

Willkommen

in der Psychosomatik und Psychotherapie

Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Unterricht in Psychosomatik und Psychotherapie und speziell das Praktikum stellen Studenten und Dozenten vor eine Herausforderung. Sie besteht darin, dass in einem fortgeschrittenen Stadium des Medizinstudiums, ergänzend zur üblichen „körperorientierten“ Sichtweise, ein neuer Zugang zu Patientinnen und Patienten und deren Erkrankungen vermittelt bzw. erlernt werden soll. Dieser Ansatz umfasst zwei Bereiche:

1. die bio-psycho-soziale Medizin, d. h. die psychologische bzw. psychosomatische Dimension des Krankseins ganz allgemein unabhängig davon, welche Fachgebiete der Medizin betroffen sind,
2. die speziellen Erkrankungen aus dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, d. h. die psychogenen (seelisch bedingten) Störungen.

Dem entsprechend haben wir dieses Buch als Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie in zwei Teile untergliedert:

- Der erste Teil enthält Wissen, das Sie brauchen, um ein Verständnis für die psychologischen Fragen in der klinischen Medizin zu entwickeln. Dieser Teil enthält Informationen, die Sie in allen medizinischen Bereichen – unabhängig davon, wo Sie später einmal arbeiten – brauchen werden.
- Der zweite Teil vermittelt Ihnen ein Grundverständnis der Hauptgruppen psychogener Erkrankungen, Grundlagen der Diagnostik und einen ersten Eindruck der Behandlung im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Auch wenn Sie später nicht in diesem Gebiet tätig werden möchten, brauchen Sie dieses Wissen, um diagnostische und differenzialdiagnostische Fragen zu klären und Überweisungen vorzunehmen.

Sie werden einige Zeit brauchen, um mit der Sichtweise, die dieses Buch Ihnen vermittelt, vertraut zu werden. Wir bringen sie auf den Nenner: *Krankheit in ihrer Erlebnisdimension*.

Im Rahmen des Medizinstudiums können Sie mit diesem Buch den Unterricht, z. B. im psy-

chosomatischen Praktikum, vor- und nachbereiten. Sie können den Text aber auch im Eigenstudium als Einführung in unser Fach verwenden. Er wird Ihnen helfen, sich notwendiges Basiswissen anzueignen, anhand der Übungen zu reflektieren und auch gleich anzuwenden. Wir empfehlen Ihnen, die Übungen nicht nur „im Geiste“, sondern schriftlich und – soweit das möglich ist – ganz praktisch, z. B. zusammen mit Kommilitoninnen und Kommilitonen durchzuführen. Sie werden aber bemerken, dass eine praktische Einführung nicht ersetzen kann, sich mit Hilfe eines Lehrbuches¹ in einzelne Themen, Konzepte und Krankheitsbilder zu vertiefen.

Lernziele

Im Text dieser Einführung finden Sie immer wieder Lernziele für einzelne Abschnitte der Module. Wenn sie diese noch einmal nachlesen, nachdem Sie die einzelnen Module durchgearbeitet haben, können Sie überprüfen, ob Sie den Stoff **verstanden** und **behalten** haben. Diesem Zweck folgen auch die nach Modulen geordneten Fragen zur Selbstkontrolle am Ende des Buches.

Die Aneignung von Wissen für Studium und Praxis ist allerdings nur *ein* Ziel dieser Einführung. Das andere ist, dass wir Sie immer wieder anregen möchten, über Ihre Einstellung zur psychologischen Dimension des Krankseins nachzudenken und auf diese Weise einen vertieften Zugang zu Ihren Patientinnen und Patienten zu gewinnen.

Wir wünschen Ihnen Spaß und Freude beim Studium!

*Michael Ermann, Eckhard Frick,
Christian Kinzel und Otmar Seidl*

¹ Wir empfehlen Ihnen das Lehrbuch „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ von Michael Ermann, verlegt bei Kohlhammer, Stuttgart (2004), dem die Systematik dieser Einführung folgt.

Erster Teil: Bio-psycho-soziale Medizin

Im ersten Teil dieses Buches vermitteln wir Ihnen einige psychologische Grundlagen, die Ihnen helfen sollen, in Ihrem ärztlichen Beruf eine ganzheitliche Sichtweise zu entwickeln. Dazu gehört insbesondere, dass Sie sowohl Ihre Rolle als Arzt als auch die Ihrer Patienten verstehen und sich darauf vorbereiten, Untersuchungsgespräche aus einer umfassenden Perspektive zu führen. Diese Perspektive enthält biologische, psychologische und soziale Aspekte des Krankseins. Sie charakterisiert den bio-psycho-sozialen Ansatz in der Medizin.

Was heißt: ♦ Bio-psycho-sozial?

