen der Medizin werden zu lassen (Kapfhammer 2011, S 1278).

Die Innere Medizin kam zu ähnlichen Schlüssen wie die Psychosomatische Medizin und konnte damit zusätzliche Beiträge für die Psychosomatik liefern. Anfang des 19. Jahrhunderts, als Krankheit allein als Begriffsdefinition und Zuordnung zu einer bestimmten Zellpathologie gesehen wurde, wurde in den Reihen der Inneren Medizin Kritik laut und richtete sich vermehrt nach dem Gedanken von William Osler: *„It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has.“* (Christian 1944 z. n. Kapfhammer 2011, S 1278-1279)

Anhand von Engels bio-psycho-sozialem Modells (1977) entwickelte Thore von Uexküll in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg ein unabhängiges „bio-psycho-soziales Modell“ (Engel 1977 z. n. Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 73). Darin kritisiert Uexküll das Maschinenmodell der Biomedizin und das psychoanalytische Krankheitsmodell, welche ihm zu einseitig erschienen. Er empfand eine fast „seelenlose Körpermedizin“ und eine beinahe „körperlose Seelenmedizin“ als nicht ausreichend. Diese Kritik setzte sich in Deutschland immer mehr durch (Uexküll 1991 z. n. Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 72). Nach Uexküll sollte die Theorie der psychosomatischen Medizin ein Modell beinhalten, das einerseits die Beziehungen zwischen Organismus und Umwelt und zum anderen die Beziehungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Vorgängen inkludiert. Darum entwickelten Uexküll und Wesiak, aufbauend auf dem Funktionskreis-Modell von Uexküll und in Anbetracht der Systemtheorie und der modernen Semiotik, ein neues bio-psycho-soziales-Modell. Dieses Modell vertrat einen Ansatz, welcher den Körper und die Seele gleichermaßen miteinbezieht und die Wechselwirkungen dieser in einen Zusammenhang bringt (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 73).

1950/51 entwarf Viktor von Weizsäcker die sogenannte „anthropologische Medizin“, die das Subjekt bei der medizinischen Reflexion berücksichtigte und gleichberechtigt mit der Krankheit sah (Kapfhammer 2011, S 1279). Nach

Weizsäcker's Theorie sollte die Krankheit eines Menschen vom Arzt verstanden und ihr Sinn erkannt werden (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 75). „Der Kernpunkt wäre..., daß ich meine Krankheit nicht nur bekomme und habe, sondern auch mache und gestalte; daß ich mein Leiden nicht nur dulde und fortwünsche, sondern auch brauche und will.“ (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 76-77) Weizsäcker entwickelte in Betrachtung der Sinnesphysiologie das „Modell psychosomatischer Zusammenhänge“. Hiernach können Seele und Körper einander gegenseitig erklären. „(...) Was wir im Bewußtsein verbannen, wird im Körper wirksam, und was wir ins Bewußtsein ziehen, verliert an seiner leiblichen Kraft“. (Weizsäcker 1940 z. n. Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 78)

### **2.3. Die Entwicklung des Konversionsmodells zu einer psychoanalytischen Psychosomatik**

1895 entwickelten Breuer und Freud das Konversionsmodell weiter (Kapfhammer 2011, S 1279). Die Konversion ist ein Mechanismus, der unbewusste und verdrängte Vorstellungen vom Bewusstsein fern hält, indem diese in „somatische Innervationsenergie“ verändert werden (Machleidt et al. 1999, S 125). Freud sprach dabei von einer Umwandlung „unerträglicher ödipaler Vorstellung“ in ergründbare körperliche Symptome (Kapfhammer 2011, S 1279). Nach heutiger Sichtweise kann diese Konversion aber nicht nur in der ödipalen Phase, sondern auf jeder Entwicklungsstufe des Psychosexuellen auftreten (Machleidt et al. 1999, S 125).

Eine weitere Ansicht in der Reihe der psychodynamisch orientierten Modelle der Psychosomatik war jene von Franz Alexander, welcher 1951 das „Konzept der vegetativen Neurose“ beziehungsweise „Organneurose“ entwickelte. Die Konversionsneurose war der Versuch, eine Emotion durch ein Symptom auszudrücken und hiernach, war es nun die „(...) *physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende und periodisch wiederkehrende emotionale Zustände.*“ (Alexander 1951, S 22-23 z. n. Kapfhammer 2011, S 1280) Sein Konzept ergänzte Alexander durch die Konfliktspezifitätshypothese, mit der er versuchte, typische Konfliktkonstellationen für bestimmte somatische Krankheiten

zu finden (Kapfhammer 2011, S 1280).

1955 entwarf Max Schur das „Modell der Desomatisierung-Resomatisierung“. In diesem Modell werden die normalen Entwicklungs- und Reifungsprozesse der Ich-Funktionen als ein Prozess der beständigen Desomatisierung gesehen (Machleidt et al. 1999, S 125). Während die Abwehrhandlungen eines Kleinkindes noch unkoordiniert und ungezielt ablaufen, werden sie im Laufe seiner Entwicklung immer weniger diffus und mehr gerichtet, zuerst in Gedanken und schließlich mit der Sprache bearbeitet (Desomatisierung). Kommt es zu regressiven Entwicklungen, kann eine Einengung der Ich-Funktionen zu einer Resomatisierung und damit zu einer Bildung psychosomatischer Symptome führen (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 50).

Engel und Schmale beschrieben 1967 den „Aufgabe-Aufgegebensein-Komplex“ („given up-given up“), welcher sich hauptsächlich auf die grundsätzlichen Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit stützt (Kapfhammer 2011, S 1281). Während die Hilflosigkeit den Verlust einer Befriedigung von außen beschreibt, meint die Hoffnungslosigkeit das Gefühl der Unfähigkeit der Person selbst, sich die nötige Befriedigung zukommen zu lassen. In der Phase des „giving-up“ kommt es zu einem entgeltigen Befriedigungsverlust (Machleidt et al. 1999, S 125). Die entstehende Hilfs- und Hoffnungslosigkeit kurz vor dem Ausbruch einer Krankheit kann als Auslöser verschiedener Krankheiten bezeichnet werden (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 52). Der „Aufgabe-Aufgegebensein-Komplex“ kann ein Mitgrund sein, ist aber nicht zwingend ein Faktor, der das Auftreten einer somatischen Krankheit beeinflussen kann (Engel & Schmale 1978 z. n. Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 52).

Alexander Mitscherlich entwarf 1966/67 das „Modell der zweiphasigen Verdrängung“ (Kapfhammer 2011, S 1281). Dieses Modell handelt von einem dynamischen Wechsel zwischen einer Neurose und einer körperlichen Krankheit. Während der Manifestation einer körperlichen Erkrankung kann eine bestehende Neurose ganz oder nur teilweise in den Hintergrund treten und im Weiteren kann es zu einer „ (...) *Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge*“ (Mitscherlich 1953/54 z. n. Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 53) kommen.

Kurze Zeit später brachte Mitscherlich das Modell mit der Resomatisierung von Schur in Verbindung und legte fest, dass psychosomatische Krankheit durch einen realen oder phantasierten „Objektverlust“ ausgelöst werden kann, der schließlich in einer „Ich-Verarmung“ endet (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 53).

Schließlich wurde in der psychoanalytischen Gemeinschaft der Gedanke laut, dass ein neurosentheoretisches Modell für die psychodynamische Psychosomatik nicht ausreichte und zu wenig Lösungsmöglichkeiten zu bieten hatte. So kam es in den Jahren um 1970 und 1980 zu einer Veränderung der theoretischen Konzepte. Strukturelle Persönlichkeitsdefizite bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen wurden eine wichtige Betrachtungsweise und diese entwickelte sich zu einer Psychologie der „psychosomatischen Persönlichkeit“ weiter, welche nun als ein ursächlicher Faktor für psychosomatische Störungen gesehen wurde (Kapfhammer 2011, S 1282).

