



Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter (Hrsg.)

Gesundheitsängste

Hans-Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter (Hrsg.)

Gesundheitsängste



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Lengerich

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2012 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Druck: Printed in the EU by booksfactory.de
ISBN 978-3-89967-755-3

Gesundheitsangst bei funktionellen Atemstörungen

Pierre E. Frevert

Einleitung

In den letzten 50 Jahren ist in Deutschland wie in den übrigen Industrieländern durch Wohlstand und bessere hygienische Bedingungen sowie den Einsatz effektiver Medikamente ein dramatischer Rückgang der Infektionskrankheiten und ganz besonders der Lungenerkrankungen zu beobachten. Bis in die Nachkriegszeit waren es besonders junge Leute gewesen, die Jahre (!) in Lungenheilstätten verbrachten, wie beispielsweise der ehemalige deutsche Außenminister Hans Dietrich Genscher, der dieses Schicksal in den Vierziger und Fünfziger des letzten Jahrhunderts mit vielen Zeitgenossen teilte und darüber in einem Interview berichtete. Die Sterblichkeit an Lungenentzündungen oder Tuberkulose, auch „Schwindsucht“ genannt, war hoch und findet sich an prominenter Stelle in der Literatur wieder. Oft waren die Schriftsteller selbst von ihr betroffen (z.B. Franz Kafka, Friedrich Schiller, die Schwestern Brontë, Dostojewski u.v.m.). Den einschneidenden Einfluss der Erkrankung auf das menschliche Dasein beschreibt Thomas Mann, dessen Frau Katia an Tuberkulose erkrankt war, in „Der Zauberberg“. Die Betroffenen lebten in einer eigenen Welt. Sie fühlten sich ausgeschlossen und waren es auch. Die Folge waren Depressionen und Ängste.

Obwohl noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts jeder vierte erwachsene Mann an Tuberkulose stirbt und immer noch weltweit laut WHO ein Drittel der Weltbevölkerung mit dem Erreger infiziert ist, ist sie aus den Industriestaaten praktisch verschwunden (Bund Deutscher Internisten e.V. 2011). Die Atemwegserkrankungen sind jedoch nicht geringer geworden. Beispielsweise steigen die Fälle von Asthma bronchiale weltweit, allein in Deutschland sind es vier Millionen, bzw. 5% der Erwachsenen und 10 % der Kinder (Bergert et al. 2006) oder von COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), einer chronischen Bronchitis, die zur Einengung (Obstruktion) der Atemwege führt, wovon in Deutschland doppelt so viele Erwachsene wie vom Asthma betroffen sind und die 2020 die Herz-Kreislaufkrankungen übertreffen soll (Brändli et al. 1994).

Mit dem Rückgang der großen Lungenkrankheiten verschwinden aber nicht die Befürchtungen, die mit ihnen verbunden waren. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts nehmen die sozialen Gesundheitsdeterminanten gegenüber den rein somatischen zu. Die Zunahme *funktioneller Syndrome*, bei denen keine körperlichen Ursachen zu finden sind, die die Symptome erklären, hängen stark mit dem Fehlen einer „tragfähigen“ sozialen Umgebung im Bereich von Familie und Arbeitsplatz zusammen (Pauli 1998).

„Funktionell“ bedeutet, dass das Beschwerdebild Ausdruck einer gestörten Funktion ohne organisches Korrelat ist. Zum anderen hat das Beschwerdebild – einer

psychosomatischen Sichtweise folgend – für den Patienten eine (unbewusste) Funktion als Lösungsversuch eines neurotischen Konfliktes oder eines sekundären Krankheitsgewinns. Ausgelöst und aufrechterhalten wird es durch emotionale Ereignisse (Uexküll & Köhle 1998, S. 657). In der internistischen und allgemeinärztlichen Praxis stellen die funktionellen (somatoformen) Störungen die häufigsten psychosomatischen Krankheitsbilder dar. Neben dem Reizdarmsyndrom, der Herzneurose und der funktionellen Dyspepsie gehört das Hyperventilationssyndrom zu den wichtigsten somatoformen Störungen, die sehr häufig Anlass für notfallmäßige Hausbesuche sind, zumal die Angst besetzten somatoformen Störungen wie das Hyperventilationssyndrom meist mit Panikzuständen und Todesangst einhergehen können (Csef 2001).

1. Das Hyperventilationssyndrom als funktionelle Atemstörung

Für Ärzte bringt das *akute* Hyperventilationssyndrom sowohl diagnostisch als auch therapeutisch – trotz unterschiedlicher Therapieempfehlungen wie Beruhigen, Rückatmung in eine Tüte, Anxiolytikagabe – selten Schwierigkeiten mit sich, obwohl die Furcht, seltene Organkrankheiten zu übersehen oder eine intravenöse Diazepamgabe dem beruhigenden Gespräch mit dem Kranken den Vorzug zu geben, verbreitet sind, wie dies auch in der Debatte zum Artikel von Herrmann & Radvila (Rendenbach et al. 1999) im Deutschen Ärzteblatt (1999) deutlich wurde.

Funktionelle Atemstörungen werden nach der WHO-Klassifikation ICD 10 in der Untergruppe der Funktionellen Störungen als „somatoforme Störungen“ bezeichnet und genau genommen zu den *somatoformen autonomen Funktionsstörungen des respiratorischen Systems* (ICD10 F45.33) gerechnet. Bei den somatoformen autonomen Funktionsstörungen werden Funktionsstörungen, die sich medizinisch nicht objektivieren lassen, vom Patienten Organen zugeordnet, die überwiegend vom autonomen Nervensystem innerviert werden. Die objektivierbaren vegetativen Symptome, die weit über das Hyperventilationssyndrom hinausreichen, dort aber regelhaft vorhanden sind, sind z.B. Palpitationen des Herzens, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Erröten, Druckgefühl im Oberbauch, erhöhte Stuhl- und Miktionsfrequenz, Völlegefühl (Rudolf 2000, S. 306 f.).

Herrmann (1998) und andere Autoren unterteilen die Symptome des Hyperventilationssyndroms in 1. neuromuskuläre Symptome wie „Ameisenlaufen“ und Händezittern; 2. zentrale Symptome wie Benommenheit („Mattscheibe“) und Schwindel; 3. respiratorische Beschwerden wie die – subjektive – Atemnot mit dem Lufthunger und dem Zwang, tief atmen zu müssen einschließlich eines Engegefühls in der Brust; 4. herzbezogene Beschwerden wie Herzklopfen und retrosternaler Druck; 5. neurovegetative Beschwerden wie kalte Hände, Schwitzen und Harndrang, und schließlich 6. allgemeinen Beschwerden wie Schlappeheit und 7. psychischen Beschwerden wie Phobien und Panikattacken. Zudem unterscheiden sie den akuten Anfall, für den die oben genannten Symptome zutreffen, von der chronischen Verlaufsform, bei der die Atembeschwerden zugunsten vager vegetativer Beschwer-

