

Was der Medizinstudent Marc Lemort Demétigny nicht ahnen konnte ...

Marc aus dem belgischen Gent reicht seine Doktorarbeit in der berühmten medizinischen Fakultät Montpellier ein, fünf Jahre vor der Französischen Revolution. Vorher studierte er Kunst, und geblieben ist ihm während des gesamten Medizinstudiums ein Hang zu philosophischen Fragen. Marc las mit großem Interesse über den Philosophen, Mathematiker und Naturwissenschaftler René Descartes (1596–1650). Dieser hatte nicht nur die Bedeutung des Herzens für den Blutkreislauf erkannt, sondern der Medizin seinen Dualismus der Substanzen ins Stammbuch geschrieben: Der Mensch besteht aus Materie, die ausgedehnt ist und die wir messen können (*res extensa*), und einer Geistseele (*res cogitans*).

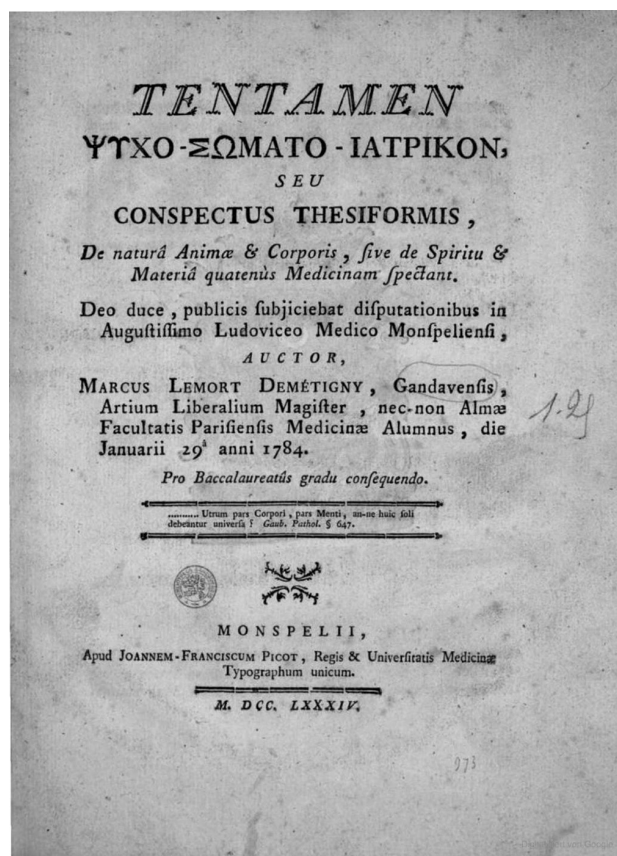


Abb. 0.1: Titelblatt der 1784 von Marc Lemort Demétigny eingereichten Doktorarbeit

Was Marc nicht gefällt: Im Studium geht es ausschließlich um den Körper. Er findet, dass die Seele das Wesentliche am Menschen sei. In seine Dissertation über die Rolle der Seele in der Krankheitsentstehung schreibt er den provozierenden Satz:

»Man wird mir entgegenhalten, dass der Körper der Haupt-Gegenstand der Medizin ist, dass es für diese Wissenschaft unerheblich ist, eine Definition und exaktere Begriffe von der spirituellen Substanz zu haben, die diesen Körper bewohnt. Darauf antworte ich, dass der Körper Materie ist und dass die Materie wie schon gesagt nicht empfinden oder handeln könnte. Der Körper als Materie könnte also nicht leben, wenn er nicht leben kann, kann er weder Subjekt von Gesundheit noch von Krankheit sein, also ist der Körper kein Gegenstand der Medizin.« (Demétigny, 1784, S. 14, Übersetzung durch E. F.)

Marc braucht noch einen Titel für seine Doktorarbeit, und zwar auf Lateinisch! Er hatte auch ein bisschen Griechisch in der Schule und überlegt: Die Griechen nannten das, was beim Sterben wie ein Schmetterling aus dem Menschen herausfliegt: *psyché* und was übrigbleibt, also die Leiche: *soma*. Und *iátrós* heißt Arzt. Marc spielt mit den Wörtern und hat schließlich die Lösung: Er bastelt einen Dreierbegriff *psycho-somato-iatrikon* als griechischen Titel für sein lateinisches Deckblatt.

Was Marc nicht ahnen konnte: Er ist wohl der erste Autor, der das Wort »psychosomatisch« verwendet. Seine Dissertation teilt das Schicksal vieler Doktorarbeiten: Sie wird weitgehend vergessen. Jedoch: Auch heute noch beschäftigt Descartes' Leib-Seele-Dualismus Patienten und Ärzte, manche bekämpfen ihn vehement und wollen eine »ganzheitliche« (holistische) Medizin oder aber sie ziehen es vor, psychische, soziale und spirituelle Aspekte aus der Medizin auszuschließen. Und eine allgemein anerkannte Definition der Seele hat die Medizin immer noch nicht gefunden, obwohl die Psychofächer Psychosomatik, Psychotherapie, Psychiatrie, Psychologie, Psychoanalyse inzwischen einigermaßen etabliert sind.

Mehr als zwei Jahrhunderte nach Marcs Doktorarbeit ist »psycho-somatisch« (Demétigny, 1784; Heinroth, 1818; Steinberg, 2007) noch immer ein unreifer Begriff, ein »Säugling auf der Suche nach einer wissenschaftlichen Brust« (Engel, 1967). Der Gedankenstrich, die Verbindung zwischen beiden Worthälften, ist ebenso offen wie die Wirkungsrichtung zwischen Soma und Psyche. Dasselbe gilt für das bio-psycho-soziale Modell der Humanmedizin insgesamt (Engel, 1977).

Ob wir es gut finden oder nicht: Es gibt sehr viele unterschiedliche Zusammenhänge zwischen »Psyche« und »Soma« und zudem verschiedene Bedeutungen von »psychosomatisch« im medizinischen Sprachgebrauch (► Tab. 0.1). Wie können wir die hier gezeigte Tabelle verstehen?

Einige zentrale Beispiele erläutern wir hier:

(1) Wird keine kausale Verknüpfung zwischen körperlicher und seelischer Störung angenommen, spricht man im medizinischen Jargon von *Komorbidität*: Der Patient hat »Läuse und Flöhe«, in diesem Fall eine oder mehrere psychische Diagnosen (aus dem Kapitel 6 des ICD-11) neben Diagnosen aus anderen ICD-11-Kapiteln.

Tab. 0.1: Häufig benutzte Begriffe und ihre angenommenen zugrundeliegenden Mechanismen

(1) Komorbidität	Körperliche Störung	gleichzeitig mit	seelischer Störung
(2) Somatopsychisch (oder psychoreaktiv)	Körperliche Störung	verursacht	seelische Störung
(3) Psychogen	Seelische Störung	verursacht	körperliche Störung
(4) Iatrogene Schädigung	Behandlung	verursacht	seelische Störung körperliche Störung
(5) Komplikation/Verhaltens- konsequenz	Seelische Störung	verursacht	körperliche Störung
(6) Psychosomatische »Ausschluss-Diagnose«	Unklare Kausalität (seelische Störung vermutet, körperliche Störung ausge- schlossen)	verursacht	körperliche Störung

Das Stresskonzept wird sowohl im wissenschaftlichen als auch im alltäglichen Sprachgebrauch verwendet: Ein Stressor kann gleichzeitig eine körperliche und eine seelische Störung verursachen.

