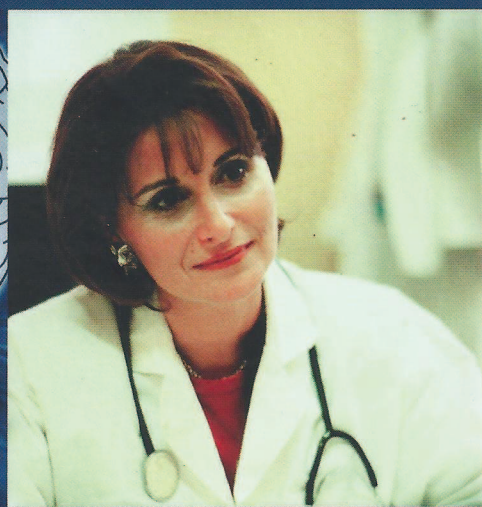


Gabriele Moser

Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie



 SpringerWienNewYork

Von der Notwendigkeit die Psychosomatik zu erfinden oder – eigentlich nichts Neues unter der Sonne?

Beobachtungen aus der medizinhistorischen Perspektive

Sonia Horn

Jeder, der meint, eine Therapie passt zu jedem Menschen, ist ein Dummkopf. Medizin behandelt nicht die Menschheit im Allgemeinen, sondern jeden einzelnen Menschen im Besonderen.

Henry de Mondeville, Chirurgia, 1309

Wie im Beitrag „Stellenwert der Psychosomatik in der Gastroenterologie“ von Gabriele Moser dargestellt, versteht sich die psychosomatische Medizin als Forschungsbereich, der sich mit dem Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren auseinandersetzt. Demnach sollte Gesundheit neu definiert werden, nämlich als „... ausreichende Kompetenz des Menschen, Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulatorisch zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und rele-

vante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen.“

Die Medizinhistorikerin stellt „*The need for a new model*“ und „*A challenge for biomedicine*“ (Engel, 1977) vor eine interessante Frage – gab es das nicht schon einmal?

Medizin besteht sowohl aus Theorie als auch aus Praxis. Die Erfahrungen von Heilkundigen sind wesentlicher Teil des heilkundlichen Wissens und Könnens. Die Theorie der Medizin dient dazu, Erklärungsmodelle zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis Gesundheit und Krankheit erklärt werden. Ausgehend davon werden Krankheiten charakterisiert (womit auch deren „Erforschung“ gemeint ist) und der Körper des Menschen dargestellt (was ebenfalls die „Erforschung“ desselben beinhaltet). Wesentliche Einflüsse bestimmen dieses Verständnis:

- soziale Aspekte,
- regional unterschiedliche Denkweisen,
- der Einfluss und Eindruck der umgebenden Natur,
- technologische Entwicklungen,
- menschliche Fähigkeiten und Kenntnisse.

Wesentlich ist aber auch, dass es sich bei medizinischen Theorien um Denk-„Modelle“ handelt, die vor dem Hintergrund der jeweiligen Epoche verstanden werden müssen, da sie von diesen Rahmenbedingungen beeinflusst werden.

Das zumindest bis zum Ende des 18. Jahrhunderts aktuelle Erklärungsmodell für den menschlichen Körper und seine Funktionen war ein „Gleichgewichtsmodell“. Menschen galten als gesund, wenn der Körper im Gleichgewicht war, wobei physische und psychische, aber auch Einflüsse der Umwelt als wirksam betrachtet wurden. Der Mensch, als Ganzheit von Körper und Seele, wurde nicht als „einzelnes Wesen“ betrachtet, das unabhängig von der Umgebung existierte, sondern als Teil einer großen Gesamtheit, die auf dieses Wesen wirkte, auf die dieses umgekehrt auch wieder Einfluss hatte. Diese Wechselwirkung bestand jedoch nicht nur zwischen dem Körper und seiner Umgebung, sondern auch zwischen einzelnen Organen und dem Körper. Die Medizin widmete sich als „andere Philosophie“ dem menschlichen Körper und seinen Beziehungen zur Umwelt. Auch wenn die „Theologie“ als grundsätzlich allen Wissenschaften übergeordnet betrachtet wurde, war das Argument, dass der menschliche Körper immerhin das „Vehikel“ der Seele wäre und somit seine Existenz und Pflege notwendig wären, nicht unbedeutend. Diese Überlegungen finden sich in den philosophischen Grundlagen der alten europäischen Medizin, aber auch in der Heilkunde anderer Kulturen (Harig und Schneck, 1990).