Fallbeispiel

Eine 40-jährige, ledige Patientin war in ihrem ökonomischen Beruf an exponierter Stelle sehr erfolgreich und wurde von den meisten ihrer Vorgesetzten und Kooperationspartnern wegen ihres brillanten Sachverstandes außerordentlich geschätzt. In Wirklichkeit hätte sie lieber ein geisteswissenschaftliches Fach studiert, für das sie sich erst nach jahrelangem Zögern „heimlich“ neben ihrer Vollzeitarbeitsstelle eingeschrieben hatte. Trotz ihrer eingeschränkten Zeit, gelang es ihr, durch exzessives, Kraft zehrendes Lernen, mit Erfolg ihr Studium voranzubringen und die Wertschätzung ihrer Professoren zu erlangen. Je weiter sie aber das Studium nebenberuflich betrieb, umso dringender wurde es für sie, eine Entscheidung zu treffen. Und zwar zwischen ihrem lukrativen Hauptberuf, den sie nicht mochte, obwohl sie viele positive Rückmeldungen bekam, die sie allerdings nicht annehmen konnte, einerseits und auf der anderen Seite ihrem Studium, das ihr zwar große Freude, aber keine reelle Lebensperspektive bot. Als sie sich in dieser „bedrängenden“ Situation von ihrem direkten Vorgesetzten schlecht behandelt fühlte und zudem fürchtete, ihr Studium wegen der kaum mehr zu bewältigenden Umstände abbrechen zu müssen, entwickelte sie in der darauf folgenden Psychotherapiesitzung einen Anfall mit beschleunigter Atmung, verstärkter thorakaler Seufzeratmung und Erstickungsängsten mit Krümmung der Finger und Zittern der Oberlippe. Durch beruhigendes klares Sprechen des Therapeuten bildete sich die Symptomatik innerhalb weniger Minuten zurück. Als sie sich danach zum Verlassen der Praxis anschickte, aufzustehen, erlitt sie plötzlich eine akute und extrem schmerzhaft Rückenblockade, die sie „lähmte“ und völlig bewegungsunfähig machte. Sie war bereits an einem Bandscheibenvorfall operiert worden, so dass eine medizinische Abklärung notwendig wurde, die jedoch keinen ernsthaften somatischen Befund erbrachte.

Die Vorgeschichte ergab, dass sie als mittlere von drei Schwestern von ihrer Mutter nicht gewollt war, die sie bald nach der Geburt bei der mütterlichen Großmutter abgab, um sie mit drei Jahren zurückzuholen. Sie wurde oft von beiden Eltern körperlich misshandelt bis hin zu Knochenbrüchen und wurde Opfer sexueller Übergriffe von Seiten eines Onkels. Die Schwestern, die, im Gegensatz zu ihr, behaupten, vom Vater missbraucht worden zu sein, waren auch ihr gegenüber oft bösartig und feindselig. In der Familie herrschte ein Klima permanenter Entwertung, Entwürdigung und Verrohung. Obwohl sie es trotz dieser biographischen Widrigkeiten dank ihrer hohen Intelligenz und „Arbeitswut“ – und der fürsorglichen Großmutter in ihren ersten Lebensjahren – sehr weit gebracht hatte, verharrte sie in einem Schwebestadium von Idealisierung und permanentem Misstrauen gegenüber Mitmenschen, insbesondere gegenüber ihren wechselnden Partnern. Nach einer kurzen Phase von Euphorie, sah sie sich in ihren Erwartungen enttäuscht, wenn nicht extrem verletzt und brach jedes Mal die Beziehungen zu den Männern, aber auch zu vermeintlichen Freundinnen, abrupt ab. In jener Situation ihres Zögerns erlebte sie die Ratschläge von Vorgesetzten, Kollegen und Freunden, nicht voreilig ihre sehr erfolgreiche Position für ein schönes, aber brotloses Studium aufzugeben, als „Schläge“ und völliges im Stich gelassen werden. Als ihr nächster Vorgesetzter an ihr „nörgelte“, reaktivierte er die unbewusste Angst vor dem Prügelnden und sie stets entwertenden und erniedrigenden Vater und damit ein tiefes Gefühl von Verzweiflung und Ausgeliefertsein. Ursprünglich hatte sie jene Therapiestunde, die unmittelbar auf das Erlebnis mit der Zurechtweisung folgte, vorzeitig beenden wollen, um zu ihrem entfernten Studienort zu reisen und „nie wieder zurückzukehren“. Die emotionale Aufladung von Hilflosigkeit und Ohnmacht, Wut und Versuchung, Existenzangst und Wunscherfüllung fand so in dem hyperventilatorischen Erstickungsanfall szenisch ihren Ausdruck, als in der Therapiesitzung ihr Ambivalenzkonflikt zur Sprache kam. Nachdem die erste psychosomatische Abwehr überwunden, sie also nicht „erstickt“ war, brachte sie durch eine nicht minder dramatische, zweite körperliche Abwehr, symbolisch zum Ausdruck, wie sehr ihr das „Rückgrat gebrochen“ worden war und sie sich zu keinerlei selbstständiger Bewegung ohne massive Hilfe in der Lage mehr sah. Für diesen Kampf fehlte ihr die Luft und sie sah niemand, der ihr den Rücken stärken konnte. So brachte sie sowohl im Symptom des Erstickens als auch in jenem der massiven Rückenschmerzen die Massivität von Aggression und Ohnmacht, Wut und Angst davor zum Ausdruck. Die Aggression in der Gegenübertragung hat nicht nur mit unbewusster Projektion zu tun, sondern auch damit, dass sie konkordant ihren Therapeuten in einen Konflikt zwischen Abstinenz und aktivem (an ihr) Handeln-Müssens hineinzog.

den (Thoraxschmerz, kalte Akren) ganz in den Hintergrund treten. Während Ärzte die akute Form in der Regel erkennen, neigen sie beim chronischen Hyperventilationssyndrom dazu, durch unnötige diagnostische und sinnlose therapeutische Anstrengungen, den Patienten in seinem Glauben an die somatische Verursachung noch zu bestärken, womit die Prognose als ungünstig angesehen wird. Während 65% der früh über die psychische Verursachung aufgeklärten Patienten eine Symptomverbesserung erfahren, kommt es durch die Mühe(n) der Medikalisierung zu einer Symptompersistenz von 78% (Schmidt 1997).

Nun stellt sich die Frage, wann von einem *Hyperventilationssyndrom* als Hauptvertreter der funktionellen Atemstörungen gesprochen werden kann, wenn es so viele Symptome mit den anderen, sogenannten somatoformen autonomen Funktionsstörungen gemeinsam hat? Beim Hyperventilationssyndrom ist gemeint, dass die *Atemregulation* bei intaktem Atemapparat durch psychische Faktoren beeinträchtigt ist. Nach Gardner (1996, zit. nach Langewitz 2003) bedeutet „Hyperventilation“ eine Atmung, die über die metabolischen Bedürfnisse hinausgeht und mit einer Reduktion des Kohlendioxidpartialdrucks und einer metabolischen Alkalose einhergeht und ein breites Spektrum von Symptomen erzeugt. Herrmann & Radvila (1999) weisen zu Recht darauf hin, dass damit die Störung in den Bereich der Psychiatrie verwiesen wird, nämlich in das Kapitel 4 (ICD 10) der Neurotischen Belastungsstörung und Somatoformen Störung, obwohl es sich um ein internistisches Krankheitsbild handelt und die Patienten den Hausarzt aufsuchen und zunächst für eine psychische Verursachung keinesfalls zu erreichen sind. Für Frevort (2007, S. 3) ist die Definition des Hyperventilationssyndrom uneinheitlich, da es in der amerikanischen Klassifikation DSM-IV unter die Panikstörung subsummiert wird, für die im ICD10 wiederum eine eigene Rubrik vorgesehen ist (F41.0, Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst).