(2) Eine seelische Störung als Folge einer körperlichen nennt man *psychoreaktiv* oder *somatopsychisch*. Diese Verursachungsrichtung verträgt sich besser mit dem gewohnten ärztlichen Denken als die ...

(3) ... *Psychogenese*: »jener rätselhafte Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche« bei der Konversionsneurose (Freud, 1916–17/1940, S. 265) oder aus heutiger Sicht des Embodiments: Der Körper zeigt, was die Seele spürt.

(4) Störungen können auch als Nebenwirkung eines ärztlichen Handelns entstehen (*iátrós* bedeutet »Arzt« auf Griechisch): Auch eine Psychotherapie kann seelisches oder psychosomatisches Leid verursachen, und ein Medikament kann ebenfalls körperliche oder seelische Nebenwirkungen haben.

(5) Eine körperliche Störung entsteht aus einer seelischen Problematik, z. B. über bestimmte Verhaltensweisen. Eine Leberzirrhose kann die Folge von chronischem Alkoholabusus oder extremes Untergewicht (Kachexie) die Folge einer Anorexie sein. Unter (6) können wir auch sog. *Psychosomatosen* einordnen, »organische Erkrankungen mit fassbaren morphologischen Veränderungen, auf deren Entstehung und/oder Verlauf psychische Faktoren nachweisbar einen wesentlichen Einfluss haben« (Ermann, 2024). Franz Alexander, ein jüdischer Arzt und Psychoanalytiker, der aus Österreich-Ungarn nach Chicago emigrieren musste und der als einer der Mitbegründer der Psychosomatischen Medizin gilt, ging von einer Organwahl durch spezifische Konflikte und Persönlichkeitsmuster der einzelnen Psychosomatosen aus (Alexander, 1950/1977; Alexander & French, 1948). Er zählte sieben dieser Störungen auf und nannte sie »Holy Seven« (Entzündliche Darmerkrankungen, Ulcus pepticum, Asthma bronchiale, essenzielle Hypertonie, atopische Neurodermitis, Hyperthyreose und rheumatoide Arthritis). Heute würde man diese Einteilung der »Holy Seven« nicht mehr vornehmen, dennoch sind die Entdeckungen von Alexander weiterhin wegweisend, auch nach der Entdeckung der Ulcus-Ätiologie durch *Helico-*

bacter Pylori (Marshall & Warren, 1984). Alexanders Perspektive auf Erkrankungen des Menschen unter psychosomatischen Gesichtspunkten kann heute z. B. besser im wissenschaftlichen Feld der »Psychoneuroimmunologie« verstanden werden, wo inzwischen gut nachweisbar ist, dass psychische Stressoren z. B. durch eine Entzündung vermittelte Wirkung auf den Körper ausüben können.

(6) Schließlich gibt es als häufige Restkategorie die *psychosomatische »Ausschlussdiagnose«*. Gründliche, auch apparative und möglicherweise wiederholte Suchen nach einer körperlichen Störung bleiben ohne Ergebnis: Die seelische Störung wird nicht positiv (durch Überprüfung diagnostischer Kriterien) diagnostiziert, sondern negativ dadurch, dass körperliche Ursachen nicht nachzuweisen sind. Wir sehen diese Haltung kritisch und stellen in diesem Buch einen anderen Weg vor: Psychosomatische Beschwerden sind keine Verlegenheits- oder Ausschlussdiagnosen. Vielmehr werden sie im Dialog mit dem kranken Menschen wahrgenommen und verstanden.

Heute verstehen wir das bio-psycho-soziale (Engel, 1977) oder bio-psycho-sozio-spirituelle (Dyer, 2011) Modell als eine bewusste Gegenreaktion auf ein dualistisches Weltbild, welche vielmehr im Sinne einer »Sowohl-als-auch«-Haltung alle »Grundelemente« des menschlichen Organismus einschließt (► Kap. 3).

Der Neurologe und Psychosomatiker Viktor von Weizsäcker verwendete den Vergleich der Drehtür für das »Hin- und Hergehen« des Arztes zwischen den »Räumen« des naturwissenschaftlichen Beobachtens und Handelns und des biografischen Verstehens (Weizsäcker, 1997). Die Achse der Drehtür wäre demnach das erkennende Subjekt, die Türflügel begrenzen die jeweils mögliche Wahrnehmung. Sie können verhängen sein und als Scheuklappen des Subjekts wirken oder durchsichtig auf den jeweils anderen Ausschnitt (Hahn, 2007). Die Zahl der Türflügel und Ausschnitte ist im Prinzip offen: somatisch, psychisch, sozial, spirituell, bewusst, unbewusst ...

Wäre Marc mit diesem Vergleich einverstanden? Wahrscheinlich würde ihn die Funktionsweise von Drehtüren, die es damals noch nicht gab, ebenso interessieren wie von Weizsäckers Vergleich.

1 Von der Geschichte in die Gegenwart

1.1 Die Erforschung der Hysterie – zugleich ein kurzer Streifzug durch die lange Geschichte der Psychosomatischen Medizin

Der Schriftsteller und Journalist Kurt Tucholsky (1890–1935), der schon 1929 aus dem zunehmend faschistischen Deutschland emigrierte, schrieb einst: »Wenn ein Mann weiß, daß die Epoche seiner stärksten Potenz nicht die ausschlaggebendste der Weltgeschichte ist – das ist schon sehr viel.«⁵

Ähnliches kann für die Medizingeschichte gelten und uns unbedingt ein wenig Bescheidenheit in der Betrachtung medizinischer Paradigmen früherer Zeiten abfordern. Auch wenn wir über gewisse, aus heutiger Sicht teils absurde Theorien schmunzeln müssen, beispielsweise der mittelalterlichen Säftelehre (»zu viel der schwarzen Galle!«), so kann uns niemand versprechen, dass unsere Nachfahren in nur wenigen Jahrzehnten auch unsere eigenen Theorien, Leitlinien und Kategorisierungssysteme belächeln werden. Denken wir nur an unsere Diagnose-systematiken, z. B. die Klassifikationsverzeichnisse der WHO, die ICD-Listen, welche alle paar Jahre angepasst werden. Diese sind nämlich bei kritischer Betrachtung nicht nur Evidenz-, sondern in vielen Unterbereichen lediglich »Eminenz«-basiert (d. h. von Fachleuten definiert und nicht ausschließlich aus wissenschaftlichen Studien abgeleitet).

Aber zurück zur Potenz der Männer, die Tucholsky hier in Frage stellt. Die Geschichte der Psychosomatischen Medizin ist über die Jahrhunderte eine Geschichte aus fast ausschließlich männlicher Perspektive. Männer waren die Ärzte, die Gelehrten, die Lehrer, die über ihre weiblichen Patienten und deren »hysterische« Beschwerden berichteten. Merkmale der Jahrtausende alten patriarchalischen Macht-ausübung, die bis heute ihren Nachhall findet. Aus guten Gründen wird der Begriff der Hysterie in den aktuellen Diagnosesystemen daher nicht mehr verwendet. Insbesondere wegen der diskriminierenden sexistischen Konnotation als vermeintliche Frauenerkrankung, welche sich über die Zeiten tradiert hat. Dennoch und gerade deswegen ist es lohnend, sich der Geschichte der Hysterie als Inbegriff psychosomatischer Erkrankungen zuzuwenden.