Die bio-psycho-soziale Orientierung ist der zeitgemäße Ansatz einer ganzheitlichen Medizin. Das mag zunächst pathetisch klingen und Ihnen wenig sagen. Aber versetzen Sie sich doch einmal in die Rolle eines Kranken hinein, den Sie irgendwann einmal im Krankenhaus besucht haben. Oder rufen Sie sich in Erinnerung, was Sie selbst als Kranker erlebt haben, falls Sie schon einmal eine gravierende Krankheit gehabt haben. Wie haben Sie sich in der ungewohnten Welt im Krankenhaus gefühlt? Wie haben Sie die Rollen dort erlebt und wie war es für Sie, dass Sie womöglich davon abhängig waren, versorgt zu werden, und dass andere Menschen Entscheidungen über Sie getroffen haben? Rechnen Sie sich vielleicht an Sorgen, ob Sie wieder ganz gesund werden würden, oder an Ängste vor Folgen der Krankheit, die Ihr tägliches Leben verändern könnten?

Wenn Sie als Arzt ganzheitlich denken, dann werden Sie nicht nur die „biologische“ Störung von Organen und Organfunktionen betrachten, sondern Ihre Patienten als Kranke in einer bestimmten Verfassung mit ihrer persönlichen Geschichte und vor ihrem individuellen Lebenshintergrund sehen, der durch die Erkrankung Veränderungen und Gefahren ausgesetzt sein kann.

Bio-psycho-sozial bedeutet, dass Sie sich als Ärztin oder als Arzt nicht darauf beschränken, isoliert „die Leber“, „die Radiusfraktur“ oder „das Karzinom“ zu behandeln, sondern *den kranken Menschen*, der mit Hoffnungen und Erwartungen, Sorgen und Ängsten zu Ihnen kommt und gleichsam seine ganze Biografie und seinen Lebenshintergrund mitbringt.

Dieser Ansatz ist an sich eine Selbstverständlichkeit. Aber gute Absichten und eine humane Einstellung allein reichen nicht aus, um eine ganzheitliche Medizin zu betreiben. Wird der bio-psycho-soziale Ansatz ernst genommen, so bedarf er der Schulung und der Übung.

Wir werden Ihnen in den folgenden Modulen dafür Anleitungen geben und Sie darauf aufmerksam machen, worauf Sie achten müssen, um eine umfassende ärztliche Kompetenz zu erwerben.

Modul 1

Krankheit und Kranksein aus bio-psycho-sozialer Sicht

Ganzheitlich denken in der Medizin

1.1 Zur Einstimmung auf das Thema

In der Medizinpsychologie und -soziologie haben Sie schon einiges über soziale Rollen in der Medizin, über die Arzt-Patienten-Beziehung, typisches Krankheitsverhalten, Krankheitsbewältigung und verwandte Themen gelernt. In der bio-psycho-sozialen Medizin werden Sie dieses Wissen in den medizinischen Alltag übertragen und dort anwenden. Sie werden es mit den Erfahrungen in Verbindung bringen, die Sie als zukünftige Ärztin oder Arzt mit Kranken machen. Aber zuvor drei sehr grundsätzliche Fragen:

- ☒ *Was ist überhaupt* ♦ *Krankheit*? Haben Sie sich schon einmal überlegt, an welchem ♦ *Krankheitsbegriff* Sie sich orientieren? Bitte denken Sie darüber nach, ob und warum „Ihr“ Krankheitsbegriff von der folgenden Auffassung abweicht: „Krankheit ist ein Zustand des bio-psycho-sozialen Befindens, das vom mittleren zu erwartenden Befinden abweicht.“² Dieses wäre der Zustand eines subjektiven Wohlbefindens. Welche Bedeutung hat bei dieser Auffassung die Begriffsverknüpfung → bio-psycho-sozial?
- ☒ *Wie kommen Krankheiten eigentlich zustande*? Wahrscheinlich denken Sie zuerst an mechanische oder materielle Schädigungen, die durch Unfall, Infektion, schädliche Stoffe u. a. zu Veränderungen in Zellen und Geweben führen. Sie sind damit auf dem Boden der positivistischen naturwissenschaftlichen Krankheitslehre, die auf das Konzept der „Zellulärpathologie“ von Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert zurückgeht. Tatsächlich trifft dieses Konzept für rund zwei Drittel der Krankheiten zu. Aber was ist mit dem anderen Drittel? Gibt es noch andere „Noxen“, die krank machen? Denken Sie z. B. an krankmachenden „Stress“.
- ☒ *Welche Folgen haben Krankheiten*? In der Pathologie hat man Ihnen gezeigt, wie Krank-

heiten sich auf den Körper auswirken und schließlich zum Tode führen können. Sie wissen auch, dass sie oft nicht ausheilen und chronifizieren.

Es ist Ihnen auch bekannt, dass insbesondere gefährliche und chronische Krankheiten

eine enorme Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen darstellen. Diese Belastungen können ihrerseits krank machen. Störungen, die aus Belastungen durch primär körperliche Erkrankungen entstehen, nennt man → *somatopsychische Störungen*.

