

**Skript
Praktikum Psychosomatik**

1. WAS BEDEUTET PSYCHOSOMATIK?
2. WELCHE THERAPEUTISCHEN RICHTUNGEN KOMMEN ZUR ANWENDUNG?
3. WELCHE PSYCHOSOMATISCHEN MODELLE LEITEN SICH DARAUSS AB?

1. WAS IST PSYCHOSOMATIK?

Begriffsdefinition:

Unter **Psychosomatik** - abgeleitet vom griechischen *psyche* (Atem, Hauch, Seele, Schmetterling) und *soma* (Körper, Leib) - versteht man die Lehre von den Zusammenhängen und der gegenseitigen Beeinflussung von Seele und Körper des Menschen. Psychosomatische Medizin ist also nach v. Rad die Wissenschaft und Heilkunde von den wechselseitigen Beziehungen psychosozialer und körperlicher Prozesse in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit von Menschen.

Sie wird damit als **personenzentrierte Medizin** verstanden.

Der Begriff umfasst heute drei Bereiche:

1. Psychosomatische Medizin ist eine **ärztliche Grundhaltung**, die bei der Diagnostik und Therapie von Krankheiten neben körperlichen auch seelische und soziale Faktoren mit berücksichtigt. (Allgemeine Bedeutung des Begriffs).
2. Psychosomatische Medizin ist eine **Forschungsrichtung**, die die Bedeutung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und ihrer Wechselwirkung bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen untersucht.
3. Psychosomatische Medizin ist die Bezeichnung für ein expandierendes **ärztliches Versorgungsgebiet**, das vor allem mit psychotherapeutischen Methoden Patienten betreut, deren Beschwerden von rein psychogenen Störungen einerseits über psycho-somatische Krankheitsbilder im engeren Sinne bis hin zu psychosozialen Folgezuständen schwerer chronisch körperlicher Erkrankungen reichen.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage,

Stuttgart: Schattauer-Verlag

Hoffmann, S. O., Liedtke, R., Schneider, W. & Senf, W. (1999): „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Denkschrift zur

Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland.“ Stuttgart, New York: Schattauer-Verlag.

2. WELCHE THERAPEUTISCHEN RICHTUNGEN KOMMEN ZUR ANWENDUNG?

Psychotherapie ist (nach Strotzka 1975):

- ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die nach Konsensus (z. B. Arzt und Patient) für behandlungsbedürftig gehalten werden und
- mit psychologischen Mitteln (Kommunikation)
- in Richtung auf ein definiertes Ziel (z. B. Symptomminderung) unter
- Zuhilfenahme lehrbarer Techniken, auf der Grundlage einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens erfolgt

Ein Ausschnitt relevanter psychotherapeutischer Verfahren:

- Analytische Psychotherapie (Einzel/Gruppe)
- Tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie (Einzel/Gruppe)
- Verhaltenstherapie (Einzel/Gruppe)
- Gesprächspsychotherapie bzw. Humanistische Therapie

2.1 Analytische Psychotherapie

Die Psychoanalyse als Therapieverfahren wurde von Sigmund Freud (1856-1939) entwickelt. Zentrum des Verfahrens ist die Arbeit am unbewussten Konflikt, den der Psychoanalytiker durch Interpretation (Deutung) zur Auflösung bringt.

In der psychoanalytischen Neurosenlehre hat die Vorstellung des Konflikts zwischen psychischen Strukturen eine entscheidende Bedeutung. Im strukturellen Persönlichkeitsmodell des psychoanalytischen Konzepts werden diese Substrukturen als Instanzen bezeichnet. Diese Instanzen werden mit Eigennamen „ICH“, „ÜBER-ICH“ und „ES“ benannt.

Das ÜBER-ICH erfasst den normativen Bereich im Menschen vor dem Hintergrund von soziokulturellen Normen und Idealen. Zum Aufbau dieser Instanz sind Identifizierungsvorgänge von großer Wichtigkeit. Eine allgemeine Bezeichnung wäre Gewissen oder Ideal des Menschen.