Die Konzeptualisierung psychosomatischer Störungen beginnt mit der faszinierenden Geschichte über das Phänomen der Hysterie. Der Psychiatrie-Historiker Henry Ellenberger übertrieb wahrscheinlich nur geringfügig, als er 1961 behauptete, dass die Geschichte der Psychiatrie »zur

Gänze auf den Studien zum Verständnis der Hysterie« beruht (Janssen, 2009). An dieser Stelle kann nur umriss-haft auf teils uralte Entwicklungen eingegangen werden, eine empfehlenswerte Übersicht wurde 1994 von Mark S. Micale und R. Porter erstellt (Micale & Porter, 1994).

Die Beeinflussung organischer Prozesse durch seelische Faktoren beschäftigt seit Urzeiten Forscher und Ärzte. Schon in der Antike wurden Fragen nach der Rolle der Psyche auf die Entstehung von Krankheiten gestellt. Platon, Hippokrates, Aristoteles, Galen und viele andere Denker prägten ein medizinisches Paradigma, welches bis heute teils in beachtenswerter Präzision Relevanz hat (Janssen, 2009). Die europäische Geistesgeschichte kennt aber auch wissenschaftsverachtende Strömungen, deren trauriger Höhepunkt die Verbrennung des Astronomen und Naturgelehrten Giordano Bruno (1548–1600) auf dem Scheiterhaufen in Rom darstellt.

Hystéra ist das griechische Wort für Gebärmutter, und *Hysteria* bezeichnet die herumwandernde Gebärmutter. Die antike Vorstellung einer Organstörung des Uterus scheint aus unserer heutigen Perspektive auf den ersten Blick zunächst befremdlich. Die Hysterie wurde über Jahrhunderte als Prototyp einer frauenspezifischen Erkrankung betrachtet, was teilweise bis heute in epidemiologischen Vorstellungen (z. B. hinsichtlich dissoziativer Störungen) beharrlich andauert. Eine spezifisch feministische Historiografie und Gender-Forschungen setzen sich mit dieser Thematik immer wieder auseinander (Spitzer & Freyberger, 2008). Trotz der nicht nur aus heutiger Sicht Gender-unsensiblen Perspektive lohnt der Blick in die Medizingeschichte:

Die Vorstellung einer umherwandernden Gebärmutter geht auf Platon (427–347 v. Chr.) zurück, der im 44. Kapitel seines *Timaios*-Dialoges schreibt:

»[Gleich einem der Vernunft nicht gehorchendem Tiere] aber empfindet es das, was man bei den Frauen Gebärmutter und Mutterscheide nennt, welches als ein auf Kinderzeugung begieriges Lebendiges in ihnen ist, dies empfindet es mit schmerzlichem Unwillen, wenn es länger, über die rechte Zeit hinaus, unfruchtbar bleibt, und schafft, indem es dann allwärts im Körper umherschweift und durch Versperren der Durchgänge das Atemholen nicht gestattet, große Beängstigung, so wie es noch andere Krankheiten aller Art herbeiführt.«

(Platon, 1998)

Die Zusammenhänge, die Platon hier beschreibt, kommen auf eine besondere Weise der triebtheoretischen Neurosen-

⁵ Kurt Tucholsky, Werke 1907–1935. Schnipsel [4], in: Die Weltbühne, 22.12.1931, Nr. 51 (unter Pseudonym Peter Panter).

lehre Sigmund Freuds (1856–1939) nahe. Freud und nach ihm in konsequenterer Weise auch Wilhelm Reich (1897–1959) beschrieben den Konflikt zwischen »Realitäts- und Lustprinzip« (Freud, 1930/2012) bzw. die Dysregulation der »Sexualökonomie« (Reich, 1972) als Ursache für eine Vielzahl körperlicher Störungen. In dem auf die Lehren des Hippokrates (466–377 v. Chr.) zurückzuführenden *Corpus Hippocraticum* (um ca. 300–400 v. Chr.) werden sexuell

nicht aktive Frauen (Witwen, Jungfrauen) beschrieben, die an verschiedensten Symptomen wie Krampfanfällen, Schmerzen, Lähmungen, Schwindel, Übelkeit und Sprachlosigkeit leiden. Ursächlich wird eine ausgetrocknete Gebärmutter diagnostiziert und insofern wird (für unser heutiges Empfinden ein wenig absurd) als Behandlung die Wiederaufnahme sexueller Beziehungen (Heirat, Schwangerschaft) empfohlen (Golder, 2007).

1.2 Die Entwicklung der Psychosomatik in Spätantike und Mittelalter, ...

In der Spätantike verwirft Galen von Pergamon (129–199 n. Chr.) die Doktrin des frei beweglichen Uterus, wobei hysterische Symptome als in Verbindung mit im Körper zurückbleibenden, schädigenden vaginalen und uterinen Sekreten stehend verstanden bleiben. Interessanterweise beschreibt Galen auch Männer mit Hysterie-ähnlichen Symptomen, was in diesen Fällen mit im Körper zurückbleibendem Sperma begründet wird (Veith, 1965).

Diese Auffassungen Galens blieben weitgehend bis ins Hochmittelalter bestehen. Im christlich fundierten Mystizismus lösten klerikal-religiöse Ursachenattributionen medizinische Vorstellungen ab. Krankheit wurde mit Schuld, Hysterie mit dem Bösen in Verbindung gebracht (Veith, 1965). Die Entmedikalisierung der Hysterie führte dazu, Menschen mit hysterischen Symptomen (»stigmata diaboli«) als Dämonen, Hexen und Teufel zu brandmarken. Im *Malleus Maleficarum* (»Hexenhammer«), einer Schrift

des Dominikaners Heinrich Kramer (Institoris), die zu einer zentralen Schrift der Hexenverfolgung wurde und der eine Bulle Papst Innozenz' VIII. vorangestellt wurde, werden »Hexen« dargestellt, die Verhaltensweisen hervorbringen, die den Beschreibungen der Hysterie sehr genau entsprechen (Kramer, 2000). Noch 1631 rief der Jesuit Friedrich Spee heftige kirchliche Kritik hervor, als er mit seiner *Cautio Criminalis* dem kollektiven Hexenwahn entgegentrat. Inquisition, Hexenverbrennungen und Teufelsaustreibungen als »Behandlung« hysterischer Symptome sind wohl eines der dunkelsten Kapitel nicht nur in der Geschichte der Hysterie. Es ist anzumerken, dass der Vatikan bis heute unter besonderen Voraussetzungen (z. B. dass ein Psychiater vorher hinzugezogen wurde) exorzistische Rituale gestattet. Tragischerweise kam es dabei noch in den letzten Jahren zu tödlichen Ausgängen (Schulz, 1979).

1.3 ... Neuzeit ...

In der Neuzeit wurde die Uterustheorie von verschiedenen Ärzten wieder aufgegriffen und es kam nach den Dämonisierungen des Mittelalters endlich zu einer Demystifizierung der Hysterie, zurück in die Medizin, woran bereits Paracelsus (1493–1541) maßgeblich durch seine Arbeiten beteiligt war. Der italienische Chirurg Charles Lepois (auf Italienisch Carlo Piso, 1563–1633) sowie die Engländer Thomas Sydenham (1624–1689) und Thomas Willis (1621–1675) kamen getrennt voneinander zu der Auffassung, dass die Hysterie in erster Linie eine Erkrankung des Kopfes sei und dass sie deshalb (wie die Hypochondrie) auch bei Männern auftreten könne. Insbesondere Sydenham beschrieb als Erster zudem seelische und psychosoziale Faktoren (Zorn, Eifersucht, Trauer, Kummer), welche hysterische Symptome auslösen können. Eine Abkehr von hippokratischen Vorstellungen einer viszeralen Uterus-Ätiologie war eingeleitet, wenngleich sich die alten Theorien durch das Zeitalter der Aufklärung hindurch in der Ärzteschaft noch lange aufrecht hielten (Gilman et al., 1993).