Speich & Büchi (2001) gehen noch einen Schritt weiter. Für sie ist die Panikstörung in beiden oben genannten Klassifikationssystemen hinreichend beschrieben, es gäbe jedoch „keine akzeptierten Kriterien für die Diagnose des Hyperventilationssyndroms“ (ebd. S. 666). Das Syndrom werde meist nur anamnestisch, also von Ärzten, die den Anfall in der Regel gar nicht beobachtet haben, a posteriori gestellt. Zu den Symptomen des Hyperventilationssyndroms zählten rund 40 Arten von Beschwerden, die sich nur schwer standardisieren ließen und in unzähligen Testüberprüfungen habe die Reproduzierbarkeit gefehlt. Zudem beträfen diese Beschwerden „nur 6% vorwiegend respiratorische Symptome“ (ebd. S. 666). Auf die Studien von Hornsfield et al. (1996) zum Hyperventilationssyndrom verweisend kommen die Autoren zum Schluss, dass die Hyperventilation „allenfalls die Folge der bisher dem ‚Hyperventilationssyndrom‘ zugeschriebenen Symptome ist“ (ebd. S. 668) und daher bei Vorliegen des Symptomenkomplexes des Hyperventilationssyndroms stets eine Panikstörung diagnostiziert werden sollte, obwohl sie einräumen, dass ein Hyperventilationssyndrom bei einer Panikattacke ein seltenes Ereignis ist. So finden auch Speich & Büchi nur scheinbar aus dem klassifikatorischen Dilemma heraus, wenn sie das Hyperventilationssyndrom im Gegensatz zu anderen Autoren wie beispielsweise Herrmann & Radvila (1999), die

dies ausdrücklich ausschließen, als Panikstörung deuten. Dennoch ist ihnen zuzustimmen, wenn sie die sorgsame Untersuchung der organischen und psychischen Verursachung fordern, statt sich mit der Papiersackmethode als Therapie zu begnügen. Einen Mittelweg versucht Morschitzky (2009), der das Hyperventilationssyndrom als „Unterform der Panikstörung“ (S. 264) ansieht, ähnlich wie die Herzphobie. Er betont den appellativen Charakter der Störung und stellt fest, dass 60% der Angstpatienten bei Angst zu Hyperventilation neigten.

Die Schwierigkeit, die funktionellen Atemstörungen diagnostisch zu fassen, ergeben sich nach Langewitz (2003) daraus, dass sowohl uneinheitliche „subjektive“ Selbstwahrnehmungen des Patienten als auch ebensolche „objektive“ Beobachtungen des Arztes mit Fragebögen (z.B. Nijmegen-Fragebogen) und Blutgasanalysen zu einer Krankheitsentität zusammengefasst werden, für die bislang epidemiologische Daten fehlen. Denn es lässt sich keine signifikante Korrelation zwischen der Hypokapnie (gemeint ist ein erniedrigter Kohlenstoffdioxidpartialdruck – $p\text{CO}_2$ unter 35 mm Hg – im arteriellen Blut, wie er bei zu schneller und/oder tiefer Atmung auftritt) und den Körpersymptomen finden. Bei Menschen, die nicht zu Hyperventilationsereignissen neigen, geben die meisten erst ab einem PETCO_2 (Endexpiratorischen Kohlendioxidpartialdruck) von weniger als 20mmHg die Empfindung einer „Mattscheibe im Kopf“ und Parästhesien (Kribbeln in den Fingern) an, was von einem Provokationstest von 3 Minuten extremer Hyperventilation auch von zu Hyperventilation neigenden Patienten gefordert wird, wobei diese Kranke nach Speich & Büchi (2001) unter normalen Kohlendioxidpartialdrücken oder sogar noch unter Hyperkaniebedingungen (experimentelle Inhalation von Kohlendioxid) eine Hyperventilation produzieren können.

Physiologisch erzeugt die Hyperventilation, die im Anfall um ein Vielfaches über der Norm liegen kann, zunächst eine respiratorische Alkalose und vermindert die zerebrale Durchblutung. Es kommt zu Sehstörungen, Kopfschmerzen und Zittern. Während das Atemminutenvolumen steigt, bleibt der Blutdruck relativ konstant. Die Blutgefäße werden enggestellt. Wie Morschitzky (2009) sieht Langewitz (2003, S. 790) besonders psychische Ereignisse, die mit Wut oder (verdrängtem) Ärger zusammenhängen, als Auslöser der Hyperventilation. Getriggert werden kann der Anfall auch durch ein Angst und Panik auslösendes, relativ bewusstseinsnahes Ereignis oder durch einen unbewussten Konflikt oder durch beides, wie in der obigen Fallvignette der 40-jährigen Patientin gezeigt werden konnte. Der Atemtyp verschiebt sich hin zur thorakalen Atmung, was bei ängstlichen Menschen ohnehin typisch ist. Im Gegensatz zu Gesunden oder zur Versuchssituation, in der eine Hyperventilation provoziert wird, „stellt man fest, dass sie nicht aus der Atemmittellage heraus hyperventilieren, sondern aus einer in die Inspiration hinein verschobenen Ausgangsposition“ (ebd, S. 788). Durch alveoläre Hyperventilation sinkt der arterielle PCO_2 , was zu den oben beschriebenen psycho-vegetativen Symptomen führt. Zum anderen kommt es durch Überdehnung der Muskeln zwischen den Rippen zu den oft beklagten Brustschmerzen (Morschitzky 2009). Da der Kranke seine Angst nicht wahrnimmt, wohl aber durch die reversiblen physiologischen Veränderungen in seinem Körper erschrickt, atmet er vor Angst noch

schneller, was den Vorgang in einen Circulus vitiosus überführt (Herrmann & Radvila 1999, S. 696).

Epidemiologisch betrifft das Hyperventilationssyndrom das 2. bis 4. Lebensjahrzehnt. Patienten mit diesem Leiden finden sich in 6 -10 % der internistischen und 6-11% der allgemeinärztlichen Praxen (ebd, S. 695). Die Autoren fordern eine sorgfältige Differentialdiagnose, wobei sie diese ebenso für organische Leiden wie beispielsweise gegenüber Lungenerkrankungen, Herzinsuffizienz, Intoxikationen, Kalziummangel u.a. als auch gegenüber dem funktionelle kardiovaskulären Syndrom, der Konversionsneurose und den Angststörungen für angemessen halten.

Psychogene Auslöser, die die Atemtätigkeit beeinflussen können sind Angst, unterdrückter Ärger und manifeste Schuldgefühle (Langewitz 2011). Psychiatrische Auffälligkeiten wie Angststörungen oder depressive Störungen sind eher selten. Hyperventilationsreaktionen lassen sich konditionieren. Beim leichten Asthma tritt häufig komplizierend ein Hyperventilationssyndrom auf (Langewitz 2003).