1948 benannte Jürgen Ruesch psychopathologische Auffälligkeiten bei PatientInnen mit einer psychosomatischen Störung. Ruesch formulierte dazu eine allgemeine Persönlichkeitspsychologie für psychosomatische PatientInnen. In einer solchen Persönlichkeitspsychologie wurden häufige Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel ein Mangel an Konfliktlösungsmöglichkeiten, welche stark durch soziale Gegebenheiten und Stressoren beeinflusst werden können, und das auffällige und ununterbrochene Angewiesensein auf eine andere Person beschrieben. Diese Formulierung beeinflusste viele spätere Forschungsarbeiten (Kapfhammer 2011, S 1282).

Im Jahr 1970 entwickelten Nemiah und Sifneos das Konzept der Alexithymie. Für sie ist das häufig auftretende Syndrom bei psychosomatischen PatientInnen, das von einer fehlenden Unterscheidungsfähigkeit von Emotionen und körperlichen Reaktionen und der abwesenden Fähigkeit für die Verbalisierung von Gefühlen gekennzeichnet ist, nicht ein Resultat psychodynamischer Verleugnung oder Verdrängung, sondern die Folge erheblicher und entwicklungsbedingter Mängel hinsichtlich der Struktur einer Persönlichkeit (Kapfhammer 2011, S 1283).

## 2.4. Die Entwicklung eines gesundheitsbezogenen Modells

Die meisten psychosomatischen Modelle haben einen pathogenetischen Zugang. Das Modell der „Salutogenese“ von Antonovsky (1987) hat im Gegensatz dazu einen gesundheitsförderlichen und protektiven (salutogen) Blickwinkel. Antonovsky war gegen die einseitige und krankheitsorientierte Sichtweise der Medizin und entwickelte ein Modell, welches von einem Krank-Gesund-Kontinuum ausgeht (Machleidt et al. 1999, S 123).

Antonovsky definierte das Kohärenzgefühl, welches den Ausprägungsgrad eines Gefühls von umfassendem Vertrauen einer Person in sich selbst und in seine Umwelt beschreibt. Durch sogenannte Widerstandsressourcen kann eine Person ihre Gesundheit erhalten beziehungsweise wieder verbessern (Wolowski & Demmel 2010, S 41).

## 3. Begriffsbestimmung und Definition

Da eine Reihe verschiedener historischer Einflüsse und Wurzeln sowie vielfältige theoretische Überlegungen die Entwicklung einer eindeutigen Definition der psychosomatischen Medizin erschweren und sogar noch um einen richtigen Namen gestritten wird (Freedland et al. 2009; Hoffmann et al. 2009 z. n. Kapfhammer 2011, S 1284), bietet es sich an, mehrere Definitionen zu beleuchten.

Das Wort „Psyche“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Hauch, Atem und Seele. Der griechische Begriff „Soma“ heißt Körper oder Leib (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 5).

*„Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten. Sie muss ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden.“* (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 9)

*„Psychosomatik oder psychosomatische Medizin ist die Lehre von den seelisch-körperlichen Wechselwirkungen. Sie beschäftigt sich damit, wie sich Seelisches auf den Körper auswirkt oder sich durch den Körper ausdrückt und wie Körperliches seelisch erlebt wird.“* (Weber 1984, S 11) In dieser Definition werden Psyche und Körper voneinander abgegrenzt. Die psychosomatische Medizin hat aber festgestellt, dass zwischen Körper und Seele keine Grenze vorhanden ist. Das „Seelische“ in der Definition soll das Erleben und das Verhalten eines Menschen darstellen (Weber 1984, S 11).

Der Begriff Psychosomatik kann in drei Bereiche geteilt werden: Es gibt den Begriff der „Allgemeinen Psychosomatik“, welcher das ärztliche Anliegen meint, seelische Faktoren von PatientInnen bei der Diagnose und Therapie miteinzubeziehen. Der Begriff „Spezielle Psychosomatik“ beschreibt ein spezifisches Forschungs- und Behandlungsgebiet, bei dem anhand physiologischer und psychologischer Methoden versucht wird, Krankheiten zu beurteilen und zu behandeln, die durch seelische Faktoren (mit-) beeinflusst worden sind. Und die „Psychosomatik“ wird angewendet, um die Zusammengehörigkeit seelischer und psychischer Faktoren auf einem „metaphysisch-philosophischen“ Weg einzuordnen (Klußmann 2002, S 3).

Der Ausdruck „psychosomatische Medizin“ meint einen ganzheitlichen und integrierten Zugang zu PatientInnen und versucht diesen bei der Beurteilung und bei der Behandlung von Krankheiten zu berücksichtigen. Die psychosomatische Medizin ist daher die Durchführung dieses Ansatzes. In praktischer Hinsicht liegt ihr Schwerpunkt hingegen auf seelisch fundierten und damit auf psychogenen Erkrankungen. Weiters vertritt sie den bio-psycho-sozialen Ansatz, welcher allerdings in allen medizinischen Disziplinen essentiell ist (Ermann et al. 2009, S 33).

Die ärztliche Orientierung im Rahmen der Psychosomatik beinhaltet eine bio-psycho-soziale Einstellung, welche ferner als ganzheitliche Medizin angeführt wird und alle Bereiche der Medizin betreffen kann. Bei der Beurteilung von Krankheiten werden seelische, soziale, wie körperliche Formen von Kranksein gleichermaßen einbezogen (Ermann 2004, S 17).

*„Psychosomatik ist so gesehen die Wissenschaft und Heilkunde von den wechselseitigen Beziehungen psychischer, sozialer und körperlicher Vorgänge in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit von Menschen. Sie befasst sich mit leib-seelischen Vorgängen im Gesunden und Kranken, zeigt sich in einer bio-psycho-öko-sozialen Grundhaltung und betrifft die Allgemeinmedizin ebenso wie alle medizinischen Fachrichtungen.“*  
(Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin)

Alle Definitionen vertreten die Annahme, dass eine Unterscheidung von „psychosomatischen Erkrankungen“ und „nichtpsychosomatischen Erkrankungen“ der heutigen Zeit nicht entsprechen kann (Kapfhammer 2011, S 1284).

## **4. Epidemiologie**

*„Epidemiologischen Untersuchungen zufolge ist bei rund 23 Prozent der Bevölkerung der Bedarf für eine psychosomatische Grundversorgung gegeben. Allerdings stammen diese Zahlen - wie so oft - nicht aus Österreich, sondern aus Deutschland.“* (Österreichische Ärztezeitschrift) Da es nicht genug Daten über die Lage der psychosomatischen Erkrankungen in Österreich gibt, wurden diese in der BRD gesammelt. Aufgrund epidemiologischer Überlegungen haben in Österreich 320 000 Personen einen Bedarf nach einer stationären psychosomatisch/psychiatrischen Behandlung. Dies sind sogenannte expertendefinierte Schätzungen, die aber das subjektive Bedürfnis einer Person nicht berücksichtigen (Jandl-Jäger 2002, S 500-501).

20 bis 30 Prozent aller PatientInnen, die eine Praxis für Allgemeinmedizin aufsuchen, geben psychosomatische Beschwerden als Grund für das Aufsuchen eines Arztes an. Für diese PatientInnen kann nicht immer eine eindeutige Diagnose für eine psychosomatische Erkrankung gestellt werden, da diese schwer zu ermitteln ist. 75 Prozent dieser PatientInnen mit einer psychosomatischen Erkrankung erhalten von ihrem Arzt eine umfassende Beratung, doch lediglich ein

kleiner Teil dieser PatientInnengruppe bekommt auch eine entsprechende medikamentöse beziehungsweise psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung (Netzwerk Psychosomatik Österreich).