Die Symptome der Hysterie waren, wie von Sydenham zutreffend geschildert, insbesondere bei Patienten in den

wohlhabenderen Schichten inflationär zu beobachten und entsprechend entwickelten sich Methoden der Hysterie-Behandlung, die einer Erwähnung in diesem Buch wert sind.

Franz Anton Mesmer (1734–1815) fiel mit einem Bericht über die Behandlung von *Fräulein Österlein* auf, die (wie später Freuds und Breuers Anna O.) in die Literatur einging. Fräulein Österlein konnte durch Auflage von Magneten »durch biologische Strömungen« über Bauch und Füße von ihrer »Krampferkrankung« geheilt werden (Mesmer, 1779). Aus Wien vertrieben, führte der Arzt und Heiler in der vorrevolutionären Pariser Gesellschaft ab 1778 überaus erfolgreiche Behandlungen mit seiner Methode des »animalischen Magnetismus« durch, was – neben einer begeisterten Anhängerschaft – gleichzeitig wütende und hasserfüllte Ablehnung durch führende Ärzte und die französische Akademie nach sich zog (Ronel, 2010). 1784 wurde auf Wunsch Mesmers und auf Geheiß König Ludwigs XVI. eine illustre Untersuchungskommission eingesetzt, der neben Benjamin Franklin (dem damaligen Botschafter der amerikanischen Südstaaten) unter anderem auch ein ge-

wisser Doktor Guillotin (der Erfinder der nach ihm benannten Maschine, die alle Symptome für immer in Sekundenschnelle heilte) angehörte.

Ein Junge wurde mit verbundenen Augen im Rahmen dieser Untersuchung in einen Garten geleitet. Als dieser in die Nähe eines zuvor von einem Schüler Mesmers magnetisierten Baumes geriet, kam der Junge in eine körperliche »Krise«, was sich mit Versteifungen an den Extremitäten äußerte. Drei Ursachen dieser Reaktion des Jungen wurden benannt: »Imagination, Imitation und Kontakt [zum Magnetisierer]« und konnten die Kommission nicht zu einem favorisierenden Urteil bewegen. Im Gegenteil: Die

Kommission warnte vor der Verwerflichkeit und den moralischen Folgen des Mesmerismus (Bromberg, 1975). Mesmer verstarb einsam und verbittert in Deutschland. Trotzdem wurde er 1882, 67 Jahre nach seinem Tod, von der französischen Akademie der Wissenschaften rehabilitiert und seine klinischen Erfolge anerkannt. Neben den unbestreitbaren imaginativen und suggestiven Effekten des Mesmerismus stellt dieser Exkurs (als Vorschau auf spätere psychotherapeutische Entwicklungen) auch den Beginn kontrollierter klinischer Untersuchungen dar, bemerkenswerterweise durch die Technik der Verblindung, die heute als Goldstandard etabliert ist (Herr, 2005).

1.4 ... und Moderne

Entscheidende paradigmatische Fortschritte von »*hysterischen*« zu »*nervösen*« Konzeptualisierungen kamen letztlich erst im 19. Jahrhundert zustande. 1859 schrieb Pierre Briquet (1796–1881) im Vorwort seines *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (Briquet, 1859) über seine Unlust, sich mit »unwissenschaftlichen Erkrankungen« auseinanderzusetzen:

»Eine abstoßende Unternehmung ist es, eine Beschwerdegruppe zu behandeln, die – wie alle Autoren übereinstimmend beschreiben – durch Instabilität, Irregularität, Phantasie und Unvorhersagbarkeit charakterisiert ist [...]. Diese Beschwerden sind nicht durch Gesetze oder Regeln oder ernstliche theoretische Formulierungen vorherzusagen [...], der Gang meiner Arbeit gestaltet sich resignativ.« (Übersetzung durch J. R.)

Das Ergebnis der zunächst mühsam begonnenen klinischen Forschung von Briquet fand sich in einem etwa 700 Seiten starken Buch wieder, in dem – dies passend zur Geschlechtergeschichte – 430 fast ausschließlich weibliche »hysterische« Patienten untersucht, beschrieben und kategorisiert wurden. Das zentrale Merkmal der polysymptomatischen Beschwerden war eine »extreme Empfindlichkeit des Nervensystems« für äußere Stimuli, welche zu unterschiedlichsten Schmerzsymptomen, insbesondere im Bereich des Epigastriums und der linken Thoraxhälfte, führte. Eine weitere Beobachtung Briquets war es, dass mit diesen Symptomen Angstattacken und »sensomotorische Paralysen« einhergingen, was den Beginn eines grundlegenden Verständnisses somatoformer Störungen einläutete. Briquet unterschied *prädisponierende* Faktoren (Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Erziehungsfaktoren) von *auslösenden* Faktoren (in erster Linie psychische und soziale Faktoren). Ferner grenzte er erstmals *hysterische Symptome* von einer *hysterischen Charakterstruktur* ab. Mit dem Zugewinn an Einsicht wuchsen für den Pariser Nervenarzt desgleichen wieder der Enthusiasmus und das Interesse an einer bis dahin unverständenen Erkrankung:

»Zu meinem großen Erstaunen zeigten sich gänzlich andere Zusammenhänge als von den klassischen Autoren beschrieben. Es wurde mir bald klar, dass die Hysterie nicht wie andere Erkrankungen durch Beobachtung und daraus folgenden

Erkenntnissen studiert wurde [...]. Es bestand kein Fehlen einer Theorie, aber ein Mangel an Fakten, welche ergründet werden mussten. Dieses wurde meine Aufgabe.« (Briquet, 1859)

Briquets Arbeiten wurden von späteren Theorien verdrängt und gerieten bald in Vergessenheit. In den USA wurden sie 100 Jahre später wieder aufgegriffen und bis in die 1980er-Jahre hinein waren somatoforme Störungen bei vielen Ärzten unter der Bezeichnung *Briquet-Syndrom* bekannt (Mai, 1983; Meares et al., 1985).

Der in seiner Zeit hoch geachtete Pariser Internist und Begründer der modernen Neurologie, Jean-Martin Charcot (1825–1893), der von Zeitgenossen als »Napoleon der Neurosen« bezeichnet wurde, machte es sich zur Aufgabe, die Hysterie positivistisch zu systematisieren. Er sah die Hysterie als neuromuskuläre Übererregung (»Reflexirritation«), welche durch psychische Faktoren ausgelöst werden kann. Charcots Schriften und Illustrationen zur Hysterie und seine ab 1862 viel gehörten Dienstagsvorlesungen am Pariser *Hôpital Salpêtrière* weckten das Interesse von vielen medizinischen Schülern, die später ebenfalls Medizingeschichte schrieben, so z. B. Gilles de la Tourette, Joseph Babinski, Joseph Breuer und Pierre Janet (welcher den bis heute gebräuchlichen Begriff der Dissoziation einführte). In seinen *Leçons du mardi* rehabilitierte er Mesmers Methode der Hypnose, indem er hysterische Symptome provozierte und anschließend eindrucksvoll heilen konnte (Morschitzky, 2007).