Therapeutisch wird ein Wechsel von der Brust- auf die Bauchatmung angestrebt, was sich durch Physio- und Verhaltenstherapie erlernen lässt oder durch eine der vielen Atemtherapiemethoden. Das Rückausatmen in die Tüte ist ebenso überholt wie die Kalziumspritze. Das beruhigende Auffordern zu verlangsamer Atmung wirkt besser. Langewitz (2011) empfiehlt Patienten, in bestimmten Alltagssituationen, die zu den typischen Beschwerden führen, den Atem anzuhalten, womit die Hyperventilation vom Betroffenen selbst kontrolliert werden kann. Eine medikamentöse Behandlung ist in der Regel, von schweren Komorbiditäten wie Depression und Angststörung abgesehen, nicht nötig.

2. Weitere funktionelle Atemstörungen

Neben der Hyperventilation gehören der Husten-Tic, die Seufzerdyspnoe und die „Vocal Cord Dysfunction“ zu den häufigsten funktionellen Atemstörungen. Der Husten-Tic oder auch der psychogene Husten ist bereits bei Grundschulern zu beobachten und imponiert als lauter, demonstrativer einzelner Hustenstoß. Andere Kinder entwickeln einen ihre Umwelt quälenden Räsper- oder Schnorchel-Tic. Wenn Kinder eine Seufzerdyspnoe aufweisen, scheinen sie nach Luft zu ringen, obwohl ihre Lungenfunktion völlig gesund ist (Niggemann 2009). Die Vocal Cord Dysfunction (VCD) ist eine funktionelle Atemstörung, die psychogen getriggert ist und eher Jugendliche als Kinder, aber besonders Erwachsene betrifft. Durch eine paradoxe Stimmbandschließung während der Einatmung und Ausatmung tritt Luftnot auf. Die von den Patienten als bedrohlich erlebten Atemnotzustände werden nicht selten als Asthmaanfälle verkannt, was zu massiven, völlig überflüssigen Steroidtherapien führen kann. Kenn & Hess (2008) räumen ein, dass die Diagnose-sicherung bei einer Dauer des Anfalls von höchstens 2 Minuten schwer sei. Da die VCD ähnlich wie die Hyperventilation auch bei ca. 3-5% der Asthmatiker auftreten kann, schließt das Vorliegen einer funktionellen Atemstörung nicht ein Asthma aus (Kenn & Schmitz 1997, zit. nach Kenn et al. 2008). Obwohl die Ursachen dieser

relativ unerforschten, funktionellen Atemstörung nicht genau bekannt sind, gehen die Autoren davon aus, dass eine psychosomatische Ursache „als Fehlalarm der zentralen Atemsteuerung verstanden (wird). Bei Angst- und Panikneigung bestehen häufig fließende Übergänge zu Hyperventilationserscheinungen“ (ebd., S. 700). Während der Schutzmechanismus der Stimmlippen vor Aspirationsgefahr, Laryngospasmus genannt, Sekunden dauert, dauert die VCD erheblich länger. Klinisch tritt die Atemnot anfallsartig in der Einatmungsphase auf und dauert eine halbe Minute, in seltenen Fällen auch länger. Auslöser können ein Hustenreiz oder Parfüm, körperliche Anstrengung oder psychische Erregung sein. Die Patienten können den Stridor nicht willentlich auslösen. Typisch ist eine Dys- oder Aphonie während der Dyspnoe-Attacke. Die Symptomatik führt immer wieder zu notärztlichen Interventionen bis hin zu Tracheotomien (ebd., S. 701). Für die Diagnostik ist die genaue Erfragung der Atemnotqualität von Bedeutung. Wenn die Atemnot inspiratorisch und im Halsbereich wahrgenommen wird, liegt auch bei Vorliegen eines Asthmas eine VCD vor. Therapeutisch wird empfohlen, den Patienten nahe-zubringen, dass die Symptomatik trotz plötzlicher Erstickungsangst harmlos ist und Atemtechniken hilfreich seien, gelegentlich auch eine Psychotherapie²³.

3. Funktionelle Atemstörungen versus Asthma und COPD

Von organischen Ursachen unterscheiden sich die funktionellen Atemstörungen dadurch, dass sie selten nachts auftreten, die Betroffenen auch während den Attacken ohne Probleme sprechen können und die Funktionsdiagnostik unauffällig ausfällt (Niggemann 2009). Gleichwohl sind die Übergänge zu einer psychischen Verursachung oder Komorbidität bei organischen Atemwegserkrankungen fließend. Neben den funktionellen Atemstörungen unterscheidet Deter (2009) die Befindlichkeitsstörungen der Atmung, zu denen er auch das Globusgefühl und den psychogenen Husten zählt und grenzt diese zum Asthma bronchiale ab. Letzteres definiert er als „reversible Atemwegsobstruktion, die durch eine Hyperaktivität der Atemwege auf dem Boden einer chronischen Entzündung ausgelöst wird“ (ebd. S. 249). Schüffel et al. (1998) weisen darauf hin, dass das Leitsymptom des asthmatischen Anfalls die ausgeprägte bis lebensbedrohliche Atemnot sei. Obwohl die Ursache in einem expiratorischen Stridor zu sehen sei, führe der „Lufthunger“ der Patienten zu einer sekundären Hyperventilation mit den entsprechenden Symptomen der Hypokapnie. Sie betonen, dass die körperlichen Symptome mit „Empfindungen und Stimmungen wie Angst, Unruhe Gereiztheit oder Ärger“ (ebd. S. 811) verbunden seien. So konnte Richter (1985, zit. nach Schüffel 1998) faktorenanalytisch die

²³ Auf der Website der VCD-Selbsthilfe wird der subjektiv erlebte Zustand plastisch geschildert: „Das ist VCD! Das Gefühl: der Kehlkopf schnürt sich plötzlich zu, als habe man einen Knoten im Hals. Keine noch so heftigen Versuche, Luft zu holen kommen gegen den Widerstand an. Man möchte um Hilfe schreien und kann nicht. So plötzlich wie sich der Hals zuschnürte geht der Anfall vorbei. Der ‚Knoten‘ löst sich, die ‚Klappe‘ geht auf. Man kann wieder atmen. Die Luft kann wieder in die Lunge.“ (VCD-Selbsthilfe, 2006).

Asthma-Symptom-Liste mit fünf Skalen herausarbeiten, die der Dyspnoe beim Asthmaanfall drei Befindlichkeitsdimensionen (Nervöse Ängstlichkeit; Ärgerliche Gereiztheit; Müdigkeit) und zwei körperliche Beschwerden (Obstruktive Atembeschwerden, Hyperventilationssymptome) zuordnet. Psychodynamisch erkennen sie einen Ambivalenzkonflikt des Asthmapatienten zwischen Anklammerungs- und Unabhängigkeitsbestrebungen der Mutter gegenüber, der sich in einer frühen psychogenetischen Phase entwickelt habe. (ebd. S. 813). Schüffel (2009) bemerkt von einer an Asthma verstorbenen Patientin: „Sie hatte diejenige Ambivalenz durchleben müssen, die keinen anderen Ausweg zulässt, als an der *festgehaltenen Luft zu sterben* [Hervorh. W.S.]“ (S. 141) und verweist hierbei auf den treffenden angelsächsischen Begriff des „air trapping“.