## **5. Die Definition und Einteilung psychosomatischer Krankheiten**

*„Psychosomatische Störungen im engeren Sinn sind Krankheiten, bei denen ein seelischer Einfluß auf Entstehung und Verlauf der Krankheit angenommen wird und die organdestruktiv verlaufen. In diesem pathomorphologischen Sinne grenzen sie sich von funktionellen Störungen ab, die ohne Schädigung am Organsubstrat ablaufen.“* (Ahrens & Schneider 2002, S 399)

Medizingeschichtlich ist die Psychosomatik die entgegengesetzte Sichtweise über Krankheit gegenüber einer organzentrierten Auffassung. Die Krankheitssituation eines Menschen wird zusammen mit dessen Umwelt betrachtet und im Kontext der derzeitigen kulturellen Werte und Normen erfasst. Die moderne psychosomatische Pathogenese zieht eine multifaktorielle Sichtweise auf die Ursachen psychosomatischer Krankheiten vor. Ursachen können körperlich, seelisch, bedingt durch Anlage- und Umwelteinflüsse sein. Es ist das Wechselspiel zwischen physiologischen, psychologischen und soziologischen Faktoren, die eine Krankheitsentstehung verursachen oder mitbeeinflussen können (Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 14-15).

Nach der ICD-10-Klassifikation (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) können psychosomatische Störungen nur gemeinsam mit der somatischen Krankheitsform und der Kategorie F54 klassifiziert werden und haben somit keine eigene und differenzierte Kategorie nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Ahrens & Schneider 2002, S 399).

Psychische, psychosomatische und allein somatische Krankheiten können also nicht ganz unabhängig voneinander betrachtet werden und sind nicht völlig

voneinander differenzierbar. Krankheiten können von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren in gleicher Weise beeinflusst sein und sind daher immer multifaktoriell zu betrachten. Somit ist eine Einteilung der psychosomatischen Krankheitsbilder schwierig.

Nach Klußmann (2002) werden die Krankheitsbilder nach Organsystemen und Fachgebieten gegliedert:

- *Herz-Kreislauf-System: Herzphobie, Rhythmusstörungen des Herzens, synkopale Zustände, koronare Herzkrankheit, essentielle Hypertonie*
- *Atmungsorgane: Hyperventilationstetanie, Asthma bronchiale*
- *Verdauungstrakt:*
  - Oberer Verdauungstrakt: Schluckstörungen, Ulcus duodeni, funktionelle Magenbeschwerden, Gallenkoliken, Erbrechen, Singultus*
  - Unterer Verdauungstrakt: Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, funktionelle abdominelle Beschwerden (Obstipation, Diarrhö), Colon irritabile*
- *Bewegungsapparat: Rheumatoide Arthritis, Weichteilrheumatismus*
- *Psychoendokrinologie: Diabetes mellitus, Hyperthyreose*
- *Eßverhalten/Stoffwechsel: Anorexia nervosa, Adipositas, Bulimia nervosa, Gicht*
- *Funktionelles Syndrom*
- *Infektionskrankheiten*
- *Onkologie: Krebs, Immunologie, Schmerz, Geriatrie*
- *Psychiatrie: Angst, Sucht, Alkoholismus, organisches Psychosyndrom, Suizid, Sexualität*
- *Neurologie: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Torticollis spasticus, Tic, Konversionssymptome*
- *Dermatologie: Neurodermitis, Urtikaria, Allergien*
- *Urogenitaltrakt: Gynäkologische Störungen, Prostatitis, Reizblase, Dialyse*
- *HNO: Schluckstörungen, Schwindel*
- *Augenheilkunde: Glaukom, Refraktionsanomalien, entzündliche Erkrankungen*
- *Pädiatrie: Appetit- und Eßstörungen, Erbrechen, Enuresis*
- *Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: Prothesenunverträglichkeit, Glossodynie,*

### *Okklusionsstörungen.*

(Klußmann 2002, S 4-5)

Paul (2012) klassifiziert die psychosomatischen Krankheitsbilder wie folgt:

- a. **Somatoforme Störungen:**  
Die Manifestation neurotischer Störungen in Form von körperlichen Symptomen und Befindungsstörungen (Ermann 2004 z. n. Paul 2012, S 18).
- b. **Konversionsstörungen:**  
Sind Veränderungen oder ein Verlust körperlicher Funktionen ohne organische Ursache (Ermann 2004 z. n. Paul 2012, S 19). Es kann sich aus psychoanalytischer Perspektive um verdrängte psychische Konflikte handeln, die sich auf somatischer Ebene zeigen (Schneider & Weber-Papen 2010 z. n. Paul 2012, S 19).
- c. **Somatisierungsstörungen:**  
Sind Störungen von Organfunktionen, vegetativen Funktionen und des Allgemeinbefindens. Sie gehören zu den in der Medizin am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen (Ermann 2004 z. n. Paul 2012, S 21).
- d. **Hypochondrische Störungen**  
Ist die fortwährende Selbstbeobachtung des Körpers und die ständige Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren somatischen Krankheiten zu erkranken (WHO Classifications ICD-online z. n. Paul 2012, S 21).
- e. **Somatoforme autonome Funktionsstörungen**  
Sind Symptome die für PatientInnen so erscheinen, als ob ihre Ursache bei einem Organ oder einem System läge, welches völlig oder zum Teil vegetativ kontrolliert wird (WHO Classifications ICD-online z. n. Paul 2012, S 22). Die Diagnose dieses Syndroms ist besonders schwer zu stellen (Hoffmann & Hochapfel 2009 z. n. Paul 2012, S 23).
- f. **Somatoforme Schmerzstörungen**  
Es handelt sich dabei um Krankheiten, die meist durch chronisch psychogene Schmerzen bestimmt sind. Diese entstehen durch Somatisierung, Konversion oder Projektion (Ermann 2004 z. n. Paul 2012, S 24).
- g. **Sonstige somatoforme Störungen**

Dies bezieht alle Störungen der Körperfunktion, der Wahrnehmung und des Krankheitsverhaltens mit ein, die nicht durch vegetative Mechanismen gesteuert werden, nur spezifische Bereiche des Körpers betreffen und mit belastenden Situationen in Verbindung stehen

(WHO Classifications ICD-online z. n. Paul 2012, S 25).

## **6. Ursachen**

### **6.1. Pathogenetische Modelle psychosomatischer Erkrankungen**

Derzeit kann in der psychosomatischen Medizin von fünf Modellen der Symptombildung gesprochen werden. Die fünf Modelle der Symptombildung sind nach Hochapfel & Hoffmann (2009) folgende:

- das Konfliktmodell
- das Defizitmodell
- das Traumamodell
- das Lernmodell
- das Stressmodell

Ein spezifisches Symptom kann die Konsequenz eines der fünf Modelle sein, meist sind jedoch Überschneidungen und Wechselwirkungen dieser untereinander vorzufinden (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 60).

Anhand einer Zusammenfassung der unterschiedlichen Theorien und Modelle der psychosomatischen Medizin kann folgende Konklusion gezogen werden: Können innerseelische Konflikte nicht verarbeitet werden, entsteht eine anhaltende psychische Anspannung, die oft auch von somatischen Symptomen begleitet wird. Sobald die psychische Anspannung nachlässt, vergehen die somatischen Begleiterscheinungen. Bleibt die psychische Erregung jedoch bestehen, können im schlimmsten Fall irreversible Organschädigungen entstehen. Mit der Zeit wird eine genaue Feststellung und Unterscheidung der möglichen Ursachen und ihren

Wirkungen beinahe unmöglich (Klußmann 2002, S 6).