Auch das Interesse von Sigmund Freud wurde durch Charcot geweckt, zu dem er 1885 29-jährig für ein halbes Jahr nach Paris kam. Freud führte später den psychodynamischen Begriff der Konversionshysterie ein und postulierte die direkte Verschiebung eines seelischen Konfliktes auf ein körperliches Symptom. Allerdings hatte auch Freud seine Schwierigkeiten mit diesem Krankheitsbild (Freud, 1926):

»Die echte Konversionshysterie ist von solcher Art, deren schwerste Symptome ohne Beimengung von Angst gefunden werden [...]. Die häufigsten Symptome der Konversionshysterie, eine motorische Lähmung, Kontraktur oder unwillkürliche Aktion oder Entladung, ein Schmerz, eine Halluzination, sind entweder permanent festgehaltene oder intermittierende Besetzungsvorgänge, was der Erklärung neue Schwierigkeiten

bereitet. Man weiß eigentlich nicht viel über solche Symptome zu sagen. Durch die [Psycho]Analyse kann man erfahren, welchen gestörten Erregungsablauf sie ersetzen [...]. Woher die

besondere Undurchsichtigkeit der Symptombildung bei der Konversionshysterie rührt, können wir nicht erraten, aber sie gibt uns ein Motiv, das unfruchtbare Gebiet bald zu verlassen.«



Abb. 1.1:
Illustration des »Arc de cercle«, des hysterischen Bogens (aus Paul Richer: Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grand hystérie, 1885)

In den *Studien zur Hysterie* beschrieben Breuer und Freud 1895 anhand ihrer berühmten Kasuistiken zu Anna O. und Emmy v. N. hysterische Symptome erstmals als »neurotische Scheinlösung« intrapsychischer Konflikte (Breuer & Freud, 1977). Sie sahen einen Kompromiss zwischen konflikthaftem Triebimpuls und dessen psychologischer Abwehr in meist monosymptomatischen und pseudoneurologischen und in der Regel symbolhaften Symptomen münden, die durch bekannte pathophysiologische Mechanismen nicht hinreichend erklärbar waren (Adler, 1990). Ihren psychodynamischen Ansatz in Erweiterung zum Verständnis ihres Lehrers Charcot wollten Breuer und

Freud immer auch als neurologische Theorie verstanden wissen, die in unserer heutigen Terminologie sicher in das zeitgeistlich populäre Feld der »Neurobiologie« einzuordnen wäre. Die hier vorgestellte kurze Übersicht über die Geschichte der Konzeptualisierung und Behandlung der Hysterie kann nur einen Teil der oftmals umwälzenden Änderungen aufzeigen und beschränkt sich ferner auf abendländisch-europäische Traditionen und Denkschulen. Ethnologisch-komparatistische Ansätze sind in der Literatur nur wenig verfügbar. Eine faszinierende Analogie chinesischer und europäischer Konzepte wurde von Beng-Yeong Ng 1999 veröffentlicht (Ng, 1999).

1.5 Aktuelle Psychosomatik-Konzepte

Aktuell sind verschiedene Begrifflichkeiten, Konzepte und Modelle für verwandte Phänomene in Verwendung: Im DSM-5 wurde der Begriff »Körperbelastungsstörung« eingeführt und das »Somatoforme« entfernt. Zudem existieren eine Reihe oft banalisierender Begriffe, die unterschiedlich theoriegeleitet sind: *Psychogene Störung*, *funktionelle Störung*, *vegetative Dystonie*, *allgemeines psychosomatisches Syndrom*, *psychische Überlagerung*, *Neurasthenie*, *Multiple* bzw. *Medical Unexplained Physical Symptoms*. Auch fachspezifischere Bezeichnungen wie *Chronic Fatigue Syndrom*, *Fibromyalgie*, *Irritable Bowel Syndrom* oder *Multiple Chemical Sensitivity* können nicht darüber hinwegtäuschen, dass bis heute unterschiedlichste konzeptionelle Vorstellungen über dieses »unfruchtbare Gebiet« vorhanden sind. Entsprechend bestehen bis heute auch therapeutische Unsicherheiten, denen erst in der letzten Zeit evidenzbasiert begegnet wurde (Ronel et al., 2008).

Und heute? Eine aktuell viel diskutierte Theorie des »Embodiments« greift interessanterweise diese, aber auch andere Strömungen vor allem aus kognitions- und neurowissenschaftlichen Traditionen auf, in denen postuliert wird, dass das Bewusstsein nicht ohne einen Körper existieren könne (Durt et al., 2017).

Die folgende Übersicht ist teilweise nach einer Zusammenfassung von Morschitzky modifiziert (Morschitzky, 2007):

Die Hysterie ist ein *unpräziser Sammelbegriff* für unterschiedliche Phänomene, welche keine einheitliche kausale Basisierung aufweisen und deren theoretischen Implikationen sogar widersprüchlich sind:

- *Körperliche Funktionsstörungen* (Muskelschwäche, Lähmungen, Krampfanfälle, Zittern, Erbrechen, Sprach-, Seh-, Hörstörungen etc.)

- *Psychische Funktionsstörungen* (Fugue, Amnesie, Halluzinationen)
 - *Hysterische Verhaltensmuster* (Dramatisierung, Exaltation)
 - *Hysterische Persönlichkeit* (emotional-stürmisches und theatralisches Verhalten, Egozentrismus, Übererregbarkeit, Suggestibilität, emotionale Labilität etc.)
 - *Hysterische Identitätsstörung* (früher *multiple*, jetzt *dissoziative* Persönlichkeitsstörung genannt)
- Heute finden sich sechs Formen der alten Bezeichnung Hysterie in den Diagnose-Systemen ICD-10 und DSM-5 (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Formen der alten Bezeichnung Hysterie in den Diagnose-Systemen ICD-10 und DSM-5

Typus der Hysterie	Historische Ableitung	Charakterisierung	ICD-10/DSM-5-Einordnung
Konversionstyp	Freud	Monosymptomatisch, pseudoneurologisch	Als »Dissoziative Störung« im ICD, als »Konversionsstörung« im DSM
Dissoziativer Typ	Janet	Störungen des Bewusstseins (Amnesie, Fugue, Stupor)	Dissoziative Störungen
Polysymptomatischer Typ	Briquet	Chronische Körperbeschwerden	Somatisierungsstörung
Hysterische Persönlichkeit	Briquet, Freud	Emotional-stürmisches Verhalten, Theatralik	Histrionische Persönlichkeitsstörung
Dissoziative Persönlichkeit	Janet, Freud, Wilbur	Früher »multiple Persönlichkeit«, abspaltende Persönlichkeitsausprägung	Dissoziative Identitätsstörung
Hysterische Reaktion	Kraepelin	»Nervenzusammenbruch« auch bei Gesunden	Akute Belastungsreaktion

🔊 Podcast: Eckhard Frick



🔊 Podcast: Joram Ronel



2 Frau Nowak hat Bauchschmerzen

Seit einer Woche liegt die 31-jährige Frau Nowak wegen andauernder Bauchschmerzen und Durchfällen auf der gastroenterologischen Station der internistischen Klinik des Universitätsklinikums.

Sie ist davon überzeugt, dass sie sich beim Geburtstag der Mutter ihres Freundes vor ungefähr vier Monaten den Magen verdorben hat. Seither sind die Beschwerden nicht mehr besser, sie sind vielmehr immer schlechter geworden. Sie befürchtet, eine schwere Infektion zu haben. Bislang konnte sich auch kein Arzt und keine Ärztin ihre Beschwerden, trotz ausführlicher Diagnostik, erklären.