Die Angstqualität habe bei Asthmapatienten einen Einfluss darauf, wie sie ihre Medikamente, wie beispielsweise Aerosole, benutzen. Bei großer Ängstlichkeit neigen solche Patienten zu Überdosierung ihrer Medikamente, während auf der anderen Seite, sich die Verdränger durch Unterdosierung ebenso in Gefahr begeben. Die Angst ist für die psychisch bedingte Aufrechterhaltung des Asthmas von Bedeutung (Schüffel 1998, S. 815). Der messbare Atemwegswiderstand steigt bei Asthmatikern in für sie emotional belastenden Konfliktsituationen an. Zur Angst und dem Ambivalenzkonflikt käme die „Starre“ des Bronchialsystems mit der Tendenz, starr zu sein. Beim Asthmatiker sei die Atmung und Vokalisation an Signale gekoppelt, die ihrerseits eine Bedeutungskoppelung zur Angst haben. Das Asthma entstehe erst ab dem 2. Lebensjahr, wenn es zur Wiederannäherung an die Mutter i.S. Mahlers und der beginnenden Subjekt-Objekt-Trennung nach Piaget (ebd., S. 823) komme. Diese Annahmen ermöglichen es dem Arzt, dem Ambivalenzkonflikt und der Angst im diagnostischen Gespräch nachzuspüren und genauso in seine Überlegungen einzubeziehen wie die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung und der Funktionsdiagnostik.

Nach dem Asthma ist die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) die zweite häufige Lungenerkrankung. Im Gegensatz zum Asthma bronchiale ist die Verengung des Bronchialsystems kaum reversibel. Dem COPD geht meist ein langjähriger Nikotinabusus voraus. Charakteristisch für die COPD ist eine Anstrengungsdyspnoe, die sich nach Belastungsende legt, während die Anfallsdyspnoe für das Asthma typisch ist (Langewitz 2011, S. 911). Bei einem Drittel der COPD-Patienten finden sich begleitende Angsterkrankungen, die durch entsprechende Rehabilitationsprogramme behandelt werden können (Schüßler et al. 2011, S. 609). Nur ein geringer Anteil der Asthma- und COPD-Patienten befolgen ärztliche Medikamentenempfehlungen, was mit einer mangelnden Einstellung der Ärzte auf die individuellen Alltagssituationen der Kranken erklärt wird (Hoefert, 2011).

4. Atmung und Psyche

„Es gibt kein System, das empfindlicher auf die Psyche reagiert, als die Atmung“ zitiert Deter (2009, S.247) Rossier & Wissinger. Der Atemrhythmus drückt die Befindlichkeit aus. Der Wutschnaubende stößt einen scharfen kurzen Luftstoß aus,

die Erschrockene stockt nach einer raschen Inspiration, während der Angespannte oberflächlich einatmet und laut ausatmet und die im Koitus sich Hingebende beim Ausatmen stöhnt. Atmend teilen wir uns der Umwelt mit, mehr als uns bewusst ist. Die Funktion der Atmung als (Ver)mittler zwischen innen und außen drückt Bräutigam (1997, S. 169) wie folgt aus: „Atmung wird zur Gebärde, sie tritt als Ausdrucksverhalten in den Dienst menschlicher Kommunikation, sie wird Repräsentant seiner inneren Befindlichkeit“. Das Atmen ist von vitaler Bedeutung wie der Herzschlag. Schon wenige Minuten eines Atemstillstandes führen zum Tod oder zum Überleben mit erheblichen Schädigungen. Der erste Schrei des Neugeborenen bei seiner Geburt, der den pränatalen Blutkreislauf radikal auf den späteren Kreislauf mit arterieller und venöser Blutbahn umstellt, ist hierfür ein untrüglicher Beweis. Das Atmen ist so wichtig, dass der Organismus alles tut, um unsere Lungen vor Fremdkörpern zu schützen. So vermag der Hustenreflex, der vom Hirn über Rezeptoren im Bronchialsystem gesteuert wird, durch kräftiges druckvolles Ausstoßen eingedrungene Fremdkörper in der Ausatemluft mit einer Geschwindigkeit von bis zu 900 km/h heraus zu schleudern. Die Schleimhaut der Bronchien sorgt durch eine konstante Bewegung der Filien genannten Flimmerhärchen und durch Ausscheidung des Bronchialschleims für einen Selbstreinigungsprozess. Mit der eigenständigen Atmung entwickelt das Neugeborene einen von der Mutter verschiedenen Rhythmus, es wird mit dem ersten Atemzug ein von ihr getrenntes Individuum.

Semantische Entsprechungen

An der Atmung erkennt man den physiologischen Zustand eines Menschen. Das ruhige Atmen im Schlaf unterscheidet sich von der schnellen Atmung des Joggers. Das „Pfeifen“ des Asthmatikers in der Ausatmung ist von anderem Charakter als der Stridor genannte Einatemungskampf des an Kruppsyndrom erkrankten Kindes. „Mir stockt der Atem“ sagt der Erschrockene und in seiner Angst „wagt er nicht zu atmen“. Wenn die „Luft zu dick“ zum Atmen wird, ist die aggressive Stimmung unerträglich geworden und man „könnte in die Luft gehen“ oder seinem Gegner „etwas vorhusten“. In Bedrängnis geraten, fühlt man, dass die „Luft zu dünn“ geworden ist. Dann, wenn es spannend wird, möchte man „am liebsten die Luft anhalten“. Es ist besser, sich erst in eine Situation zu wagen, wenn „die Luft rein“ ist. Und wer nach langen Mühen nicht mehr weiter machen will oder kann, weil es ihm „die Sprache verschlägt“, bei dem ist „die Luft raus“. Die Liste ließe sich weiterführen. Selbst das Seufzen drückt etwas anderes aus, je nachdem ob es in der Einatmung oder aber in der Ausatmung ausgestoßen wird. Bräutigam (1997, S.170) sieht im Seufzer der Einatmung das „kummervolle“, die Niedergeschlagenheit und in dem der Ausatmung die Erleichterung. Der Umgang des Individuums mit seiner Umwelt äußere sich in der Atmung. Für ihn ist die angstbesetzte zu häufige Atmung Ausdruck von *Angst*, während die flach frequente Polypnoe Zeichen der *Resignation* sei, trotz Anstrengung gesteckte Ziele nicht mehr erreichen zu können (ebd, S. 172). Bräutigam benutzt die alte Sprachregelung. Er spricht nicht vom Hyperventilationssyndrom, sondern vom „Nervösen Atemsyndrom“ (auch wenn er die heute nicht

mehr üblichen Bezeichnungen Atemtetanie, Da-Costa-Syndrom und nervöse Dyspnoe bestehen lässt), womit er in der Tradition Freuds steht, der das Atemsyndrom als körperlichen Ausdruck einer Angststörung sah. Bassler (2006) weist darauf hin, dass Freud in seiner grundlegenden Arbeit „Hemmung, Symptom und Angst“ (1926; 1982) den Angsteffekt als Warn- und Gefahrensignal verstand, um dem Ich zu ermöglichen, mittels adaptiver, körperlicher Verhaltensweisen Gefahrensituationen zu begegnen. Bei der neurotischen Angst ist die Gefahrenquelle eine innerpsychische, die aus dem Konflikt von Triebwunsch und Gewissensnorm entsteht. Aus der Qualität der Angstäußerung, von der psychotischen Selbstaflösungsangst bis zur milden Gewissensangst, lasse sich ablesen, auf welcher phasentypischen oder anders ausgedrückt: entwicklungspsychologischen Stufe die Angst ihren Ursprung genommen hat (2006, S. 137). Um die Angstenstehung und ihre Persistenz im Erwachsenenalter zu verstehen, ergänzt Bassler die psychoanalytischen Konzepte um die empirisch belegten Forschungsergebnisse der Säuglingsforschung und vor allem die in der modernen Psychoanalyse inzwischen rezipierten und integrierten Bindungsforschung von Bowlby (1976), dessen Grundannahmen durch die weltweit replizierten Versuchsreihen über die „fremde Situation“ zur experimentellen Untersuchung der Mutter-Kind-Bindung der kanadischen Psychologin Ainsworth (1978) überzeugend belegt werden konnten.

