



Astrid Kathrein

Der Körper als Bühne der Seele

Psychosomatik
in der Physiotherapie

 hogrefe

Der Körper als Bühne der Seele

Der Körper als Bühne der Seele

Astrid Kathrein

Programmbereich Gesundheitsberufe

Astrid Kathrein

Der Körper als Bühne der Seele

Psychosomatik in der Physiotherapie



Astrid Kathrein
Beethovenstr. 25
9020 Klagenfurt
Austria
Astrid.kathrein@gmail.com

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z. Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3000 Bern 9
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
E-Mail: barbara.mueller@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Barbara Müller, Diana Goldschmid
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: istockphoto/selimaksan
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95661-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75661-5)
ISBN 978-3-456-85661-2
<http://doi.org/10.1024/85661-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Entstehung dieses Buches	9
Gebrauch dieses Buches	11
Dankesworte	12
I Psychosomatik – eine Einführung	15
1 Psychosomatik – ein Blick zurück	17
1.1 Entwicklungen der Psychosomatik	17
1.2 Pioniere der Psychosomatik	24
1.3 Aktuelle Untersuchungen	34
2 Psychosomatik – Erklärungsansätze	39
2.1 Stressmodelle	39
2.2 Embodiment	49
2.3 Alexithymie	54
2.4 Biopsychosoziales Modell	59
2.5 Psychosomatik im sozialen Kontext	66
3 Psychodynamik der Körpersymptomatik	73
3.1 De- und Resomatisierung (Max Schur)	73
3.2 Die zweiphasige Abwehr (Alexander Mitscherlich)	79
3.3 Modus der Konfliktverarbeitung (Stavros Mentzos)	87
4 Psychosomatik in den Körperpsychotherapien	95
4.1 Allgemeines zu den Körperpsychotherapien	95
4.2 Analytische Körperpsychotherapie	97
4.3 Bioenergetische Analyse	104
4.4 Weitere körperpsychotherapeutische Ansätze	114

II	Physiotherapie – ein Beruf mit Vielfalt	119
5	Physiotherapie – ein Blick in die Praxis	121
5.1	Physiotherapie gestern und heute	122
5.2	Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder	128
5.3	Zentrale Aspekte des physiotherapeutischen Prozesses	133
5.4	Die physiotherapeutische Untersuchung	137
5.5	Therapiekonzepte	144
6	Physiotherapie im Wandel	153
6.1	Grundlagen integrativer Modelle in der Physiotherapie	154
6.2	Das Neue Denkmodell für die Physiotherapie	158
6.3	Das Neue Denkmodell in der Praxis	163
6.4	Komplementäre Ansätze	168
6.5	Ansätze mit psychotherapeutischen Elementen	174
III	Physiotherapie – Erfahrungen aus der Praxis	179
7	Finden und Behandeln des Problems	181
7.1	Wege zur Diagnose	181
7.2	Wege in der Physiotherapie	191
8	Wahrnehmen von psychischen Belastungen	197
8.1	Wahrnehmung durch die Physiotherapeut(inn)en	197
8.2	Bereitschaft der Patient(inn)en	204
9	Umgang mit psychisch belasteten Patient(inn)en	211
9.1	Ansprechen von psychischen Belastungen	211
9.2	Weiterführende Vorgehensweisen	215
10	Auswirkungen von psychischen Belastungen	223
10.1	Auswirkungen auf die Physiotherapie	223
10.2	Auswirkungen auf die Physiotherapeut(inn)en	230
11	Psychosomatik in der physiotherapeutischen Praxis	241
11.1	Psychosomatik in der physiotherapeutischen Aus- und Fort- bildung	241
11.2	Berufliches Selbstverständnis in der Physiotherapie	250
12	Zusammenfassung: Der Körper als Bühne der Seele?	259

Nachwort	271
IV Anhang	273
Abbildungsverzeichnis	275
Abkürzungsverzeichnis	276
Hinweise zu den Zitaten aus den Interviews	278
Literaturverzeichnis	279
Empfehlenswerte Literatur und nützliche Adressen	301
Sachwortregister	303

Entstehung dieses Buches

„Ich muss sterben, oder?“ Mit diesen Worten einer Patientin, die an einem Leberzellkarzinom erkrankt war, wurde ich damals, im Jahr 2006, konfrontiert, als ich unmittelbar nach meiner Ausbildung als Physiotherapeutin an einer Abteilung für Innere Medizin arbeitete. Es war still im Raum. Ich wusste, dass sie Recht hatte. Der Tumor war schon weit fortgeschritten, und alle Befunde wiesen darauf hin, dass ihr Leben auf dieser Welt bald zu Ende sein würde. Ich sagte nichts, sah sie an und war in diesem Moment einfach nur für sie da. Manchmal verbindet ein Schweigen mehr als Worte es je könnten.

Das ist ein Erlebnis, das ich nie vergessen werde, auch wenn es noch weitere schwierig zu verarbeitende Ereignisse gab – Schicksalsschläge der Patient(inn)en, Tod und Sterben, emotional aufwühlende Begegnungen. In meiner Ausbildung war das nicht vorgesehen, dafür gibt es keine ECTS-Punkte. Das ist Leben.

So wurde mir zunehmend bewusst, dass ich als Physiotherapeutin nicht nur den Körper, sondern auch die ganze Lebensgeschichte dieses Menschen berühre. Überzeugt von Biomechanik und Manualtherapie erfuhr ich immer öfter, wie viel Raum andere Aspekte des Menschseins in einer ohnehin kurzen Behandlungszeit von 30 Minuten einnehmen können. Plötzlich ging es auf der Behandlungsliege nicht mehr um den schmerzhaften Rücken oder darum, das Bewegungsausmaß der Schulter von 100 auf 120 Grad zu erhöhen, sondern um die alkoholabhängige Frau, um die sich der Patient zu Hause kümmern musste.

Erst am Ende meines Psychologiestudiums, also einige Jahre, nachdem mir in meiner eigenen Tätigkeit als Physiotherapeutin mehr und mehr die Bedeutung der Wechselwirkung von Körper, Seele und Umfeld bewusst geworden war, reifte in mir die Idee, mit meiner Masterarbeit, auf der dieses Buch basiert, mehr über das Vorgehen und Erleben anderer Physiotherapeut(inn)en erfahren zu wollen.

