

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ATEMFUNKTION UND SEELISCHE STÖRUNGEN

Herz-Kreislauf und Atemfunktion gehören zu den Grundvoraussetzungen menschlichen Lebens. Bei störungsfreiem Ablauf interessiert das niemand. Und gibt es Probleme, dann helfen rasche diagnostische und effektive Therapie-Möglichkeiten weiter. Dies gilt vor allem für die organische Seite. Wie aber steht es, wenn die Atemfunktion durch seelische Störungen beeinträchtigt wird? Beispiele: Angst- und Zwangsstörungen, Globus-Gefühl, Luftschlucken, psychogene Atemnot, Erstickungsangst, nervöser und Verlegenheits-Husten, Bronchialasthma etc. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Atmung – Lungenfunktion – Psychophysiologie der Atmung – Atmung und Stimmung – Atmung und Stress – Befindlichkeitsstörungen und Atmung – Atmung und phobische Ängste – Atmung und Zwangs-Symptome – Atmung und Körper-Missempfindungen – Globus-Gefühl – Fremdkörper-Gefühl im Hals – Schluck-Störungen – Aerophagie – Luftschlucken – Blähbauch – psychogene Atemnot – Seufzer-Atmung – Erstickungsangst – Dyspnoe – seelische Kurzatmigkeit – nervöses Hüsteln – funktionelle Atemstörungen – Hyperventilation – nervöses Atemsyndrom – Hyperpnoe – Hyperventilations-Tetanie – Pfötchenstellung – Hypoventilation – psychogener Husten – Verlegenheits-Husten – Räuspertics – tic-artiges Hüsteln – Protest-Husten – demonstratives Husten – Massen-Hüsteln – Husten-Anfall – Asthma bronchiale – Bronchialasthma – körperliche Asthma-Ursachen – seelische Asthma-Ursachen – Asthma-Auslösung – Asthma-Psychotherapie – Infektionen des Respirationstraktes – chronische Bronchitis – Pneumonie – Lungenentzündung – Lungen-Tuberkulose – Sarkoidose – Mukoviszidose – Bronchial-Tumor – Lungen-Tumor – u. a. m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

Mit der Atmung ist es wie mit dem bekannten Beispiel vom Tausendfüßler, der bewundernd gefragt wurde, wie er das eigentlich mit seinen zahlreichen Beinen geregelt bekommt. Und er denkt überrascht und erstaunt nach, gerät in Verwirrung und kommt mit seinem Gang nicht mehr zu recht... Auch die Atmung ist lebensnotwendig und verläuft deshalb glücklicherweise als vegetative Funktion völlig „automatisch“ und damit (meist) ungestört. Dass hier zahllose organische Störungen beeinträchtigen können, ist jedem geläufig. Beispiele: Herz-Kreislauf, ja Wirbelsäule, Magen-Darm etc.

Es gilt aber auch seelische Ursachen zu berücksichtigen, meist als psychosomatisch, heute eher als funktionell, somatoform u. ä. bezeichnet. Und das sind auch nicht wenige, vor allem erheblich verwirrende und damit besonders belastende. Dies zumal, wenn alle möglicherweise beteiligten ärztlichen Fachbereiche keinen krankhaften Befund ergaben. „Gesund“ also, und trotzdem erheblich beeinträchtigt. Denn eines ist sicher und allseits akzeptiert: Ohne Luftzufuhr geht gar nichts. Atemstörungen gehören deshalb zu den heftigsten gesundheitlichen Störungen, denn über allem schwebt ja die panisch registrierte Erstickungs-Angst. Die Corona-Pandemie und ihre letalen (End-)Folgen verstärken natürlich noch entsprechende Ängste.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Thema *Atemfunktion und seelische Störungen*, basierend auf dem entsprechenden Kapitel eines der klassischen Fachbücher zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker mit dem Titel *Angewandte Psychosomatik* im Thieme-Verlag, Stuttgart, 1997, herausgegeben von Professor Dr. Hans Christian Deter, Berlin. Im Einzelnen:

ZUR PYSIOLOGIE (NORMALE FUNKTIONSABLÄUFE) DER ATMUNG

Die Atmung dient also den so genannten vitalen (lebensnotwendigen) Funktionen. Beispiele: Gaswechsel (in diesem Zusammenhang der Sauerstoff- und Kohlendioxid-Gehalt in der Ausatmungs-Luft), Säure-Basen-Gleichgewicht, ja Temperatur-Regelung und Flüssigkeits-Abgabe. Außerdem ist sie die Voraussetzung für die Stimm- und damit Sprachfunktion.

Auf der muskulären Ebene unterscheidet man die Thorax-Atmung (also des Brustkorbs) im Stehen und bei Aktivität. Es gibt aber auch eine Bauch-Atmung in Ruhe-Situationen, vor allem im Liegen, bei der die Zwerchfell-Atmung die Hauptaufgabe übernimmt.

Geregelt wird die Atmungs-Funktion über so genannte Lungendehnungs-Rezeptoren, also die reizempfindlichen Enden von Nervenfasern sowie durch den muskulären Spannungs-Zustand (hier vor allem beim Zwerchfell). Wenn wenig Muskel-Einsatz gefordert ist, d. h. in Ruhe und Entspannung, wirkt besonders das so genannte kinetische System der Lungendehnungs-Rezeptoren. Bei aktiver Lage wie Stehen, Bewegung, aber auch Aufmerksamkeit (siehe später) ist mehr die Muskel-Spannung gefragt.

Die oberste Leitung des ganzen Systems liegt im Atemzentrum des Gehirns, das mit Hilfe der glatten („automatisch“ funktionierenden) und quergestreiften (willentlich geleiteten) Muskulatur einerseits eine automatisierte Lungenfunktion garantiert, andererseits aber auch eine willkürlich-beeinflussbare Atemweise ermöglicht. Denn vor allem die körperliche Bewegung oder die Ruhe im Schlaf, aber auch bestimmte Stoffwechsel-Situationen ermöglichen eine entsprechende Anpassung der Atmung an die jeweilige Lage. Klassisches Beispiel ist natürlich „nach oben“ der Hochleistungs-Sportler (Sauerstoff-Bedarf und pH-Stoffwechsel). Aber natürlich auch – jeder hat es schon einmal persönlich verspürt –, die Beschleunigung der Atmung durch Unruhe, Erregung, Angst, Wut etc. und eine geringere Ein- und Ausatmungs-Frequenz in Ruhe und gelassen-behaglicher Stimmung.

ZUR PSYCHOPHYSIOLOGIE DER ATMUNG

Dies gibt Gelegenheit, einen kurzen Blick auf die *Psychophysiologie*, also die normalen Lebensvorgänge und Funktionen des menschlichen Körpers unter seelischen Gesichtspunkten zu werfen, wenn es um die Atmung geht. Denn gerade dieser Organ-Bereich ist seelisch und damit psychosozial besonders sensibel. Man denke nur an zahlreiche Bemerkungen, Redensarten, Verbal-Agressionen u. ä. (siehe Kasten).

Die Atemfunktion im Spiegel täglicher Bemerkungen

- Die Luft ist beklemmend, schwül, bedrückend, geladen, es herrscht dicke Luft etc.
- Es verschlägt einem den Atem, man wagt nicht Luft zu holen, man will nicht mit dem anderen die gleiche Luft einatmen, man glaubt in dieser oder jener Situation oder Nähe zu ersticken u. a.
- Oder man muss sich bei jemand ordentlich Luft machen, werde dem anderen etwas husten, kann ihn nicht riechen usw.

- Oder im Betrieb, in der Familie, in der Partnerschaft herrscht „schlechte Luft“, eine bedrückende Atmosphäre, die Stimmung ist zum ersticken usf.
- Oder ganz zum Schluss: Jemand hat seine Seele ausgehaucht...

Gemütsgeladene Situationen und damit die emotionale Stimmung, wenn nicht gar Stress, können die Atem-Frequenz (Zahl der Atemzüge) erhöhen, das Atemzug-Volumen (Rauminhalt) verändern und die Expirations-(Ausatmungs-)Zeit verkürzen. Das fängt schon bei Belastungen an, die kaum der Rede wert zu sein scheinen, sehr wohl aber wissenschaftlich nachweisbar sind. Beispiele: Lärmreize, Diskussion, Rechenaufgaben u. a. Ja, selbst Erwartungen oder Ärger können zur entscheidenden physiologischen Veränderung führen, nämlich zur Erhöhung des so genannten bronchialen Atemwegs-Widerstands, also der verengten Lungenleiter. Und dies - unbemerkt - nicht nur bei entsprechend Labilen oder gar Kranken, sondern auch bei Gesunden. Und da die emotionale (Gemüts-)Seite so einflussreich ist, wundert es auch nicht, dass Atemveränderungen nicht nur bei negativen, sondern auch positiven Situationen, z. B. Stimmungs-Aktivierungen auftreten. Das geht bis hin zur Auslösung von Asthma-Anfällen, die nicht nur bei panischer, sondern auch freudiger Erregung drohen können.

SPEZIELLE ASPEKTE

BEFINDLICHKEITS-STÖRUNGEN DER ATMUNG

Unter *Befindlichkeit* versteht man das Allgemeinbefinden einschließlich Gestimmtheit, also ein subjektiver seelisch-geistig-körperlicher Zustand, im Englischen bezeichnenderweise *subjective experience* genannt. Kurz: Die Gesamtheit der aktuellen Gestimmtheit und des subjektiven körperlichen Wohlbefindens einschließlich der Aktivierungs-Möglichkeiten. Wissenschaftlich werden dabei noch geprüft allgemeines Wohlbehagen und Aktivitäts-Niveau, leistungsbezogene Aspekte, Extraversion und Introversion (also mehr nach außen oder innerseelisch orientiert), und natürlich die weite Skala zwischen allgemeinem Wohlbehagen und emotionaler Gereiztheit bis hin zu Angst, Furcht, Panik etc.