Säuglingsforschung und Bindungstheorie

Die Säuglingsforschung konnte in einer Reihe von exakten und replizierbaren Experimenten nachweisen, dass ein Säugling von Anfang an aktiv und initiativ die Beziehung zur Pflegeperson (Mutter) gestaltet und zu differenzierter Gefühlsäußerung in der Lage ist (Dornes 1993). Der Säugling zeigt Überraschung, richtet seine Aufmerksamkeit gezielt auf Reize und versucht motorisch auf das Verhalten der Mutter einzuwirken. Schließlich können Säuglinge auch früh psychische Zustände von Freude, Ekel oder Angst artikulieren. Sie versuchen, durch soziale Verhaltensweisen (Lächeln, Lachen) mit der Mutter in Kontakt zu treten. Nach der Bindungstheorie von Bowlby geschieht dies auf Grund eines phylogenetisch erworbenen „Bindungssystems“ zwischen Mutter und Kind, das dem angewiesenen Kind durch Anpassung an die Älteren bzw. Eltern das Überleben sichert. Die Fähigkeit der Mutter, sich einführend und kommunikativ auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzustellen, so dass der Säugling Erfolge seiner beginnenden Kontrolle gegenüber der totalen Hilflosigkeit und Angewiesenheit erlebt, haben Bowlby und Ainsworth die „mütterliche Feinfühligkeit“ genannt. Die fünf Prototypen des Bindungsverhaltens sind 1. Suchen; 2. Weinen; 3. Nachfolgen; 4. Anklammern und 5. Protest bei Trennung von der vertrauten Person. Köhle (2003, S. 234) folgert aus dem Bindungsverhalten: „Je sicherer sich das Kind der verständnisvollen Unterstützung seiner Eltern gewiss sein kann, desto *angstfreier* [Hervorh. P.E.F.] kann es selbständig werden. Eine sichere Bindung – nicht zu verwechseln mit einer engen Bindung – fördert Autonomie“. Das Bindungssystem entwickelt sich im ersten Lebensjahr und bleibt das ganze Leben über aktiv. Die moderne Bindungsforschung ergänzt das Bindungsverhalten um die Analyse der rhythmischen Koordination und der Rolle

der sprachlichen Interaktion zwischen Mutter und Kind zur Förderung seiner Mentalisierungsfähigkeit (Brisch 2011).

Bowlby & Ainsworth unterscheiden vier Bindungstypen: Typ A: unsicher-vermeidend gebunden (ca. 15 %); Typ B: sicher gebunden (ca. 65 %); Typ C: unsicher-ambivalent gebunden (ca. 10 %) und Typ D: desorganisiert/desorientiert gebunden (10 – 25 %). Bei Typ B wäre die Mutter eine „good enough mother“ (Winnicott 1953), die aufmerksam und kohärent mit ihrem Kleinkind umzugehen weiß. Beim Typ A sind die Mütter nicht feinfühlig, sondern abweisend und lehnen Hilfsbedürfnisse des Kindes ab. Die Kinder idealisieren später ihre Mütter ohne konkrete Erinnerung an positive Interaktionen mit ihr benennen zu können und sind in Beziehungen eher entwertend. Beim Typ C will das Kind bei der Rückkehr getröstet werden und gleichzeitig von ihr weg. Es klammert sich an die Mutter wie später an seine künftigen Partner. Die Mutter ist mal feinfühlig, mal nicht, was beim Kind zu Unsicherheit und Angstverhalten führt. Beim Typ D ist die Mutter mal übertrieben zugewandt, dann plötzlich abwesend oder furchterregend, weil sie eigene Bindungstraumata nicht verarbeitet hat (z.B. eine Borderline-Persönlichkeit), die sie mit dieser Mutter-Kind-Interaktion an die nächste Generation weitergibt. Die Bindungserlebnisse des Kindes werden nicht erinnert, sondern präverbal als eigenes Bindungs- und Trennungsverhalten weitergegeben. Die Erfahrungen bestimmen auch über ihren Niederschlag im wachsenden Gehirn des Kindes dessen affektive (Selbst)regulation. Frühe maladaptive Stressregulationen mit Überbelastung des vegetativen Nervensystems prädestinieren zur Posttraumatischen Stressbelastung (PTSB) (Köhle S. 242).

Die Bedeutung des Bindungsverhaltens für die funktionellen Atemstörungen und speziell für das Hyperventilationssyndrom lässt sich ermessen, wenn man ein Angstkonzept zugrunde legt, bei dem die Antwort auf eine nicht mentalisierbare, unbestimmte Angstquelle sich auf einer physiologischen, präverbalen Ebene abspielt und sich dabei beobachten lässt, wie die dramatische Paniksituation sich sofort entspannt, sobald ein Arzt oder eine helfende Autorität hinzukommt.

5. Selbstgefühl und funktionelle Atemstörung

Menschen, die unter funktionellen Atemstörungen leiden, also beispielsweise in Belastungssituationen zu einem Hyperventilationssyndrom neigen, wissen in der Regel nicht, dass ihre Atemnot nicht die Ursache ihrer Panik ist, sondern umgekehrt physiologischer Ausdruck ihrer Beklemmung, ihrer Angst, ist. Angst kommt vom Althochdeutschen *angust* und Mittelhochdeutschem *angest* und bedeutet „eng“. Dieses Bedrängtsein erleben die Betroffenen als rein körperliches Geschehen. Die Wechselwirkungen seelischen Befindens auf ihren Körper und umgekehrt sind ihnen fremd. Wie ist das zu verstehen? Unsere Selbstwahrnehmung ist nicht selbstverständlich, sondern entwickelt sich von Geburt an als Verzahnung von physiologischer und psychologischer „Fähigkeit zur Propriozeption“ (Johnen 1998) in den ersten Lebensmonaten unter den Bedingungen einer fördernden Beziehung einer „good enough mother“ (Winnicott, 1953). Bei der Propriozeption erfährt sich der

Körper selbst in seiner momentanen Lage in Raum und Zeit. Nach Johnen wird durch die Propriozeption das *Körperschema* generiert, definiert als „lebendige Raum-Zeit-Gestalt des eigenen Körpers“, welche durch die Signale der Propriozeptoren in Muskeln und Gelenken stets neu erschaffen werde. Dem gegenüber ist das *Körper-Bild* „das vollständige innere Bild vom eigenen Körper“, das entsteht, wenn die Summe aller Sinnesempfindungen in das Körper-Schema integriert wird. Als drittes ist das *Körper-Selbst* „das innere Bild vom erlebten Körper als Teil der eigenen Person“ im Gegensatz zu anderen Personen (ebd. S. 224). Die physiologischen Gefühle werden ab dem 15. Monat, also mit dem Ende der Übungsphase und dem Beginn der Wiederannäherungsphase nach Mahler (1996) im Schutze einer tragenden, emotionalen Beziehung integriert, wobei der Spracherwerb als kognitiver Symbolisierungsmotor die Körper selbstwahrnehmung unterstützt.