Das ES definiert die triebhaften Grundbedürfnisse, welche wie das Ich und Über-Ich Entwicklungsschritte durchmacht, aber offensichtlich durch Umwelteinflüsse am wenigsten beeinflussbar ist.

Das ICH bekommt die Vermittlungsfunktion zwischen basalen Bedürfnissen des Menschen (wie Liebe, Hass, Abhängigkeit, Selbstwertschätzung etc) sowie triebhaften Impulsen (Sexualität; Aggressivität) des ES *einerseits* und den im ÜBER-ICH repräsentierten sozialen Normen und Regeln *andererseits*. Das ICH muss die Synthese zwischen emotionalen Bedürfnissen und dem, was sich der Mensch moralisch gestatten kann, sowie den Erfordernissen und Realitäten der äußeren Wirklichkeit (Umwelt) herstellen. Somit hat das ICH die Rolle einer Art übergeordneten Funktionsinstanz- oder Zentrale, deren Aufgabe es ist, einen Ausgleich der inneren Bedürfnisse des Menschen und der äußeren und inneren Normen zu gewährleisten.

Die Interaktion der psychischen Instanzen ist eine Basisannahme der Psychoanalyse. Dadurch werden wichtige Funktionen des Menschen bestimmt, die im Bereich der Normalität liegen aber auch im Bereich der psychischen Störungen aller Schweregrade und Arten angesiedelt sind.

Charakteristika der psychoanalytischen Therapie sind:

- ein spezifisches Setting (Behandlungsrahmen);
- freie Assoziation als „Materialgewinnung“ für die Therapie
- Auflösung unbewusster Konflikte steht im Zentrum der therapeutischen Arbeit
- dabei besondere Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand.

Bei der klassischen Form dieses Verfahrens finden 3 bis 5 Sitzungen in der Woche statt, der Patient/die Patientin ruht auf der Couch, der Therapeut sitzt außerhalb des Gesichtsfeldes hinter oder seitlich neben ihm/ihr.

Dieses Setting geht auf die Hypnosepraxis zurück, mit der Freud seine Arbeit begann. Eine alte ärztliche Erfahrung hatte schon früher gezeigt, dass der Patient auf diese Art und Weise entspannter ist und seine Aufmerksamkeit stärker sich selbst zuwendet. Dieses Verfahren fördert aber auch in erstaunlichem Maß die therapeutisch notwendige Regression, d.h. den emotionalen Rückschritt auf ontogenetisch früheres Verhalten, welches erneut erlebt werden kann und somit alte Konflikte reaktiviert werden, die wiederum therapeutisch am wichtigsten sind. Hier setzt die eigentliche psychoanalytische Arbeit an. Analysieren bedeutet Aufklärung der unbewussten Hintergründe und Motive des Verhaltens und Erlebens.

Interventionsformen die verwendet werden sind: **Konfrontation, Klärung, Deutung, und Arbeit mit dem Widerstand.**

Ein wichtiges Konzept bei der Psychoanalyse ist die Arbeit mit dem **Widerstand**. Die Therapie soll das Ich erstarken lassen, mit seinen unbewussten Anteilen wehrt es sich jedoch dagegen, um sich die Unlust zu ersparen, während die bewussten Anteile sich mit dem Therapeuten verbünden und Interesse am Fortschritt der Therapie haben. Die Widerstandsanalyse bedeutet, dem Patienten/der Patientin zu zeigen, wie seine unbewussten Persönlichkeitsanteile den Erfolg der Behandlung „sabotieren“.

Therapietechnisch wird *zuerst* gezeigt, dass es Widerstand im Patienten/Patientin gibt, *dann* wie er beschaffen ist und *zuletzt* was der Widerstand eigentlich abwehrt.

Als stärksten Widerstand gegen die Behandlung hatte Freud die sog. **Übertragung** bezeichnet. Dabei handelt es sich um Einstellungen, Erwartungen des Patienten insbesondere intensive Gefühle (z.B. Verliebtheit, Wut) während der Behandlung, die beim Patienten/ Patientin in Bezug auf den Therapeuten/Therapeutin entstehen, die sich jedoch nicht aus der aktuellen Situation erklären lassen. Freud stellte die Hypothese auf, dass diese Gefühle eine Wiederholung älterer, meist infantiler Gefühle sind, welche sich ursprünglich auf wichtige Bezugspersonen des Patienten/ der Patientin richteten.