Bei der Visite redeten die Ärzte auf der Station sogar von einem möglichen Tumor, was Frau Nowak ziemlich beunruhigte. Der Hausarzt meinte, es sei vielleicht auch die Bauchspeicheldrüse. Sicherheitshalber nimmt sie deshalb bereits seit geraumer Zeit Pankreasenzyme, »um überhaupt verdauen zu können«.

Viele Ärzte, Allgemeinmediziner, Gastroenterologen und andere Internisten haben sich bereits mit Frau Nowak beschäftigt. Alle »tappen bislang im Dunkeln«, während die gequälte Patientin jeden Monat mehrere Kilo Gewicht abnimmt und immer schwächer wird. Sie ist immer verzweifelter auf der Suche nach einer Erklärung und einer wirksamen Behandlung. »Lange halte ich das nicht mehr durch!«, denkt sie sich. Ihr Freund Peter und ihre Eltern sind genauso ratlos wie sie selbst. Deshalb möchte sie ihre Angehörigen nicht mehr mit ihren Beschwerden belasten.

Jetzt befindet sich die Patientin auf der internistischen Station, die auf Forschung und Therapie bei seltenen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes spezialisiert ist. Die Oberärztin Frau Priv.-Doz. Dr. Kiermeier zeigt sich gegenüber der Patientin zuversichtlich, dass ihr hier geholfen werden kann. Doch auch nach zusätzlichen Untersuchungen, Magen- und Darmspiegelung ergibt sich kein weiterführender Hinweis. Die Ärztinnen und Ärzte sind sich unsicher und diskutieren, ob eine mögliche Fehlbesiedelung antibiotisch zu behandeln sei. Frau Nowak zeigt sich derweil immer belasteter, weint tagsüber und macht nachts kein Auge zu. Das Behandlungsteam macht sich auch Sorgen über ihre Äußerungen, dass sie »so« nicht leben wolle. Sie nimmt zwar nicht mehr weiter ab, da sie nun über einen venösen Zugang Nahrung erhält, sie nimmt jedoch auch kaum etwas zu sich – und wenn doch, »fällt es einfach unverdaut wieder raus«.

Die Oberärztin zieht den psychosomatischen Konsildienst zu Rate und bittet um Einschätzung hinsichtlich der seelischen Verfassung der schwierigen Patientin und ob es möglicherweise psychosoziale Einflussfakto-

ren auf die Beschwerden geben könnte. Sie schreibt auf die Konsil-Anforderung:

»Pat. mit Durchfällen, Verdauungsstörung und Schmerzen seit 6 Monaten. Dünndarmfehlbesiedelung sonst bislang kein somatisches Korrelat. Bitte um Mitbeurteilung.«

Am selben Tag wird Frau Nowak von der zuständigen Konsiliarin, Frau Dr. Huber, gesehen. Die Ärztin findet eine sehr schmal wirkende blonde Frau vor. Im Zimmer stehen zahllose Drinks mit Flüssignahrung sämtlicher Geschmacksrichtungen, alle unberührt. Auf dem Krankenbett liegt eine Wärmflasche neben einer abgegriffenen Plüschdecke. Frau Nowak freut sich über den Besuch der Ärztin aus der Psychosomatik und sprudelt direkt los:

»Ich habe ständig Durchfälle. Alles, was ich esse, kommt unverdaut wieder raus. Das sehe ich ja. Mit meinem Darm stimmt etwas nicht. Ich kann einfach nicht mehr verdauen. Sofort, wenn ich etwas esse, beginnt es zu grummeln und ich muss dann eigentlich sofort zur Toilette. Manchmal gelingt es mir nicht rechtzeitig und dann geht etwas in die Hose. Das ist furchtbar für mich. Ich kann so nicht leben. Ich habe irre abgenommen. Wahrscheinlich zehn Kilo. Ich bemühe mich schon die ganze Zeit, zuzunehmen, aber es fällt mir auch schwer, etwas zu essen, weil es mir dann sofort schlecht geht. Meine Familie denkt, ich spinne und mache das absichtlich. Die haben alle keine Ahnung, wie ich mich fühle.«

Frau Dr. Huber will wissen, ob sich die Symptome verändern oder ob die Patientin Strategien kennt, die ihr helfen.

»Nach dem Essen sind sie am schlimmsten. Am besten ist es eigentlich, wenn ich gar nichts esse. Nachts muss ich auch raus, wenn ich spät noch etwas esse. Ich glaube, ich habe eine Nahrungsmittelunverträglichkeit. Laktose und vielleicht auch Fruktose und Gluten. Ich merke schon auch, dass ich manchmal viel Stress habe und es dann schlimmer wird. Aber eigentlich geht es mir wegen der Bauchkrämpfe schlecht und nicht umgekehrt. Wie wären Sie denn drauf, wenn Sie gar nichts mehr essen könnten?«

Die Ärztin fragt nach anderen Dingen, die Frau Nowak belasten. Nach ihrem »Stress«. Was ihr möglicherweise Bauchschmerzen bereitet. Die Patientin erzählt von ihrem Lehramtsstudium, das fast abgeschlossen ist. Eigentlich wollte sie schon immer Lehrerin werden, aber das Disziplinieren der Kinder und das dafür notwendige Durchsetzungsvermögen fallen ihr schwer. Ihr Freund lebt etwas entfernter und das Paar führt eine Wochenendbeziehung. Eigentlich ist sie sehr zufrieden mit diesem Konzept. Aber mit dem nahenden Referendariat ist sie vor die Frage gestellt, ob sie dies nicht nutzen wolle, um näher an ihn heran oder gar zu ihm zu ziehen. Peter, ihr Freund, ist sehr unterstützend und

fürsorglich, vor allem jetzt in der Erkrankung. Sie telefonieren mehrfach täglich, allerdings hat Peter sie noch nicht in der Klinik besucht. Sie hat große Angst, er könnte sie verlassen, weil er sie wegen der Beschwerden abstoßend finden könnte.

»Aber das sind alles Dinge, die ich halt klären muss, wenn ich wieder gesund bin. Gesundwerden ist jetzt das Wichtigste. Deswegen bin ich hier. Egal wie das geht. Ich bin nicht verrückt, aber wenn das noch lange so geht, dann werde ich das sicher.«

Frau Dr. Huber bemüht sich, schon im ersten Gespräch die Ängste und den entstandenen Druck aufzugreifen und die Patientin zu beruhigen. Im selben Klinikum gibt es eine Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wohin Frau Priv.-Doz. Dr. Kiermeier schon wiederholt schwierige Fälle verlegt

hat. Die beiden Ärztinnen besprechen am Nachmittag ihre Eindrücke und einen möglichen Plan. Es gibt noch einige Untersuchungen, die gemacht werden sollten. Nahrungsmittelunverträglichkeiten sollten getestet werden. Gleichzeitig haben die Internisten Sorge, die Patientin nicht ausreichend in ihrer Angst und Verzweiflung unterstützen zu können. Ein Antidepressivum wurde am Vortag angesetzt, aber davon bemerkt die Patientin, bis auf eine leichte Zunahme der Übelkeit, noch gar nichts. Zufällig ist auf der psychosomatischen Station ein Bett frei durch eine spontane Absage einer geplanten Patientin. Frau Kiermeier bittet um Übernahme und bietet an, die verbleibenden Untersuchungen parallel bereits zu planen und die Patientin diagnostisch und wenn nötig auch therapeutisch weiter zu begleiten.