Rund ein Drittel der Krankheiten beruhen auf psychischen bzw. psychosozialen Krankheitsfaktoren. Man nennt sie → *psychogene Störungen*.

1 Bitte bearbeiten Sie jetzt die folgende Übung ✍

Welche Krankheitsfolgen können Sie sich bei einem 25-jährigen Mann vorstellen, er seit seinem 8. Lebensjahr unter Diabetes mellitus leidet und bereits seit 7 Jahren insulinpflichtig ist, d. h. regelmäßig Insulin spritzen muss? Bitte nennen Sie jeweils mindestens eine drohende oder evtl. bereits vorhandene Komplikation

1. im körperlichen Bereich
2. im psychischen Bereich
3. im sozialen Bereich:

Mögliche Antworten finden Sie im Anhang zu diesem Modul.

² Internationale Definition von Krankheit durch die Welt-Gesundheitsorganisation WHO

1.2 Die ganzheitliche Sicht von Krankheit

Lernziele 1.2:

- Sie sind mit der ganzheitlichen Sicht von Krankheit und mit psychologischen Aspekten des Krankseins vertraut und wissen, dass diese in der bio-psycho-sozialen Medizin unabhängig von der Krankheitsursache zum Tragen kommen.
- Sie können den praktischen Nutzen der bio-psycho-sozialen Sichtweise erläutern.

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, während sie *Krankheit als Abwesenheit der so verstandenen Gesundheit* definiert. Was als krank und was als gesund betrachtet wird, unterliegt allerdings gesellschaftlichen Wertungen und einem historischen Wandel und hängt davon ab, welche Toleranz eine Gesellschaft für Abweichungen von der Norm hat. Wenn ein Befinden, ein Erleben oder Verhalten als krank definiert wird, dann wird es zur Aufgabe der Medizin.

In Ihrem künftigen Beruf werden Sie es häufig mit Menschen zu tun haben, die mit der Rolle als Patient nicht gut zurechtkommen und deshalb auch nicht gut „mitarbeiten“ können. Es sind Menschen, die durch ihre Krankheiten in irgendeiner Weise in eine besondere psychische Verfassung geraten sind oder auch schwer an sozialen Folgen, z. B. an einer Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung tragen. Solche Implikationen von Krankheiten müssen Sie berücksichtigen. Damit gewinnen Sie das Vertrauen Ihrer Patienten und schaffen die Basis für eine gute Zusammenarbeit (→ *Compliance*). Wenn Sie diese Implikationen berücksichtigen, können Sie Ihre Patienten auch gut führen und ihnen z. B. helfen, so gut wie möglich in den Alltag zurück zu finden und sich darin zurecht zu finden. Das ist ein Beispiel für einen ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Zugang zu Patienten, das zugleich den praktischen Nutzen dieser Sichtweise deutlich werden lässt.

② Hier eine weitere Übung ✍

Erinnern Sie sich bitte an eine Situation, in der Sie in Ihrem privaten Lebensbereich einem Menschen mit einer ernsthaften Erkrankung begegnet sind. Lassen Sie die Situation in sich aufsteigen und beantworten Sie mit ein paar Stichworten folgende Fragen:

1. Wer war betroffen?
2. Was haben Sie damals in sich erlebt und wie haben Sie sich gefühlt?
3. Was haben Sie gegenüber der oder dem Kranken erlebt?
4. Wie haben Sie sich verhalten?
5. Können Sie sich an Ängste erinnern oder an Phantasien oder Erwartungen?

Wenn Sie Gelegenheit haben, tauschen Sie sich über Ihre Erfahrungen mit Kommilitonen aus!

1.3 Kranksein als Belastung und Herausforderung

Lernziele 1.3:

- Sie haben ein Gespür dafür, dass Kranksein eine Herausforderung an die Patienten und ihr Umfeld darstellt.
- Sie können spezifische krankheitsbedingte Belastungen und deren klinische Erscheinungsbilder vom Krankheitsverhalten unterscheiden.

Kranksein ist eine besondere Belastungssituation. Das gilt für alle Erkrankungen – unabhängig davon, wodurch sie verursacht sind. Sie haben verschiedene Folgen und Auswirkungen

- auf die seelische Verfassung: Hoffnungen, Ängste und Sorgen, Misstrauen,
- auf das Verhalten: Krankheitsverhalten, Beziehungsgestaltung, Bewältigungsprozesse,
- auf die soziale Situation: Krankschreibung, Belastung von Angehörigen.