Mit **Gegenübertragung** sind Einstellungen, Erwartungen, Gefühle des Arztes gegenüber dem Patienten gemeint, die oft als Reaktion auf die Übertragungsgefühle des Patienten/der Patientin entstehen. Ein wichtiger Faktor in der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ist es, sich als Arzt/Ärztin diese Gegenübertragungsreaktionen bewusst zu machen und nicht unbewusst auszuagieren.

Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sind nicht auf die Arzt-Patient-Interaktion begrenzt. Sie treten in jedem zwischenmenschlichen Kontakt auf.

Deutungen sind Interventionen, in denen der Analytiker dem Patienten mitteilt, wie er seine Einfälle und sein Verhalten versteht, d.h. welche unbewussten Motive er darin erkennt. Sie enthalten also die Einsichten des Analytikers. Sie bewirken beim Patienten, wenn sie zutreffend sind und nicht aufgrund von Widerständen abgelehnt werden müssen, Einsichten und vermitteln ihm vor allem das Erlebnis, vom Analytiker verstanden zu werden.

Der deutende Umgang mit der therapeutischen Beziehung ist das Charakteristikum der Psychoanalyse. Suggestive Aspekte, Lernerfahrungen oder stützende Wirkungen der Interventionen des Analytikers sind selbstverständlich nicht ausgeschlossen.

Sie sind jedoch Aspekte der unspezifischen Einflussnahme und nicht mit der Psychoanalyse ausdrücklich beabsichtigte Heilungsfaktoren.

Deutungen sind nicht einmalige Aussagen, sondern ein komplexer Prozess:

- Der erste, Schritt ist die sog. **Konfrontation**, d.h. der Analytiker macht den Analysanden auf taktvolle und einfühlsame Weise auf ein bestimmtes, näher zu untersuchendes Phänomen aufmerksam, z.B. auf ein bestimmtes Verhalten (besonders rasches Reden, Schweigen usw.) in der Behandlungsstunde.

- Der zweite Schritt ist die **Klärung**: So kann z.B. geklärt werden, wie der Patient sich beim Schweigen fühlt, was ihm währenddessen durch den Sinn geht oder woran ihn sein Schweigen erinnert. Die Klärung kann Material zutage fördern, das das Verständnis des Schweigens erleichtert.

- Der eigentliche erklärende Schritt ist dann die **Interpretation**. Der Analytiker kann dem Patienten z.B. mitteilen, dass das Schweigen ihm helfen soll, Gefühle der Unsicherheit zu verbergen, die sich daraus ergeben, dass er den Analytiker eindringend und bevormundend erlebt.

Deuten und Durcharbeiten

Eine richtige Deutung muss gut vorbereitet sein, den rechten Zeitpunkt haben, inhaltlich zutreffend sein und berücksichtigen, ob der Patient sie voraussichtlich auch annehmen kann. Wenn Widerstände die Bereitschaft, eine Deutung anzunehmen, beeinträchtigen, müssen zuerst die Widerstände analysiert werden. Vorschnelle Deutungen sind nutzlos. Wesentlicher als eine rationale Einsicht ist, dass sie gefühlsmäßige Betroffenheit bewirken. Einzelne Deutungen können in der Regel keine dauerhaften Veränderungen bewirken. Die Aufarbeitung lebensgeschichtlich verwurzelter Konflikte erfordert meistens einen langen Zeitraum, in dem die Konfliktdynamik sich immer wieder in neuer Gestalt in der Übertragung darstellt und durch Widerstände verdeckt wird und in dem immer wieder von neuem über Deutungen Widerstand aufgeklärt und beseitigt und Einsichten errungen werden. Dieser Prozess wird als Durcharbeiten bezeichnet und bewirkt letzten Endes die Veränderungen in der Persönlichkeit, die zur dauerhaften Symptombeseitigung erforderlich sind.