### **6.1.1. Das Konfliktmodell**

Das Konfliktmodell wurde als erstes entwickelt und ist damit die klassische Vorstellung einer pathogenetischen Symptomentwicklung. Es kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:

*Entwicklungskonflikt → Reaktualisierung → Kompromiss → Symptom*

In der Erweiterung des Modells wird beschrieben, dass am Anfang der Neurose eine „auslösende Ursache“ ist, „(...) *bei der ein äußeres Missverhältnis von auslösendem Anlass und krankhafter Folge charakterisiert ist.*“ (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 61) Es kommt zu einer Reaktivierung des infantilen Konflikts und somit entsteht durch diesen neuen Konflikt ein neues infantiles Versuchen und Versagen. Der Patient ist bemüht, die Belastungssituation mit seinen „kindlichen Mitteln“ zu lösen, die ihm in infantilen Situationen als geeignet erschienen sind. Es kommt zu einer Regression, welche nicht wie erhofft den Konflikt löst, sondern ihn noch verstärkt. Der ungelöste Konflikt führt bei PatientInnen im Weiteren zu Spannungen und Angst und wird damit die Grundlage der Symptombildung. Die Ich-Komponenten, die Vorstellungen der Person und die Realität geraten in einen Widerspruch. Das „Ich“ muss daher einen Kompromiss zwischen diesen beiden Aspekten finden. Das Symptom entsteht aus solch einer schlechten Kompromissfindung heraus und ist damit das Resultat eines missglückten Selbstheilungsversuchs (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 61-62).

Die direkte Umsetzung dieses Modells in der psychosomatischen Medizin erfolgt durch das Konversionsmodell. Hier wird im Symptom „(...) *also ein psychischer Konflikt sekundär ins Körperliche konvertiert.*“ (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 63) Seelische Konflikte können sich nach diesem Modell in körperlichen Symptomen zeigen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 63).

### **6.1.2. Das Defizitmodell**

Bei diesem Modell werden gegenwärtige Probleme und Symptome auf Entwicklungsstörungen zurückgeführt. Die Entwicklung von PatientInnen wurde durch defizitäre und schädigende Einflüsse beeinträchtigt. Die Erlebnisse können nicht verarbeitet werden und fügen der betroffenen und in diesen Situationen hilflosen Person einen bleibenden Schaden zu. Die chronische Überforderung, Mangelzustände wie etwa die emotionale Vernachlässigung und fehlende Fürsorge, emotionale Ablehnung, seelische und körperliche Misshandlungen und Traumatisierungen beeinträchtigen die Entwicklung von PatientInnen. Pathogenetisch werden diesen strukturellen Ich-Störungen folgende neurotische Störungen zugeordnet: Kriminalität, Dissozialität, Soziopathie, Süchte, schwere sexuelle Deviationen und schwere Persönlichkeitsstörungen wie das Borderline-Syndrom. Das „unreife Ich“ ist mit diesen Bedingungen überfordert und aus diesem Entwicklungsschaden oder aus einer sogenannten Ersatzbildung entwickelt sich ein Symptom (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 64-67).

Nach dem Defizitmodell sind Menschen mit psychosomatischen Krankheiten unfähig, ihre Gefühle wahrzunehmen und sie in Worte zu fassen. Doch ist die mangelnde Fähigkeit, einen Zugang zu seinen Gefühlen und Fantasien zu bekommen ein Problem, welches Gesunde wie Kranke gleichermaßen betrifft. Dieser Mangel kann das Risiko, an einer psychosomatischen Erkrankung zu erkranken, erhöhen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 67-68).

### **6.1.3. Das Traumamodell**

Das Traumamodell beschreibt ein Entwicklungstrauma, welches durch einen massiv belastenden Einfluss charakterisiert ist. Die häufigste Traumatisierung ist die chronische Stresserfahrung in der Kindheit, die z.B. durch soziale und emotionale Vernachlässigung bestimmt sein kann. Der bis heute am genauesten untersuchte Bereich ist der Bereich des infantilen Missbrauchs (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 69).

Traumatische Ereignisse können eine pathogene Wirkung haben. Diese Wirkung wird durch nachstehende Faktoren hervorgerufen. Ein „Zustand gewaltsam erzwungener Ohnmacht“ (keine Hoffnung auf Entkommen), ein „Erlebnis von Überwältigung“ durch verführerische Überstimulierung und Sexualisierung, eine „Kombination mehrerer belastender Bedingungen“ die die protektiven Faktoren verringert, das „Zusammenwirken von kindlichen Fantasien und deren Realisierung“, „anhaltende Schuldgefühle“ und die „Verwirrung des Wirklichkeitssinnes“ sind allesamt Faktoren, die ursächlich für die Auslösung von Symptomen sein können. Diese Faktoren können auch teilweise von Traumen im Erwachsenenalter ausgelöst werden (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 70-71).

#### **6.1.4. Das Lernmodell**

Bei diesem Modell spielt das Lernen die tragende Rolle für die Entstehung von einem Symptom. Die individuelle oder kollektive Lerngeschichte eines jeden Menschen und jeder Gruppe und auch deren persönliche Lernerfahrungen haben eine Wirkung auf die Krankheitssituation. Die Kurzformel dieses Modells lautet:

*Lerngeschichte → verfehlte Lernvorgänge → Symptom → symptomhaltende Vorgänge → Symptomchronifizierung*

Es ist somit entscheidend, was gelernt wurde, ob etwas richtig oder falsch gelernt wurde, ob etwas zu fest gelernt wurde (overlearning), ob etwas nicht ausreichend gelernt wurde (underlearning) und wie die Umwelt den Lerneffekt verstärkt hat (social reinforcement) (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 73-77).

#### **6.1.5. Das Stressmodell**

Das Stressmodell ist eher unspezifisch, hat sich aber trotzdem in der psychosomatischen Medizin durchgesetzt. Es hat Ähnlichkeiten mit dem Traumamodell und dem Lernmodell und stimmt zu großen Teilen mit dem psychophysiologischen Modell überein (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 77).

Eine allgemein akzeptierte Definition von Stress lautet: „*Stress ist der komplexe Versuch des Organismus, nach einer (auslösenden) Belastung das biologische Gleichgewicht (Homöostase) wieder herzustellen.*“ (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 77)

Das Stresskonzept wurde von Selye entwickelt und dieser verfasste im Laufe der weiteren Jahrzehnte die Theorie des Allgemeinen Anpassungs-Syndroms oder general adaptation syndrom (GAS). Das GAS beschreibt drei aufeinander aufbauende Phasen. Die erste Phase ist die „Alarmreaktion“, wobei hier erste Auswirkungen der Stressoren am Körper und an der Leistung bemerkbar sind. Die zweite Phase ist der „Widerstand“. Hier reagiert der Körper auf den Stressor und die Leistungsfähigkeit kann wieder erhöht werden. In der dritten Phase, der Phase der „Erschöpfung“, kann es zu einem Zusammenbruch und zum Tod des Organismus kommen, wenn der Stressor weiter unvermindert bestehen bleibt (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 77-78).

Welche Erkrankungen sich durch eine längere Einwirkung von Stressoren auf ein Individuum entwickeln können, war für Selye ein „zufälliges Ergebnis vorangegangener Konditionierungen“. So gilt der Satz: „*Es bricht jeweils das schwächste Glied der Kette.*“ (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 78)

Das Stresskonzept muss jedoch um ein paar Aspekte ergänzt werden, damit eine erfolgreich Anwendung in der psychosomatischen Medizin möglich ist. Zu den Stressoren zählen nicht nur physische, wie etwa eine Verletzung, sondern auch psychosoziale Faktoren und diese können ebenfalls eine pathogene Wirkung nach sich ziehen. Der Stress an sich kann nur subjektiv beurteilt werden und hat damit eine subjektive Dimension. Jedes Individuum hat die Möglichkeit, Stress auszugleichen („coping“) und diese Fähigkeit ermöglicht dem Individuum, aktiv mit Stress zu arbeiten und ihn zu bewältigen. Im Weiteren kann Stress nicht nur von außen sondern auch von innen (Selbstvorwürfe, Skrupel, Ambivalenzen usw.) kommen. Der Stress, der in einem beruflichen Umfeld erlebt wird, ist meist weniger herausfordernd für ein Individuum als Spannungen, die in der Familie und Partnerschaft auftreten können. Täglicher, chronischer Stress kann eine so starke Auswirkung besitzen, wie es sonst von einmaligen traumatischen Erlebnissen

bekannt ist. Die schwierigsten biographischen Stresserlebnisse erfolgen in der Kindheit und in der Jugend und führen zu den am stärksten wirkenden Folgen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 78-79).