Kommt es in der frühen Entwicklung des Menschen zu Störungen, sei es durch eine ungenügende Beziehung, wie sie oben durch die bindungstheoretischen Ansätze von Bowlby oder durch eine Störung der Differenzierung des Körperschemas in der Loslösungs- und Individuationsphase nach Mahler skizziert wurde, so bilden sich Körper-Schema, Körper-Bild und Körper-Selbst nur lückenhaft aus (Johnen 1998, S. 226) und die Körperwahrnehmung bleibt wie bei den meisten psychosomatisch bedingten Erkrankungen inkohärent oder fragmentiert gar, wie etwa bei den Psychosen.

Während die meisten Menschen auf innere und äußere Reize körperlich reagieren (Luft anhalten bei Schreck, sich Schütteln bei Ekel, Schwitzen bei Angst) bleibt für andere, besonders den psychosomatisch reagierenden Menschen, der Körper der einzige Mediator des Seelischen, wobei das körpernahe *Empfinden* mit dem psychisch-abstrakteren *Fühlen* zu einer einzigen leiblichen Antwort auf unterschiedlichste seelische und äußere Reize verschmilzt. Kinder verstehen die Konflikte in ihrer Umwelt noch nicht, aber sie empfinden sie. Schüffel (2009) sagt, die Kinder werden „gestimmt“ und bezeichnet den durch die Umwelt gestimmten *Körper* als den *Leib* (S. 172). Die auf das Kind einwirkenden, psychischen und sozialen Einflüsse finden sich somit ohne Worte als Engramme im Leib wieder. Diese Niederschläge sind *nicht-bewusst*. Sie sind ohne Worte und können nicht in Worte transferiert werden, denn dann wären diese Zeichen unbewusst, d.h. Folge eines Verdrängungsprozesses. Mit *Verleiblichung* meint er, dass die Lösung der Konflikte über die Leibeignung geschieht. Ein solches Kind wird später typischerweise *psychosomatisch* auf innere Konflikte und Spannungen reagieren, denn es kann die Dinge in der Welt und in sich ausschließlich in bestimmten leiblichen Situationen empfinden, erleben und erfahren.

Bei den Menschen, die unter funktionellen Störungen leiden, ist die Integration Körper-Schema, Körper-Bild und Körper-Selbst misslungen. Angst und Furcht werden nicht als psychische Entitäten wahrgenommen, sondern als Luftnot. Es besteht also kein kohärentes Selbstwertgefühl. Konflikte nehmen sie nicht in ihren kognitiven und emotionalen Dimensionen wahr, sondern als diffuse Stimmung, die schnell eine ängstliche Tönung annimmt oder von Gereiztheit geprägt sein kann. Weil sie aber eine gestörte Selbstwahrnehmung im Sinne einer Proprio-

zeption von Reizqualitäten aus ihrem Inneren haben, nehmen sie die vegetative Reaktion auf die Signalangst als das eigentliche Bedrohliche wahr. Die sich beschleunigende Atmung bewirkt eine Hyperkapnie mit reversiblen neurologischen Symptomen wie „Amei-senlaufen“ oder „Mattscheibe im Kopf“, was die Angst, die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren, zur Panik steigert. Der Kranke empfindet seinen Körper als von ihm losgelöst, als etwas, das „etwas mit mir macht“. Durch Hilfe von außen (Arzt) wird der aus den Fugen geratene Körper wieder ins Lot gebracht. Meist streiten die Betroffenen jegliche seelische Verursachung ab („Ich habe es doch nicht an der Birne!“). Wenn Ärzte sich nicht zu invasiver Diagnostik verleiten lassen, sondern die Harmlosigkeit der Symptome dem Patienten so zu vermitteln suchen, dass er sich verstanden und nicht entwertet fühlt, wird er sich nach einer längeren Zeit der hausärztlichen intensiveren Beziehungspflege in der Psycho-somatischen Grundversorgung, die früher „kleine Psychotherapie“ genannt wurde (Csef 2001), soweit stabilisieren können, dass er einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich wird.

6. Gesundheitsängste und Atmung

In den USA diskutierten Experten über die Auswirkungen von Gesundheitsängsten auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und stellten fest, dass die Ängste sich nicht an Fakten, sondern Vorstellungen orientierten. So fürchteten Frauen an Brustkrebs zu sterben, obwohl die meisten Frauen an kardialen Ursachen sterben. Der rationale Zusammenhang zwischen Übergewicht und Krankheiten fand sich in Gesundheitsängsten wieder, obwohl der Anteil der übergewichtigen Bevölkerung stetig wächst (Lawrence & Chang 2011). Nach den Ergebnissen einer WHO-Studie (Gureje et al. 1997) zählt Deutschland international zu den Spitzenreitern für hohe Krankheitsangst.

Gesundheitsängste werden oft mit Hypochondrie gleichgesetzt. Winkler (2008) sieht bei den Hypochondern die Überzeugung, ernsthaft erkrankt zu sein, auch wenn wiederholte medizinische Untersuchungen keinen Befund von Krankheitswert oder eine ausreichende Erklärung für das Vorhandensein einer Erkrankung erbracht haben. Die Erkrankten unterlägen einer Fehlinterpretation durch „übertriebene Wahrnehmung und Beobachtung“ von körperlichen Symptomen. Dieses Verhalten zeigen aber auch Patienten mit funktionellen Atemstörungen. Beiden ist gemeinsam, dass sie auch kleinste körperliche Veränderungen sehr angstbesetzt wahrnehmen. Sie unterscheiden sich dadurch, dass Hypochonder an einer, nur von ihnen vermuteten Krankheit leiden, während der Patient mit funktionellen Atemstörungen über spezifische Symptome wie Atemnot und mit Hyperkapnie einhergehende typische vegetative Symptome klagt. Auch lassen sich hypochondrische Patienten kaum durch den Arzt beruhigen, was bei Angst- und Panikpatienten besser gelinge (Bassler 2006, S. 145). Albrecht (2005) sieht zwar die echte Hypochondrie als „prominenteste Leiden an unerklärlichen Symptomen“. Er findet aber, „die alltäglichen Gesundheitsängste und die so genannten somatoformen Störungen,

deren Ursachen sich im Dunkel des geheimnisvollen Zusammenspiels von Psyche und Physis verlieren“, seien viel häufiger.