Literatur

Ermann, M. (1999): „Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin.“ Stuttgart: Kohlhammer: S. 289-296, S. 298-303.

2.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Dabei handelt es sich um ein Spektrum von Therapieformen, die alle vom psychoanalytischen Standardverfahren abgeleitet sind. Gemeinsam mit der Psychoanalyse ist ihnen zunächst die Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Auch soll das Behandlungsziel in Form von Heilung oder Besserung über Einsicht und eine positive Beziehungserfahrung erreicht werden. Die wesentlichen Unterschiede liegen jedoch in einer Begrenzung bzw. eher Beachtung als gezielter Förderung psychoanalytischer Behandlungsaspekte. **Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand** spielen auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine wichtige Rolle, die Konfliktbearbeitung erfolgt jedoch unter deutlicher **Einschränkung von Regression und Übertragung**.

Anders als in der analytischen Psychotherapie ist das Behandlungsziel fokussierter und richtet sich nicht auf eine Veränderung der gesamten Persönlichkeit, sondern auf die Auflösung oder Verringerung von Symptomen oder eine begrenzte Verhaltensveränderung. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist somit durch eine zeitliche Limitierung mit Zielorientierung und inhaltlichem Fokus zu charakterisieren. Die Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen Symptomatik und **aktueller** auslösender Situation sowie der **aktuellen** Beziehung sind zentrale Aufgaben. Der therapeutische Rahmen ist gekennzeichnet durch eher niederfrequente Sitzungen (1-2x/Woche), Gegenübersitzen und eine **aktivere Haltung** des Therapeuten, unter Berücksichtigung kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Elemente.

Im Vergleich dazu dauern psychoanalytische Therapien 80-240 Sitzungen und länger. Hier soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, das eine Verfahren sei „besser“ als das andere. Auch heute noch haben langdauernde Psychoanalysen bei vielen Patient/innen großen Nutzen. Es kommt dabei auf eine möglichst sorgfältige Indikationsstellung an.

Literatur

Ermann, M. (1999): „Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin.“ Stuttgart: Kohlhammer, S. 317-325
Wöller W, Kruse J (2005) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer- Verlag, 2. Auflage
Reimer C, Rüter U (2006): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Reimer C, Rüter U : Psychodynamische Psychotherapie, Springer-Verlag, 3. Auflage, Berlin, S. 49-84

2.3 Verhaltenstherapie (Lerntheoretische Verfahren)

Im Gegensatz zu den Ansätzen, die auf der psychodynamischen Basis Freuds beruhen, sieht die Lerntheorie in der Neurose keine Folgen von unbewussten Konflikten sondern von erlernten Fehlverhaltensweisen, die durch neue, therapeutisch induzierte Lernprozesse korrigiert werden können.

Verhaltenstherapie beruht auf der Anwendung psychologischen Wissens, vor allem von Erkenntnissen der Lerntheorie, auf die Behandlung psychisch Kranker. Sie betont, dass Verhalten sowohl **erlernbar** als auch **verlernbar** ist. Gleichzeitig geht die Verhaltenstherapie über die engen Grenzen der Lerntheorie hinaus, indem sie die funktionelle Einheit von Verhalten und Erleben (Kognitionen, Motive, Emotionen, sozialer Kontext) für die Verhaltensregulation in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen stellt. Subjektives Erleben und situative Handlungsziele bestimmen zum einen das individuelle Verhalten, zum anderen verändern das Verhalten und seine Folgen wiederum das subjektive Erleben.

Diese vereinfachte Erklärung der Wechselbeziehung von Erleben und Verhalten beschreibt einen Lernprozess, der sowohl für die normale als auch die gestörte psychische Entwicklung gültig ist. In der Verhaltenstherapie werden auf der Grundlage von gezielten Verhaltensanalysen (**funktionale Analyse**) Hypothesen darüber formuliert, welche Faktoren eine Störung aufrechterhalten. Hypothesengeleitet werden daraufhin gezielte Behandlungsmaßnahmen zur positiven Veränderung des Zustandes des Patienten geplant. Diese Veränderungsmaßnahmen haben einen starken Übungscharakter, wobei die Mitarbeit

und Eigenaktivität des Patienten in der aktiven Therapieplanung und Mitgestaltung der Therapiemaßnahmen gefordert ist.