Wie erging und ergeht es Ihnen in Ihrer Arbeit mit Patient(inn)en? Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, in der (Physio)Therapie keine Besserung

der Beschwerden erreichen zu können, was immer Sie auch versucht haben? Vielleicht haben Sie dadurch sogar an Ihren beruflichen Fähigkeiten gezweifelt oder waren verärgert über diese sogenannten schwierigen Patient(inn)en?

Möglicherweise war es ja auch wirklich so, dass Sie aus heutiger Sicht manche Handgriffe noch nicht so gut beherrschten, gewisse Symptome noch nicht richtig zuordnen konnten, einfach weil Ihnen die Erfahrung und die Übung fehlten. Doch könnten die Beschwerden von manchen Patient(inn)en nicht auch durch etwas anderes beeinflusst worden sein, z. B. durch Ängste, Sorgen oder Stress am Arbeitsplatz?

Derartige psychosomatische Zusammenhänge bilden den Kern des vorliegenden Buches. In den Kapiteln des ersten Teils stelle ich einige ausgewählte Theorien in der Medizin und Psychologie, deren Begründer sowie praktische Ansätze vor. Die Darstellung des physiotherapeutischen Berufsbildes sowie erweiterter Konzepte ist Inhalt des zweiten Teils, an den die Beschreibung von praktischen physiotherapeutischen Erfahrungen im dritten Teil anschließt. Dafür beziehe ich mich auf die Ergebnisse von Leitfadeninterviews, die ich mit 19 österreichischen Physiotherapeut(inn)en für meine Masterarbeit im Fach Psychologie an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt im Jahr 2014 durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet habe. Der Kontakt zu den Physiotherapeut(inn)en kam durch Ausschreibungen an Fortbildungszentren und direkte Anfragen zustande. Großteils arbeiteten sie zum Zeitpunkt der Gespräche selbstständig in eigener Praxis, manche gleichzeitig in einem Angestelltenverhältnis. Neben Fortbildungen in verschiedenen physiotherapeutischen Konzepten hatte mehr als die Hälfte der Befragten zusätzlich eine osteopathische Ausbildung. Einige von ihnen belegten Kurse aus der Traditionellen Chinesischen Medizin, insbesondere in Akupunkturmassage, und integrierten daher diese Kenntnisse in die Therapie. Mit dieser Ergänzung ihres physiotherapeutischen Fachwissens um andere Sichtweisen erwarteten sich die Therapeut(inn)en ein besseres Verständnis der komplexen (körperlichen) Zusammenhänge und eine Erweiterung ihrer Behandlungsmöglichkeiten.

Gebrauch dieses Buches

Manche Informationen, speziell über das Berufsbild der Physiotherapie, werden Physiotherapeut(inn)en bereits vertraut sein, dennoch erachte ich sie, zusammen mit den vielleicht noch weniger bekannten Details, als wichtig für das Gesamtbild. Die Kapitel können unabhängig voneinander gelesen werden, sodass die auf die Stimmen ihrer Berufskolleg(inn)en neugierigen Leser(innen) unmittelbar im hinteren Teil einsteigen können.

Personen, die sich tiefer mit den theoretischen psychosomatischen Hintergründen und mit psychologischen Erklärungsmodellen auseinandersetzen wollen, finden dementsprechende Ausführungen im ersten Teil des Buches. Die darin enthaltenen und als *Hinweis für die Praxis* gekennzeichneten Abschnitte sind als Anregungen gedacht, die über die Physiotherapie im engeren Sinn hinausgehen und psychosomatische sowie weitere Aspekte thematisieren. Damit sollen auch mehr praktisch orientierte Personen angesprochen werden.

Mit diesem Buch versuche ich somit, Theorie und Praxis der Psychosomatik und der Physiotherapie zu verbinden, ohne dass die einzelnen Teile Voraussetzung für das Verständnis eines anderen sind. Dadurch möchte ich den verschiedenen Bedürfnissen der Leser(innen), also nach mehr Theorie- oder Praxisbezug, möglichst gut entgegenkommen.

Für die nähere Erläuterung von psychologischen Fachbegriffen ist das *Dorsch – Lexikon der Psychologie* vom Verlag Hans Huber zu empfehlen. Weitere Literaturhinweise für jene Personen, die sich in die Psychosomatik, Psychotherapie, Psychologie vertiefen wollen, befinden sich im Anhang dieses Buches.

Dankesworte

Dass dieses Buch und zunächst die Masterarbeit überhaupt zustande kamen, habe ich einigen Menschen zu verdanken. Die persönlichen Begegnungen mit den Physiotherapeut(inn)en bei den Interviews werden mir eindrucksvoll und unvergesslich in Erinnerung bleiben. Ich weiß es sehr zu schätzen, dass sich diese Personen Zeit für die Gespräche genommen haben. Durch ihre offene Art konnte ich mich – im Sinne der Psychosomatik – als ganzer Mensch wahrgenommen fühlen. Ihre Worte haben mich bei der Auswertung der Interviews und beim Schreiben der Masterarbeit bzw. des Buches immer wieder zum Weitermachen ermutigt und mir damit aus der Seele gesprochen.

Prägend waren und sind die Erfahrungen mit den Patient(inn)en, durch die mir bewusst(er) geworden ist, dass mit jedem (körperlichen) Symptom immer der Mensch mit seiner ganzen Lebensgeschichte zu mir spricht und als solcher gehört werden will. Und dass es dafür kein Lehrbuch gibt.

Einige Menschen, die zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben, möchte ich an dieser Stelle persönlich nennen:

Ich danke dem Betreuer meiner Masterarbeit, Herrn Univ.-Prof. Dr. Axel Krefting, dass er mich bei der Bearbeitung dieses Themas begleitet und dabei ausreichend Gestaltungsfreiheit zugelassen hat.

Otto danke ich, dass er mich bei der Erstellung der Masterarbeit nicht nur mit seiner Lektoratsarbeit und unserem fachlichen Austausch unterstützt hat, sondern viel mehr mit seinem Glauben an mich und dieses Buch. Außerdem war er es, der mich ermutigte, mich mit meinem Thema an den Hogrefe Verlag zu wenden.

Sehr ermutigend und unterstützend waren die Worte meiner Lektorin, Frau Dipl. Pflégewirtin Barbara Müller, die immer für meine Fragen zur Verfügung stand, was mir gerade als noch unerfahrene Autorin den Einstieg in den Publikationsprozess erleichtert hat. Die Zusammenarbeit mit ihr war und ist eine große fachliche und menschliche Bereicherung. Das Vertrauen, das sie und der Hogrefe Verlag mir entgegengebracht haben, bestärkte mich im Schreiben und Gestalten dieses Buches.