Gegenwärtig wird bei der Entstehung von Symptomen die Vorstellung vertreten, dass diese aus einer chronischen vegetativen Spannung heraus entstehen. Kommt es zu einer sogenannten Stressüberflutung, können aus einer chronischen emotionalen Anspannung heraus zufällige vegetative Spannungen entstehen. Diese Symptome sind oft Ursache unbewusster Belastungen und äußern sich in vielen Fällen in Schlafstörungen, innere Unruhe, vermehrtem Schwitzen und erhöhter Herzfrequenz (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 81).

Klinische Untersuchungen haben verdeutlicht, dass chronische psychische Belastungen und die zur gleichen Zeit gegebene psychische Verfassung ausschlaggebend für die Anfälligkeit und den weiteren Verlauf für und von Krankheiten sind. Die Psyche wirkt sich somit auf das Immunsystem aus und kann die Abwehrkräfte positiv und negativ beeinflussen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 83).

## **6.2. Neurobiologie und Psychosomatik**

In neurobiologischen Forschungsarbeiten wurde festgestellt, dass seelisches Erleben und soziale Erfahrungen eng mit neurophysiologischen Vorgängen verknüpft sind. Die Vermutung, dass Gesundheit und Krankheit von sozialen Beziehungen beeinflussbar sind und Beziehungsqualität in den frühen Jahren eines Menschenlebens ausschlaggebend für die Gehirnentwicklung ist, wurde dadurch bestätigt (Hariri et al. 2002; Weaver et al. 2004 z. n. Uexküll 2011, S 73). Psychische Traumata können auch im Erwachsenenalter zu einem Umbau der kortikalen Repräsentanzen und damit zu einer Veränderung des subjektiven Selbstempfindens führen. Es kann zu dauerhaften Veränderungen auf einer psychologischen und auch einer physiologischen Ebene führen. Die Psychotherapie kann Gehirnfunktionen nachweislich beeinflussen, indem sie die selbstregulierenden kognitiven Fähigkeiten fördert. Auch Erfahrungen aus der

Placeboforschung sind eindeutig: Persönliche Überzeugungen und Erwartungen können die neurophysiologische und neurochemische Aktivität im Gehirn verändern (Uexküll 2011, S 73).

## 7. Diagnostik

Die Diagnose ist nach Dilling (1993) der „Erkenntnisprozess“ und die „Kurzformel“ für die Feststellung und Benennung einer Krankheit (Dilling 1993 z. n. Ahrens & Schneider 2002, S 161).

Das diagnostische Gespräch ist ein wesentlicher Teil der ärztlichen Untersuchung. *„Eine gute Anamnese ist die halbe Diagnose.“* (Bräutigam 1992, S 81) Der Arzt ist nicht nur am körperlichen Zustand der PatientInnen interessiert, sondern bezieht dessen seelische Lage mit ein, indem er sich nach der Lebenslage und der sozialen Situation dieser PatientInnen erkundet (Bräutigam 1992, S 81).

Laut Bräutigam, Christian & v. Rad (1992) sollen diagnostische Gespräche immer von zwei Situationen ausgehen und demgemäß weitergeführt werden:

1. Die somato-psychische Fragestellung soll immer dann verwendet werden, wenn es sich um PatientInnen mit einer geläufigen körperlichen Krankheit handelt. Dabei werden die seelischen Effekte, das Befinden und die Einstellung von PatientInnen geklärt, um mit diesem Wissen das Coping (die Verarbeitung der Krankheitssituation) und die Compliance (die Mitwirkung bei der Behandlung) von PatientInnen zu verbessern.
2. Die (mit-)ursächliche psychosomatische Fragestellung wird in dem Fall verfolgt, wenn es sich um PatientInnen handelt, deren körperliche Symptome (mit-) bedingt von seelischen Faktoren sind. Hier muss geklärt werden, wie sich die seelischen Faktoren auf die Symptome oder den weiteren Verlauf einer Krankheit auswirken.

(Laut Bräutigam, Christian & v. Rad 1992, S 82)

Eine Diagnose kann nie alle Bereiche der PatientInnen umfassen und dient darum immer nur als Entscheidungsgrundlage. Von einer psychosomatischen Diagnose wird erwartet, dass sie die gesamte Situation der PatientInnen einbezieht, die möglichen Ursachen der psychosomatischen Krankheit darlegt und die Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation und dem Symptom erfasst (Weber 1984, S 144). Im diagnostischen Prozess werden nach Ahrens und Schneider (2002) vier Hauptinformationen und Daten gesammelt: psychische Symptome, somatische Symptome, Angaben zur Lebensgeschichte oder aktuellen Lebenssituation und interaktionelle Merkmale (das Verhalten von PatientInnen gegenüber dem Arzt während des diagnostischen Interviews) (Ahrens & Schneider 2002, S 167).

Die Diagnostik muss nach Ahrens und Schneider (2002) immer mehrere Ziele und Aufgaben beinhalten. Zum einen muss sie die somatischen und psychopathologischen Symptome in ihrem Verlauf und Schweregrad bestimmen. Im Weiteren hat sie die Aufgabe, psychodynamische Faktoren herauszuarbeiten, die für die Symptomatik ausschlaggebend sind (z.B. Traumatisierung) und sie soll den Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, die Persönlichkeitsstruktur ermitteln, um damit zum Beispiel Angst- und Frustrationstoleranz sowie die Beziehungsfähigkeit einer Person beurteilen zu können und diese Information für den weiteren Therapieverlauf miteinbeziehen. Lernprozesse und kognitive wie verhaltensorientierte Einstellungen können den Krankheitsverlauf beeinflussen und sollten aus diesem Grund in der Diagnostik integriert sein. Auch die Einbeziehung der Behandlungserwartung und der Krankheitsbewältigung von PatientInnen können den weiteren Behandlungsvorgang erleichtern. Ein letzter Aspekt ist die Integration der psychosozialen Umgebungsfaktoren wie etwa die Berufstätigkeit und der Freizeitbereich (Ahrens & Schneider 2002, S 163).

Nach Klußmann (2002) sollen im Rahmen einer Diagnose der Psychosomatik drei Ziele berücksichtigt werden:

- *Diagnostisches Ziel: Die der Krankheit zugrundeliegende neurotische Störung muß mit Hilfe positiver Kriterien nachgewiesen werden, indem ein schlüssiger Zusammenhang zwischen der krankheitsauslösenden Konfliktsituation, der*

*äußeren Lebens- und inneren Erlebensgeschichte herausgefunden werden muss.*

- *Prognostisches Ziel: Es geht um die Frage, ob die Erkrankung mit Hilfe psychotherapeutischer Verfahren (und mit welchen) beeinflussbar ist.*
- *Das Ziel eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient ebenso wie zwischen dem Untersucher und dem weiterbetreuenden Kollegen. (Klußmann 2002, S 49)*

In der psychosomatischen Diagnostik und Anamnese wird das „psychodiagnostische Erstgespräch“, welches durch die „biographische Anamnese“ erweitert wird, verwendet (Machleidt et al. 1999, S 122). Damit wird deutlich, dass das wichtigste Untersuchungsinstrument in der Psychosomatik das Gespräch darstellt, welches von psychologischen Testverfahren ergänzt werden kann (Klußmann 2002, S 49).

## **8. Therapie**

Psychosomatische Therapie beginnt beim ersten Kontakt zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Sobald ÄrztInnen mit den PatientInnen in Beziehung treten, können sie auf diese einwirken und so schon ab dem ersten Augenblick einen „therapeutischen“ oder „antitherapeutischen“ Einfluss haben. Dieses Wechselspiel zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zum Wohle der PatientInnen zu lenken bedeutet „Psycho-Therapie“ im weiteren Sinn. Da ÄrztInnen nie von Anfang an bestimmen können, ob PatientInnen eine psychosomatische Erkrankung haben, muss er sich bei allen PatientInnen erneut bewusst machen, dass die Therapie schon beim ersten Kontakt beginnt (Weber 1984, S 143).