Kein Wunder, dass sich dieser weite Empfindungs-Bereich auch psychosomatisch ausdrückt, d. h. der Einfluss des Seelischen auf die körperliche Sphäre. Und hier insbesondere auf die Atmung.

Entsprechende Symptome von Krankheitswert entstehen beispielsweise dann, wenn sich der Patient mit Ängsten oder Zwängen übermäßig stark mit seiner

Atmung beschäftigt und dabei Funktionsstörungen auslöst, ohne dass eine organische Beeinträchtigung vorliegt. Dabei kann es – wen wundert es, siehe oben – zu einer Veränderung der Atemtiefe und Atemfrequenz kommen. Belastet es kurzfristig, dann ist es ohne ernstere Konsequenzen. Hält es über längere Zeit an, droht eine so genannten „neurotische Besetzung der Atmung“, wie man das früher bezeichnete. Will sagen: eine übermäßige Beachtung und damit krankheits-riskante Beobachtung, ja Kontrolle des Atmungs-Ablaufs, ohne dass die Atemfunktion selber betroffen ist. Dabei unterscheiden die Experten folgende Beeinträchtigungen:

- *Phobische (also konkrete angst-besetzte) Reaktionen*, die sich auf die Atmung beziehen. Beispiele: Die Furcht, zu ersticken oder schädliche Stoffe einzuatmen.

Hier handelt es sich primär um eine Angst-Symptomatik, also ein Beschwerdebild das sich aufgrund einer besonderen, vor allem individuellen Entwicklung störend an der Atmung festmacht.

- *Zwangs-Symptome*, die sich auf die Atmung beziehen. Beispiele: Das Zählen von Atemzügen oder bestimmte Atem-Zeremonien u. a. Hier ist die Atemstörung Ausdruck einer Zwangsstörung.

- *Körper-Missempfindungen*, die sich auf die Atemwege beziehen. Beispiele: Das Zusammenschnüren der Brust, Kurzatmigkeit, das Gefühl keine Luft zu bekommen, also Atemnot etc.

Nachfolgend einige *Sonderfälle* oder *Grenzbereiche zwischen funktionellen Atem- und Magen-Darm-Störungen*. Zu Letzteren siehe auch die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Im Einzelnen:

- Ein solcher Sonderfall ist das so genannte *Globus-Gefühl*, ein Fremdkörper-Gefühl im Rachen und/oder Hals ohne organischen Befund. Und dies unabhängig vom Schluck-Akt, was sich nicht nur auf das Schlucken, sondern auch auf die Atmung auswirken kann. Manche Betroffene glauben sogar, ihr Hals werde dicker und empfinden ein beklemmendes Gefühl durch Kragen, Pullover u. ä.

Globus-Gefühle sind nicht selten, man spricht von mehr als jedem Zehnten (Frauen dreimal häufiger als Männer); möglich in jedem Lebensalter, gehäuft in den so genannten „besten“, d. h. mittleren Lebensjahren.

Ursache sind – vor allem beim weiblichen Geschlecht – Ängste, Befürchtungen, depressive Verstimmungen, auch zwanghafte Züge und weitere körperliche Beschwerden ohne organischen Grund. Nicht wenige erscheinen introvertiert, also eher in sich gekehrt. Meist geht es um naheliegende Vorstellungen,

Bedürfnisse, Zwänge und resignative Erkenntnisse („alles schlucken zu müssen“). Psychoanalytisch spielen hier nicht selten verdrängte Wünsche oder Befürchtungen, mitunter auch aggressive oder Unterwerfungs-Aspekte eine unbewusste Rolle. Bei Depressionen lässt sich das Globus-Gefühl in rund jedem 10. Fall erfragen.

Die Heilungsaussichten hängen von Schweregrad, konkreter Diagnose sowie therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen ab. Meist handelt es sich jedoch um ein zeitlich begrenztes Phänomen, wenn auch mit (ständigem) Rückfall-Risiko. Organisch gesehen ist das Globus-Syndrom meist harmlos.

- Ein weiteres Grenz-Phänomen ist die *Aerophagie*, das Luftschlucken. Luft im Magen ist nichts Ungewöhnliches. Schon mit jedem Schluck-Akt werden normalerweise 1 bis 2 ml Luft in den Magen befördert; bei jeder flüssigen Mahlzeit ein Mehrfaches davon. So ist das Aufstoßen, vor allem bei einer Mahlzeit, nichts Absonderliches, ja durchaus sinnvoll.

Anders die Neigung zum ständigen unwillkürlichen Luftschlucken und damit Vollpumpen des Magens. Das kann nicht nur lästig, das kann sogar beängstigend bis qualvoll ausfallen. Und zwar nicht nur was die Blähungen betrifft, sondern auch ihre Atmungsfolgen. Denn der Blähbauch drückt das Zwerchfell nach oben und behindert damit die Lungenfunktion bis hin zur (subjektiven) Kurzatmigkeit, wenn nicht gar psychogenen „Atemnot“.

Ursächlich findet man es nicht selten in unbefriedigenden Situationen, die nicht bewältigbar erscheinen, nicht zuletzt wegen subjektiv empfundener Unfähigkeit oder gar Hilflosigkeit. Das lässt sich – wie schon angeführt – auch in so manchen Seufzern, Erklärungen und Rechtfertigungen erkennen. Beispiele: „Viel schlucken zu müssen“, „alles in sich hinein fressen“, regelrecht ein „armer Schlucker zu sein“ u. a. Im Grunde also eine Art reaktive, resignative depressive Verstimmung (also keine eigentlich krankhafte Depression). Häufig auch eine unterschwellige Unzufriedenheit, durchaus auch eine gewisse innere Unruhe und Getriebenheit, manchmal auch hypochondrische Ängste und sogar eine heimliche (bzw. unterdrückte) aggressive Grund-Einstellung.

Befindlichkeitsstörungen – was kann man tun?

- Handelt es sich also um *Befindlichkeitsstörungen der Atmung ohne atemmechanisch krankhaften Befund*, z. B. Erstickungsangst, pseudo-organische Dyspnoe (Atemstörung im Sinne einer Kurzatmigkeit), Zählen der Atemzüge, nervöses Hüsteln etc., werden wohl zuerst Allgemeinarzt oder Internist konsultiert. Und diese werden nach den entsprechenden Untersuchungen, Entwarnungen und Beratungen in eine psychosomatische Ambulanz oder zum Psychotherapeuten überweisen, wo nach einer z. B. tiefenpsychologisch orientierten Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte), wenn nicht gar einem analyti-

schen Interview eine entsprechende psychotherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie, notfalls eine stationäre psychosomatische Behandlung in einer Fachklinik empfohlen wird.

- Beim *nervösen Atemsyndrom*, d. h. „Seufzer-Atmung“, Erhöhung der Atmungs-Frequenz unter Druck oder gar in Ruhe bis hin zum Hyperventilations-Syndrom (krankhaft gesteigerte Atemfrequenz mit seelischen und körperlichen Krankheitszeichen) werden auch hier zuerst allgemeinärztliche oder internistische Untersuchungen vorangehen, z. B. Spirometrie (Atemvolumen-Messung), Blutgase (evtl. Kalzium im Serum) sowie Ausschluss anderer Ursachen (Herz, Niere etc.).

Danach folgen in einem erweiterten ärztlichen Gespräch Entwarnung, Beruhigung, konkrete Ratschläge, ggf. Atemtherapie, Atemgymnastik u. a. Sollte dies keinen Erfolg bringen, würde man sich zu einer tiefenpsychologischen Untersuchung mittels analytischem Interview entscheiden und entsprechende Therapie-Maßnahmen empfehlen wie Autogenes Training, sonstige funktionelle Entspannungs-Verfahren, ggf. eine psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung, bei entsprechender Indikation eine stationäre Therapie in einer psychosomatisch orientierten Fachklinik.

FUNKTIONELLE ATEMSTÖRUNGEN

Unter *funktionellen Atemstörungen* versteht man eine Beeinträchtigung der Atem-Regulation. Beispiele: Hyperventilation (nervöses Atemsyndrom), Hypoventilation und psychogener Husten. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht der unterschiedlichen Formen dieser nervösen Atemsyndrome auf psychoreaktiver Basis nach dem entsprechenden Kapitel in der *Angewandten Psychosomatik*, herausgegeben von H. C. Deter:

● **Hyperventilation (nervöses Atemsyndrom)**

Zu den besonders belastenden Atemfunktions-Störungen im Sinne eines nervösen Atem-Syndroms zählen die Seufzer-Atmung, die ruhige und unruhige Hyperpnoe und die Hyperventilations-Tetanie. Was heißt das?

- Bei der *Seufzer-Atmung* findet sich ein regulärer Atemrhythmus. Allerdings auch eingestreute Seufzer, die das Atemvolumen, also den Rauminhalt der ein- und ausgeatmeten Atemzüge vergrößern. Das kann man auch bei Gesunden finden, vor allem im Zustand nervöser Abgespanntheit oder missmutiger Abgeschlagenheit. Hier drückt das Seufzen eine unerträgliche Situation aus, die zu ihrer Überwindung Energie braucht, die im Augenblick nicht mehr verfügbar ist. Im Schlaf findet sich das nicht.

- Bei der *ruhigen Hyperpnoe* wird die Atemgröße gesteigert, und zwar nicht aus organischer Not, sondern rein seelisch bedingt. Im aktiven Zustand und bei gesunder Ausgangslage ist es normal, in Ruhe dann aber Ausdruck einer Anspannung, gleichsam im Sinne von „bereit“ für etwas, das sich erst einmal theoretisch abzeichnet.