Den Testleserinnen Elisabeth, Karin, Katharina, Andrea, Nicole und Agnes sei von Herzen gedankt, dass sie sich die Zeit genommen haben, mein Manuskript kritisch zu begutachten und mir ehrliche Rückmeldungen zu geben.

Besonders erwähnen möchte ich jene Menschen, denen ich in meinem Leben begegnet bin und die mit mir ein Stück meines Lebens gegangen sind – durch sie bin ich die Person geworden, als die ich die Masterarbeit und das Buch verfasst habe. Auch wenn ich sie hier nicht vollständig namentlich erwähnen kann, wissen sie dennoch beim Lesen dieser Zeilen, dass *sie* gemeint sind: meine Familie sowie Freunde und Freundinnen, auf die ich immer zählen kann. Das gemeinsame Erleben und Durchstehen von schwierigen Zeiten hat mir gezeigt, dass Gesundheit immer mehrere Dimensionen umfasst, und dadurch auch mein berufliches Interesse für die Psychosomatik verstärkt. Vor allem aber hat sich meine Beziehung zu diesen Menschen vertieft.

Willi widme ich nicht nur ein Dankeschön für seine wertvollen Anregungen als erfahrener und kompetenter Wissenschaftler und Autor, sondern vielmehr für sein Dasein in meinem Leben, mein Dasein in seinem Leben und unser vertrauensvolles Miteinander.

I Psychosomatik – eine Einführung

1 Psychosomatik – ein Blick zurück

Im Rahmen der verschiedenen Konzeptionen zur Psychosomatik wurde immer wieder versucht, eine Erklärung für die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele zu finden, auch wenn sich zeigt, dass dies im Rahmen eines einzigen Modells schwierig bzw. mit Einschränkungen verbunden ist (Overbeck, 1984). Dennoch waren und sind die Theorien verschiedener Pioniere in diesem Bereich für heutige Auffassungen von psychosomatischen Zusammenhängen sehr prägend, weswegen ich in einem Teil dieses Kapitels auf einige von ihnen näher eingehe. Zuvor jedoch erläutere ich den Psychosomatik-Begriff und gebe einen Einblick in frühe philosophische und medizinische Sichtweisen. Den Abschluss dieses Kapitels bilden Ergebnisse aus aktuellen Studien zur Praxis der Psychosomatik in der Medizin, Psychotherapie und Physiotherapie.

1.1 Entwicklungen der Psychosomatik

Ursprung des Psychosomatik-Begriffs

Der Begriff Psychosomatik setzt sich aus den beiden griechischen Wörtern *psyché* mit der Bedeutung „(Lebens)Hauch, Seele“ (Seebold, 2011, S. 729) und *soma* für „Körper (im Gegensatz zum Geist)“ (Wermke, Kunkel-Razum & Scholze-Stubenrecht, 2007a, S. 970) zusammen. Er mag zwar auf den ersten Blick eindeutig auf ein Interesse an der Auseinandersetzung mit Körper *und* Seele hinweisen, dennoch wurde er in der Vergangenheit mit unterschiedlicher Bedeutung sowie in der Literatur nur unregelmäßig und unsystematisch verwendet (Lipowski, 1984). Der Psychiater Johann Christian August Heinroth soll im Jahre 1818 als erster von ihm Gebrauch gemacht haben, allerdings wurde die Psychosomatik im Sinne eines umfassenden Menschenbildes bereits in der Zeit davor implizit von Ärzt(inn)en angewendet (Danzer, 1995).

Abgesehen vom mehrdeutigen Einsatz des Begriffs trägt nach Ansicht von Schonecke und Herrmann die Existenz von Wissenschaftsbereichen, deren Bezeichnung einen ähnlichen Gegenstand vermuten lässt, wie die Psychophy-

siologie, und die sich ebenfalls mit seelischen und körperlichen Vorgängen beschäftigen, zur Unklarheit seiner Bedeutung bei. Zur Abgrenzung der Psychophysiologie von der Psychosomatik könne erstere mehr im Zusammenhang mit der Erforschung körperlicher Prozesse bei seelischen Vorgängen und letztere mit der praktischen Anwendung der Verbindung von Körper und Seele in der Medizin gesehen werden. Im Hinblick darauf führen die Autoren auch den Hinweis von Thure von Uexküll, einem maßgeblichen Vertreter der Psychosomatischen Medizin, an, dass mit *phýsis* im Sinne von „Natur, Naturell“ (Seebold, 2011, S. 704) umfassendere Lebensvorgänge in der Natur bezeichnet werden, während mit *soma* eine Eingrenzung auf den Körper verbunden ist. Die Physiologie war ursprünglich viel weiter gefasst und beinhaltete auch die Psychologie, wurde jedoch im Rahmen des naturwissenschaftlichen Fortschritts zunehmend auf physikalische Körperabläufe reduziert, sodass die Psychophysiologie als Versuch einer neuerlichen Zusammenführung von physiologischen und psychischen Prozessen zu verstehen ist (Schonecke & Herrmann, 1998). Psychische Faktoren werden in psychophysiologischen Studien im Gegensatz zum Konzept der Psychogenese nicht als verursachende, sondern als intervenierende Variablen für Krankheiten gesehen. Die Psychophysiologie lässt sich sehr gut mit experimentellen Methoden realisieren und ist heute einer der unentbehrlichsten Bereiche der Psychosomatischen Medizin, jedoch nicht mit ihr ident, wie Lipowski betont (Lipowski, 1984).

Holistische und psychogenetische Sichtweise

Nach Lipowski beinhaltet der Begriff Psychosomatik einerseits die holistische und andererseits die psychogenetische Sichtweise, die beide eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und eine Gegenbewegung zur mechanistischen Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts sind. Der griechische Wortursprung *hólos* bedeutet „ganz, vollständig, unversehrt“ (Wermke, Kunkel-Razum & Scholze-Stubenrecht, 2007b, S. 343) und weist auf die Betonung der Gesamtheit des Menschen hin, wie diese bereits unter anderem vom griechischen Philosophen Aristoteles vertreten wurde. Die zentrale Aussage der holistischen Sichtweise ist, dass Körper und Seele untrennbar miteinander verbunden sind und sich wechselseitig beeinflussende menschliche Aspekte darstellen.