Diese Gesundheitsängste, die zwischen Hypochondrie und funktionellen Störungen anzusiedeln sind, beschrieb der eingangs erwähnte Schriftsteller Thomas Mann (1924; 2008) vortrefflich in seinem Roman „Der Zauberberg“. Während der Erste Weltkrieg tobt, treffen sich verschiedene Herrschaften in einem Sanatorium für Lungenkranke. Die meisten von ihnen sind selbst nicht wirklich krank, aber panisch um ihre Gesundheit besorgt. Wo findet man die Abspaltung der Wahrnehmung der beängstigenden Signale des Körpers von denen der Seele, die für funktionelle somatoforme Störungen charakteristisch ist, besser dargestellt als in der Literatur? Lassen Sie mich daher meine Ausführungen mit einer kleinen Textpassage aus dem „Zauberberg“ schließen (102-103):

„Wenn ich nur wüsste“, fuhr Castrop fort, indem er beide Hände zum Herzen führte wie ein Verliebter, warum ich die ganze Zeit solches Herzklopfen habe, es ist so beunruhigend, ich denke schon länger darüber nach. Siehst du, man hat Herzklopfen, wenn einem eine ganz besondere Freude bevorsteht oder wenn man sich ängstigt, kurz, bei Gemütsbewegungen, nicht? Aber wenn einem das Herz nun ganz von selber klopft, grundlos und sinnlos und sozusagen auf eigene Hand, das finde ich geradezu unheimlich, versteh mich recht, es ist ja so, als ob der Körper seine eigenen Wege ginge und keinen Zusammenhang mit der Seele mehr hätte, gewissermaßen wie ein toter Körper, der ja auch nicht wirklich tot ist – das gibt es gar nicht – sondern sogar ein sehr lebhaftes Leben führt., nämlich auf eigene Hand (...) Ich wollte nichts weiteres sagen als: es ist unheimlich und quälend, wenn der Körper auf eigene Hand und ohne Zusammenhang mit der Seele lebt und sich wichtigmacht, wie bei solchen unmotivierten Herzklopfen. Man sucht förmlich nach einem Sinn dafür, einer Gemütsbewegung, die dazu gehört, einem Gefühl der Freude oder der Angst, wodurch es sozusagen gerechtfertigt würde, - so geht es wenigstens mir, ich kann nur von mir reden“.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. New York: Hillsdale.
- Albrecht, H. (2005). Ist was? Diffuse Ängste und unerklärbare Symptome treiben Patienten und Ärzte zur Verzweiflung - und unser Gesundheitssystem in den Ruin. Wie man mit rätselhaften Krankheiten umgeht, machen andere Länder vor. *ZEIT*, 31.
- Bassler, M. (2006). Ätiopathogenese und Psychotherapie von Angststörungen aus psychodynamischer Sicht. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F., Sulz, S.K., Mattejat, F., Hopf, H., Windaus, E. (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie, Bd 2, München: CIP, 3. Aufl., 137 – 153.
- Böhme, G. (2003). Sprach-, Sprech- Stimm und Schluckstörungen. Bd1., 4.Aufl., München: Urban + Fischer.
- Bowlby, J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge von Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.

- Bergert, F.W., Braun, M. Conrad, D. Ehrenthal, K., Feßler, J., Gross, J., Gundermann, K., Hesse, H., Hüttner, U., Kluthe, B., Lang Heinrich, W., Liesenfeld, A., Luther, E., Pchalek, R., Seffrin, J., Sterzing, A., Wolfring, H.-J., Zimmermann, U. (2006). Hausärztliche Leitlinie Asthma Bronchiale und COPD. Konsentierung Version 3.00, 05.04.2006, 1- 50.
- Brändli, O., Leuenberger P., Keller R., Perruchoud, A.P., Ackermann-Liebriech U., Schindler C., SAPALDIA-Team (1994). Sources of variation in lung function. *Am J Resp Crit Care Med*, 149: A662.
- Bräutigam, G., Paul, C., von Rad, M. (1997). Psychosomatische Medizin. Ein kurz gefasstes Lehrbuch. Stuttgart: Thieme, 6. Aufl.
- Brisch, K.H. (2011). Bindungstheorie. In: Uexküll, T. (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. München: Urban + Schwarzenberg, 7. Aufl., 125-135.
- Csef, H. (2001). Funktionelle (somatoforme) Störungen beim internistischen Haus besuch. *Der Internist*, 42(11), 1476-1487.
- Deter, H.C. (2009). Respirationstrakt. In: Janssen, P.L., Joraschky, P., Tress, W. (Hrsg.). Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., 247-251.
- Dornes, Martin (1993). Der Kompetente Säugling. Die Präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1926; 1982). Hemmung, Symptom und Angst. Frankfurt/M.: Fischer.
- Frevert, P. E. (2007). Atemwegserkrankungen. Hyperventilationssyndrom, Asthma bronchiale. 12. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim, 23.-25.02.2007, www.pierre-frevert.de, 1- 15.
- Gureje, O., Üstün, T.B., Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychol Med*, 27, 1001-1010.
- Herrmann, J., Radvila, A. (1999). Serie: Funktionelle Atemstörungen – das Hyperventilationssyndrom. *Dtsch Aerztebl*, 96(11):A694/ B-532/ C-490.
- Herrmann, J., Schonecke, O.W., Radvila, A., Uexküll, T.v. (1998). Das Hyperventilationssyndrom. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. München: Urban + Schwarzenberg, 5. Aufl., 686 – 692.
- Hoefert, H.-W. (2011). Das Ringen um Compliance und Adhärenz. In: Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.). Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe, 191 -216.
- Johnen, R. (1998). Das Sprechen des Körpers als Ressource für Gesundheit: das Unterrichtsprojekt „Subjektive Anatomie“ In: Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R. (Hrsg.). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical, 221-232.
- Kenn, K., Hess, M. (2008). Vocal Cord Dysfunction. Eine wichtige Differenzialdiagnose zum Asthma bronchiale. *Dtsch Ärztebl*. 105(41), 699–704 .
- Köhle, L. (2003). Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. München: Urban + Schwarzenberg, 6. Aufl., 233 – 244.

- Langewitz, W. (2003). Funktionelle Störungen – somatoforme Störungen. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*. München: Urban + Schwarzenberg, 3. Aufl., 787 – 791, 7. Aufl., 739-775.
- Lawrence, S., Chang, L. (2011): When health fears are overblown.
<http://www.webmd.com/balance/features/when-health-fears-are-overblown>
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1996). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien/New York: Springer, 4. Aufl.
- Niggemann, B. (2009). Psychogene Atemstörungen häufig als Asthma verkannt. *Medical Tribune*, 1, 8.
- Pauli, H.G. (1998). Gesundheit und Krankheit: Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban + Schwarzenberg, 63-72.
- Rendenbach, U. u.a. (1999). Diskussionsbeiträge zum Artikel "Funktionelle Atemstörungen – das Hyperventilationssyndrom" von Hermann & Radvilla. *Dt. Ärztebl.* 96, Heft 38, 24.09.1999, S. A-2367-A2369.
- Rudolf, G.(2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, H.-U., Lamparter U. (1997). Hyperventilationssyndrom. In: Ahrens, S., Schneider, W. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 330-334.
- Schüffel, W., Herrmann, J.-M., Dahme, B., Richter, R.(1998). Asthma bronchiale. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban + Schwarzenberg, 5. Aufl., 810 – 824.
- Schüffel, W. (2009). *Medizin ist Bewegung und Atmen –vom Elend in die Armut und wie aus der Wüste Würde wird*. Halle: Cornelius.
- Schüßler, G., Joraschky, P., Söllner, W. (2011). Depression, Angst und Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen (Komorbidität). In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban und Schwarzenberg, 7. Aufl., 605-613.
- Speich R., Büchi, S. (2001). Irrungen und Wirrungen. Hyperventilationssyndrom Adieu. Hyperventilationssyndrom oder Panikstörung – nicht nur ein semantisches Problem. *Schweiz Med Forum*, 25, 665-670.
- Uexküll, T.v., Köhle, K. (1998). Funktionelle Syndrome. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban + Schwarzenberg, 655-669.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanalysis*, 34, 89-97.