Die Therapie erfolgt mit dem ärztlichen Verständnis der somatischen und psychosozialen Situation der PatientInnen (Weber 1984, S 177).

Nach Klußmann (2002) gibt es folgende Behandlungsformen die, in der

psychosomatischen Medizin ihre Verwendung finden:

- Konfliktzudeckende Verfahren (z.B. Psychopharmakotherapie, Suggestion, Persuasion, Verhaltenstherapie)
- Übergang zu deckenden Verfahren (z.B. konfliktzentrierte Einzelgespräche, Logotherapie, themenzentrierte Interaktion, Gestalttherapie, autogenes Training, Hypnose, funktionelle Entspannung)
- Aufdeckende Verfahren (z.B. psychoanalytische Einzeltherapie, psychoanalytische Gruppentherapie, dynamische Psychotherapie, analytische Paartherapie, analytische Familientherapie)  
(Klußmann 2002, S 56-57)

Wolowski & Demmel (2010) erwähnen Therapieverfahren wie in erster Linie die Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, die Lerntheorie und Verhaltenstherapie, systemische Therapieansätze und Kurzzeittherapieverfahren. Im Weiteren führen sie nonverbale Entspannungs- und Körpertherapien (z.B. konzentrierte Bewegungstherapie, funktionelle Entspannungstherapie, Musiktherapie, Gestalttherapie) an (Wolowski & Demmel 2010, S 35).

## **9. Die psychosomatische Theorie von Krankheitsentstehung in der Praxis**

### **9.1. Krankheitsbeispiel anhand des Konfliktmodells**

Gemäß dem Konfliktmodell entsteht Krankheit durch ungelöste psychische Konflikte. Diese ungelösten Konflikte haben ihre Ursache oft in den frühen Entwicklungsjahren eines Menschen. Wird eine Person in späteren Jahren wieder mit diesen Konflikten konfrontiert, versucht sie, diese mit jenen Problemlösungsstrategien zu lösen, die sie schon in früherer Kindheit angewandt hatte und von diesen sie eine Verbesserung erwartet. Doch dieser Lösungsversuch scheitert erneut und kann die Situation sogar noch verschlimmern, weil die Person sich nicht erklären kann, warum sie erneut versagt hat und dies ihre Anspannung verstärkt. Sie versucht, einen Kompromiss zu finden

zwischen ihrer Ich-Vorstellung und der Realität und scheitert wiederum. Dieser ungelöste Konflikt ist die Ursache für die Entstehung eines Symptoms.

### **9.1.1. Panikstörung**

Eine Panikstörung ist die häufige und beständige Wiederkehr von Angstanfällen. Dabei kommt es zu einer pathogenen Erwartungsangst vor der nächsten Angstattacke, welche die PatientInnen zusätzlich zu den Ängsten in der Nacht beeinträchtigen, in denen diese durch Angstanfälle aus dem Schlaf gerissen werden. Die Betroffenen haben Gefühle der Bedrohung und Todesangst. Die Gründe der Angstattacken sind für die PatientInnen vorerst nicht ersichtlich. Nach Freud (1895) können folgende Symptome eine „Angstneurose“ begleiten: Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, ängstliche Erwartung, Störungen der Atmung und der Herztätigkeit, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit, Durchfall, Brechreiz, Harndrang und Schwindel (Freud 1895 z. n. Hochapfel & Hoffmann 2009, S 99). Weiters kann Angst zu Blässe oder Erröten im Gesicht und an den Extremitäten, zu Muskelverspannungen, weichen Knien, motorischer Unruhe, Atemnot, Erstickungsangst, Luftschlucken, Magenschmerzen, Kopfschmerzen und zu einem Ohnmachtsgefühl führen (Klußmann 2002, S 310-311). Zuerst wird die Angst von den PatientInnen als unbegründet erlebt, da sie aus Gründen der Selbstachtung die Ursache nicht bei sich selbst vermuten. Die Angst hat ihre Ursache aber in den von dem der Betroffenen nicht akzeptierten und unterdrückten Emotionen wie etwa der Aggressivität. Wird diese Emotion unterdrückt führt dies zu Angst und diese wiederum zu den bereits genannten Symptomen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 98-101).

Die begleitenden Symptome der Panikstörung treten mit der Zeit immer mehr in den Mittelpunkt des Krankheitsbildes und bilden damit die Übergänge zu einer Somatisierungsstörung (Ermann 2004, S 203-204). Bei einer Somatisierungsstörungen wird das seelische Leid auf den Körper übertragen (Ermann 2004, S 251).

## **9.2. Krankheitsbeispiel anhand des Defizitmodells**

Das Defizitmodell beschreibt die Entstehung von Krankheit durch Mangelzustände in der Entwicklungsphase einer Person. Fehlende emotionale Unterstützung und seelische oder körperliche Misshandlung können zu einer Schwächung des „Ich“ und zu schweren Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen führen, die wiederum körperliche Symptome hervorrufen können.

### **9.2.1. Abhängigkeitsverhalten und Sucht**

Sucht ist der anhaltende Drang, bestimmte Substanzen zu konsumieren oder gewisse Handlungen durchzuführen. Dies passiert unkontrolliert und wirkt sich meist schädigend auf die süchtige Person selbst aus. Die häufigsten Suchtmittel sind Alkohol, Medikamente und psychotrope Drogen, während Spielen oder die Sucht nach Medien die Suchthandlungen bestimmen. Die Sucht zeigt sich in einem Abhängigkeitsverhalten, dem Verlust der Kontrolle und den daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit und die sozialen Verbindungen. Sucht kann zu einem chronischen Problem werden und ist meist das Resultat einer vorausgehenden Schädigung des „Ich“. Gefühle der inneren Leere, der Sinnlosigkeit, Verlassenheit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Ängste und Konflikte, Enttäuschungen und Sorgen versucht die betroffene Person mit dem Suchtverhalten auszugleichen. (Ermann 2004, S 289-296).

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist eine der bekanntesten und häufigsten Suchterkrankungen. Der Alkohol wird als Mittel benutzt um leistungsfähig zu bleiben, die Stimmung aufzuhellen und Ängste zu betäuben. Die körperliche und psychische Abhängigkeit von Alkohol kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Auf der körperlichen Ebene kann Alkoholismus zu Leberschäden und einer Schwächung des Immunsystems führen und auf geistiger Ebene kann er zu Depressionen, Konzentrations- und Leistungsstörungen führen. Aber auch das soziale Umfeld ist davon betroffen und so kann es in Folge des regelmäßigen Alkoholmissbrauchs zu familiären Problemen, zwischenmenschlichen Konflikten, Arbeitsverlust und Problemen mit dem Gesetz kommen. Die chronische Alkoholabhängigkeit kann zu schweren Organschäden (z.B. Leberschäden, Herz-

und Kreislaufstörungen, Potenzstörungen), hirnorganischen Störungen (z.B. Nerven- und Gehirnschädigungen wie Hirnatrophien und drogeninduzierte Psychosen,) und zu einem psychischen Verfall (z.B. Leben für die Sucht, Umweltkonflikte, intellektuelle Niveausenkung, Stimmungs labilität, Suggestibilität, Minderung der Kritikfähigkeit) führen, der wiederum zu einem sozialen Abstieg führt (z.B. ökonomische Schwierigkeiten, Unfallhäufung, Rollenverlust in der Familie, soziale Desintegration) (Ermann 2004, S 290-292; Klußmann 2002, S 328-329).

### **9.3. Krankheitsbeispiel anhand des Traumamodells**

Biographische Traumen können zu nachhaltigen Schäden führen und die Entstehung von neurotischen und anderen Störungen begünstigen. Besonders traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit können die Gesundheit eines Menschen massiv negativ beeinflussen.