Seit Mitte der 70er Jahre kam ein Prozess in Gang der als „kognitive Wende“ bezeichnet wird. Wurden anfänglich ausschließlich Lernarrangements berücksichtigt und intrapsychische Prozessen („black box“) ausgeklammert, kam es nun zur Hinwendung und Berücksichtigung von Kognitionen, Wahrnehmungsprozessen, Emotionen und inneren Konflikten.

Vor allem sollten Techniken gezielt zur Veränderung von Einstellungen, Erwartungen und Befürchtungen führen. Zu den Aneignungstechniken zählen: **Techniken zur Selbstkontrolle- und Steuerung, Rollenspiele, Selbstverbalisierung, Konfrontationsverfahren (besonders bei Ängsten), Training der sozialen Kompetenz, Training in Selbstsicherheit, Modell-Lernen und Problemlösetraining.**

Literatur

Margraf J (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Springer- Verlag.

2.4 Kassenanerkannte Therapieverfahren

Die Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens zur allgemeinen Krankenbehandlung setzt eine hinreichende Wirksamkeitsüberprüfung dieses Verfahrens voraus (vgl. Abschnitt 3.4.). In ihrer Wirksamkeit sicher nachgewiesene und kassenanerkannte Therapieverfahren sind **analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und **kognitiv-behaviorale Verfahren (Verhaltenstherapie)**.

Für alle psychotherapeutischen Verfahren ist die Dauer, also der Leistungsumfang, begrenzt. In allen Ländern hat sich, nicht zuletzt aufgrund von Kostenfragen, eine starke Bewegung hin zu Kurzzeittherapien ergeben. Aber nicht nur ökonomische Faktoren haben diese Bewegung geleitet, auch die Erkenntnis, dass therapeutische Veränderungen oft in kürzerer Zeit eingeleitet werden können.

Kriseninterventionen und Kurzzeittherapien (max. 25 Sitzungen) werden ohne Gutachterverfahren genehmigt, längerfristige Therapien (Tiefenpsychologie 50 - 100 Sitzungen, Analytische Therapie 80 - 240 Sitzungen und Verhaltenstherapie 45 - 80 Sitzungen) setzen die Überprüfung der Psychotherapieindikation in einem Gutachterverfahren voraus. Hierbei werden die anonymisierten Befunde (biographische Anamnese und therapeutische Überlegungen) einem auswärtigen Gutachter zugesandt. Dieser überprüft, ob eine Störung von Krankheitswert vorliegt und das geplante Verfahren für die Störungen des Patienten geeignet ist. In diesem Gutachterverfahren geht es sowohl um die Indikationsstellung als auch um die Überprüfung, ob es sich um eine kostenpflichtige Krankenbehandlung und nicht um eine Beratung der allgemeinen Lebensprobleme handelt. Damit erfährt die psychotherapeutische Behandlung in jedem Einzelfall eine explizite Legitimierung und eine in anderen Fächern lange Zeit nicht übliche Qualitätssicherung.

Literatur

Schüßler, G. (2005). Psychosomatik / Psychotherapie systematisch. 3. Auflage, Bremen: Uni-Med

2.5 Methodenkombination

Die o.g. kassenanerkannten Verfahren der sog. Richtlinien-Psychotherapie sind auch als *Grundverfahren zu sehen*, die jeweils unterschiedliche psychotherapeutische Techniken umfassen. Darüber hinaus gibt es innerhalb der psychotherapeutischen Praxis eine Reihe weiterer etablierter Therapieformen, mit teils aus den o.g. Grundverfahren abgeleiteten, teils eigenständigen Methoden. Die Realität ist mittlerweile durch einen therapeutischen Eklektizismus gekennzeichnet, der kritisch auch als unsystematische Methodenkombination zu umschreiben ist. Das positive rationale Motiv besteht darin, Patienten die Form von Psychotherapie zukommen zu lassen, die ihnen individuell und für ihr jeweiliges Störungsbild am meisten nützt.