- Bei der *unruhigen Hyperpnoe* kommt es ebenfalls zur Steigerung der Atemgröße. Dann allerdings mit Phasen hoher Atemfrequenz bei kleinem Atemvolumen („Hecheln“) und Phasen geringer Atemfrequenz und großer Atemtiefe. Außerdem zusätzlich eine Seufzer-Atmung.

Diese Atmungsformen haben den Charakter der so genannten Angst-Atmung, d. h. einer Situation in Abwehr- oder gar Verteidigungsstellung.

Manche psychosomatisch orientierten Überlegungen finden dann die ruhige Hyperpnoe eher bei umsetzbaren Zielen, die unruhige bei leider nicht realisierbaren Projekten.

- Die *Hyperventilations-Tetanie* ist der akute Fall des nervösen Atemsyndroms. Sein typisches Erscheinungsbild ist meist dramatisch. Beispiele:

Angst führt zu Lufthunger und damit Zwang, tief durchatmen zu müssen. Das provoziert ein „Gürtel- oder Reifen-Gefühl“ über der Brust (übrigens ähnlich wie die so genannten „pektanginösen Beschwerden“ bei entsprechenden Herzstörungen, in diesem Fall aber nicht auf krampf-lösende Medikamente ansprechend). Durch die Angst-Polypnoe (Erhöhung der Atemfrequenz und -tiefe) kommt es zu einer unphysiologischen Steigerung der Atemgröße (ggf. bis 95 % über dem Soll), was zu einer flachen Atmung mit eingestreuten Seufzer-Atemzügen führt.

Darüber hinaus droht ein charakteristisches Beschwerdebild. Beispiele: Missempfindungen an Händen, Füßen und um den Mund herum. Ggf. Geburtshelfer- oder Schreibhandstellung, d. h. Finger im Grundgelenk gebeugt, im Mittel- und Endgelenk gestreckt, Daumen eingeschlagen. Oder bis zur so genannten Pfötchenstellung, d. h. Hand nach unten gesenkt, Ellenbogengelenk gebeugt, Oberarm an den Rumpf gepresst. Oder Füße bei gebeugten Zehen nach unten gebeugt. Oder das so genannte „Karpfenmaul“, d. h. rüsselförmiges Vorstülpen des Mundes durch die entsprechende mimische Muskulatur.

Und schließlich auf kognitiver (geistiger) und psychosomatischer Ebene ggf. Konzentrationsstörungen, leichte Benommenheit, Kopfschmerzen, Schwindel oder dezente Bewusstseinsstörungen.

Häufigkeit, Alter und Geschlecht

Ein nervöses Atemsyndrom im Sinne der erwähnten Atemstörungen ist nicht selten. Meist hält sich die Belastung aber im ertragbaren Rahmen. Wenige Prozent der Bevölkerung scheinen aber auch mittel bis stark an seelisch bedingter Atemnot zu leiden.

Das weibliche Geschlecht überwiegt. Frauen in den mittleren Lebensjahren sind häufiger betroffen.

Leidensbild

Beim nervösen Atemsyndrom spielt vor allem die Dyspnoe als Leitsymptom die größte Rolle: Lufthunger. Das kann sich vor allem bei der Hyperventilations-Tetanie dramatisch zuspitzen und zu den erwähnten Beschwerden und psychosozialen Folgen führen, bis hin zur notfallmäßigen Einweisung in das nächste Krankenhaus.

Zumeist klagen die Betroffenen über ein pelziges Gefühl im Mundbereich und an den Händen, seltener über die gerne als typisch bezeichnete „Pfötchenstellung“. Was sich aber meist findet ist Unruhe, Angst, Erregung, Panikbereitschaft. Denn es wird auch über Enge über der Brust und den nicht bewältigbaren Zwang geklagt, tief durchatmen zu müssen („Atemsperr“, „Atemblock“). Auch eine Leere im Kopf mit entsprechenden Beeinträchtigungen ist nicht selten.

Psychosoziale Aspekte

Für die Entstehung der körperlichen Symptomatik der Hyperventilation spielt vor allem eine übergeordnete Rolle: Angst. Es können zwar auch Gefühle von Schmerz oder Wut vorausgehen, aber Angst, Furcht und Panikbereitschaft sind das zentrale Problem.

Nicht wenige Patienten wirken auch vegetativ stigmatisiert, wie es in der medizinischen Fachsprache heißt. Am häufigsten in Form einer so genannten neurovegetativen Dystonie mit Herz-Kreislauf-Störungen, kalten und feuchten Gliedmaßen, Kopfschmerzen, Schwindel etc.; falls besonders der Lungenkreislauf betroffen, dann mit Atembeschwerden („Atemkorsett“). Es sind aber auch psychisch relativ unauffällige Verläufe möglich. Bei einer so genannten „vertieften Anamnese“ (Vorgeschichte), nicht zuletzt partner-, familien- und berufsbedingt, finden sich dann aber doch nicht selten bestimmte Anhaltspunkte zur „Psychogenese der Symptomatik“, d. h. seelisch bzw. psychosozial (mit-)bedingte Ursachen.

Auf jeden Fall tritt das Krankheitsbild bei ganz verschiedenen Persönlichkeiten und emotionalen Störungen auf und kann in völlig unterschiedlichen Situationen ausgelöst werden. Allerdings gilt es zu bedenken: Je länger die Störung (unbehandelt) besteht, desto geringer und unspezifischer müssen die Anlässe sein, die schließlich einen Hyperventilations-Anfall auslösen können.

In psychodynamischer Hinsicht geht es vor allem um unbewusste ambivalente (zweispältige) Gefühle gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen. Der meist nicht nach außen getragene emotionale Konflikt bahnt Gefühle von Aggressivität und Angst (in dieser oder umgekehrten Reihenfolge oder schließlich zusammen).

Zumeist handelt es sich jedoch um eine schwer lösbare Konfliktsituation: Eigentlich müsste eine Auseinandersetzung mit der entsprechenden Bezugsperson beginnen, zu der sich aber der Betroffene nicht in der Lage sieht. So kommt es lediglich als so genanntes motorisches Korrelat (Bewegungs- bzw. Aktivitäts-Entsprechung) zur beschleunigten Atmung („so als ob“).

Hier fließen natürlich auch tiefenpsychologische Erkenntnisse ein, z. B. die Identifikation mit dem Angegriffenen, dem der Patient am liebsten „den Hals zudrücken möchte“. Bei der Seufzer-Atmung scheinen dafür eher resignative und depressive Stimmungen bei dauerhafter aber unergiebigem Anstrengungshaltung vorzuherrschen.

Wichtig auch die Art der Krankheits-Verarbeitung. Denn die Hyperventilation wird vom Betroffenen meist nicht bewusst wahrgenommen. Was besorgniserregend und schließlich quälend erlebt wird, ist die als dramatisch empfundene Atemnot und jene Symptome, die organisch damit zusammenhängen, für den Betroffenen aber völlig unerklärlich und fachärztliche auch noch ohne körperliche Ursachen belasten: Missempfindungen, innere Unruhe und Panikbereitschaft, Atem-Enge, Druck auf der Brust, Leere im Kopf etc.

Vor allem die qualvolle Angst, die muskuläre Übererregbarkeit und schließlich die Symptome der Hyperventilations-Tetanie verstärken und verlängern natürlich die funktionelle Atemstörung ohne organische Ursache.

Außerdem können die auslösenden Bedingungen am Anfang sehr spezifisch (und damit relativ schnell objektivierbar) sein, später aber immer unspezifischer werden, was zuletzt zu Hyperventilations-Reaktionen auf alle möglichen Auslöser hin führen kann.

Deshalb ist es so wichtig, die Art der Krankheitswahrnehmung, das Krankheitsverständnis und die Verarbeitung der gemütsmäßigen Befindlichkeitsstörung genau zu analysieren und mit dem Patienten offen zu besprechen (s. später).

Differential-Diagnose: Was könnte es sonst noch sein?

Je unspezifischer ein Leiden auftritt, desto mehr Ursachen sind zu bedenken. Kein Wunder, dass gerade bei funktionellen Atemstörungen und insbesondere beim nervösen Atemsyndrom erst einmal eine beunruhigende Reihe von differential-diagnostischen Möglichkeiten abgeklärt werden muss.

In psychosomatischer Hinsicht ist es vor allem das, was man früher eine „Herzneurose“ nannte, kurz: Erhebliche Herzbeschwerden wie Stechen, Stolpern, Brennen oder Schmerzen, für die keine körperlichen Ursachen gefunden werden können. Das findet sich vor allem bei jüngeren Menschen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, in dem dann glücklicherweise ein Herzinfarkt doch seltener auftritt.

Aber auch bei Panikattacken im Rahmen einer schweren Angststörung können neben anderen vegetativen Symptomen auch Atemstörungen auftreten, wenngleich Hyperventilation oder gar tetanische Symptome eher selten. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

In organischer Hinsicht gibt es dann aber doch eine Reihe somatischer (körperlicher) Differential-Diagnosen, die es ggf. zu klären gilt. Dazu nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht in Fachbegriffen:

- *Hyperventilation evtl. im Wechsel mit epileptischen Anfällen*: Enzephalitis, Hirntumore, bestimmte Vergiftungs-Ursachen etc.
- *Hyperventilation ohne tetanische Symptome*: Fieber, Muskelarbeit, Anämie, Hypoxämie bei verschiedenen Krankheiten u. a.
- *Keine Hyperventilation, aber tetanische Symptome*: Hypoparathyreoidismus (evtl. nach Strumektomie), Magnesium-Mangel, Hyperkaliämie, Hypokalzämie usw.
- *Weitere Hyperventilations-Ursachen bei normalem Lungen- und Bronchialsystem*: Atem-Stimulantien (z. B. Pervitin u. ä.), Fieber, Herz-, Leber- oder Nieren-Insuffizienz, neurologische Erkrankungen mit Mittelhirn- und Kortex-Beteiligung, schwere Schmerzsyndrome, aber auch Schwangerschaft, Höhen-Akklimatisation usf.
- *Hyperventilation bei geschädigtem Lungen- und Bronchialsystem* sind zu erwarten bei Beginn eines Asthma-Anfalls, Pneumonie, Lungenembolie, Pneumothorax, interstitieller Lungenerkrankung, beginnender Lungenfibrose u. ä.