3 Simultandiagnostik: Vom Entweder-oder zum Sowohl-als-auch

In unserem privilegierten Medizinsystem werden Patienten häufig von hochspezialisierten Fachabteilungen oder in fachärztlichen Spezialambulanzen behandelt. Dies bietet eine hohe Zugänglichkeit zu genauer Diagnostik und damit eine raschere und eine sehr spezifische Behandlung. So entstehen viele Perspektiven auf manchmal unterschiedliche, manchmal auch dieselben Beschwerden. Patienten mit Schwindel werden häufig sowohl zur Neurologin, als auch zum Hals-Nase-Ohren-Arzt und zur Kardiologin geschickt, die sich jeweils um mehr oder weniger voneinander abgegrenzte Organsysteme kümmern. Nicht immer werden psychische oder soziale Aspekte als auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren mitbetrachtet oder dies geschieht erst nach langer Zeit und vielen Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten. Dieselbe Problematik findet sich auch in umgekehrter Richtung, indem Patienten in psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung »psychologisiert« werden. Körperliche Aspekte bleiben in diesen Fällen außen vor.

Eine Analyse ist, der Wortbedeutung nach, eine Untersuchung, bei der das zu Untersuchende erst einmal zerlegt wird, um es zu vereinfachen und unter die Lupe zu nehmen. Medizinstudenten und Ärztinnen kennen dies aus dem

Studium: Unter dem Mikroskop können sowohl Zellformationen als auch das Innenleben der Zellen betrachtet werden. Fragt die Dozentin nach Anomalien im Zellkern, wähle ich sicher eine andere Vergrößerung als für die Frage, ob ich mich in der Haut oder der Muskulatur befinde.

Für ein genaueres Verständnis eines identifizierten Fokus lohnt es sich, möglichst genau hineinzuzoomen. Ein zusammenhängendes, ganzheitliches Bild der Beschwerden entsteht jedoch über die Zusammenschau.

Doch wie behält man hier eigentlich den Überblick und wie setzt man den mühsam in seine Einzelteile zerlegten Patienten am Ende wieder zusammen? Oder anders gefragt: Wie kommen wir vom Entweder-oder zum Sowohl-als-auch?

In unserem Fallbeispiel werden gleich zu Beginn mehrere Fachabteilungen aktiv. Aufgrund ihrer Hauptbeschwerde, der Anamnese nach im Darm, in einem bestimmten Organsystem, wird die Patientin zunächst gastroenterologisch untersucht und behandelt. Als diese Behandlung keine hinreichende Besserung und die Diagnostik keine hinreichende Erklärung für die Beschwerden liefert, wird der psychosomatische Konsiliardienst miteinbezogen.

3.1 Konsiliar- und Liaisondienst

In Krankenhäusern mit psychosomatischer Abteilung existiert neben einem psychiatrischen meist ein psychosomatischer Konsiliardienst (*consilium* = Rat auf Latein). Beim *Konsiliardienst* handelt es sich um eine Dienstleistung einer Fachrichtung, bei dem anhand einer spezifischen Fragestellung Patienten anamnestiziert und untersucht werden. In der Folge wird eine Diagnose gestellt und eine Empfehlung gemäß dieser abgegeben. Die Konsiliarärztin berät dabei, behandelt jedoch nicht direkt. Beim *Liaisondienst* (*liaison* = Beziehung/Verbindung auf Französisch) handelt es sich hingegen um eine gemeinsame Behandlung. In unserem Beispiel wird eine Übernahme geplant. Dies kann vorkommen, jedoch sind auch niederschwellige Beratungen und Mitbehandlungen möglich.

In der Psychosomatischen Medizin wird der Konsiliardienst meist durch Ärzte und Psychologinnen gebildet. In anderen Fachabteilungen ist dies eine rein ärztliche

Aufgabe. Die Fragestellungen reichen von rein diagnostischen Anfragen bis zur Bitte nach psychotherapeutischer Mitbetreuung und Anbindung an ambulante Strukturen der Weiterbehandlung. Im Kasten finden Sie beispielhafte Anforderungen aus dem universitätsmedizinischen Kontext. Neben einer fachlichen Beurteilung wird oft, wenn auch meist nur implizit, um Hilfe oder Abhilfe bei »schwierigen Patienten« gebeten, die medizinisch indizierte Behandlungen ablehnen oder auf leitliniengerechte somatische Behandlung nicht oder nur wenig ansprechen. Auch »Querulanten«, die »nichts haben«, sich jedoch immer wieder mit denselben oder immer neuen Beschwerden vorstellen, gehören zu der Klientel der psychosomatischen Mitbehandlung. Deren oft frustriert verlaufende Vorstellung bindet Ressourcen und lässt sowohl Patient als auch Ärztin häufig frustriert und verärgert zurück.

Beispielhafte (originalgetreue) Konsilanforderungen einer psychosomatischen Abteilung

- »Depression. Insgesamt sehr schwieriger Patient!!«
- »Patient weint.«
- »Viermonatiger Intensivstationaufenthalt bei COVID-19. Pat. sehr belastet. Anpassungsstörung?«
- »Keine Schmerzverbesserung nach viermaliger Knie-OP. Bitte um Ausschluss einer psychosomatischen Schmerzursache.«
- »V. a. akute Belastungsstörung. Sohn ist ausgezogen. Dialyse.«
- »Pat. verweigert OP. Depression in der Vorgeschichte. Bitte um Mitbeurteilung.«
- »Seit acht Jahren idiopathischer Juckreiz. Psychosomatische Ursache?«
- »Chronische Kopfschmerzen. cMRT, Liquor, BB unauffällig. Bitte um Mitbeurteilung.«
- »Pat. wollte am Wochenende gehen. Sehr aufgebracht wegen unklarer Diagnose. Bitte Gespräch.«
- »Rezidivierende Sehstörungen. Pat. gibt an, viel Stress zu haben. Bitte Mitbeurteilung.«
- »Amputation des Vorfußes nach Motorradunfall. Pat. sehr belastet.«
- »Parästhesien und subjektive Lähmung der linksseitigen Extremitäten. Pat. glaubt an Borreliose trotz mehrfacher negativer Serologie.«
- »Bitte Mitbehandlung bei v. a. Anpassungsstörung nach LWS-Stabilisierung. Pat. hat keinen Antrieb mehr.«
- »Zahlreiche körperliche Beschwerden ohne klinisches Korrelat. Bitte um Übernahme.«

3.2 Simultandiagnostik: Alles miteinander

Bestimmte Fachbereiche wie Neurologie und Gastroenterologie, aber auch z. B. die Dermatologie, behandeln häufig Patientinnen, deren Beschwerden teilweise oder überwiegend funktionell sind. Zunehmend erfolgt in solchen Fällen standardisiert eine *Simultandiagnostik*, also die gleichzeitige somatische Abklärung und Erhebung psychosozialer Belastungsfaktoren. Mitunter ist dies bereits in der Akutmedizin möglich. Ein beachtlicher Anteil von Vorstellungen in der Notaufnahme erfolgt aufgrund psychiatrischer oder funktioneller Beschwerden. Das klassische »Bitte gehen Sie, Sie haben nichts!« kann durch eine rechtzeitige Überweisung und Anbindung (im Sinne eines Beziehungsaufbaus) abgelöst werden. Die Einordnung von Beschwerden als »psychisch« verstehen viele als Synonym für »eingebildet« oder zumindest »nichts Ernstes«.