Dies hat im Rahmen der Psychotherapieforschung u.a. zu einem sog. „allgemeinen Konzept von Psychotherapie“ mit dem Versuch geführt, auch allgemeine, möglichst über die verschiedenen Therapieschulen/Grundverfahren hinweg gültige **Wirkfaktoren** (u.a. *Ressourcenaktivierung; Problemaktualisierung; aktive Hilfestellung zur Problembewältigung, motivationale Klärung*) herauszufiltern. Diese vermeintliche Allgemeingültigkeit ist zugleich aber auch ein Nachteil, da sie psychotherapeutische Unterschiede und damit auch „Widersprüchlichkeiten“, die sich in einer individuellen Psychotherapie als fruchtbar und lösungsorientiert erweisen, so nivelliert. Vielmehr ist eine **Methodenkombination** anzustreben und auch zu evaluieren, wo sie sich nützlich aufgrund des Krankheitsbildes und der Persönlichkeit des Patienten („*die Menschen sind unterschiedlich*“) erweist. Patienten z.B. mit Ess-Störungen, Zwangserkrankungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen dürften von einer Kombination aus psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Methoden mehr profitieren als von einer „schuleneinen“ Therapie. Ein Beispiel für Methodenkombination ist die stationäre psychotherapeutische Behandlung der Anorexie. Ein sinnvolle Methodenkombination bei entsprechender Indikation setzt zweierlei voraus:

a) eine ausreichende Methodentransparenz, um auch zu wissen, was es zu kombinieren gilt (dieser Stand ist noch nicht erreicht), und

b) ausreichendes Wissen und ausreichende Erfahrung auf Seiten des Therapeuten.

Merke: eine wissenschaftlich begründete und klinisch brauchbare Kombination evaluierter psychotherapeutischer Methoden auf der Grundlage einer Methodentransparenz der etablierten Grundverfahren (psychodynamisch und kognitivbehavioral) erscheint nützlich. Eine sog. Methodenintegration dagegen erscheint in dem Vorbehalt, Psychotherapie zu vereinheitlichen und unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zu nivellieren.

Literatur

Senf, W. & Broda, M. (1997): „Methodenkombination und Methodenintegration als Standard in der Psychotherapie?“ PPM 47: S. 92-96

3. PSYCHOSOMATISCHE MODELLE

Zentral in verschiedenen Modellen der Psychosomatischen Medizin ist das Leib-Seele-Problem. Hier steht die Frage im Vordergrund, wie sich seelische und körperliche Vorgänge gegenseitig beeinflussen und verändern können. Es geht um den von Freud beschriebenen „rätselhaften Sprung“ von psychischen Symptomen in körperliche Beschwerden.

Modelle der Entstehung von neurotischen Symptomen:

1. Modell der reaktualisierten Entwicklungskonflikte (Konfliktmodell)
2. Modell der erhaltenen Entwicklungsdefizite (Defizitmodell)
3. Modell der erhaltenen traumatischen Schädigung (Traumamodell)
4. Modell der verfehlten Lernvorgänge (Lernmodell)
5. Erweiterte Konzepte

Die vier ersten Betrachtungsweisen können im typischen Fall als alleinverantwortlich angesehen werden. In den meisten

Fällen wird man jedoch Überschneidungen und Wechselwirkungen vorfinden (□ erweiterte Modellvorstellungen).

3.1 Das Konfliktmodell

Es wurde als erstes entwickelt und repräsentiert das Herzstück des **psychodynamischen** Neurosenverständnisses. Das vereinfachte und stark reduzierte Modell sieht folgendermaßen aus:

Entwicklungskonflikt → Reaktualisierung → Kompromiss → Symptom

In diesem Modell versucht der Patient, eine gegenwärtige Belastungssituation mit Mitteln zu lösen, die er in infantilen Belastungssituationen anwandte. Die aktuelle Lebenssituation „reaktualisiert“ gewissermaßen ein zurückliegendes Konfliktmuster.