Therapeutische Aspekte

Eine Atemstörung, ob funktionell („seelisch“) oder organisch, ist grundsätzlich eine dramatische Situation, oftmals nicht nur für den Patienten, auch für sein Umfeld, einschließlich professioneller Helfer. Dabei kommt es gerade hier darauf an, Ruhe und Übersicht zu bewahren, möglichst schnell, aber dann doch gelassen eine schwere körperliche Erkrankung auszuschließen und mit dem Betroffenen in ein Gespräch zu kommen, das nicht nur die notwendigen Informationen vermittelt, sondern auch beruhigend wirkt (wiederum nicht nur für den Patienten, auch für sein Umfeld).

Deshalb wird von allzu schnellen mechanischen Aktionen abgeraten, sprich Rückatmungsbeutel, Injektionen, Infusionen, Beatmung u. ä. Allerdings muss man zugeben, dass es dann doch meist die dramatische Leidens-Situation ist, die die Entscheidungen von beiden Seiten zu steuern pflegt.

Handelt es sich aber um ein offensichtlich psychosomatisches Geschehen, ist das wichtigste Behandlungsprinzip die Beruhigung des Patienten durch eine Klärung der auslösenden Bedingungen, z. B. bei einem Hyperventilations-Anfall mit angstvoll hechelnder Atmung, Herzbeschwerden, ggf. Tetanie-Zeichen (s. o.). Dabei soll der Patient verstehen, wie es belastungsbedingt zu dieser Auslösung gekommen und die schwere Angst-Symptomatik entstanden ist. Dadurch verringert sich vor allem die Fixierung auf die Atmung und damit ein Teufelskreis: Angst → Hyperventilation → Hyperventilations-Symptome → erneute Angstbereitschaft u. a.

Einzelheiten für die fachärztlichen Behandlungsbemühungen bis hin zur Psychotherapie siehe die entsprechenden Lehrbücher. Dort geht es dann auch um die Frage, ob eine konflikt-orientierte Psychotherapie bzw. Partnertherapie oder verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt werden sollen oder können (Letzteres beim begrenzten Angebot zeitnaher Fachbehandlungen).

Ob im Weiteren auch eine somatische (körperlich orientierte) Therapie notwendig wird, gilt es je nach Fall zu klären. Das betrifft zum einen im Notfall die Rückatmung in einen Beutel oder eine Tüte. Dadurch soll – fachlich gesprochen – der Kohlendioxid-Partialdruck durch die wiedereingeatmete verbrauchte Luft erhöht werden.

Daneben kann auch eine manuelle Atemhilfe mit der Hand nützlich sein. Doch wesentlich wirksamer sind spezielle atem-therapeutische Angebote oder eine Atemgymnastik, um die extreme Thorax-(Brustkorb-)Atmung in eine Bauch-Atmung zu überführen. Und vor allem die ausgeprägten Angstzustände von der Atembewegung systematisch zu entkoppeln. Hier kann auch das Autogene Training hilfreich sein.

Über eine medikamentöse Behandlung gehen die Experten-Meinungen auseinander. Meist regelt sich das aber von selber, weil der eine eher danach greift, der andere keine medikamentöse Alternativen bevorzugt (und dann aber auch mehr persönlichen Einsatz zur Selbst-Behandlung zeigen müsste). Im Notfall kann aber die Gabe eines Beruhigungsmittels durchaus hilfreich sein (z. B. wenige Tropfen Diazepam, die auch noch relativ schnell in die Blutbahn gelangen). Bei sehr hartnäckigem und dramatischem Leidensbild ggf. auch als Injektion, was aber seine Risiken hat (z. B. Atemdepressionen, d. h. medikamenten-bedingte Abflachung der Atemzüge).

Die Behandlung mit Kalzium oder Vitamin D wird gerne empfohlen, insbesondere als Placebo-(medikamentöse Schein-)Therapie. Sie hat aber den entscheidenden Nachteil, dass dadurch die Somatisierungs-Neigung („Verkörperlichung“) des ursprünglich seelischen Leidens gebahnt wird. Will heißen: die psychogene Atemstörung auf eine scheinbar körperliche Erkrankung „mit offenbar zu wenig Kalzium“ zurückführen wollen.

Schlussfolgerung: Die Hyperventilation ist – wie der Name sagt – ein nervöses Atemsyndrom, d. h. psychogen (seelisch bedingt) ausgelöst und unterhalten. Sie ist nicht so selten, wenngleich nicht in jedem Fall ärztlich, insbesondere dann psychotherapeutisch betreut. In vielen Fällen dürfte sie vom Betroffenen selber durchlitten werden und sich nach und nach auch wieder verflüchtigen. Bei schweren und vor allem folgenreichen Verläufen (Ausbildung, Partnerschaft, Beruf) ist jedoch eine hausärztliche und ggf. internistische Abklärung empfehlenswert, die nach entsprechender Diagnostik auch in eine ambulante Psychotherapie münden könnte. Und hier ist gerade beim nervösen Atemsyndrom immer wieder von positiven Ergebnissen zu hören.

• Hypoventilation

Eine *Hypoventilation* ist eine Unterfunktion des zentralen (also vom Gehirn gesteuerten) Atem-Antriebs.

Die Folgen sind Müdigkeit, Leistungseinbruch sowie eine Reihe eigentlich uncharakteristischer Krankheitszeichen wie Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche oder depressive Verstimmung.

Mögliche Ursachen bei normalem Lungen- und Bronchial-System (Atemwege) sind eine so genannte zentrale Atemdepression (gehirnbedingte Atemstörung) durch Arzneimittel wie Morphine, Barbiturate (früher häufiger gegen Schlafstörungen eingesetzt), Anästhetika (Narkosemittel) u. a. Oder eine Schädigung des Hirnstamms durch Schädelhirntrauma (Kopfverletzungen), Blutung, Hirnschlag, Gehirnentzündung, Tumore etc. Selbst Rückenmarks-Schädigung und neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. die Myasthenia gravis, eine krankhafte Muskelschwäche) können von Bedeutung sein. Ähnliches kennt man von

der Diphtherie. Und neben weiteren, eher selteneren internistischen Krankheiten auch orthopädische Beeinträchtigungen, z. B. Brustkorb-Missbildungen, Spondylitis ankylosans (Wirbelsäulen-Infektionen) etc.

Bei geschädigtem Lungen- und Bronchialsystem droht eine Unterfunktion des Atemantriebs durch schweren Asthma-Anfall, Behinderungen und Verengungen der oberen Atemwege (Schilddrüse, Tumor), ferner durch ein Lungenemphysem (Erkrankung der Lungenbläschen), chronisch obstruktive (die Atemwege verschließende) Lungenerkrankungen und fortgeschrittene Lungen-Fibrosen (übermäßiges Narben- oder Bindegewebe) unterschiedlicher Ursachen.

Immer wichtiger werden offenbar auch schlafbezogene Ventilationsstörungen, Schlaf-Apnoe genannt. Hier hilft eine Untersuchung im Schlaflabor weiter, die bei entsprechendem Befund auch gezielt behandelt werden kann. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

● **Psychogener Husten**

Unter einem *psychogenen, also seelisch ausgelösten oder unterhaltenen Husten* versteht man einen anfallsweisen Hustenreiz ohne nachweisbar krankhafte Veränderungen der Atemorgane. Dabei kann es minuten-, ja stundenlang zu trockenen Hustenanfällen kommen, die zum Teil über Monate, wenn nicht gar Jahre quälen.

Der psychogene Husten nimmt eine Mittelstellung ein zwischen Befindensstörungen und funktionellen Störungen. Was heißt das?

Ein Hustenreiz kann durch viele Ursachen ausgelöst werden, aber auch psychosomatisch gebahnt sein, früher als Konversions-Symptom (unverarbeitete Konflikte äußern sich körperlich) oder Tic-Symptomatik bezeichnet, weil eben keine körperliche Ursache gegeben ist. Andererseits kann es bei immer wieder auftretenden chronischen Hustenattacken zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Atmungsfunktion kommen, die sogar Auswirkungen auf das Bronchial-System der Luftleiter hat.

Diagnose und Differential-Diagnose

Beim psychogenen Husten unterscheidet man das Verlegenheits-Husten, tic-artiges Hüsteln (Räuspertics), das Protest-Husten, das demonstrative Husten, das störende Massen-Hüsteln oder das laute, sich lang hinziehende Husten im kaum unterbrechbaren Husten-Anfall.

Fachärztliche, so genannte lungenfunktions-analytische Untersuchungen zeigen bei eher kurzer Krankheitsdauer keinen auffälligen Befund. Bei Chronifizierung, d. h. habituell (gewöhnungsmäßig gewordenem) psychogenem Hus-

ten muss aber mit organischen Folgen gerechnet werden. Beispiele: Pharyngitis, Tracheitis und trockene Bronchitis, d. h. entsprechende Entzündungen von Rachen, Luftröhre und großen Atemwegen der Lunge.