#### **9.3.1. Adipositas – Binge Eating Disorder**

Adipositas ist eine beständige Zufuhr an Nahrungsmitteln in einer Menge, die den täglichen Kalorienbedarf übersteigt. Dadurch kommt es zu einer Fetteinlagerung im Körper und zu einem BMI (Body-Mass-Index), welcher einem Wert von 25 oder höher entspricht. Sobald psychische Faktoren die Situation mit bedingen, wird von einer Binge-Eating-Disorder oder ungenau definiert von chronischen „Essattacken“ gesprochen. Zu 10 bis 40 Prozent wird das Körpergewicht von Umweltfaktoren wie der Ernährung und der körperlichen Bewegung bestimmt. Die Binge-Eating-Disorder wird von Symptomen wie „Fressanfälle“, übermäßiger Nahrungszufuhr, Gefühlen des Kontrollverlusts über das Essen, Essen ohne Hunger und Schuldgefühlen begleitet. Die Folgeerkrankungen umfassen in erster Linie degenerative Stoffwechselerkrankungen und diese verstärken den Leidensdruck und bringen eine Reihe von massiven Risikofaktoren mit sich. Diese Risikofaktoren sind zum Beispiel eine vorzeitige Sklerose des Gefäßsystems, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus und Hypertonie. Zusätzlich können Bindegewebsschwächen zu Leistenbrüchen, Hämorrhoiden, Arthrosen und

degenerativen Beschwerden an der Wirbelsäule führen. Allgemein kann Adipositas die Lebensqualität beeinträchtigen und die Lebensdauer verkürzen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 331-332).

Adipöse Menschen leiden häufiger an psychischen Störungen als Menschen mit Normalgewicht. Auslöser solcher Erkrankungen kann eine neurotische Entwicklung in Folge eines traumatisierenden Erlebnisses wie schwere Enttäuschung, Trennung, Ablösung oder Tod des Ehepartners sein. Lang anhaltende Gefahrensituationen und beständige Leistungsanforderungen, depressive Verstimmungen und unbefriedigende Situationen im Berufs- und Privatleben können zu einer vermehrten Nahrungszufuhr führen.

Psychodynamisch wirkt sich die vermehrte Kalorienzufuhr befriedigend aus und kann zu einer Abwehr von Ängsten, depressiven Gefühlen und Kränkungen verhelfen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 334-335; Ermann 2004, S 285).

## **9.4. Krankheitsbeispiel anhand des Lernmodells**

Hier ist Krankheit die Folge eines Lernvorganges. Alles was der Mensch im Laufe seines Lebens lernt, kann seine Gesundheit positiv und auch negativ beeinflussen. Die negativen Resultate entstehen durch das Lernen von falschen Dingen, das zu strikte Lernen ohne eine verbleibende Anpassungsfähigkeit an Situationen und das unzureichende Lernen.

### **9.4.1. Phobie – Herzangststörung**

Phobien sind Angstkrankheiten die sich auf eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Gegenstand richten. Entscheidend ist die Erwartungsangst vor angsteinflößenden Situationen und folglich wird oft von einer „Phobophobie“, einer „Angst vor der Angst“ gesprochen. Die Betroffenen versuchen, entsprechende Situationen zu meiden und erreichen dadurch eine Angstfreiheit. Haben die Ängste mit dem eigenen Körper zu tun können sie nicht vermieden werden und die Phobie wird zu einer ständigen Belastung (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 107-110). Gebundene Ängste werden organisiert und gerichtet. Die diffuse Angst

wird damit zu einer phobischen Angst. Die Angst vor einer bestimmten (körperlichen) Situation oder einem bestimmten Gegenstand, wird infolgedessen zu einer konditionierten Angst (Ermann 2004, S 208).

Die Herzangststörung ist eine der am meisten beschriebenen Phobien, die sich auf den eigenen Körper bezieht und bei der das Objekt der Angst eines der Körperinnenwelt ist. Die Herzangststörung bedeutet Angst vor einem Herzinfarkt oder einer Herzkrankheit und schließlich Angst vor einem Herztod. Die Betroffenen widmen ihre ganze Aufmerksamkeit ihrer Angst und phantasieren beständig einen Herztod. Im Zuge der Angst kommt es zum Auftreten folgender Symptome: anfallsartige „Herzattacken“, „Herzangstgefühl“, Extrasystolen, paroxysmale Tachykardien, Druck- und Schmerzgefühle über dem Herzen, Beklemmungsgefühle in der Brust, allgemeine Unruhe, Todesangst, erhöhte Pulsfrequenz, Schweißausbrüche, Schwindel und Benommenheit (Ermann 2004, S 212; Hochapfel & Hoffmann 2009, S 125-126; Klußmann 2002, S 111).

Ursachen für eine Herzangststörung können unbewusste ambivalente Trennungskonflikte sein. Reale oder fantasierte Situationen des Verlassenswerdens und des Alleingelassenwerdens, sowie Trennungen und Verluste von wichtigen Personen (Auflösung einer symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung) und Konfrontationen mit dem Tod können diese Krankheit auslösen. Aber auch häufig erlebte Fälle von Bekannten, die an einem Herztod gestorben sind und als Leitfigur für den Betroffenen gelten, können diese Ängste hervorrufen (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 127; Klußmann 2002, S 112).

## **9.5. Krankheitsbeispiel anhand des Stressmodells**

Stress kann die Gesundheit eines Individuums enorm beeinflussen. Stress, der in früher Kindheit erlebt wird, kann zu den nachhaltigsten Folgen führen. Der chronische Stress kann eine so starke Auswirkung wie ein traumatisches Erlebnis auf einen Menschen haben. Je nachdem wie eine Person aufgewachsen ist, wie ihre derzeitigen Lebensumstände und ihre psychische Situation ist und inwieweit die Fähigkeit, mit Stress umzugehen erlernt wurde, kann sich Stress in

unterschiedlicher Weise auf den Gesundheitszustand eines Menschen auswirken.

### **9.5.1. Psychoimmunologie**

Das Immunsystem schützt den Körper vor körperfremden Substanzen wie Krankheitserregern. Klinische Beobachtungen haben gezeigt, dass die psychische Verfassung und psychische Belastungsfaktoren, wie etwa der chronische Stress, entscheidend das Risiko, an einer Krankheit zu erkranken erhöhen und sich auch auf den Verlauf und die Genese einer Erkrankung auswirken können (Hochapfel & Hoffmann 2009, S 82-83). Es existiert eine Reihe von Studien, die die Beeinflussung von psychosozialen Belastungen auf die Anfälligkeit für akute und chronische virale Erkrankungen bestätigen. Prüfungsstress hat beispielsweise einen Einfluss auf die Aktivität der natürlichen Killerzellen und auf weitere Zellen des Immunsystems (Uexküll 2011, S 88-89). Stress kann auch den Vorgang der Wundheilung beeinflussen. So hat eine Studie mit chronisch gestressten Frauen gezeigt, dass die Heilung ihrer Wunde um 24 Prozent länger dauerte als bei der Kontrollgruppe (Kiecolt-Glaser et al. 1995 z. n. Uexküll 2011, S 89). Die Ergebnisse der Studien über den Zusammenhang von Stress und Wundheilung haben damit geklärt, warum Furcht und Stress vor Operationen die postoperative Verweilzeit im Krankenhaus verlängern und weshalb negative Emotionen der PatientInnen zu postoperativen Komplikationen führen können (Uexküll 2011, S 89-90).

## Zusammenfassung

Dass Körper und Psyche in einem engen Zusammenhang stehen war schon in den Anfängen der Medizin bekannt. Der Mensch wurde aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet und behandelt. Im Laufe der Industrialisierung im 19. Jahrhundert ging diese Sichtweise immer mehr verloren. Der Körper wurde mit einer Maschine verglichen, die geölt und repariert werden muss und die Psyche wurde aus den Überlegungen ausgegrenzt. In der weiteren historischen Entwicklung wurden der Körper und die Psyche getrennt voneinander betrachtet. Im Zuge einer Dualistischen Medizin gab es zum einen ÄrztInnen die sich um das körperliche Wohl von PatientInnen kümmerten und zum anderen ÄrztInnen beziehungsweise PsychoanalytikerInnen, die sich mit den psychischen Konstellationen der Menschen beschäftigten. Heute wird wieder vermehrt die Vorstellung einer Wechselbeziehung zwischen Körper und Psyche vertreten und diese ist auch Gegenstand vieler gegenwärtiger Forschungsarbeiten.