Man könnte auch sagen, dass hier versucht wird, einen Konflikt des Erwachsenenlebens mit dem Rückgriff auf infantile Erlebnisformen zu bewältigen, was in der Psychotherapie auch als **Regression** bezeichnet. Dieser Lösungsversuch soll Erleichterung verschaffen, er führt jedoch zu einer Verschlimmerung und Verstärkung des Konfliktes. Dabei steigen innerpsychische Spannung und Angst so an, dass zunächst *irgendeine Art* der Entlastung bzw. Spannungsabfuhr nötig wird: die (äußere) Symptombildung.

Unbewusster Konflikt → „missglückter Lösungsversuch“ → Symptom

Konfliktreaktualisierung und Abwehrevorgang der Symptombildung werden nicht bewusst wahrgenommen. Bewusst erlebt wird dagegen die Symptomatik, und dies zugleich mit Leidensdruck und durchaus **ichfremd** (Ich-dyston). Das Symptom stellt somit die Alternative zu einem missglückten Lösungsversuch dar. Eine Alternative, die als individuell bestmögliche, dabei jedoch „suboptimale“ Konfliktlösung gelten muss. Bessere Möglichkeiten können nicht eingesetzt werden, weil sie durch einen frühen Entwicklungskonflikt blockiert werden. Da ein neurotischer Konflikt nicht per se wirksam wird, ist das Modell zu erweitern:

„Auslösende Situation“ → aktueller Konflikt → „Angst“ → Regression → Reaktualisierung von infantilen Konflikten → Verstärkung der Konfliktspannung (Angst) → Abwehr → „Misslingen“ der Verdrängung → „Kompromissbildung“ zwischen zwei einzelnen Konfliktanteilen → Symptom

Das erweiterte Modell besagt, dass am Anfang der Neurose eine **auslösende Ursache** steht. Hierbei liegt ein Missverhältnis von auslösendem Anlass und krankhafter Folge nahe, das in der Aussenbetrachtung zunächst inkonsistent wirken muss. Ein Auslöser triggert einen – bewusst wahrnehmbaren - **aktuellen Konflikt**, dessen **Angstmobilisation** ein **vulnerables unbewusstes Muster** aktiviert. So dann kommt es zu dem bereits beschriebenen „Lösungsweg“, der über eine zunächst gescheiterte Abwehr des Konflikts zu einer **Kompromissbildung** führt. Das Symptom ist der Kompromiss zwischen einander widerstrebenden Anteilen des Konflikts. Konflikte entstehen bekanntlich bei Interessengegensätzen, wie sie z.B. durch innere Impulse, Wünsche und Motive einerseits sowie internalisierten Regeln und Erfordernissen der Realität andererseits repräsentiert werden. Die Funktion des Schlichters oder auch des Koalitionärs übernimmt im tiefenpsychologischen Grundverständnis die Struktur des „ICHs“.

Exkurs: Es lassen sich mehrere Formen des Konflikts unterscheiden. Der **„normale Konflikt“** ist bewusst und lösbar. Mögliche widerstrebende Interessen lassen sich durch Aussprachen oder Abwägen kompensieren oder durch Entscheidungen und Kompromisse auflösen. Der **„antinomische Konflikt“** ist letztlich nicht aufhebbar, da immer ein wesentliches Bedürfnis aufgegeben werden muss (Beispiel: Familie vs. Karriere). Der **„tragische Konflikt“** bedeutet in der Regel einen unglücklichen Ausgang (existentielle Variante: z.B. eigene Rettung auf Kosten eines anderen). Der **„neurotische Konflikt“** ist oben beschrieben: eine Lebensschwierigkeit kann nur mit einem festgelegten neurotischen Reaktionsmuster beantwortet werden. Die Fähigkeit, die gegebene Situation angemessen zu verstehen, unterschiedliche Lösungsalternativen zu erwägen und einen Kompromiss zu schaffen, ist eingeschränkt. Um die Bewusstheit bzw. Zugänglichkeit von Konflikten bzw. Konfliktanteilen zu beschreiben, werden Begriffe wie **„bewusst“** und **„unbewusst“** verwendet. Sind sie prinzipiell erinnerbar -also nicht verdrängt - aber im alltäglichen Sinne vergessen, werden sie als **„vorbewusst“** bezeichnet.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