Das leitet zur Frage über: Was könnte es sonst noch sein, vor allem organisch?

Hier gilt es Erkrankungen der Lunge (Lungenentzündung, Tuberkulose, Stauungslunge etc.) sowie der Atemwege (Laryngitis, Pharyngitis, Bronchitis, Tumore u. a.) auszuschließen. Und sogar eine Herzerkrankung.

Psychosoziale und psychodynamische Aspekte

Eine körperlich begründbare Husten-Belastung ist in der Regel schnell durch die zuständigen Fachbereiche diagnostizierbar. Leichterem Hustenreiz meist unklarer Ursache ist nicht selten. Man vermutet bis zu einem Viertel in der Allgemeinbevölkerung. Männer offenbar häufiger als Frauen, Ältere öfter als Jüngere.

Die rein oder überwiegend psychogen ausgelösten Husten-Beeinträchtigungen sind ebenfalls nicht selten. Genauere Daten sind aber schwer zu erlangen, braucht es dann doch entsprechend gezielte Untersuchungen. Was aber jedem einleuchtet ist die Erkenntnis: Emotional (gemütsmäßig) bedeutsame Belastungen wie Demütigungen, Enttäuschungen, Streitigkeiten, Auseinandersetzungen in jeglicher Form in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, beruflichem Umfeld und wo auch immer haben einen nicht geringen Einfluss.

Generell handelt es sich also um Gefühle von Gereiztheit, Aggressivität oder gar Wut, die nicht offen geäußert, sondern durch Husten-Attacken unterdrückt bzw. ausgedrückt werden sollen bzw. müssen. Dabei kann auch der unausgesprochene Wunsch nach Zuwendung oder Fürsorge („was ist mit Dir?“) eine Rolle spielen; im Extremfall bis hin zum so genannten sekundären Krankheits-Gewinn („Vorteil durch Nachteil“ – unbewusst).

Psychodynamisch wird der primäre psychogene Husten (also ohne organische Ursache) als Konversions-Symptom im Rahmen einer „neurotischen“ Fehl-Entwicklung aufgefasst (Konversion = Abwehrmechanismus, durch den ein unverarbeiteter Konflikt unbewusst gemacht, d. h. aus einer unerträglichen Vorstellung herausgedrängt wird). Häufig bei den früher so bezeichneten „Neurosen“.

Auch spricht man vom „Aushusten innerlich nicht akzeptierter Emotionen (Gefühle) oder Gedanken“, in manchen Fällen sogar von einer hysterischen Symptom-Imitation nach unbewusster Identifizierung mit einer anderen hustenden Person. Schließlich wird der psychogene Husten auch mit den „Tics“ in Zusammenhang gebracht, bei denen aggressive oder exhibitionistische (Entblö-

ßungs-)Neigungen vermutet werden. Hier stehen natürlich jeglicher Interpretation viele Möglichkeiten offen.

Auf jeden Fall scheinen bei den zu lang andauernden psychogenen Husten-Anfällen eher hysterische Persönlichkeitsstrukturen vorzukommen, seltener depressive oder zwanghafte.

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Die somatische Therapie von störenden Hustenreizen ist praktisch jedem bekannt: Lutschtabletten zur Befeuchtung der trockenen Schleimhaut, Antitussiva, also husten-mildernde Arzneimittel (z. B. mit Kodein, aber auch Inhalationen mit Wasserdampf), in physiotherapeutischer Hinsicht vor allem eine Atemtherapie.

Eine solche symptomatische Behandlung ist schon deshalb wichtig, weil „Husten-Patienten“ nicht nur permanent gequält, sondern auch öfter gedemütigt, ja abweisend bis feindselig behandelt werden. Das ist nicht erfreulich, aber irgendwo verstehbar. Denn die Umgebung (von der Familie über den Arbeitsplatz und Verkehrsmittel bis beispielsweise im Wartezimmer des Arztes) fühlt sich durch das ständige Husten gestört, rein akustisch und sogar optisch, vor allem aber durch mögliche Erkrankungen bedroht. Früher war es insbesondere die Tuberkulose-Furcht, heute die zwar gängigen und meist ungefährlichen, aber doch „eklig“ Infektionen im modernen Alltag, von neuen Pandemien wie dem Coronavirus ganz zu schweigen.

Entsprechend betroffene Patienten wirken deshalb oft zurückhaltend, schuld-bewusst, fast demütig („Entschuldigung, dass es mich gibt“). Im Inneren aber ständig belastet, gekränkt, mitunter sogar verzweifelt-aggressiv.

Steht die Diagnose fest, nämlich psychogener(!) Husten, dann empfiehlt sich eine zusätzliche psychosomatisch orientierte Diagnostik, um einerseits die mögliche Auslöse-Situation und andererseits die aufrechterhaltenden Bedingungen der Störung zu analysieren, therapeutisch zu bearbeiten und damit zu neutralisieren.

Handelt es sich um einen erheblichen psychosozialen Konflikt, der für das Leidenbild verantwortlich gemacht werden kann und führt die übliche allgemein- und fachärztliche Behandlung nicht zur Besserung, muss eine analytische Kurz-Psychotherapie in Erwägung gezogen werden. Hier geht es dann um die zugrundeliegende Fehlverarbeitung verdrängter Ursachen und Hintergründe, wobei auch durchaus aggressive Aspekte eine Rolle spielen, d. h. nicht offen ausgelebt werden können.

Es gilt aber ggf. auch so genannte sekundäre Versorgungs-Wünsche nicht zu übersehen. Bei chronischem Verlauf müssen auch die auslösenden Faktoren und psychosozialen Affekte (Gemütsbewegungen) der Husten-Symptomatik in den Behandlungsplan einfließen, was u. U. eine Verhaltens-Analyse und damit Verhaltens-Therapie nahelegt.

- **Asthma bronchiale**

Als *Bronchialasthma* bezeichnet man in der Fachsprache eine „intermittierende generalisierte Obstruktion der Atemwege“. D. h. eine Verengung der kleinen Luftleiter, die durch einen Krampf der glatten Muskulatur, einen entzündlichen Reiz der Atemwege und/oder eine allergische Schwellung und Sekretion der Schleimhaut verursacht sein kann. Als Ursachen kommen allergische, entzündliche und/oder spastische (Krampf) Faktoren infrage, die jedoch teilweise oder auch ganz psychosomatisch interpretierbar sind.

Im Asthma-Anfall mit akuter schwerer Atemnot ringt der Betroffene nach Luft und atmet keuchend. Dabei ist vor allem die Ausatmung verlängert und damit subjektiv erschwert.

Es sind also durchaus und nicht wenige organisch bedeutsame Ursachen zu berücksichtigen. Beispiele: Allergien, virale Infekte, chemische Irritationen, unspezifische Schadstoffe wie reizende Dämpfe, Gase, Rauch, Stäube, Kälte, Virus- und andere Infekte, ja Medikamente (z. B. Schmerzmittel) u. a. m.

Seelische bzw. psychosoziale Ursachen mit entsprechend psychosomatischen Folgen sind also nur ein Teilbereich. Allerdings kein geringer. Man spricht in Expertenkreisen von 50 bis 70 % jener Fälle, bei denen seelische Faktoren (und zwar sowohl negative als auch positive emotionale Erregung) zumindest mitbeteiligt sind. Dabei spielen Ärger und Angst eine besondere Rolle, aber auch Verzweiflung, ohnmächtige Wut und das Gefühl der Wehrlosigkeit, aber auch Schuldgefühle etc.

Für die direkte Auslösung sind nicht selten willentliche oder unwillkürlich ausgelöste Hustenanfälle (Reizhusten) verantwortlich, was sich schnell zu schweren Asthma-Anfällen auswachsen kann. Kein Wunder, dass das Erleben und Empfinden des Asthmatikers im Anfall (aber auch im subakuten, d. h. Zustand leichterer Atemnot) ganz auf die Atmung eingeeengt ist. Die Betroffenen fühlen sich dann von ihrem Atemorgan und seiner behinderten Funktion völlig vereinnahmt. Sie wirken daher unzugänglich, verhalten sich abweisend, es ist schwer, mit ihnen Kontakt zu bekommen. Das ist übrigens ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu anderen Kranken mit Lungenleiden und möglicher Atemnot, die eher für Zuwendung, Zuspruch und konkrete Hilfeleistungen empfänglich sind. Beim chronischen Asthma fällt deshalb die Neigung der Pa-

tienten auf, sich in immer mehr Lebensbezügen zurückzuziehen und damit zu isolieren.

Häufigkeit

Bronchialasthma kennt man in manchen Regionen dieser Erde nicht, und zwar nicht nur in den kalten, sondern auch warmen (z. B. Neu-Guinea). Allerdings scheint sich dieser Vorteil selbst dort zu reduzieren (Klimaveränderungen, Umweltverschmutzung?). Auch ändert es sich, wenn die Menschen aus diesen Regionen von den alten in neue, z. B. „zivilisatorische“ Lebensbedingungen wechseln.

Die Häufigkeit von Asthma scheint jedenfalls zuzunehmen. In der westlichen Welt liegt sie zwischen 1 und 6 %. Die Inzidenzrate (Anzahl Neuerkrankungen pro Zeiteinheit im Verhältnis zur Anzahl der exponierten Personen) wird auf 1 bis 2 % geschätzt.