Der psychogenetische Ansatz hingegen beschäftigt sich mit der Rolle psychologischer Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten, wobei jedoch durch die Zuschreibung einer kausalen Rolle zu psychologischen Faktoren die Multikausalität von Gesundheit und Krankheit nicht berücksichtigt wird. Deshalb und wegen der definitorischen Unklarheit des Psychosomatik-Begriffs, die

Lipowski in seiner gleichzeitigen Verwendung für beide Ansätze begründet sieht, sei der holistische Standpunkt zu bevorzugen. Auch wenn die Bezeichnung *holistisch* mitunter problematisch sei, da unwissenschaftliche Strömungen innerhalb des Gesundheitssystems von ihr Gebrauch machen und sie daher an Glaubwürdigkeit verloren habe, solle sie aufgrund ihrer Einfachheit dennoch erhalten bleiben und vor allem in ihrer ursprünglichen griechischen Bedeutung verstanden werden.

So schlägt Lipowski vor, mit dem Begriff Psychosomatik auf die untrennbare Wechselwirkung von psychischen, biologischen bzw. körperlichen sowie sozialen Aspekten des Menschen im Sinne einer holistischen Definition hinzuweisen. Damit stellt die Psychosomatische Medizin eine medizinische Disziplin dar, die sich mit dem Einfluss aller drei genannten Dimensionen auf die Gesundheitsförderung, auf die Entstehung, den Verlauf und die Folgen von Krankheiten sowie auf die Behandlung beschäftigt. Beispielsweise spielt für die Art von Emotionen und der damit verbundenen körperlichen Auswirkungen, die sowohl im gesunden als auch im kranken Zustand auftreten, eine große Rolle, welche Bedeutung die Person einem (äußeren) Ereignis zuschreibt und wie das Umfeld reagiert. Auch wenn körperliche, seelische und soziale Faktoren je nach Krankheit und Individuum in unterschiedlichem Ausmaß zu Gesundheit und Krankheit beitragen, kann nur durch Berücksichtigung aller dieser drei Bereiche eine optimale Versorgung der Patient(inn)en gewährleistet werden (Lipowski, 1984).

Aktuelle Definitionen des Psychosomatik-Begriffs

Einige der bereits in Bezug auf die frühe Entwicklung des Psychosomatik-Begriffs genannten Aspekte sind auch in aktuellen Definitionen wiederzufinden. Laut *Klinischem Wörterbuch* von Psychrembel (2002, S. 1380) ist Psychosomatik die „Bez.[eichnung] für die *Wechselwirkung* [Hervorhebung A.K.] von Körper und Seele (Heinroth, 1818)“ und in der Medizin die „Krankheitslehre, die psych.[ische] Einflüsse auf somatische Vorgänge berücksichtigt u.[nd] daraus den Krankheitsbegriff der Psychosomatose ableitet“. Die Psychosomatose gilt als eine „organische Krankheit mit fassbaren morpholog.[ischen] Veränderungen, auf deren Entstehung od.[er] Verlauf *neurotische* [Hervorhebung A.K.] Faktoren Einfluss haben“ (Frick, 2002a, S. 1381). Als Beispiele für solche Erkrankungen führt Frick (2002a) das Asthma bronchiale, Ulcus pepticum und die entzündliche Darmerkrankung an. Die Definition in einer neueren Auflage dieses Wörterbuchs aus dem Jahr 2007 stimmt zwar weitgehend mit der angeführten überein, es lassen sich jedoch Unterschiede in der Ausführlichkeit und Art der Beschreibung sowie in der Auswahl einzelner Wörter erkennen. So wird

die Psychosomatik als „eine Krankheitslehre [beschrieben], die psych.[ische] Einflüsse auf somat.[ische] Vorgänge u.[nd] die Auswirkungen somat.[ischer] Erkrankungen auf psych.[ische] Prozesse berücksichtigt“ (Pschyrembel, 2007, S. 1583). Als Psychosomatose oder psychosomatische Krankheit wird eine „organische Erkr.[ankung] mit fassbaren morpholog.[ischen] Veränderungen [verstanden], auf deren Entstehung od.[er] Verlauf *psychische* [Hervorhebung A. K.] Faktoren Einfluss haben“ (Pschyrembel, 2007, S. 1583). Anhand der Hervorhebungen wird deutlich, dass nun allgemeiner von psychischen anstatt von neurotischen Faktoren gesprochen wird, was einerseits auf eine Veränderung der verwendeten Begrifflichkeiten hinweist und andererseits eine umfassendere Sicht auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten vermuten lässt. Zudem wird die gegenseitige Beeinflussung in beide Richtungen, also des Körpers durch die Seele und umgekehrt der Seele durch den Körper, konkreter beschrieben, während in der früheren Ausgabe des Klinischen Wörterbuchs aus dem Jahr 2002 allgemeiner von einer Wechselwirkung die Rede ist.

Die oben angeführten Beispiele für Psychosomatosen sowie Migräne und koronare Herzerkrankungen gelten auch nach der Definition von Becker-Carus und Caspar im *Psychologischen Wörterbuch* von Dorsch als jene Beschwerdebilder, bei denen häufig ein Einfluss seelischer Faktoren auf die körperlichen Symptome zu beobachten ist. Die Autoren differenzieren jedoch die Psychosomatische Medizin insofern, dass diese einerseits die erwähnten Erkrankungen umfasst, andererseits aber auch als eine medizinische Haltung zu verstehen ist, durch die das Individuum im Kontext seiner Biografie und sozialen Umgebung gesehen wird. Im Mittelpunkt steht der „Zusammenhang von emotionalen Prozessen und Erkrankungen, bei denen keine klare organische Grundlage ermittelt [werden kann] oder der Organbefund das Gesamtbild der Krankheit nicht hinlänglich erklären kann“ (Becker-Carus & Caspar, 2009, S. 813), wobei vorwiegend analytisch und lerntheoretisch fundierte Therapieformen eingesetzt werden. Zu beachten ist außerdem, dass die Psychosomatose entsprechend der obigen medizinischen Definition mit organischen Veränderungen einhergeht, während diese aus der psychologischen Sicht von Becker-Carus und Caspar trotz körperlicher Symptome fehlen können. Das könnte auf eine stärkere Betonung psychologischer Faktoren bei Erkrankungen von Seiten der psychologischen Wissenschaft hinweisen, wofür auch die häufigere Erwähnung einer möglichen Krankheits*verursachung* in der Definition von Becker-Carus und Caspar spricht. Beispielhaft zu erwähnen ist ihre Beschreibung der Psychosomatik als „medizinisch-ps.[ychosomatische] Krankheitslehre, die psychischen Prozessen bei der *Entstehung* [Hervorhebung A. K.] körperlicher Leiden wesentliche Bedeutung beimisst“ (Becker & Carus, 2009, S. 812) und unter anderem „das Gewicht auf die ökologischen und sozioökonomischen Faktoren der Gesellschaftsordnung als *Auslöser* [Hervorhebung v. Verf.] psychosomatischer Erkrankungen

legt“ (Becker & Carus, 2009, S. 812). Damit beschreiben sie sogar eine kausale Beziehung zwischen psychologischen bzw. sozialen Belastungen und körperlichen Symptomen, die jedoch von vielen Autor(inn)en, beispielsweise von Lipowski (1984), Egger (2001) und Weiner (2003), zurückgewiesen wird und stattdessen durch ein multifaktorielles Verständnis zu ersetzen ist.