Wichtige Konzepte und Begriffe

- *Seelische Verfassung*: Plötzliche oder andauernde, insbesondere schwere und gefährliche Krankheiten bewirken als Reaktion auf die damit verbundene subjektive und objektive

Gefährdung Ängste, Unsicherheit, Misstrauen, Gereiztheit, Verstimmung oder Verzagtheit. In der Folge können sich auch Krankheitssymptome entwickeln, insbesondere depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Libidoverlust und gelegentlich Suizidalität. Man bezeichnet diese Störungen als → *somatopsychische Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen*.

- **◆ Krankheitsverhalten:** Der Status als Patient, Behandlungsmaßnahmen und Krankenhausaufenthalte versetzen Kranke in fremde und ungewohnte soziale Rollen. Sie geraten plötzlich in eine Abhängigkeit von anderen (und ggf. von Medikamenten und Maschinen), die mit Hilfe ihres gewohnten Alltagsverhaltens allein nicht zu bewältigen ist. Dadurch entstehen Veränderungen im Verhalten, die man als *Krankheitsverhalten* bezeichnen kann. So reagieren Kranke anders, als sie es im Zustand der Gesundheit tun würden. Einige geben sich hilflos und klammern sich an, andere versuchen, Haltung zu bewahren und ja niemand zur Last zu fallen. Manche lassen sich rasch verwirren, andere bleiben gelassen. Einige entwickeln unrealistische Ansprüche, andere sind übermäßig bescheiden. Manche machen sich Sorgen um sich und Angehörige, andere tun, als wäre nichts geschehen.

Viele dieser Verhaltensweisen haben das Ziel, die Krankheit zu bewältigen. Man spricht dann von → *Coping* oder *Bewältigungsverhalten*.

- **Beziehungsgestaltung:** Krankheitssymptome, Erschöpfung und Ermattung, Ängste und Sorgen, Gefahr und Unsicherheit bewirken, dass kranke Menschen sich in einer oft unrealistischen Weise hilflos und abhängig fühlen. Diese Gefühle kann man als Rückgriff auf kindliche Einstellungen betrachten und als **◆ Regression** (regredi [lat.]: zurückgehen) bezeichnen. Sie bewirken, dass Ärzte und medizinisches Personal viel mächtiger erlebt werden, als diese tatsächlich sind, während die Kranken sich selbst weniger zutrauen, als es ihren Möglichkeiten entspricht.

Regression ist das Wiederaufleben von entwicklungspsychologisch frühen Einstellungen und Erlebnisweisen.

- **◆ Soziale Unterstützung:** Der emotionale Rückhalt, den Patienten bei Partnern, Kindern, Verwandten oder Freunden finden, wird in der Forschung als *soziale Unterstützung* bezeichnet. Manches von dem, was als Unterstützung gedacht ist, kann von den Patienten jedoch auch als weitere Belastung erlebt werden, z. B. Kritik an ihren Bewältigungsversuchen oder Überfürsorglichkeit und Dominanz als Reaktion auf ihre regressiven Verhaltensmuster oder unsensible Appelle an „positives Denken“.
- **◆ Subjektive Krankheitstheorie:** Kranke entwickeln ganz unabhängig von ihrem rationalen Wissen mehr oder weniger bewusste *subjektive Krankheitstheorien*. Sie enthalten Vorstellungen und Phantasien darüber, welche Krankheitsursachen sie vermuten und welche Möglichkeiten sie annehmen, wie ihre Krankheit von ihnen selbst oder von anderen beeinflusst werden kann. Versuchen Sie nicht zu rasch, solche unsinnig erscheinenden Phantasien zu widerlegen. Solange Sie Ihre Patienten nicht gut kennen, können Sie schwer abschätzen, was Sie damit bewirken. In der subjektiven Krankheitstheorie schlagen sich persönliche Erfahrungen und Kenntnisse sowie familiäre und soziokulturelle Werthaltungen nieder. Dabei können einer Krankheit verschiedene Bedeutungen zugeschrieben werden: Selbstbestrafung, Auflehnung, Entlastung, Verlust oder Bedrohung u.v.a. Sie können solche Zuschreibungen oft aus der Persönlichkeit der Betroffenen heraus verstehen und aus ihrer Lebensentwicklung heraus nachvollziehen.
- **◆ Compliance:** Die Mitarbeit Ihrer Patienten in der Behandlung, die *Compliance* (to comply [engl.]: Bedingungen, Regeln einhalten), ist davon abhängig, ob und wie sie über ihre Krankheit, über die Prognose und die Notwendigkeit der Mitarbeit aufgeklärt worden sind und ob sie dabei als mündige Patienten angesprochen, auf Distanz gehalten oder in eine infantile Unselbständigkeit gedrängt werden. Übrigens steht die Güte der Patientenbeziehung in direktem Zusammenhang mit der Compliance.