Beschwerdebild und Prognose

In der anfallsfreien Zeit haben die Betroffenen keine Beschwerden. Im Anfall drohen neben Unruhe, Angst und Panikbereitschaft vor allem Pfeifen bei der Ausatmung, Atemnot, selbst im Stehen, weil auf die so genannte Atemhilfs-Muskulatur angewiesen und schließlich Zyanose (bläuliche Verfärbung von Haut und Schleimhäuten, vor allem Lippen). Weitere Einzelheiten aus organischer Sicht siehe die entsprechende Fachliteratur. Was aber fällt auf beim Thema

Bronchialasthma und psychosoziale Aspekte

Die psychosoziale Situation scheint je nach Alter und Geschlecht für mindestens jeden 3. Patienten von Bedeutung zu sein. Und zwar sowohl für Ursache als auch Folgen der Erkrankung. Am häufigsten finden sich depressive Verstimmung und auffällig ausgeprägte Angstzustände (was aber sowohl Ursache als auch Folge und sogar beides sein kann). Berichtet wird auch – je nach Untersuchung – von übermäßig aggressiver Einstellung, ausgeprägter Überempfindlichkeit, seelischer Labilität, Anlehnungsbedürfnis und Gefühlen von Scham und Schuld etc.

Psychodiagnostische Untersuchungen zeigen testpsychologisch Hinweise auf erhöhte „Neurotizismus-Werte“. Beispiele: ängstlich, gehemmt, unsicher, sorgenbereit, beschränkte Stress-Toleranz, Neigung zu zwischenmenschlicher Abhängigkeit, zu Angststörungen, depressiven Zuständen, somatoformen Störungen etc. In manchen Studien stellten sich Asthmatiker als reizbarer, jähzorniger, krasser in ihren Gemütsäußerung dar, erlebten sich auch innerlich als schon generell gespannter oder gehemmter und waren weniger lebenszuge-

wandt und aktiv. Nicht selten drohten auch unbewusste Ängste, eine erhöhte allgemeine Sensibilität und sogar Aggressivität, die sich aber eher nach innen, als nach außen richtete.

Besonders so genannte psychodynamische Untersuchungen führten zu einer Vielzahl möglicher seelischer Ursachen, wobei jedoch grundsätzlich nicht nur eine gemütsmäßige, sondern eben auch organisch-allergische Komponente zu berücksichtigen ist. Es geht auch darum, wie jemand nicht nur mit seinen Konflikten, sondern auch körperlichen Schwachstellen umzugehen pflegt bzw. kann, je nach seelisch-körperlich-geistig-psychosozialer Ausgangslage. Oder konkret: Wie effektiv seine psychischen Abwehr-Mechanismen funktionieren, was nicht ohne Einfluss ist, wie die organische Krankheit Asthma bewältigt werden oder überhaupt ausbrechen kann. Und wie die Persönlichkeit mit dieser Belastung fertig wird, nämlich nicht nur mit einer chronischen, sondern auch noch subjektiv „lebensbedrohlichen“ Krankheit geschlagen zu sein.

Für die Auslösung eines ersten Anfalls scheint in etwa der Hälfte der Fälle eine aktuelle oder zumindest fantasierte Trennung oder der Verlust von einem emotional wichtigen Menschen eine Rolle zu spielen. Und nicht zuletzt die mangelnde Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, und zwar angenehme wie unangenehme. Beispiele: Trennung von der Mutter, Heirat, Wohnungswechsel, Eintritt in das Berufsleben usw., aber auch Ärger in jeglicher Hinsicht (Arbeitsplatz, Partnerschaft), schicksalhafte Belastungen jeglicher Form, Tod und Krankheit im näheren Umfeld etc.

Beim weiblichen Geschlecht stehen offenbar Themen wie Sexualität, Fortpflanzung und Liebeskonflikte, bei Männern eher Beruf und Arbeit als auslösende Situationen im Vordergrund. Bedeutsam ist aber nicht nur die objektive Leistungs-Situation, sondern auch die individuelle Bedeutsamkeit. Hier spielen dann aber auch die jeweilige Charakterstruktur, die Gesamtsituation und die Vorerfahrungen mit vergleichbaren Erlebnissen eine Rolle.

Eine direkte oder auch indirekte Asthma-Auslösung diskutieren die Experten auch bei folgenden Belastungen, Lebensphasen oder Situationen:

Intensive Gefühle von Schuld, Ärger, Angst oder Furcht vor einer Gefahr; aber auch intensive sexuelle Gefühle. – Ein Wechsel in der Beziehung, Angst vor Trennung oder Verlust. Aber auch Angst vor zu viel Nähe oder ungelösten zwischenmenschlichen Konflikten. – Identifikation mit Atemnot-Anfällen von Familien-Angehörigen. – Bestimmte Gerüche, direkt oder indirekt. Aber auch das Ausnutzen von Asthma-Anfällen für einen so genannten sekundären Krankheitsgewinn (z. B. eine unangenehme Situation zu vermeiden) sowie bestimmte Zeiten, nämlich Vorpubertät, erste Monatsblutung u. a.

Aus verhaltensmedizinischer Sicht ist nämlich auch die so genannte Konditionierbarkeit des Asthmas ein Thema. Beispiele: Asthma-Anfälle, die nicht nur

durch reale Auslöser provoziert werden, sondern bildhaft (z. B. rauchende Lokomotive, Rosenstrauch usw.). Wichtig scheinen zudem so genannte operante Lernprozesse zu sein, wie es die Experten nennen. Das lässt sich auch therapeutisch nutzen, d. h. nicht nur der Auslösung ausgeliefert zu sein, sondern auch die gezielte Verhinderung zu trainieren.

Selbst familiendynamische und soziologische Befunde sind zu berücksichtigen. Beispiele: die Schwere des Asthmas je nach Haltung der Eltern. Am wenigsten bei überfürsorglichen Müttern, am häufigsten bei offen feindseliger Haltung. Hier herrscht allerdings noch Forschungsbedarf, bei der die Familiensituation und das Eltern-Kind-Verhältnis aber nicht ohne Bedeutung sein dürften.

Ggf. folgenschwer sind natürlich auch die sozialen Folgen eines Bronchialasthmas. Hier gibt es Hinweise auf sozialen Abstieg, vermehrte Angst am Arbeitsplatz und dort auch weniger Autonomie. Nicht verschwiegen werden sollen aber auch einige positive Punkte, z. B. geringere Scheidungsquote und stärkeres Verantwortungsbewusstsein im Beruf.

Möglichkeiten und Grenzen der Therapie

Bei jedem Asthma-Kranken wird man zuerst körperliche Ursachen ausschließen. Beispiele in Fachbegriffen: chronische Bronchitis, Intoxikation durch eingeatmete Giftstoffe, akute Lungenentzündung, Linksherz-Insuffizienz, Lungenembolie, Lungenödem, Pleura-Erguss, Pneumothorax, Fremdkörper-Aspiration, Glottis-Ödem, Krupp etc.

Daran schließt sich meist eine längerfristige Behandlung an. Parallel dazu in der Regel eine physikalische Therapie mit atem-gymnastischen Techniken, ggf. eine Respirations- und Sauerstofftherapie usf.

Die *(zusätzlichen) psychosomatisch orientierten Behandlungsformen* hängen von der Schwere der Erkrankung und den körperlichen und seelischen Belastungen ab.

Wichtig ist aber auf jeden Fall die menschliche Dimension, die auf die Angst des Patienten, seine Sorgen und Befürchtungen vor einem neuen Anfall, die Abhängigkeit von Arzt und Medikamenten usf. eingeht.

Die Arzt-Patient-Beziehung wird vor allem von folgenden Aspekten geprägt: Schwierigkeit, Vertrauen zu fassen (lange Leidensgeschichte, viel „Patienten-Erfahrung“), verschiedene Heilmethoden, die subjektiv erlebte Todesgefahr und ihr Wiederholungs-Risiko u. ä. – Die nachvollziehbare und realitätsnahe Art und Weise der ärztlichen Informationen und Verhaltens-Anweisungen. – Der Wunsch des Patienten nach vertrauensvoller Nähe und Zuwendung einerseits und der Angst vor einer zu engen und ggf. überwältigenden Beziehung ander-

rerseits, auch zum Therapeuten. – Die Ambivalenz der Gefühle, teils naiv-anhänglich, teils ängstlich, misstrauisch oder gar wütend, bis hin zu offenem oder verdecktem Ärger. – Die Angst, ob der Therapeut auch im Notfall verfügbar ist und wie man sein Wissen und seine Erfahrung bezüglich Asthma bronchiale einzuschätzen hat. – Und schließlich seine menschliche Komponente bei Fragen, die dem Patienten beispielsweise peinlich sind: Nervosität, Befürchtungen, Aggressivität, Wasserlassen (beim Anfall), bzw. zum anderen Geschlecht, zur Familie, zu Vorgesetzten etc. Kurz: Die „klassische vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung“ in einem Sonderfall, nämlich Asthma.

Psychosomatische Behandlungsformen

Neben aktiver Beruhigung im Asthma-Anfall geht es in der Psychotherapie vor allem um die Lösung spezifischer Probleme. Beispiele: Die bewussten und unbewussten persönlichen Belastungen, die den Anfällen vorausgehen. – Die Versöhnung des Betroffenen mit einer in der Tat nicht nur chronischen, sondern subjektiv überaus belastenden Erkrankung. – Die Harmonisierung ehrgeiziger Lebensprobleme und realistischer Einstellung. – Die allgemeine Persönlichkeitshaltung mit allen Wünschen und Hoffnungen mit dem notwendigen Akzeptieren in Einklang zu bringen. Gefühle von Wut und Ärger ansprechen, um auch verdeckte Gefühlsqualitäten zu äußern und zu neutralisieren. – Die allmähliche Umorientierung der Lebensweise mit schließlich realen Änderungen in Familie, Berufsleben, Freizeit, Urlaub, Genussmittelkonsum, Partnerschaft, Kindern u. a.

