Die psychische Komponente des Asthmas

Diskussionsbeitrag zur Psychosomatik des Asthmas
anlässlich der Weiterbildungstagung für die Aarg. Frauenliga
auf der Barmelweid vom 10. November 1983

Aus unserer langjährigen Erfahrung mit der Entwicklung von verschiedenen Krankheitsbildern, betrachtet auf dem Hintergrunde des familiären Umfeldes, sind wir zur Aufstellung von folgenden 6 Thesen gekommen, die nicht nur für das Krankheitsbild des Asthmas, sondern ganz allgemein gültig sind für mich.

1. Jede Krankheit hat einen psychosomatischen Aspekt, und zwar nicht in rein causaler Hinsicht betrachtet, sondern eher in einem Wechselspiel oder vielseitig sich selbst regulierenden Prozess.

2. Jede Krankheit, die chronisch ist, hat somit einen lernprozesshaften Aspekt, d.h. sie wird im weitesten Sinne dieses Begriffes «erlernt». Dies bedeutet, dass das Krankheitssymptom durch zum Teil komplizierte, nicht immer direkt einsehbare «Lernprozesse» aufrecht erhalten wird. Der Begriff «Lernprozess» ist hier selbstverständlich nicht auf kognitive Vorgänge beschränkt, sondern meint Lernvorgänge im Sinne eines Konditionierens nach den allgemeinen Lerntheorien.

3. Jedes zufällig auftretende Krankheitssymptom in einem Kinde oder in einem Erwachsenen kann bei der Mutter, der übrigen Umwelt oder bei der Person selbst eine ängstlich oder sonst emotionell gefärbte fixierende Haltung dem Symptom gegenüber auslösen. Diese ängstliche, auf das Symptom bezogene Zuwendung kann wiederum eine verstärkende Auswirkung auf das Symptom haben, d.h. sie kann zu einem Konditionierungseffekt führen. Somit läuft ein Teufelskreis an: Symptom – vermehrte ängstliche Zuwendung – Verstärkung des Symptoms – Intensivierung der ängstlichen Zuwendung.
   Aus lerntheoretischer Sicht ist bekannt, dass Angst bis zu einem gewissen Grade den Wachheitszustand erhöht und dadurch auch den Lernprozess intensiviert.

4. Ein einmal «erlerntes» Symptom kann, losgelöst von seiner Entstehung, eine wichtige Funktion einnehmen in der Beziehung zu signifikanten Bezugspersonen, es kann als «Regulator» der Beziehung funktionieren in bezug auf Nähe–Distanz-Verhältnisse.

5. Vom Symptom ursprünglich unabhängig entstandene Beziehungskonflikte können sich, anstatt in einer verbalen Auseinandersetzung, averbal im Symptom ausdrücken.

6. Chronische Überbelastung, ganz gleich welcher Ursache, die zu Angst und chronischen Stressreaktionen führt, verstärkt das Symptom. Akuter Stress, der zu einer einschneidenden Lebensveränderung führt, bewirkt manchmal auch eine vorübergehende Verminderung des Symptoms.

https://adhs.expert

Diese allgemeinen Grundsätze versuchen wir anhand eines Fallbeispiels mit dem Symptom Asthma zu veranschaulichen, um dadurch das Prozesshafte einer solchen chronischen Krankheitsentwicklung in ihren einzelnen Schritten etwas zu verdeutlichen.

Beispiel:

Die Mutter eines Kindes, das seit ca. dem 9. Lebensjahr an Asthma leidet, ist aufgewachsen als Älteste einer kinderreichen Familie. Aus Platzmangel musste sie zusammen mit ihrer Schwester das Zimmer teilen. Da die Schwester ab und zu erkältet war und Husten hatte, hat diese Frau sich als Kind oft dadurch im Schlaf gestört gefühlt und hat schlussendlich, wie sie sich selbst ausdrückt, eine gewisse «allergische» Reaktion auf Husten ganz allgemein entwickelt. Auch bei ihren eigenen Kindern konnte sie Husten nicht ausstehen und musste immer sofort etwas unternehmen, um dem kleinsten Hüsteln entgegenzuwirken. Die Mutter bezieht sich also speziell emotionell intensiv auf das Symptom «Husten».
Das Kind entwickelt prompt in diesem Symptombereich eine Krankheit in Form von Asthma. Unserer Ansicht nach hat die Mutter vermutlich Wesentliches zum Lernprozess bei der Entwicklung dieser chronischen Krankheit beigetragen, selbstverständlich alles in wohlmeinender Absicht, dem Kinde zu helfen.
Ähnlich wie die Mütter oder andere enge Bezugspersonen eine Fixierung, d. h. eine Chronifizierung eines zufällig aufgetretenen Symptoms herbeiführen können, ist dieser Mechanismus auch auslösbar über Ärzte oder anderes medizinisches Betreuungspersonal. Indem ein wohlmeinender überfürsorglicher Kinderarzt z. B. die Mutter eines Kindes mit ängstlicher, beruflicher Beflissenheit auf eine Krankheit und die möglichen Folgen aufmerksam macht, kann er eine schon zum vornherein etwas ängstliche Mutter ängstlich fixieren auf das Symptom und somit den Krankheitsprozess indirekt verstärken im Sinne des oben erwähnten Lernprozesses.
Will die Mutter nun abends ausgehen und das Kind mit einem Babysitter zuhause lassen, d. h. will sie sich vorübergehend etwas distanzieren vom Kind, tritt im Rahmen der allgemeinen emotionellen Aufregung leicht das Symptom Asthma auf im Kinde, und die Mutter bleibt zuhause, d. h. behält ihre Nähe zum Kinde bei. Schlussendlich wird sie gar nicht mehr ausgehen, da das Kind ja einen Asthmaanfall haben könnte und sie dann bestimmt brauchen würde; das Symptom fördert also die Nähe zur Mutter.
Im späteren Leben kann das Symptom auch «eingesetzt» werden, um eine Nähe sowie Distanz zu einer Mutter zu erzeugen, oder zu anderen nahen Bezugspersonen, wie z. B. Ehepartner.
Die alte, klinische Erfahrung, dass Höhenkuraufenthalte oft wirksamer sind, wenn der Höhenkurort möglichst weit weg von der Familie ist, weist auch auf die Wichtigkeit des Beziehungskonfliktes beim Asthma hin.
Auf dem Gebiet der Präventivmedizin stellt unter diesem Aspekt des Lernprozesses die ganze Methodik der sogenannten Früherfassung ein grosses Risiko dar, indem nämlich die Früherfassung nicht nur zu einer Verhinderung der

https://adhs.expert

Weiterentwicklung des Krankheitsprozesses führen kann, sondern sehr oft auch zu einer ängstlichen Fixierung auf das Symptom und somit zu einer Verstärkung des Krankheitsprozesses.
Aus diesem Grunde bringen vermutlich auch viele Präventivprojekte, die sich lediglich auf medizinische Früherfassung abstützen, nicht so viel Erfolg, wie man aus klassischen medizinisch-theoretischen Überlegungen heraus annehmen müsste.
Abschliessend ist zu erwähnen, dass, obwohl diese psychosomatischen Aspekte beim Asthma noch lange nicht in all ihren spezifischen Detailmechanismen bekannt sind, die statistischen Untersuchungen jedoch in bezug auf eine altersspezifische Häufung der Erkrankung sehr für die Wichtigkeit der psychischen Komponente sprechen. Die Krankheit tritt am häufigsten auf zwischen dem 10. bis 20. Lebensjahr und zwischen dem 40. bis 50. Beides sind Lebensabschnitte, die schon ohnehin zumeist eine verstärkte psychische Belastung darstellen, bei der ersten häufig im Sinne der Adoleszenz, bei der zweiten häufig im Sinne der «midlife crisis». Interessant wäre es nun, unsere aufgestellten Hypothesen anhand von möglichst vielen Fallbeispielen zu prüfen, zu verifizieren oder auch zu widerlegen.

Dr. med. U. Davatz, Leitende Ärztin
Sozialpsychiatrischer Dienst, Königsfelden

https://adhs.expert