Körper und Seele in der frühen Philosophie

Über Psychosomatik wird mittlerweile nicht nur von Expert(inn)en gesprochen, sondern auch im Alltag ist immer wieder von Personen zu hören, dass sie bei ihren Beschwerden von einem psychosomatischen Zusammenhang ausgehen oder dies von ärztlicher, therapeutischer Seite angenommen wird. Außerdem gibt es schon zahlreiche Einrichtungen, deren Schwerpunkt die psychosomatische Rehabilitation ist und an denen Patient(inn)en nicht selten mit längeren Wartezeiten bis zum Aufnahmetermin rechnen müssen. Der Bereich der Psychosomatik ist also nicht erst in letzter Zeit entstanden, sondern die Beschäftigung mit einer Verbindung von Körper und Seele des Menschen reicht weit bis in die Antike zurück. Sie wurde im Laufe der folgenden Jahrhunderte bis in die heutige Zeit immer wieder von Vertreter(inne)n verschiedener Wissenschaften betont (Boll-Klatt, 2005). So schreibt die Philosophin Marzano, dass Aristoteles in der Seele zwar die Substanz sieht, die dem Körper seine Form gibt, jedoch nicht über diesen bestimmt, sondern in wechselseitigem Austausch mit ihm steht. Während der Körper den materiellen Ausdruck der Seele ermöglicht, verleiht die Seele dem Körper wiederum seine Gestalt. Den Argumenten für eine ganzheitliche Sichtweise stehen jedoch auch andere Positionen gegenüber. So differenziert Platon deutlich zwischen Seele und Körper und ordnet das Denken und die Erkenntnis der Seele zu, die nur durch Loslösung vom Körper ungehindert ihren Aufgaben folgen könne und erst mit dem Tod von dessen störenden Einflüssen befreit werde. Nach Platons Anschauung steht die Seele als vollkommene Entität dem Körper als materiellem Pol gegenüber, dem durch seine sinnlichen Eigenschaften das Erkennen der Wahrheit verwehrt bleibe (Marzano, 2013).

Marzano weist dabei auf die ähnliche Sicht von Rene Descartes hin, für den der Körper ausgedehnte Materie (*res extensa*) ist und sich in seinem Wesen von der Seele, der denkenden Substanz (*res cogitans*), unterscheidet. Wie Platon schreibt Descartes nur der Seele die Fähigkeit der Erkenntnis zu, während er den Körper auf seine Funktionen, vergleichbar mit einer Maschine, reduziert. Dennoch erkennt er, dass diese beiden verschiedenen Substanzen miteinander in Verbindung stehen müssen, da er im Alltag wiederholt die Einwirkung der Seele auf den Körper erfährt. Auf der Basis von zur selben Zeit gewonnenen ana-

tomischen Kenntnissen glaubt Descartes, in der Zirbeldrüse die Schlüsselstelle dieser Verbindung gefunden zu haben, wenngleich dadurch neuerlich die Frage aufgeworfen wird, wie die Seele ohne materielle Eigenschaften die zum Körper gehörende Zirbeldrüse beeinflussen kann (Descartes, 1915; Marzano, 2013).

Körper und Seele in der frühen Medizin

In der medizinischen Heilkunde wurde die Spaltung von Körper und Seele laut Uexküll wesentlich von der Ausrichtung nach Newtons physikalischen Gesetzen am Anfang des 18. Jahrhunderts beeinflusst (Uexküll, 1991). Zusammen mit Wesiack schreibt er außerdem, dass die Medizin im Rahmen der Industrialisierung gegen Ende des 19. Jahrhunderts verstärkt einer technologischen Ausrichtung folgte, indem das Maschinenmodell auf den Menschen übertragen wurde (Uexküll & Wesiack, 2003). Das zeigt sich unter anderem in der Auffassung und Erklärung seelischer Vorgänge mit dem „Modell des ‚psychischen Apparats‘“ (Uexküll & Wesiack, 2003, S. 6). Zudem sieht Rattner in der von Virchow entwickelten Zellpathologie und den bakteriologischen Entdeckungen von Koch einen wesentlichen Beitrag zur Verlagerung der Medizin in Richtung monokausaler Ursachenzuschreibung von Krankheit (Rattner, 1977).

Ein bedeutendes Ereignis für die Entwicklung und Verbreitung der Psychosomatischen Medizin war die vom Internisten und Psychoanalytiker Felix Deutsch gegründete Zeitschrift *Psychosomatic Medicine*, deren erste Ausgabe im Jahr 1939 erschien (Danzer, 1995; Lipowski, 1984). Die Herausgeber dieser Zeitschrift beschreiben darin die Beteiligung von psychologischen und physiologischen Aspekten an regelrechten sowie an gestörten Körperfunktionen und somit die Kombination von somatischer Therapie und Psychotherapie als zentrales Interesse dieses neuen Bereichs in der Medizin. Sie grenzen die Psychosomatische Medizin zudem von der Psychiatrie ab und sehen sie nicht als eigene Fachdisziplin an, die den Schwerpunkt auf eine bestimmte Pathologie oder das metaphysische Leib-Seele-Problem legt. Stattdessen beschäftigen sie sich mit den psychologischen Aspekten in *allen* medizinischen Disziplinen und der Wechselwirkung zwischen seelischen und körperlichen Prozessen sowie deren Erforschung. Die Psychosomatische Medizin stelle zwar einen eigenen Bereich in der Medizin dar, solle aber in jede medizinische Fachdisziplin integriert werden. Im klinischen Bereich werde sie als eine Methode im Rahmen der Diagnostik und Therapie verstanden, allerdings ohne spezifische Hinweise für die Umsetzung in der Praxis zu geben (Lipowski, 1984).