Das „Gleichgewichtsmodell“ kannte bzw. kennt verschiedene Vorstellungen – einmal sind es fünf Elemente (Ayurveda), einmal zwei (Ying und Yang), manchmal drei (Mercur, Sulfur, Sal bei Paracelsus) oder eben vier „Körpersäfte“ (Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle), wie in der europäischen Antike, im Mittelalter und in

der frühen Neuzeit. Nahe liegend ist auch, dass hier Einflüsse aus der unmittelbaren Beobachtung der Lebenswelt umgesetzt wurden. Es erscheint verständlich, dass die alltägliche Beobachtung von normalen Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen die Grundlage dieses Modells darstellt und aufgrund der regelmäßigen Ausscheidung derselben davon ausgegangen wurde, dass dadurch der Körper im Gleichgewicht der „Säfte“ gehalten wird.

Über die Nahrungsaufnahme, die Atmung und die vielfachen „Reize“, denen der Mensch permanent ausgesetzt war, bestand in diesem Verständnis die Verbindung zur „Umwelt“. Hierbei wurde jedoch keine Trennung vorgenommen, ob diese Reize aus der Natur stammten – wie etwa Hitze oder Kälte – oder aus der menschlichen „Umwelt“. Menschen etwa, die Kummer bereiteten oder Lebensumstände, die Anpassungen notwendig machten, wurden ebenfalls als Faktoren gesehen, die dieses dynamische Gleichgewicht irritieren konnten. Die Fähigkeit, mit diesen äußeren Reizen umzugehen und das Gleichgewicht zu halten, wurde als „Gesundheit“ definiert. Ging diese Fähigkeit verloren und konnten die „Säfte“ daher nicht im Gleichgewicht gehalten werden, war man dem Verständnis der alten europäischen Medizin entsprechend krank.

Bestimmte Krankheiten oder Krankheits-symptome wurden durchaus auch einzelnen Organen zugeschrieben, allerdings war in diesen Interpretationen immer auch eine Störung des Gleichgewichtes enthalten. Das Gleichgewicht der Säfte konnte diesem Denkmodell entsprechend vom Körper alleine wieder erreicht werden, indem sich das, was dieses Gleichgewicht gestört hatte, zu einer Substanz verdichtete, die irgendwie aus dem Körper hinaus gelangen sollte. Eine Störung des Gleichgewichtes durch zuviel Trinken (z. B. von Alkohol) wurde demnach durch vermehrte Aus-

scheidung wieder ins Gleichgewicht gebracht – gelegentlich begleitet von Übelkeit und Kopfschmerzen. Ähnliches erfolgte auch bei zu viel oder nicht adäquatem Essen. Mit diesen verstärkten Ausscheidungen wurde im Idealfall auch die schädigende Substanz aus dem Körper entfernt, die sich etwa durch zu hohen Alkoholkonsum im Körper entwickelt hatte. Allerdings meinte man nicht den „Alkohol“, sondern die „Substanz, die an diesen Symptomen schuld ist“ – die „*materia peccans*“ (Eckart, 2000; Pouchelle, 1990).

Wenn das Fließen der „Säfte“ ins Stocken kam, das Gleichgewicht also nicht erreicht werden konnte, bedeutete dies Krankheit. Wenn also etwa das Herz nicht richtig oder nicht genügend schlagen konnte, kam das Blut ins Stocken und mit diesem alle anderen Säfte auch. Dies bedeutet wiederum eine Schädigung anderer Organe usw. Der extreme Zustand, das völlige Sistieren jeglichen Fließens, also das Unvermögen, Irritationen auszugleichen, trat mit dem Tod ein. Als „Sitz der Krankheit“ wurde nicht die Veränderung eines Organs betrachtet, sondern eine Störung des Gleichgewichtes der Säfte – eine „funktionelle“ Störung also. Dass jedoch anatomische Sektionen oder auch Obduktionen stattfanden, spricht nicht gegen dieses Denkmodell. Die Veränderungen an inneren Organen, die in Obduktionen beobachtet werden konnten, wurden meist nicht als Ursache der Erkrankung, sondern als Auswirkung des gestörten Gleichgewichtes betrachtet. Auch die Tatsache, dass soziale Faktoren „krank“ machen können, und die Lösung derartiger Probleme eine „kausale Therapie“ verschiedener „Krankheiten“ wäre, war in dieser medizinischen Theorie vertreten. Der Mensch in seiner Beziehung zur Umwelt war das Zentrum dieses Denkmodells. Soziale Faktoren – Sorgen, Einsamkeit, Mangelernährung, Existenzangst usw. – als Krankheitsursache hatten in