Hier bieten sich als Erstes Atem- und Entspannungs-Techniken an, um dem so genannten „Asthma-Reflex“ entgegenzuwirken. Die verbesserte Atmung führt dabei zu einem verminderten subjektiven Gefühl der Atemnot („mit seiner Krankheit leben lernen“). Neben den Entspannungs-Maßnahmen gibt es auch immer mehr Informations-Angebote für Asthma-Patienten, in denen die wichtigsten Grundkenntnisse zu Diagnose, Behandlung und Vorbeugung vermittelt werden. Inzwischen auch digital.

Konkrete Unterstützungsmaßnahmen durch die psychotherapeutische Medizin beinhalten schließlich neben der medikamentösen Behandlung (s. u.) folgende Angebote: analytisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie (ambulant und stationär), Verhaltenstherapie (systematische Desensibilisierung von Angstzuständen), entspannungs-therapeutische Verfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation), Biofeedback-Techniken (zur Verbesserung der Atmung), ferner Selbstsicherheitstraining, kombinierte Therapieformen wie die krankheits-orientierte Gruppentherapie und vor allem individuelle Informationen und Verhaltensanweisungen.

Die Compliance (Therapietreue, Einnahmезuverlässigkeit) ist gerade bei psychosomatisch interpretierbaren Störungen ein mehrschichtiges Problem, d. h.

nicht nur für Patient, auch für Angehörige und sogar Therapeut. Das betrifft auch den Asthma-Patient, und zwar im Erwachsenenalter bis zu jedem Zweiten, bei Kindern die überwiegende Mehrzahl. Das bedarf einer entsprechenden Information, die nicht nur angeordnet, sondern auch geduldig erklärt und nachsichtig „am Ball bleibt“. Es geht also um ein ständiges Einüben in ein konstruktiveres Krankheits-Verhalten und damit auch einen höheren Grad von Zufriedenheit (nicht zuletzt mit der ärztlichen Behandlung).

Dazu liegen auch entsprechende Forschungs-Erkenntnisse vor, die die Gründe darlegen, warum ein gutes Krankheits-Management bei Asthma-Patienten schwerer als sonst erreicht werden kann. Beispiele: Die Schwierigkeit mancher Betroffener die Krankheit innerlich zu akzeptieren. Ferner eine chronische Angst-Bereitschaft und schließlich die Tendenz, die Verantwortlichkeit für eigene Gefühle und eigenes Verhalten außerhalb der eigenen Einflussmöglichkeiten zu sehen. Und schließlich die erwähnte unzureichende Einnahmezurelässigkeit bei den medikamentösen Maßnahmen.

Dazu gibt es interessante Studien-Ergebnisse die besagen: Patienten mit ausgeprägter Angst nehmen ihre Medikamente unabhängig vom Schweregrad der Asthma-Symptomatik. Patienten mit niedrigerer Angst verleugnen eher ihre Atembeschwerden und nehmen zu wenig der verordneten Arzneimittel. Und schließlich: Sowohl die Patienten mit hohen als auch niedrigen Angstwerten werden öfter stationär aufgenommen als Kranke mit mittleren Angstwerten.

Die an den Therapeuten vermittelte Angst spiegelt sich auch in den ärztlichen Dosierungs-Empfehlungen wieder. Patienten mit hohen Angstwerten bekommen nämlich stärkere Medikamenten-Dosierungen (z. B. auch Kortison) als weniger ängstlich wirkende. Und dies unabhängig vom objektivierbaren Schweregrad der Erkrankung und gleichgültig, ob die behandelnden Ärzte lediglich an organischen Befunden und entsprechender Behandlung interessiert sind oder auch psychologische Aspekte in Diagnose und Therapie einbeziehen.

Kurz: Die Art der Krankheit und des Arzt-Patient-Verhältnisses sind gerade beim Bronchialasthma von Faktoren abhängig, die im durchschnittlichen Praxis-Alltag keine so bedeutsame Rolle spielen.

WEITERE STÖRUNGEN DER ATEMFUNKTION

Neben den überwiegend psychosomatisch interpretierbaren Störungen der Atemfunktion sind aus diesem Blickwinkel auch Lungenerkrankungen zu diskutieren, die auf den ersten Blick rein organisch erklärbar sind.

Dazu gehören beispielsweise Infektionen der Atemwege wie Entzündungen des oberen Respirationstraktes, chronische Bronchitis, Pneumonie und Mukoviszidose, aber auch maligne Tumore der Bronchien und der Lunge sowie die Folgen entsprechenden Risiko-Verhaltens, vor allem durch Nikotin-Missbrauch. Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach allgemeinem Wissensstand unter besonderer Berücksichtigung des Lehrbuchs *Angewandte Psychosomatik* von H. C. Deter:

INFEKTIONEN DES RESPERATIONSTRAKTES

Infektionen jeglicher Art führen in der Allgemeinheit zu Unruhe, nicht ohne Grund. Die Corona-Virus-Pandemie ist ein weltweit beunruhigendes Beispiel aus aktuellem Anlass.

Infektionskrankheiten haben aber auch psychosoziale und psychogenetische (seelisch mitverursachte) Aspekte.

Früher waren die Infektionskrankheiten sogar die häufigste Todesursache (vor allem im 1. Lebensjahr). Heute betragen sie „nur“ rund 1 % aller Todesfälle in Mitteleuropa. Dagegen hat sich der Anteil anderer Erkrankungen (Tumore, Herz-Kreislauf-Leiden, cerebro-vaskuläre, also insbesondere hirnorganische Störungen etc.) deutlich erhöht.

Die Ursachen für den erfreulichen Rückgang liegen vor allem in der besseren Ernährungs- und hygienischen Ausgangslage, dem medizinischen Kenntnisstand und effektiveren therapeutischen Möglichkeiten (besonders Antibiotika).

Es stand aber sogar für die Pathologen des 19. Jahrhunderts außer Frage, dass bei Infektionen außer entsprechenden Erregern auch der körperliche, ja seelische Zustand und damit psychosoziale Bedingungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. So hat sich als gesichert erwiesen, dass das Alter, genetische (Erb-) und (psycho-)soziale Merkmale, ja sogar die Berufstätigkeit, der Arbeitsplatz und das Betriebsklima für das Entstehen von Infekten mitverantwortlich sein können. Und hier vor allem die Frage der psychischen Stabilität auf der einen und entsprechend emotionale Belastungen auf der anderen Seite.

Das beginnt schon im Kindes- und Jugendalter. Dabei konnte belegt werden, dass Kinder aus einer niedrigeren Sozialschicht häufiger akute Bronchitiden (Atemwegsentzündungen), Pneumonien (Lungenentzündung) oder Keuchhusten bekommen, insbesondere früher als ihr besser gestelltes Umfeld. Von der Dritten Welt ganz zu schweigen.

Natürlich spielen hier die entsprechende Gefährdung (z. B. Keim-Exposition, also den Erregern hilflos ausgesetzt zu sein), die Ernährung, hygienische, immunologische und andere Umweltbedingungen eine wichtige Rolle. Das gilt

aber auch für seelische Belastungen und eine (damit verbundene?) mögliche Resistenz-(Widerstands-)Schwäche.

Und es gilt auch für alle anderen, die beispielsweise speziellen (und anhaltenden) Stress-Belastungen ausgesetzt sind, und zwar unabhängig von den infrage kommenden Krankheits-Keimen.

Was die beruflichen Aspekte anbelangt, so ist es ebenfalls schon seit rund 150 Jahren kein Geheimnis, dass soziale Belastungen auf Infektionskrankheiten einen ggf. folgenschweren Einfluss haben können. Stichworte dazu sind beispielsweise Betriebsklima, Arbeitszeit, Anstellungs-Status (erst seit kurzer Zeit beschäftigt offenbar anfälliger) sowie Fachkraft oder ungelernt (Letzteres bedrohter). Besonders kritisch scheint eine Situation zu sein, bei der relativ plötzlich spezielle Anpassungs-Leistungen gefordert werden, nicht jedoch bei erhöhten Anforderungen an gewohnte Tätigkeiten.

Natürlich hängt das Auftreten psychosozial mitbedingter Infektionen auch von der Konstitution (körperliche und seelische Verfassung bzw. Veranlagung) des Einzelnen, der Krankheitsentstehung der Erreger und der Abwehrlage des entsprechenden Organismus ab. Und auch von einem zwar allgemein, vor allem aber individuell empfundenen „Stressfaktor“, der allerdings besonders schwer zu konkretisieren ist.

Welche Infekte spielen nun unter diesem Aspekt eine spezielle Rolle?

- **Infekte des oberen Respirationstraktes**

Zu den Infekten des oberen Respirationstraktes (also der oberen Atemwege) gehören die Rhinitis (Schnupfen), ob akut oder chronisch, serös (flüssig) oder schleimig bzw. gar eitrig; ferner fieberhaft verlaufende Infekte wie Sommergrippe, Influenza (Virusgrippe) u.a. Der Schnupfen und die akute Pharyngitis (Entzündung der Rachenschleimhaut) gehören dabei zu den häufigsten Erkrankungen, vor allem in den Wintermonaten.

In psychosozialer bzw. psychosomatischer Hinsicht fehlt es allerdings hier nach wie vor an fundierten Untersuchungen, was zwar eine seelische Mit-Verursachung nicht ausschließt, sie aber wohl auch nicht als besonders einflussreich ausweist. Eine psychosomatisch interpretierbare Verursachung scheint jedenfalls keine große Rolle zu spielen, was eine psychologische Mitbehandlung eher verzichtbar macht.