Die psychosomatische Medizin wurde in ihren Anfängen nur über eine bestimmte psychosomatische Krankheit definiert. Der heutige methodische Zugang beinhaltet biografische und psychosoziale Aspekte gleichermaßen. Um diese Aspekte auf ein wissenschaftliches Fundament zu stützen sind sogenannte „Hilfswissenschaften“ nötig. Die theoretischen Grundlagen der Psychosomatischen Medizin entwickelten sich aus verschiedenen Strömungen und wurden von Modellen der Konditionierung, der Lerntheorie und der Verhaltensmedizin, der inneren Medizin, der Konversion, der Psychologie und Psychoanalyse, bis hin zu einem bio-psychosozialen Modell, beeinflusst. Die Psychosomatische Medizin kann somit nicht völlig von anderen Fachbereichen getrennt werden, sondern beinhaltet ein multifaktorielles Denken. Besonders die Psychotherapie und die psychoanalytische Sichtweise überschneiden sich mit den Feldern der Psychosomatik und haben diese wesentlich beeinflusst.

Bei dem Versuch, die psychosomatischen Modelle der Krankheitsentstehung anhand von Krankheitsbildern darzustellen wurde deutlich, dass es keine psychosomatische Krankheit gibt, die nur von einem der beschriebenen Modelle abgeleitet werden kann. Psychosomatische Erkrankungen haben immer mehrere

Dimensionen von Ursachen. Jeder Ursprung einer psychosomatischen Krankheit kann individuell und von mehreren Aspekten gleichzeitig beeinflusst sein. Zusätzlich kann aufgrund der Überschneidung mit der Psychologie, Psychiatrie und Psychoanalyse keine Krankheit als allein psychosomatisch betrachtet werden, sondern muss auch die Perspektiven dieser Disziplinen miteinbeziehen. Psychische, psychosomatische und allein somatische Krankheiten können also nicht ganz unabhängig voneinander betrachtet werden und sind nicht völlig voneinander differenzierbar. Krankheiten können von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren in gleicher Weise beeinflusst sein und sind daher immer multifaktoriell zu betrachten. Eine eindeutige Einteilung der psychosomatischen Krankheitsbilder ist somit nicht möglich.

## Literaturverzeichnis

Adler, R H (Hrsg) 2000, Psychosomatik als Wissenschaft, Integrierte Medizin gedacht und gelebt, Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin, Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Ahrens, S & Schneider, W 2002, Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, 2. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.

Bräutigam, W, Christian, P & v. Rad, M 1992, Psychosomatische Medizin, Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, 5. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Ermann, M 2004, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, 4. Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Ermann, M, Frick, E, Kinzel, C & Seidl, O 2009, Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie, Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigentum, 2. Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Gathmann, P 2002, Der Beitrag der Psychosomatik zu einer Beziehungsmedizin: ein Forderungskatalog in Zeiten der Krise, Wiener Medizinische Wochenschrift, 152. Jg., Heft 19-20, S 535-539. In:  
<http://han.medunigraz.at/han/pubmed/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1563-258X.2002.02088.x/pdf> [Stand: 27.10.2012]

Hochapfel, G & Hoffmann, S O 2009, Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie, 8. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.

Jandl-Jäger, E 2002, Zur Epidemiologie und Versorgung psychosomatisch Kranker in Österreich, Wiener Medizinische Wochenschrift, 152. Jg., Heft 19-20, S 500-502.

In:

<http://han.medunigraz.at/han/pubmed/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1563-258X.2002.02089.x/pdf> [Stand: 27.10.2012]

Kapfhammer, H -P 2011, Psychosomatische Medizin – Einleitung und Übersicht.

In: Möller, H J, Laux, G & Kapfhammer, H (Hrsg) 2011, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 4. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin, Heidelberg. In: <http://han.medunigraz.at/han/978-3-642-01650-9/www.springerlink.com/content/j022738471054k24/> [Stand: 16.6.2012]

Klußmann, R 2002, Psychosomatische Medizin, Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche, 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Machleidt, W, Bauer, M, Lamprecht, F, Rohde-Dachser, C & Rose, H K (Hrsg) 1999, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 6. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Netzwerk Psychosomatik Österreich. In: [http://www.netzwerk-psychosomatik.at/content/psychosomatik/zahlen\\_daten\\_fakten.php](http://www.netzwerk-psychosomatik.at/content/psychosomatik/zahlen_daten_fakten.php) [Stand: 17.10.2012]

Österreichische Ärztezeitschrift. In: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2324-15122005/vernetzung-der-einrichtungen-fuer-psychosomatik.html> [Stand: 17.10.2012]

Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. In: [http://www.oegppm.at/default3.asp?active\\_page\\_id=338&parent\\_page\\_id=262&pparent\\_page\\_id=1](http://www.oegppm.at/default3.asp?active_page_id=338&parent_page_id=262&pparent_page_id=1) [Stand: 17.10.2012]

Pieringer, W, Schüßler, G, Sonneck, G, Springer-Kremser, M, Fazekas, C, Meran J G & Harnoncourt K 2002, Editorial „Psychosomatik – auf dem Weg zum biopsychosozialen Gesundheitswesen“, Wiener Medizinische Wochenschrift, 152. Jg., Heft 19-20, S 486-487. In:  
<http://han.medunigraz.at/han/pubmed/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1563-258X.2002.02085.x/pdf> [Stand: 27.10.2012]

Pieringer, W, Meran, J G, Stix, P & Fazekas C 2002, Psychosomatische Medizin – historische Modelle und aktuelle Theorien, Wiener Medizinische Wochenschrift, 152. Jg., Heft 19-20, S 488-494. In:  
<http://han.medunigraz.at/han/pubmed/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1563-258X.2002.02090.x/pdf> [Stand: 27.10.2012]

Pleininger, A & Rossiwall, O 2009, Psychosomatik im Jahr 2050, Newsletter – Februar 2009, Institut für Psychosomatik, EMCO-Privatklinik, Bad Dürrenberg. In:  
[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:he-ks2vzimMJ:www.emco-klinik.at/news/psychosomatik/newsletter09-02.pdf+psychosomatik+in+%C3%B6sterreich&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEEsiUSaOSDI0VtLFqhVaFhDYZL5qDxvCMuni9KMtaUy7tMzNc3K8kw3ZW5DZKOZsJ8YctMXmXyEus9WQjffYkOQ00w3ljptDoouKUnF4lt\\_c9qTIBwPRsFWRZXYB1oxXlu-DOilKA&sig=AHIEtbT-N21jp2TV6oFdXXYj5JV01-gRbA](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:he-ks2vzimMJ:www.emco-klinik.at/news/psychosomatik/newsletter09-02.pdf+psychosomatik+in+%C3%B6sterreich&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEEsiUSaOSDI0VtLFqhVaFhDYZL5qDxvCMuni9KMtaUy7tMzNc3K8kw3ZW5DZKOZsJ8YctMXmXyEus9WQjffYkOQ00w3ljptDoouKUnF4lt_c9qTIBwPRsFWRZXYB1oxXlu-DOilKA&sig=AHIEtbT-N21jp2TV6oFdXXYj5JV01-gRbA) [Stand: 31.10.2012]

UEXKÜLL, Thure von: Psychosomatische Medizin, Theoretische Modelle und klinische Praxis. Adler, R H, Herzog, W, Joraschky, P, Köhle, K, Langewitz, W, Söllner, W & Wesiack W (Hrsg) 2011, 7. Auflage, Elsevier GmbH, München.

Weber, K 1984, Einführung in die psychosomatische Medizin, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.

Wolowski, A & Demmel, H-J (Hrsg) 2010, Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner, Compact Lehrbuch für Studium und Praxis, Schattauer GmbH, Stuttgart.