Frau S. hat Metastasen

Frau S., eine Ihrer „Krebs-Patientinnen“ Mitte 40, erhielt vor einiger Zeit wegen eines rezidierten, in die Leber metastasierenden Mamma-Karzinoms eine Chemotherapie. Diese Behandlung war auch erfolgreich und brachte die Lebermetastasen völlig zum Verschwinden. Zwei Jahre später kommt sie zu Ihnen und klagt, dass sie sich beim Fahrradfahren unsicher fühlt und Doppelbilder sieht. Sie ordnen eine Kernspin-Tomographie des Schädels an. Das macht ihr große Angst. Sie sagt, die enge Röhre und die lauten Geräusche habe sie das letzte Mal kaum ausgehalten.

Die Kernspin-Tomographie bestätigt den Verdacht einer zerebralen Metastasierung. Das teilen Sie ihr mit und erwarten nun – ähnlich wie bei früheren ähnlichen Situationen – eine heftige emotionale Reaktion, z. B. mit Schock und Verzweiflung. Überraschender Weise reagiert sie aber ganz anders und sagt: „Ich weiß schon, warum ich Hirnmetastasen habe. Ich habe zuviel nachgedacht.“

Verblüfft sprechen Sie mit ihr über die begrenzten, noch verbleibenden therapeutischen Möglichkeiten und erwägen eine palliativmedizinische Versorgung. Ihre Patientin greift diesen Vorschlag auf und sagt, sie sei bereit, alles zu versuchen, um nur zu Hause bei ihrem Mann und ihren beiden Kindern zu sein, die sie brauchen.

3 Übung zum Fallbericht ✍

1. Wie schätzen Sie die Krankheitsverarbeitung (Coping, Bewältigung) von Frau S. ein?
2. Bitte charakterisieren Sie ihre subjektive Krankheitstheorie.

Antworten finden Sie im Anhang zu diesem Modul.

© Anhang: Lösungen der Übungsaufgaben

1 Mögliche Krankheitsfolgen bei langjährigem juvenilem Diabetes mellitus

1. Gefäßerkrankungen, Sehstörungen, Polyneuropathie (Parästhesien usw.)
2. Minderwertigkeitsgefühle, Depressionen, Schamprobleme; Wut auf die „Spritze“, auf Ärzte, auf Menschen, die nicht betroffen sind
3. Rückzug, Selbstisolierung, Kontaktprobleme

3 Lösungen zur Kasuistik

1. Die Patientin zeigt eine auffallend aktive, durch weitgehende → Verleugnung und überbetonte → Compliance geprägte Krankheitsverarbeitung.
2. Sie glaubt, dass die intensive Beanspruchung ihres Gehirns („das viele Denken“) die Metastasierung gefördert hat. Vielleicht gibt sie sich auf diese Weise selbst Schuld für die Metastasierung. Hier könnte ein Psychotherapeut entlastend eingreifen.

Modul 2

Die Arzt-Patient-Beziehung

Die Krankenrolle, die Arztrolle und ihr Zusammenspiel

2.1 Zur Einführung in das Thema

Wenn Sie selbst zum Arzt gehen – in der Regel wegen einer Krankheit, für die Sie eine Behandlung brauchen – dann haben Sie eine Reihe von Erwartungen: Sie möchten nicht lange warten und wünschen sich von Ihrem Arzt Fachkompetenz, Freundlichkeit und genügend Zeit. Sie wollen Untersuchungsergebnisse erklärt haben und in die Wahl einer Behandlung einbezogen werden.

Nicht anders geht es Ihren Patienten. Genau so wie kranke Ärzte und Medizinstudenten entwickeln sie Vermutungen, Befürchtungen, Erwartungen bezüglich ihrer Krankheit. Insbesondere tragen sie Rollen an Sie heran, die oft über die Alltagsrealität hinausgehen und mit ihrer Geschichte zusammenhängen. Es können positive Rollen sein, z. B. die sorgende Mutter, der machtvolle Heiler oder sogar der „Halbgott in Weiß“. Selten sind es auch negative Rollen. Diese kommen meistens erst zum Tragen, wenn die anfängliche Idealisierung durch Misserfolge oder durch einen ungünstigen Krankheitsverlauf in eine Entwertung umschlägt.

2.2 Ebenen und Rollen in der Arzt-Patient-Beziehung

Lernziele 2.2:

- Sie unterscheiden zwischen der Sach- und der Beziehungsebene in der Arzt-Patient-Beziehung und können die irrationalen Phänomene der Beziehung zuordnen.
-

Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten wird von Ihnen beiden gemeinsam gestaltet. Dabei kommen bewusste und unbewusste, individuelle und soziale Vorerfahrungen, Stile und Rollenvorgaben zum Tragen. Dabei lässt sich die *◆ Arzt-Patient-Beziehung* auf zwei verschiedenen Ebenen beschreiben:

- *Die  Sachebene:* Sie bezieht sich auf den Inhalt (das *Was*) von Informationen. Auf dieser Ebene betrachtet, analysiert der Behandler als medizinischer Experte die Krankheit aufgrund der Symptome und Befunde und ordnet ihr eine Diagnose zu. Daraus ergeben sich therapeutische Maßnahmen, die mit dem Patienten besprochen werden.
- *Die  Beziehungsebene:* Sie bezieht sich auf den Modus (das *Wie*) des Informationsaustausches. Sie ist stark von Gefühlen und Empfindungen geprägt. Auf dieser Ebene sind nicht nur bewusste Eigenschaften, Einstellungen, Erlebnis- und Verhaltensweisen beteiligt, sondern auch unbewusste Phänomene, d. h. irrationale Gefühle, Phantasien und Beziehungsmuster, die mit den realen Personen unmittelbar wenig zu tun haben, sondern unter dem Druck der Krankheitssituation auf die Arzt-Patient-Beziehung übertragen werden.

Medizinsoziologisch betrachtet, besteht die Beziehung aus einem Zusammenspiel zwischen der Krankenrolle und der Arztrolle. Diese Rollen sind zueinander komplementär, d. h. sie passen ineinander wie ein Schlüssel ins Schloss. Es sind gesellschaftliche normative Vorgaben, die meist nur annäherungsweise erfüllt werden.

Die *◆* Patientenrolle

Mit „Patienten-“ bzw. „Krankenrolle“ beschreibt man die Vorgaben, die sich für Patienten aus einem Krankheitsgeschehen ergeben. Danach ist ein Kranker vorübergehend von seinen normalen sozialen Verpflichtungen befreit. Mit einer medizinischen Diagnose wird ihm eine bestimmte Rolle vorgegeben, in die er im Verlaufe seiner Patientenkarriere hineinwächst. Er wird weitgehend von der Verantwortung für sein Kranksein entbunden und hat Anspruch auf Mitfinanzierung der Krankheits- und Behandlungskosten; andererseits hat er dafür die Verpflichtung, alles zu tun, um gesund zu werden, d. h. speziell, mit dem Behandler zu kooperieren. Er genießt einen besonderen Genesungsschutz, z. B. durch die Krankschreibung und die

Übernahme der Krankheitskosten durch das Sozialsystem. Die Vorteile, die mit dem Kranksein verbunden sind, sind notwendig, um im Schutze der sozialen Entlastungen und Gratifikationen rasch gesund werden zu können. Das kann aber auch dazu führen, dass der Kranke unbewusst an seiner Erkrankung festhält, um die Sicherheit der Krankenrolle nicht zu verlieren. Das Konzept der Krankenrolle trifft am ehesten auf körperliche Erkrankungen zu. Bei → psychogenen Krankheiten muss der Begriff modifiziert werden.

Die ♦ Arztrolle

Die ärztliche Tätigkeit ist ebenfalls mit einem definierten Rollenverhalten verbunden. Vom Arzt wird z. B. erwartet, dass er sein Bestes zur Heilung oder Linderung der Beschwerden des Patienten beiträgt, den Patienten unabhängig von dessen Person behandelt, eine affektive Neutralität wahrt, d. h. den Patienten nicht zur emotionalen Befriedigung eigener Bedürfnisse gebraucht, und seine eigenen Interessen hinter denen des Patienten zurückstellt und sich damit am Wohl der Gemeinschaft orientiert. Dieses professionelle Rollenverhalten beschreibt ein Idealbild des Arztes. Innerhalb dieser normativen Beziehung gibt es immer auch eine *persönliche Beziehung* zwischen Behandler und Patient, in der bewusste und unbewusste, individuelle Beziehungsmuster wirksam werden.

Frau W. erhält Besuch im Altersheim

Frau W. ist eine Dame, die mit ihren 87 Jahren regelmäßig zu festen Zeiten von Dr. R. im Altenheim einen Hausbesuch erhält. Sie ist geistig und körperlich für ihr Alter erstaunlich gut beieinander. Nur das Gehen fällt ihr schwer, sodass Dr. R. sie immer wieder auffordern muss, ihr Zimmer ab und an zu verlassen.

Heute erwartet sie ihn bei Sonnenschein auf der Gartenbank vor dem Haus. „So ist's recht,“ begrüßt Dr. R. sie. „Ach, Herr Doktor, ja, ich wollt' Ihnen doch eine Freude machen!“

Sie unterhalten sich über das Wetter, die Enkelkinder und die neue Straße, die seit kurzer Zeit am Altenheim vorbeiführt und viel Lärm bringt. „Da kann man nicht einschla-

fen. Heut' hab ich bis drei Uhr wach gelegen. Ich glaube, Sie müssen mir da Tropfen verschreiben, Herr Doktor.“

Wie immer misst Dr. R. ihren Blutdruck. „Ist er gut?“ fragt Frau W. „145 zu 120. Ist ein biss'l hoch. Aber das geht schon,“ antwortet er. „Na, dann ist's recht, wenn Sie nur zufrieden mit mir sind,“ erwidert Frau W. und schaut ein wenig abwesend in die Ferne. Inzwischen schreibt Dr. R. ein Rezept auf: 20 ccm Baldrian-Tinktur. „So, dann können Sie auch wieder schlafen.“

1 Übung zur Kasuistik ✎

Diese Szene könnte sich beinahe zwischen alten Freunden ereignen. Aber es wird sehr deutlich, dass es sich um eine Arzt-Patientin-Beziehung handelt.