Lipowski kritisiert an dieser Definition die Bezugnahme der Zeitschrift herausgeber auf die psychologischen und physiologischen Aspekte des Körpers und nicht der Person. Durch die Abgrenzung von der Psychiatrie, die die Auto-

ren mit geistigen Erkrankungen assoziieren, wird deren dualistische Position erkennbar, auch wenn sie diese offiziell ablehnen. Ein weiterer Kritikpunkt sei in der fehlenden Berücksichtigung des sozialen Kontextes und der Begrenzung auf psychophysiologische Faktoren zu sehen. Den Grund vermutet er in der psychoanalytischen Orientierung einiger Herausgeber der Zeitschrift. Dadurch liege ihr Hauptaugenmerk auf intrapersonalen und weniger auf interpersonellen Aspekten, also mehr auf individuellen körperlichen und seelischen Vorgängen als auf Beziehungen zu anderen Menschen und der Umwelt. Außerdem distanzieren sie sich von einer philosophischen Auseinandersetzung mit dem Leib-Seele-Problem, auch wenn derartige Konzepte sehr häufig implizit in psychosomatischen Theorien enthalten sind. Allerdings trägt nach Lipowski allein die Beschäftigung mit dem Leib-Seele-Problem einen Widerspruch in sich, da dabei Leib und Seele, auch wenn miteinander interagierend, als zwei getrennte Entitäten betrachtet werden (Lipowski, 1984).

Dem mechanistischen Vorgehen in der Medizin ist außerdem die Psychoanalyse Sigmund Freuds zu Beginn des 20. Jahrhunderts als neuartiger Zugang gegenüberzustellen, da nun körperliche Symptome nicht mit einer somatischen Therapie, sondern durch das Sprechen mit den Patient(inn)en geheilt werden konnten (Uexküll & Wesiack, 2003). Freud erkennt, dass neurotische Symptome eine Reaktion auf starke Belastungen darstellen und mit einer Ausschüttung körperlicher Botenstoffe einhergehen, wobei es sich nach heutigen Erkenntnissen um Hormone der Nebennierenrinde handelt. Zudem entwickelt er das Konzept der Konversionshysterie, nach dem psychische Konflikte auf der körperlichen Ebene ausgetragen werden (Boll-Klatt, 2005; vgl. Kap. 1.2).

Auch wenn die heutige Psychosomatische Medizin laut Boll-Klatt wesentlich von der Psychoanalyse Freuds geprägt wurde (Boll-Klatt, 2005), sehen Uexküll und Wesiack diese mehr als Grundlage der Psychiatrie und Klinischen Psychologie. Die Autoren begründen dies damit, dass Freud zwar den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen in sein Konzept integrierte, aber nur die Beeinflussung der Seele auf den Körper, jedoch nicht umgekehrt die Wirkung körperlicher Vorgänge auf die Seele berücksichtigte. Dennoch erkennen auch sie Freuds Lehre als wesentlichen Anstoß für die Auseinandersetzung mit dem Verhältnis zwischen Körper und Seele in der Medizin an (Uexküll & Wesiack, 2003).

1.2 Pioniere der Psychosomatik

Sigmund Freud: Konversion

Wenngleich die Psychosomatik als Haltung gegenüber dem Menschen und als intuitives Handeln viel weiter zurückreicht, begann eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Verbindung von Körper und Seele insbesondere mit der Verbreitung der Tiefenpsychologie im 20. Jahrhundert (Danzer, 1995; Rattner, 1977). Dazu haben laut Rattner wesentlich die Untersuchungen zur Hysterie von Sigmund Freud (1856 – 1939; Nieder, 2005) beigetragen, die er anfänglich mit Charcot an der Salpêtrière in Paris durchführte und anschließend selbstständig fortsetzte (Breuer & Freud, 1895; Rattner, 1977). Im Rahmen dieser Studien erkannte er, dass sich die hysterische Symptomatik nicht auf der Basis hirnanatomischer Veränderungen oder Defekte erklären lässt, sondern dass Wünsche und Impulse, die nicht ins Bewusstsein gelangen und nicht ausgesagt werden dürfen, in körperliche Beschwerden transformiert werden können. Diesen Vorgang nennt Freud Konversion, wobei die Psychoanalyse eine „Rückverwandlung der Symptome in nun bewußt gewordene, affektbesetzte Vorstellungen“ ermögliche und „man [dadurch] also imstande [sei], über die Natur und die Abkunft dieser früher unbewußten psychischen Bildungen das Genaueste zu erfahren“ (Freud, 1925, S. 37). Seine Darstellung der Psyche ist jedoch vorwiegend naturwissenschaftlich geprägt, da er dabei von einer Maschine ausgeht, in der Energiequanten aufsummiert und bei Erreichen eines gewissen Schwellenwertes in eine andere Form, z.B. körperliche Symptome, umgesetzt werden können. Wie dieser Übersetzungsvorgang konkret erfolgt, bleibt auch für ihn ungeklärt (Danzer, 1995, 2011).

Freud begründet die Ausbildung hysterischer Symptome damit, dass insbesondere sexuelle Triebe und Tribschicksale in sexuellen Entwicklungsphasen der Kindheit und Adoleszenz fixiert und verdrängt werden. Dies kann jedoch auch zu anderen Erkrankungen, wie Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Psychosen und körperlichen Symptomen, z.B. Ess- und Schlafstörungen, führen (Danzer, 2011; Freud, 1925). In der Behandlung der Hysterie wendet Freud zusammen mit Breuer zunächst die Hypnose und später die freie Assoziation an, die den Zugang zu verdrängten seelischen Inhalten ermöglichen sollen. Dadurch kann die Seele entlastet werden, sodass der Ausdruck über den Körper nicht mehr nötig ist (Breuer & Freud, 1895; Rattner, 1977).