diesem Konzept Platz. Dass jedes Individuum anders reagiert und daher eine auf den jeweiligen Organismus abgestimmte Therapie benötigt, ergab sich aus dieser Sichtweise. So meinte etwa der französische Chirurg Henry de Mondeville (ca. 1260–1325) in seinem Werk „*Chirurgia Magna*“ von 1306:

„Jedes Individuum hat besondere Eigenschaften, die unabhängig von den Eigenschaften der gesamten Spezies bei keinem anderen Individuum gefunden werden können ... Jeder, der meint, eine Therapie passt zu jedem Menschen, ist ein Dummkopf. Medizin behandelt nicht die Menschheit im Allgemeinen, sondern jeden einzelnen Menschen im Besonderen.“ (Pagel, 1892)

Dieses Denkmodell ging auf die medizinische Schule von Kos zurück, deren Theorien über das „*Corpus Hippocraticum*“, das im 2.–5. Jahrhundert v. Chr. entstand, weitergegeben wurden. Durch Galenos von Pergamon (ca. 129 – ca. 216 n. Chr.) wurden diese Denkweisen rezipiert und weiterentwickelt. Im Laufe der Zeit erfuhren diese Theorien auch unterschiedliche Interpretationen einzelner Aspekte, allerdings blieb die hippokratisch-galenische Theorie bis zum Ende des 18. Jahrhunderts die Grundlage der Heilkunde, verbunden mit dem jeweiligen Erfahrungswissen einzelner oder mehrerer Heilkundiger.

Wesentlicher Teil dieser Medizin war der Aspekt der Gesundheitsförderung. Durch eine geeignete Lebensführung sollte das Entstehen von Krankheiten verhindert werden. In den hippokratischen Texten finden sich die Empfehlungen des Maßhaltens im Alltäglichen – im Essen und Trinken, Schlafen und Wachen, in Ruhe und Bewegung. Auch ein ausgeglichenes Sexualleben sowie soziale Kontakte und die Kontrolle von Gemütsbewegungen sollten zu einer gesunden Lebensweise beitragen. In den galenischen Texten wird der ausgewogene

Umgang mit Luft, Nahrung, Schlaf, Bewegung, Stoffwechsel und Gemütsregungen als wesentlich für die Gesundheit betrachtet. Allzu heftige Emotionen galten als schädlich. Der Nahrungsaufnahme und der geregelten Funktion der Verdauungsorgane kam im Hinblick auf die seelische Ausgeglichenheit besondere Bedeutung zu. Stark vereinfacht dargestellt, wurde der hippokratisch-galenischen Denkweise entsprechend die aufgenommene Nahrung im Magen verdaut. Bestandteile, die nicht verarbeitet wurden, wurden in dieser Theorie über den Darm ausgeschieden, mit der sog. „schwarzen Galle“. Aus dem Rest entstand der „chylus“, der zur Leber gelangte und dort durch eine weitere „Verdauung“ zu Blut umgewandelt wurde. Dieses wurde schlussendlich in einer dritten „Verdauung“ in den Organen verarbeitet. Allerdings existierten durchaus auch andere diesbezügliche Konzepte. So etwa hatte Hildegard von Bingen (1098–1179) von der Verdauung die Vorstellung, dass die Nahrung im Magen und Darm wohl „gekocht“ wird, wie es diesem Modell entsprechen würde. Ihrer Meinung nach entstand allerdings aus diesem gekochten Speisebrei nicht Blut. Die Bestandteile der Nahrung wurden ihrem Denkmodell entsprechend mit dem Blut dorthin transportiert, wo sie benötigt wurden. Ebenso verhält es sich in dieser Interpretation mit den flüssigen Nahrungsbestandteilen, denn diese werden nicht zu „Blutwasser“, wie es der hippokratisch-galenischen Vorstellung entsprochen hätte. Ihrer Meinung nach wurde die zugeführte Flüssigkeit mit dem Blutwasser ebenfalls dorthin transportiert, wo sie benötigt wird. Nach Hildegards Theorie entstand das Blut im Knochenmark, das „entzündet“ wird, wenn Blut benötigt wird (Schulz, 1955).