1. Welche medizinisch bedeutenden Daten ergeben sich auf der Sachebene?
2. Wie würden Sie die Beziehungsebene charakterisieren?
3. Wo spricht Frau W. ganz und gar aus der Patientenrolle?
4. An welchen Stellen handelt Dr. N. in der Arztrolle?

Beachten Sie die Antworten im Anhang zu diesem Modul.

2.3 Irrationale Phänomene in der Arzt-Patient-Beziehung

Lernziele 2.3:

- Sie können die Begriffe Regression, Übertragung, Gegenübertragung und Kollusion definieren und sachgerecht auf Fallbeispiele von Arzt-Patienten-Beziehungen und Untersuchungssituationen anwenden.

Wir haben Ihnen eingangs erläutert, auf welche Weise Patienten Ihnen Informationen über sich und ihre Erwartungen und Einstellungen zur Verfügung stellen, und auf welchen Informationsebenen sie vermittelt werden. Neben der professionellen, alltagsgemäßen Beziehung auf der Sachebene kommen dabei irrationale Beziehungselemente zum Tragen, die sich insbeson-

dere unter dem Druck von Belastungen und dem Gefühl von Bedrohung entfalten.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist dabei von vier „irrationalen“ Phänomenen³ geprägt, die für die Betroffenen unbemerkt auftreten. Sie können sie jedoch erkennen, wenn Sie besonders darauf achten: Als Beobachter, z. B. bei einer Visite, erkennen Sie diese oft leichter als die Beteiligten selbst. Diese Phänomene sind

- ◆ **Regression:** Aktivierung überholter („kindlicher“) Erlebnismuster unter dem Druck von Gefahr, Passivität/Inaktivität und Erwartung/Erwartungsangst.
- ◆ **Übertragung:** Regression in der Arzt-Patient-Beziehung. Auf den Arzt richten sich Erwartungen, die aus der Kinderzeit des Patienten und der Beziehung zu damals mächtig und beschützend – oder auch bedrohlich und enttäuschend – erlebten Personen stammen.
- ◆ **Gegenübertragung:** die Reaktion des Arztes auf das irrationale Beziehungsangebot, d. h. auf die Übertragung des Patienten. Der Patient erweckt im Arzt Reaktionen und löst in ihm Fantasien aus. Wenn dieser ihn beständig idealisiert und erhöht, fühlt er sich am Ende tatsächlich grenzenlos in seinen Möglichkeiten; bis hin zu der Gefahr, seine realistischen Grenzen nicht mehr zu sehen und unrealistische Hoffnungen und Erwartungen zu wecken. Entsprechend kann er sich durch Entwertungen in seinem Selbstwert getroffen fühlen.
- ◆ **Kollusion** (colludere [lat.]: zusammenspielen): Es besteht häufig ein Zusammenspiel zwischen Übertragung und Gegenübertragung, d. h. zwischen den Erwartungen und Zuweisungen des Patienten und entsprechenden Reaktionen auf Seiten des Arztes. Wem z. B. andauernd Macht zugesprochen wird und wer diese Macht in gewisser Weise ja auch besitzt, der fühlt sich am Ende mächtig („Halbgott in Weiß“).

Übertragung ist das unbewusste Wiedererleben überholter Beziehungsmuster in der Beziehung zum Arzt.

Regression, Übertragung, Gegenübertragung und Kollusion bilden ein dynamisches Ganzes, das man als ♦ *Szene* bzw. ✍ *Inszenierung* bezeichnet. Solche Szenen sind für den Ungeübten oft sehr schwer zu erkennen. Aber wenn Sie erst einmal darauf aufmerksam werden, dass in einem Interview oft viel mehr geschieht als der Austausch objektiver Daten, dann werden Sie auch gelegentlich eine „Szene“ erkennen und entschlüsseln.

Im Sprechzimmer

Ein Patient, der bei der Begrüßung im Wartebereich sehr bescheiden und fast etwas unterwürfig wirkt, kommt in mein Sprechzimmer. Dort steht mein Schreibtisch mit meinem Sessel dahinter, neben dem Schreibtisch der Armstuhl für meine Gesprächspartner. Er steuert stracks auf meinen Sessel zu und nimmt Platz. Das ist mir (!) peinlich, und ich zögere, will ihn nicht bloß stellen.

2 Übung zur Kasuistik ✎

Bitte kommentieren Sie diese kleine Szene und erläutern Sie daran die Begriffe Übertragung, Gegenübertragung und Szene.