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Konversionsneurosen stehen in Freuds Lehre die Aktualneurosen, zu denen beispielsweise die Angstneurose zählt. Bei diesen entstehen körperliche Symptome unmittelbar aus libidinösen, also auf Triebenergie basierenden Erregungszuständen im Körper und sind nicht durch psychische Konflikte bedingt, sodass sie keine symbolische Funk-

tion übernehmen (Danzer, 1995; Ferenczi, 1922a; Freud, 1898; Rattner, 1977). Der Körper dient lediglich als Ventil zur Verringerung des psychischen Erregungsniveaus und weist auf die zugrunde liegenden Konflikte hin, jedoch ohne diese darzustellen (Küchenhoff, 1992). In dieser nicht unmittelbaren Verbindung zwischen körperlichem und psychischem Geschehen liegt für Freud der Grund, dass Patient(inn)en mit einer Aktualneurose einer Psychoanalyse nicht zugänglich seien (Danzer, 1995). Allerdings erkennt er in späteren Jahren, dass die Aktualneurosen nicht nur auf physiologische Vorgänge zurückzuführen sind, sondern intrapsychische Konflikte sogar eine wesentliche Rolle bei ihrer Entstehung spielen (Mentzos, 2010a).

Die von Freud im Jahr 1895 veröffentlichten *Studien über Hysterie* sowie die Geburt der psychoanalytischen Behandlungstechnik stellen somit bereits psychosomatische Konzeptionen dar, auch wenn diese zu Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund der noch verbreiteten Skepsis gegenüber der Bedeutung seelischer Konflikte bei körperlichen Beschwerden noch nicht als solche anerkannt wurden (Danzer, 2011). Freud hat sich selbst nicht als ausgesprochen psychosomatisch tätiger Wissenschaftler verstanden, was sich auch in der Beschränkung auf die *Neurosenentstehung* im Zusammenhang mit seelischen Konflikten zeigt (Danzer, 1995). Rattner sieht in Freuds Neurosenlehre jedoch einen wesentlichen Schritt auf dem Weg, Auswirkungen der Seele auch auf organische Erkrankungen zu untersuchen (Rattner, 1977).

Häufige Kritik erfuhr Freud wegen seiner materialistischen, biologistischen und deterministischen Weltsicht, unter anderem aufgrund seiner Fokussierung auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge und die Trieblehre sowie aufgrund der Aufteilung des Seelenlebens in Bewusstes und Unbewusstes bzw. Es, Ich und Über-Ich. Dennoch beinhalten seine Werke auch die Botschaft, dass es in der Medizin nicht nur um die Behandlung von Krankheiten geht, sondern das Individuum mit seiner gesamten Biografie im Mittelpunkt steht und neben körperlichen Symptomen auch psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen sind (Danzer, 2011).

Alfred Adler: Organminderwertigkeit

Neben Sigmund Freud hat zur gleichen Zeit Alfred Adler (1870–1937; Datler, 2005) wesentlich zur Entwicklung der Psychosomatischen Medizin beigetragen, auch wenn seine Verdienste zu wenig gewürdigt wurden (Danzer, 1995; Rattner, 1977). Adler distanzierte sich von Freuds sexualtheoretischer Auffassung seelischer Vorgänge und der Beschreibung anhand von Energiequanten und begründete die Individualpsychologie (Danzer, 1995, 2011). Diese Bezeichnung betont im Gegensatz zur *Psychoanalyse* die umfassende Sicht auf

die Person, das unteilbare Individuum, wobei es immer um das Verstehen von Äußerungen und Symptomen des Menschen und deren Zusammenwirken geht, sowohl bei psychischen als auch bei physischen Erkrankungen (Danzer, 1995). Das erklärt er unter anderem damit, dass sich Erfahrungen aus der Kindheit ebenso wie die meist unbewussten Ziele im Lebensstil, also im Verhalten und in der Haltung der erwachsenen Person, zeigen, und daher nicht ein einzelner Ausschnitt der aktuellen Seelenäußerung zur Interpretation herangezogen werden soll (Adler, A., 1995; Danzer, 2011).

Aufgrund erschwerender Bedingungen, wie Einschränkungen in den Organen oder im Bewegungssystem, die Adler als Organminderwertigkeit bezeichnet, oder mangelhafter emotionaler Versorgung in der Kindheit, kann sich bei den Betroffenen ein Gefühl der Schwäche und Unterlegenheit, der sogenannte Minderwertigkeitskomplex, einstellen (Adler, A., 1995; Rattner, 1977). In einem gewissen Ausmaß ist bei jedem Kind ein Minderwertigkeitsgefühl vorhanden, das durch das Verfolgen eines bestimmten Ziels im Rahmen des Geltungsstrebens ausgeglichen wird, und zwar in einer Form, die eine weitere Verbundenheit mit den Mitmenschen, das Gemeinschaftsgefühl, aufrechterhält (Adler, A., 1995). Ist dieses Gefühl der Minderwertigkeit jedoch besonders stark ausgeprägt, kommt es aus Gründen der Angst um die eigene Existenz und den in der Kindheit nur mangelhaft erlernten Bewältigungsstrategien zur Überkompensation, worunter das Leben in der Gemeinschaft aufgrund des übermäßigen Machtstrebens leidet (Adler, A., 1995; Rattner, 1977). Aus Adlers Sicht haben diese Existenzangst und die Zurückhaltung, die den sogenannten nervösen Charakter kennzeichnen, ein Festhalten an starren Fiktionen, also eigenen Vorstellungen von der Welt, zur Folge. Die Krankheit verspricht nun einen Ausweg, sich nicht den Anforderungen der Gemeinschaft, des Lebens und der Realität stellen zu müssen. Zudem geht mit der Erkrankung eine vermehrte Fürsorge der Umgebung einher, was die Betroffenen in eine Position der Überlegenheit und ihnen somit einen sekundären Krankheitsgewinn bringt (Danzer, 2011; Rattner, 1977).

Die Kompensation von Minderwertigkeit erfolgt jedoch nicht nur durch neurotische Charakterzüge, sondern auch durch die Ausbildung von körperlichen Symptomen, über die zusammen mit Gestik, Mimik und Körperhaltung die eigenen Bedürfnisse der Umgebung mitgeteilt werden. Dies ist dann der Fall, wenn andere Mechanismen auf psychischer und sozialer Ebene nicht für einen Ausgleich genügen. Im Falle einer nonverbalen Kommunikation durch die Körpersprache, z.B. in Form eines schmerzverzerrten Gesichts, spricht Adler von Organdialekt. Da dabei auch die Mitmenschen in ihren Reaktionen beeinflusst werden, indem sie sich beispielsweise vermehrt um die betroffene Person kümmern, müssen diese in die Untersuchung und Behandlung der Erkrankten einbezogen werden (Adler, A., 1912; Danzer, 2011).