So kann auch eine verbesserte Beziehungserfahrung Ziel und Möglichkeit eines psychosomatischen Konsils sein. Auch hartnäckige Annahmen von Patienten – und mitunter auch Ärzten – wie beispielsweise, dass es sich bei

funktionellen um »eingebildete« und damit nicht ernstzunehmende Beschwerden handeln, können so entkräftet und aufgeklärt werden. Durch Psychoedukation, d. h. durch eine therapeutisch wirksame Aufklärung über psychische Prozesse und Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung, kann so ein ganzheitliches Bild von Beschwerden entstehen, welches körperliche, soziale und psychische Vorgänge und Mechanismen mit einbezieht.

Podcast: Ulrich Lamparter



»Ein Subjekt steht immer in einer bestimmten Situation. Ein Subjekt versucht sein Leben zu bewältigen, versucht es zu regulieren, kommt damit besser oder schlechter zurecht, aber ist erstmal ein Mensch in allen seinen Bezügen. Und er ist aber nicht eine Maschine und er ist nicht etwas, was man einfach so behandeln kann.«

Ulrich Lamparter

3.3 Das Bio-psycho-soziale Modell

Hier findet das *Bio-psycho-soziale Modell* (► Abb. 3.1), welches auf George Engel zurückgeht, Verwendung: Das Modell postuliert, dass Krankheit und Gesundheit aus diesen drei Bereichen bestehen beziehungsweise dass jeder Prozess und Zustand Komponenten aus diesen Bereichen beinhaltet. Als »biologisch« versteht man dabei klar abgegrenzte physiologische Prozesse wie Genetik, infektiologische Prozesse oder sichtbare physische Verletzungen; als

»psychologisch« werden sämtliche mentale Prozesse, wie z. B. Affekte, verstanden; mit »sozial« sind Beziehungen und Umweltfaktoren gemeint, also wie jemand eingebunden ist, Beziehungsqualität oder auch beispielsweise finanzielle Möglichkeiten.

Beim Blick auf die einzelnen Sphären wird bereits deutlich, dass zwischen ihnen vielfache Überschneidungen bestehen. Die drei Bereiche werden also nicht als getrennte

Entitäten, sondern als sich bedingende Einflussfaktoren, Wirkorte und Perspektiven gesehen. In allen Bereichen liegen nicht nur krankheitsfördernde Faktoren vor, sondern auch Resilienzfaktoren und Ressourcen: Hilfreiche Beziehungen, stabile finanzielle Verhältnisse, Interessen und Hobbies ebenso wie genetische Anlagen und physische Konstitution können dabei helfen, gesund zu bleiben und im Falle von Krankheit besser und rascher zurück ins Leben zu finden.

In jeder Krankengeschichte und Behandlung spielen alle diese Bereiche eine Rolle und müssen berücksichtigt werden. Nicht alle Umstände können durch die Patienten oder durch uns verändert werden, manche Faktoren können nur in der Umwelt der Patientinnen und Patienten beeinflusst werden.

Podcast: Peter Joraschky



Wie Prof. Joraschky das Biopsychosoziale Modell am eigenen Leib erlebte ...

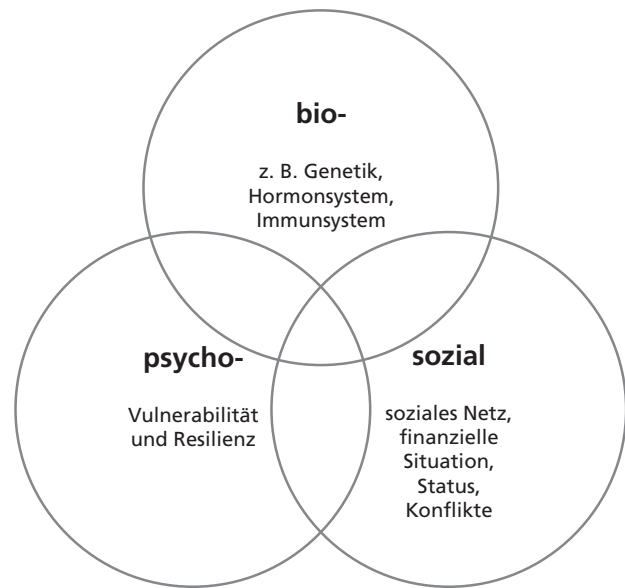


Abb. 3.1: Bio-psycho-soziales Sphärenmodell (nach Meier & Roth, 2022): Alle drei Bereiche überschneiden sich in der Entstehung und Behandlung von Beschwerden. Alle Sphären beinhalten sowohl Ressourcen als auch erschwerende Faktoren.

3.4 Wie funktioniert das mit der Simultandiagnostik?

In der erwähnten *Simultandiagnostik* geht es nicht darum, erst alle denkbaren körperlichen Erkrankungen auszuschließen, sondern früh alle Aspekte miteinzubeziehen. Das klassische »Entweder-oder« wird damit zum »Sowohl-als-auch«. Jeder Patient ist somit auf diese Weise abbildbar. Durch die Simultandiagnostik werden zwei diagnostische »Holzwege« vermieden, die vorurteilsbehaftet und damit fehleranfällig sind:

- **Ausschlussdiagnostik:** »Das ist nichts Psychosomatisches. Im Röntgen sieht man ganz klar einen Bandscheibenvorfall« → Psychosoziale Faktoren werden nicht beachtet.
- **Denkfehler »psychogen«:** »So wie sich diese Patientin benimmt, hat sie sicher was Psychisches.« → Somatische Faktoren werden nicht beachtet.

In einer beispielhaften Simultandiagnostik werden, wie üblich in der Medizin, zunächst alle abwendbaren gefährlichen Verläufe ausgeschlossen. Dies gelingt klinisch über die Vitalzeichenkontrolle, aber auch die Anamnese kann Hinweise auf soziale (z.B. bei häuslicher Gewalt) oder psychische (Suizidalität) Gefährdung geben.

Wenn diese ausgeschlossen sind, erfolgt die weitere Evaluation der Beschwerden.

Fallbeispiel

Der 21-jährige Manuel befindet sich nach einem schweren Autounfall auf der chirurgischen Station

eines Krankenhauses. Im Laufe der Behandlung wird ihm ein Teil des linken Beines abgenommen, da dieses trotz aller Bemühung nicht mehr zu erhalten ist. Die Beifahrerin – er war der Fahrer – liegt in einem anderen Krankenhaus. Ihr Zustand ist stabil, aber sie hat noch einiges an medizinischen Eingriffen vor sich und es ist unklar, ob alles wieder so wird wie zuvor. Der junge Mann selbst wird vermutlich zunächst einige Ressourcen einbüßen, zum Beispiel nicht mehr – oder nicht mehr ohne Probleme und Anpassung – Fußball spielen können. Vor dem Autofahren fürchtet er sich nun. Er lebt auf dem Land und ist auf das Auto angewiesen, auch für die Autonomie gegenüber seinen Eltern ist es ihm wichtig. Jetzt sind damit Erinnerungen von Angst und Schmerzen und Schuldgefühle der Beifahrerin gegenüber verbunden. Zunächst macht der junge Mann noch alles mit, übt auch ohne Physiotherapie fleißig Gehen und Stehen mit der Prothese. Doch dann wird es schwerer, der Schmerz nimmt wieder zu.

In einem Fall wie in diesem Beispiel kann eine frühzeitige *psychosomatische Intervention* hilfreich erscheinen, auch wenn die Erkrankung primär körperlich verursacht ist. Im Fall eines Unfalls spielen soziale Faktoren in der Entstehung (Beruf, Arbeitsweg etc.), in der Behandlung (soziales Netz) und in den möglichen Folgen (Arbeitsplatzverlust, Verlust von Ressourcen) stets eine wichtige Rolle.