Dem Zusammenhang der psychischen Konstitution mit den Körpersäften wird in der hippokratisch-galenischen Medizin da-

hingehend Rechnung getragen, dass die für jeden Menschen typische Zusammensetzung der Körpersäfte auch die Persönlichkeit definiert. Besonders klar und für beide Geschlechter detailliert aufgeschlüsselt, findet sich dieser Aspekt auch in den Texten der Hildegard von Bingen.

Nahrungsaufnahme und die gesunde Funktion der Verdauungsorgane sind in dieser Denkweise selbstverständliche Voraussetzungen dafür, dass die Psyche – eben durch die ausgeglichene Zusammensetzung der Körpersäfte – gesund bzw. so gestaltet ist, wie sie für das betreffende Individuum typisch ist. Auch bei der Ernährung sollte auf diese Konstitution Rücksicht genommen werden: was für einen Menschen an bestimmten Nahrungsbestandteilen notwendig war, konnte dieser Auffassung entsprechend für einen anderen Menschen zuviel oder zu wenig sein. Demnach war es auch möglich, dass sich Erkrankungen der Verdauung in psychischen Veränderungen zeigten bzw. wurden seelische Veränderungen häufig durch eine gestörte Verdauung bzw. Ausscheidung definiert – besonders bekannt ist hierbei die Melancholie, die als „Zuviel von schwarzer Galle“ verstanden wurde.

Seelische Veränderungen wiederum, Aufregung, Sorgen oder auch Freude, wurden als Einflüsse aus der Umwelt verstanden, die der Organismus ausgleichen musste – gelang dies nicht war Krankheit die Folge. Aufregung, so interpretierte man die Beobachtungen am menschlichen Körper, konnte dazu führen, dass im Magen-Darm-Trakt eine „materia peccans“ entstand, die z. B. zu Magenschmerzen führte und die dann durch verstärkte Ausscheidung aus dem Körper hinaus befördert werden musste, was man sich als erhöhte Darmaktivität und Durchfall vorstellen kann.

Die Sichtweise, dass Veränderungen an Organen die eigentlichen Krankheiten sind, entwickelte sich ab dem 17. Jahrhun-

dert und setzte sich als sog. „Solidarpathologie“ im 19. Jahrhundert durch. Um die Mitte des 18. Jahrhunderts verbreitete sie sich, vor allem in jenen Zentren, in denen sich die Medizin auf die Theorien von Hermann Boerhaave (1668–1738) stützte (Bern, Edinburgh, Wien), die Meinung, dass die Medizin der Theologie die Sorge für das spirituelle Seelenheil überlassen sollte, Gemütszustände und deren Auswirkungen auf den Körper jedoch in den Bereich der ärztlichen Tätigkeit gehörten. Boerhaave selbst hatte sich nach seinem Theologiestudium der Medizin zugewandt. Die Beschreibung des psychischen Zustandes von PatientInnen war ebenso Teil der in dieser Schule üblichen exakten Anamnese und Krankenbeobachtung, wie die postmortale Sektion. Zusammen mit dem Versuch, die Krankheitsursache an eine lokale Veränderung zu binden, entwickelte sich im Laufe des 18. Jahrhunderts auch das Bemühen, den Menschen als grundsätzlich zähl- und messbaren Teil der Natur zu erfassen. In diesem Sinn stand man bald vor dem Dilemma, auch nicht so einfach fassbare Veränderungen, wie psychische Krankheiten, mit den naturwissenschaftlichen Darstellungsweisen des Zählens und Messens erklären zu wollen. Dies war die Grundlage für die Versuche, anhand von Veränderungen des Schädels oder Messungen von verschiedenen Parametern und der Definition von Zahlenverhältnissen eine auf naturwissenschaftlichen Methoden basierende Erklärung von psychischen Phänomenen zu entwickeln, und den „Geist“ zu „lokalisieren“. Der Weg zur „Leugnung“ von Beobachtungen, die mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht zu erfassen waren und die Konzentration auf das vermeintlich Wesentliche – nämlich die mit Messen und Zählen fassbaren Bereiche des Körpers –, war danach nicht mehr weit. Um Krankheitsabläufe genau und naturwissenschaft-