Beachten Sie auch den Kommentar im Anhang an dieses Modul.

Problematisch wird es allerdings, wenn Arzt und Patient unbemerkt „Spiele der Erwachsenen“ miteinander veranstalten. Dann wird das Zusammenspiel dysfunktional, z. B. indem der Arzt an der Rolle „Halbgott in Weiß“ und der Patient an der Leidensrolle festhält. Solche Rollen liegen außerhalb der Realität und verhindern es, dass der Patient angemessen informiert und mündig an der Behandlung mitarbeitet.

2.4 Gefahren in der Arzt-Patienten-Beziehung

Wenn Sie erst einmal beginnen, über die Arzt-Patient-Beziehung nachzudenken, werden Sie vielleicht unsicher werden und sich fragen, wie Sie denn alles richtig machen können. Aber überfordern Sie sich nicht mit Idealen! Bleiben Sie offen

³ „irrational“ aus einer positivistisch-naturwissenschaftlichen Perspektive

Wie erklärt man sich eine Kollusion?

◆ *Kollusion* beruht auf gegenseitigen Rollenerwartungen und der Rollenübernahme von Arzt und Patient. Ihr liegen gemeinsame, verdrängte Ängste, Wünsche und Phantasien zu Grunde, die durch die Kollusion auch gemeinsam unbewusst gehalten, d. h. abgewehrt werden. Man spricht von einer sozialen Abwehr. Die Vorgaben der Kranken- und Helferrolle leisten der Kollusion im Medizinalsystem Vorschub. Sie versetzen den Patienten in die eher passiv-hilfsbedürftige und den Behandler in die aktiv-steuernde Position.

So entsteht, z. B. bei einer gemeinsamen Abwehr der Angst vor Trennung, das so genannte *Helfersyndrom*: Die Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit wird unbewusst zwischen Patient und seinem „Helfer“ in einen regressiven Teil (Abhängigkeit) und einen progressiven Teil (Überlegenheit) aufgespalten und zwischen beiden „verteilt“; der Kranke nimmt dann eine ausschließlich regressiv-abhängige Position ein, der Helfer (Behandler) die progressiv-überlegene. Damit entsteht die Gefahr, dass die Beteiligten sich gegenseitig in ihrer Position festhalten, aber auch aneinander festhalten.

Kollusionen sind nützlich, wenn sie den Behandlungsfortschritt fördern. So kann ein gewisses Maß an Idealisierung des Arztes von Seiten des Patienten eine Stütze der Behandlung sein und den Fortschritt fördern.

dafür, dass Sie nicht immer Recht haben können – und denken Sie darüber nach, was im konkreten Falle die Übertragungen, die Regression und vielleicht auch die Kollusion sein könnte.

Es gibt ein paar recht häufige Ursachen für besondere Probleme und Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung:

- Vermeidung, z. B. von emotionalen Themen,
- Verleugnung von Angst und Sorge,
- Flucht in Überaktivität: „Das machen wir schon...“,
- Entmündigung, Verkindlichung,
- übermäßige Versachlichung, vor allem bei bedrohlichen Befunden: Aufklärung mit dem „Holzhammer“,
- Überidentifikation: Wenn Sie nicht genügend Abstand halten, können Sie den Blick für das Mögliche verlieren,
- Resignation, Schuldgefühle und Enttäuschung.

⊙ Anhang: Lösungen der Übungsaufgaben

① *Zur Szene vor dem Altenheim*

1. Frau W. leidet unter einer situativen Schlafstörung. Ihr Blutdruck liegt im altersent-

sprechend oberen Normbereich. Sie hat wahrscheinlich altersbedingte Schwierigkeiten beim Gehen. Sie klagt nicht über weitere Beschwerden (auch das ist ein Befund auf der Sachebene!).

2. Beide sind herzlich und vertraut miteinander. Diese Beziehungsqualität unterstützt die Compliance (das Zimmer verlassen). Es ist Frau W. wichtig, dass Dr. N. zufrieden mit ihr ist.
3. Sie ist ganz in der Patientenrolle, als sie um die Verschreibung von Tropfen bittet.
4. Bei der regelmäßigen Einrichtung von Hausbesuchen, beim Blutdruckmessen und beim Ausschreiben des Rezeptes hat Dr. N. die Arztrolle inne.

② *Kommentar zur Szene im Sprechzimmer*

Hier ist durch die Übertragung einer Entthronungs-Phantasie eine Szene entstanden. In der → Gegenübertragung (*Mir* ist es peinlich!) zeigt sich die Scham des Patienten im Spiegel meines Erlebens. Das passt zu seinem Symptom: Er leidet unter einer Erythrophobie (neurotisches Erröten), hinter der sich psychodynamisch betrachtet die Angst vor Bloßstellung, also ein Scham-Problem, verbirgt.