- **Chronische Bronchitis**

Bei der chronischen Bronchitis unterscheidet man verschiedene Schwerpunkte von der einfachen über die rezidivierende (immer wieder ausbrechende) bis

zur eitrigen, asthma-ähnlichen oder gar obstruktiven Bronchitis etc. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Ursächlich findet sich neben Luftverschmutzung, beruflicher Exposition gegenüber Stäuben, Dämpfen und Gasen, klimatischen und dabei jahreszeitlichen Einflüssen insbesondere ein Nikotin-Konsum (dabei nicht einmal längerfristig bis zu Missbrauch oder gar Abhängigkeit). Einzelheiten zu Letzterem siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

In psychosozialer Hinsicht scheint es vor allem der Nikotin-Abusus zu sein, der hier die größten Probleme aufwirft, insbesondere was Abstinenz bzw. damit verbundene Entzugs-Symptome und therapeutische Möglichkeiten und Grenzen betrifft. Weitere psychosozial und damit ggf. psychosomatisch interpretierbaren Aspekte halten sich offenbar in Grenzen.

- **Pneumonie (Lungenentzündung)**

Die Pneumonie ist eine durch bestimmte Krankheitserreger bedingte Entzündung der Lunge. Man unterscheidet eine primäre (vorher gesunde Lunge) und eine sekundäre Pneumonie bei schon vorbestehenden Veränderungen der Lunge oder des Bronchialsystems. Auslöser können Bakterien, Viren, atypische Erreger etc. sein, wobei eine immunologische Abwehrschwäche des Betroffenen keine geringe Rolle spielt.

Und hier setzen dann auch die ätiopathogenetischen (Ursachen und Verlauf) Überlegungen unter psychosozialen Gesichtspunkten an, bei denen allerdings noch Forschungsbedarf besteht. Auf jeden Fall ist dabei auch eine seelische (und damit körperliche) Abwehrschwäche der natürlichen Resistenz (Widerstandskraft) zu diskutieren. Dabei spielen nicht nur organische Beeinträchtigungen (spezifische Herz- und Lungen-Erkrankungen, Unterernährung, Immunschwäche, Zuckerkrankheit), sondern auch körperliche Störungen durch seelische bzw. psychosozialen Ursachen eine Rolle (Beispiel: Alkohol-Missbrauch).

Das bestimmt dann auch den ggf. ins Auge gefassten psychotherapeutischen Aspekt, wobei nicht nur Abstinenz-Symptome bedeutsam sind, auch eine gewisse Hilf- und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen.

Weitere Belastungen der Atemwegsfunktionen

Unter den weiteren Störungen der Atemwegsfunktionen mit möglichen psychosozialen Ursachen und psychosomatisch interpretierbaren Einflüssen zählen beispielsweise Tuberkulose, Sarkoidose und Mukoviszidose. Hier gibt es noch immer Forschungsbedarf, wengleich schon früher bestimmte Beziehungen aufgefallen sind bzw. wissenschaftlich diskutiert wurden.

- Die *Tuberkulose* ist noch immer eine der häufigsten Infektionskrankheiten weltweit, wenngleich in Europa überwiegend besiegt. Psychosomatische Überlegungen stammen vor allem aus entsprechenden Not-Zeiten (zuletzt noch erste Hälfte des 20. Jahrhunderts), wobei auch sehr persönliche Aspekte eine Rolle gespielt haben. Dabei diskutierte man sogar alltägliche Anforderungen, die aber subjektiv so belastend wurden, dass sie schließlich zu einer „seelischen Katastrophe“ mit organischer Schwächung und schließlich tuberkulösen Erkrankung geführt haben (sollen). Beispiele: Auswanderung, berufliche Ver selbständigung, ja erfolgreicher, jedoch stress-intensiver Aufstieg, aber eben auch Verlust nahestehender Personen bzw. Konfrontation mit deren Krankheit etc. Oder kurz: emotionale Belastungen, was durchaus nachvollziehbar ist (Stichwort: belastungs-bedingte Immunschwäche).

Die Therapie bestand und besteht dabei vor allem neben den herkömmlichen Möglichkeiten (und leider auch Grenzen) in einem vertrauensvollen Therapeut-Patient-Verhältnis.

- Auch bei der *Sarkoidose* (Morbus Boeck: Ansammlung kleiner Knötchen, vor allem in der Lunge) werden psychische Mit-Verursachungen diskutiert, besonders was den Verlauf der Erkrankung betrifft.

Hier spielen nachvollziehbar Befürchtungen, Verunsicherung, speziell Generalisierte Angststörungen und bestimmte Phobien (konkrete Angstzustände) eine nicht unwesentliche Rolle, aber auch depressive Verstimmungen und sogar sucht-riskante Neigungen.

Die Therapie hat allerdings ihre Schwierigkeiten, und zwar weniger was die psychologische Betreuung, eher was den phasenhaften Verlauf, die verschiedenen Organbeteiligungen und vor allem Komplikationen anbelangt, die dieses Leiden (mit-)bestimmen können. Das betrifft nicht zuletzt die medikamentöse Behandlung unter dem Aspekt der innerseelischen Krankheits- und Therapie-Verarbeitung und damit zuverlässiger Mitarbeit.

- Ein besonderes Problem ist die *Mukoviszidose*, eine folgenschwere erbliche Erkrankung verschiedener Organsysteme mit vielfältigen körperlichen und dann auch seelischen und damit psychosozialen Konsequenzen. Einzelheiten siehe die Fachliteratur, wobei hier nur einige Stichworte reichen dürften: Befall von Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen-Darm, Gallenblase etc. Mit verkürzter Lebenserwartung (drittes Lebensjahrzehnt) und oft Tod in fortschreitender Atemnot. Die Belastung für Patient und Umfeld kann man sich denken.

Daraus ergeben sich dann auch die therapeutischen, vor allem betreuenden bzw. begleitenden Linderungs-Versuche.

Ein weiteres Feld schwerwiegender Beeinträchtigungen mit nachvollziehbaren psychosozialen Folgen sind

- *maligne Tumore der Bronchien und der Lunge*. Einige dieser Leiden gehören zu den bösartigsten Krebs-Erkrankungen. Der Großteil ist allerdings auch durch das Rauchen, ein überschaubarer Teil durch Industrie- und Verkehrsabgase und andere Umweltfaktoren mit verursacht. Auch eine familiäre Disposition wird diskutiert. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Die therapeutische Begleitung nach der Diagnose bezieht sich natürlich nicht nur auf die organischen Behandlungsmöglichkeiten, auch auf eine tragfähige Therapeut-Patienten-Beziehung. Allerdings ist die intensive Betreuung von Krebspatienten nicht leicht, wie man sich vorstellen kann. Schließlich geht es um die Auseinandersetzung mit dem Tod und den dabei ausbrechenden Ängsten. Und hier dominieren vor allem zwei Aspekte, die erst einmal banal wirken, in Wirklichkeit essentiell, leider auch immer seltener werden. Gemeint ist die so genannte patienten-zentrierte Führung mit Zuhören und Verstehen. Insbesondere was schwer beantwortbare Fragen anbelangt. Beispiele: Warum gerade ich, wie soll ich das durchstehen, was werden meine Angehörigen machen, wie kann man den Todeskampf lindern u. a.

Eigentlich betrifft dies vor allem den Allgemeinarzt, ggf. den Psychiater, wäre aber wohl am besten bei entsprechend ausgebildeten Psychotherapeuten aufgehoben – sofern für die notwendigen Einzel- oder Familien-Gespräche ausgebildet und zeitlich ausreichend verfügbar. Glücklicherweise bieten sich dabei immer häufiger auch laien-gestützte Institutionen an, die gerade bei solch schweren Verläufen hervorragende Betreuungsarbeit leisten.

LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist das Fachbuch

*Hans Christian Deter: **Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker.*** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Weiterführende Literatur

*Adler, R. H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Uexküll – Psychosomatische Medizin.*** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2003

*Ahrens, S., W. Schneider (Hrsg.): **Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin.*** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Alexander, F.: **Psychosomatische Medizin.** Verlag de Gruyter, Berlin 1971

Alexander, F.: **Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1997

Barolin, G. S.: **Integrierte Psychosomatik.** Springer-Verlag, Wien 2006

Bräutigam, W., P. Christian: **Atmung bei Asthma bronchiale.** In: Handbuch Neurosenlehre, Bd. II, Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1959

Bräutigam, W. u. Mitarb.: **Psychosomatische Medizin.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1992

Bräutigam, W., P. Christian: **Psychosomatische Medizin.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1995

de Boor, C.: **Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale.** Verlag Hans Huber, Bern 1965

Deter, H. C.: **Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1986

Ermann, M.: **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2007

Herzog, W. u. Mitarb.: **Psychosomatik.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017

Jores, A., M. v. Kerekjarto: **Der Asthmatiker. Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale aus psychologischer Sicht.** Verlag Hans Huber, Bern 1967

Jores, A.: **Die Psychosomatik des Hustens.** In: A. Jores: Praktische Psychosomatik. Verlag Hans Huber, Bern 1981

Klußmann, R.: **Psychosomatische Medizin.** Springer-Verlag, Berlin-New York 1992

Klußmann, R., M. Nickel: **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Wien-New York 2009

Mechelke, K., P. Christian: **Das nervöse Atemsyndrom.** In: Handbuch Innere Medizin, Bd. IX, Springer-Verlag, Berlin 1960

Mechelke, K., P. Christian: Das nervöse Atemsyndrom. In: H. Schwiegk (Hrsg.): Herz und Kreislauf. Springer-Verlag, Berlin 1956

Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2005

Rudolf, G., P. Henningsen: Somatoforme Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998

Studt, A. H.: Lungen- und Atemwegserkrankungen. In: P. Hahn (Hrsg.): Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band IX. Kindler-Verlag, Zürich 1979