In der Individualpsychologie zeigt sich somit eine Synthese von körperlichen und seelischen Aspekten, indem körperliche Symptome in einen Zusammenhang mit neurotischen Charakterzügen gebracht werden. Zudem zeichnet sich Adlers Lehre durch die Erweiterung der psychosomatischen Sicht um die soziale Dimension, also die Wechselwirkung zwischen Person und seinem Umfeld, aus, aber auch durch die Betrachtung des Menschen als sinnsuchendes Wesen (Danzer, 2011).

Sándor Ferenczi: Organneurosen

Der ungarische Psychoanalytiker Sándor Ferenczi (1873–1933; Nagler, 2005) beschreibt die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele unter anderem in seinem Aufsatz *Organneurosen und ihre Behandlung*, wobei er unter Organneurosen seelisch verursachte Funktionsstörungen von Organen versteht, die im Gegensatz zur Hysterie objektiv messbar sind (Ferenczi, 1926; Geuter, 2000). Die Hysterie zählt er zusammen mit der Zwangsneurose zu den Psychoneurosen, deren Ursachen und Äußerungen entsprechend der Bezeichnung vorwiegend auf seelischer, nicht auf körperlicher Ebene zu finden und zu untersuchen sind, wenngleich zusätzlich körperliche Begleitfaktoren auftreten können. Bei den Psychoneurosen entstehen die Krankheitssymptome durch das Hervortreten von ansonsten verdrängten seelischen Inhalten, wie Wünschen und Erinnerungen, da die Betroffenen aufgrund ihrer Prädisposition und Vorbelastung diese Verdrängung nicht wie gesunde Menschen aufrechterhalten können (Ferenczi, 1922b).

Zur Gruppe der Organneurosen, die nach Ferenczi sowohl mit körperlichen als auch mit seelischen Symptomen verbunden sind, gehören die von Freud so bezeichneten Aktualneurosen, also die Neurasthenie und die Angstneurose, sowie die Ein-Symptom-Neurosen (Ferenczi 1922a, 1926). Zu den Ein-Symptom-Neurosen zählt Ferenczi die Herzneurose, das nervöse Asthma, die Magen- und die nervöse Darmstörung. Einige dieser Begriffe sind heute kaum mehr gebräuchlich und/oder haben eine andere Bedeutung. Anstatt von Neurasthenie, mit Symptomen wie erhöhter Reizbarkeit, psychischer und physischer Ermüdung, wird von Somatisierungsstörung gesprochen. Die Herzneurose ist als Herzphobie bekannt (Ferenczi, 1926; Kutter & Müller, 2008; Mentzos, 2010a; Pschyrembel, 2002). Bei allen Organneurosen sieht Ferenczi einen überhöhten Lustgewinn durch die Organfunktion, z. B. den Essensgenuss zusätzlich zum Stillen des Hungers, als wesentlichen Faktor (Ferenczi, 1926). Durch diese sogenannte Organerotik werden jedoch die eigentlichen Funktionsabläufe beeinträchtigt, weswegen es zur Ausbildung entsprechender Symptome komme.

Für Ferenczi hat die Seele bei *allen* Erkrankungen einen Einfluss, weswegen auch für die Heilung von organischen Krankheiten neben der ärztlichen Therapie die seelische Behandlung, insbesondere der Glaube an die Kompetenz des Arztes/der Ärztin, eine große Rolle spielt. Diesen Glauben deutet er als Übertragung der Machtvorstellung des Kindes von seinen Eltern auf den Arzt/die Ärztin: So wie die Patient(inn)en in ihrer Kindheit die Eltern als die Helfenden in der Not gesehen haben oder sehen wollten, könne sie nun der Arzt/die Ärztin von der Krankheit und ihren Symptomen befreien. Daran zeigt sich, dass für Ferenczi im Gegensatz zu den meisten anderen Vertretern seiner Zeit die Interaktion und die Beziehung zwischen Patient(in) und Therapeut(in) einen großen Stellenwert einnehmen, was sich im Titel seines bekannten Werks *Ohne Sympathie keine Heilung* aus dem Jahr 1932 widerspiegelt (Geißler & Heisterkamp, 2013). Die Psychoanalyse eignet sich nach seiner Ansicht für die Behandlung seelischer wie organischer Erkrankungen, da sie sowohl psychologisches wie biologisches Wissen vereine und sich die Heilung auf seelischer, vor allem sexueller Ebene, positiv auf körperliche Symptome auswirken könne (Ferenczi, 1922b, 1926).

Einen wesentlichen Einfluss hatte Ferenczi auf die Entwicklung der Analytischen Körperpsychotherapie, da er die klassische Psychoanalyse um körperbezogene Elemente erweiterte (Ferenczi, 1920; Geißler & Heisterkamp, 2013; Geuter, 2000). Anfangs integrierte auch Freud körperliche Berührungen in die Therapie, indem er bei der Hypnose mit seiner Hand die Stirn der Patient(inn)en berührte, wovon er dann allerdings Abstand nahm und sich auf die Vorgänge im Seelenleben konzentrierte (Geuter, 2000). Bei der Entwicklung von seelischen Erkrankungen spielen für Ferenczi frühkindliche Traumatisierungen in Form von Gewalt und sexuellem Missbrauch eine große Rolle, die sich unter anderem in der Körpersprache der Patient(inn)en zeigen. Er versuchte zunächst mit der Unterdrückung und später mit der Unterstützung aktiven Ausagierens von Bewegungsimpulsen in der Therapie zu arbeiten, wodurch sich der innere Konflikt und Spannungszustand der Patient(inn)en erhöht (Ferenczi, 1920; Geuter, 2000). Dabei befürwortet er die Regression auf frühere Entwicklungsstufen, also den Rückgriff auf meist kindliche Verhaltensweisen, da diese für ihn einen Zugang zu frühen, noch vor der Sprachentwicklung stattfindenden Erlebnissen darstellt. Freud hingegen sieht die Regression eher als hinderlich dafür (Geißler & Heisterkamp, 2013). Ferenczi legt außerdem großen Wert auf das momentane Erleben von Affekten, wodurch verdrängte und vergangene Inhalte an die Oberfläche gelangen können. Nachdem er zunächst das Fördern der Wiederholung verdrängter traumatischer Erinnerungen durch aktive, körperliche Techniken als wesentlich erachtete (Ferenczi, 1924), kam er jedoch zu dem Schluss, dass diese zur Verstärkung des Traumas beiträgt. Daher ging er dazu über, bei den Patient(inn)en mit einfachen körperlichen Berührungen jene Defizite, wie