lich korrekt beobachten zu können, sollten die Kranken in einer Umgebung betreut werden, die für jeden die gleichen Rahmenbedingungen vorsah – das (für habsburgische Länder besonders typische) Allgemeine Krankenhaus. Die medizinische Betreuung von PatientInnen erfolgte bis etwa zur Mitte des 19. Jahrhunderts vorwiegend zu Hause und es ist verständlich, dass die Rahmenbedingungen, in denen Menschen betreut wurden, sehr unterschiedlich gestaltet waren. Um auch Bevölkerungsschichten medizinisch betreuen zu können, für die der Zugang zur medizinischen Versorgung nicht selbstverständlich war, wurden (allgemeine) Krankenhäuser eingerichtet, in denen für alle eine medizinische Betreuung unter den gleichen Rahmenbedingungen möglich war. Diese war jedoch für die im Entstehen begriffene Medizin, die sich naturwissenschaftlicher Methoden bedienen wollte, ein idealer Boden: „Störfaktoren“, wie soziale Aspekte, Wohnverhältnisse oder Verwandte, die sich nicht an die von medizinischer Seite vorgegebenen Diätvorschriften bei der Nahrungszubereitung hielten, waren ausgeschaltet. Die PatientInnen konnten Tag und Nacht umfassend beobachtet werden, Krankheitsverläufe konnten weitgehend unbeeinflusst ausführlich dokumentiert werden. Aus diesem wissenschaftlichen Herangehen entwickelte sich die heutige naturwissenschaftliche Medizin – und es ist daher kein Wunder, dass psychosoziale Aspekte von Krankheit weitgehend unberücksichtigt blieben und daher „*The need for a new model*“ und „*A challenge for biomedicine*“ (Engel, 1977) mit der Zeit notwendig wurden.

Festzuhalten ist demnach, dass durch die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin ein älteres Denkmodell abgelöst wurde. Aus verschiedenen historischen Gründen erfolgte diese Ablöse so massiv, dass vieles vergessen wurde, als undenkbar

betrachtet wurde oder keinen Platz in der „neuen“ Medizin fand. Die einst nicht vorhandene Trennung von Körper und Seele, muss zum einen erst wahrgenommen werden, zum anderen muss die Brücke über diesen Graben mühsam konstruiert werden – die „Erfindung“ der Psychosomatik ist notwendig. Die naturwissenschaftlich fundierten Nachweise von körperlichen Veränderungen, die aus dem Zusammenwirken von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren entstehen, sind für die Akzeptanz durch die heutigen Denkweisen in der Medizin unabdingbar. Auch wenn die Psychosomatik aus historischer Sicht „nichts Neues unter der Sonne“ darstellt.

Literatur

- Eckart W (2000) Geschichte der Medizin. 4. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 60
- Engel GL(1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–136
- Harig G, Schneck P (1990) Geschichte der Medizin, 1. Auflage. Verlag Gesundheit GmbH, Berlin, S 67–76
- Pagel J (ed 1892) Die Chirurgie des Heinrich von Mondeville, 1. Auflage. A. Hirschwald, Berlin (Übersetzung der Zitate aus dem Lateinischen: Sonia Horn)
- Pouchelle MC (1990) The body and surgery in the middle ages, 1. Auflage. Rutgers University Press, New Brunswick
- Schulz H (ed 1955) Causae et Curae, Kap 2. In: Der Äbtissin Hildegard von Bingen Ursachen und Behandlung der Krankheiten, 1. Auflage. Haug, Ulm, S 27