3.2 Das Defizitmodell

Entscheidender Punkt dieses Modells ist die anhaltende Wirkung einer defizitären und von schädigenden Einflüssen geprägten Entwicklung. Hier lautet die Formel: „Dem Ich wurde etwas angetan“ bzw. wurde ihm infolge seiner Hilflosigkeit ein bleibender Schaden zugefügt. Die Störung wäre somit die Folge eines passiven Geschehens („emotionales und kognitives Mangelsyndrom“).

Die entstandene Pathologie hängt wesentlich mit chronischen Überforderungen, Mangelzuständen (emotionale Vernachlässigung, mangelnde Fürsorge, Frustration elementarer Basisbedürfnisse), emotionaler Ablehnung bis hin zu seelischer und körperlicher Misshandlung und Traumatisierungen während der Entwicklung psychischer Strukturen zusammen. Das unreife Ich war mit den gegebenen Bedingungen absolut überfordert. Daraus entstehen Störungen, die als „**Strukturelle Ich-Störungen**“ bezeichnet werden. Zu diesen gehören schwere Persönlichkeitsstörungen wie z. B. das Borderline-Syndrom aber auch Süchte, Soziopathie, Dissozialität und Kriminalität.

Häufig stammen diese Patienten/Patientinnen aus einem entsprechend gestörten Milieu oder asozialen/dissozialen Verhältnissen, in dem sie keine Chance haben, ein stabiles Ich aufzubauen. (Ich-Schwäche oder Ich-Defekt). Mit der **Ich-Schwäche** ist gemeint, dass die Patienten Defizite haben, ihre Trieb- und Handlungsimpulse angemessen zu steuern.

Ihr Leben wird mehr oder weniger von ihrem Impulsverhalten (sog. Impulskontrollstörung) und von der Art der Außeneinflüsse bestimmt.

Es wird davon ausgegangen, dass ein extrem versagendes Milieu außerdem eine unzureichende Gewissensbildung bewirkt. Man könnte auch sagen, es fehlen emotional tragfähige Beziehungen, in denen heranwachsende Kinder von positiven Vorbildern handlungsorientierende soziale Werte erfahren. Somit kommt es zu einer unzureichenden Repräsentanz von sozialen Regeln und Gesetzen (**Über-Ich-Schwäche**).

Schließlich muss bei dissozialem oder asozialem Verhalten berücksichtigt werden, dass im Milieu der Heranwachsenden solches Verhalten „normal“ bzw. Gruppennorm ist, da die Erwachsenen, an denen sie sich orientieren, sich selbst entsprechend verhalten.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

3.3 Das Traumamodell

Dieses Modell ist eine Fortführung des Defizitmodells. Hierbei handelt es sich um so genannte Entwicklungstraumata, welche als schwere und massive soziale Einwirkungen zu sehen sind. Meist handelt es sich um realen sexuellen Missbrauch oder um aggressive Misshandlungen, welche häufig regelmäßig wiederholt werden. Vom Missbrauch werden Mädchen, von Misshandlungen Jungen häufiger betroffen. Oft bestehen weitere zusätzliche belastende Entwicklungsbedingungen (z.B. niedriger sozioökonomischer Status, Unerwünschtheit, schwere körperliche Erkrankungen in der Familie, chronische Disharmonie, um nur ein paar Beispiele zu nennen).

Worin liegt die eigentlich krankmachende Wirkung solcher traumatischer Ereignisse?

- Erlebnis eines sich wiederholenden Ausgeliefertseins (*erzwungene Ohnmacht*) ohne Hoffnung auf Entrinnen.
- Traumatisierung durch Überstimulierung. Dies führt durch die nicht kontrollierbare, überflutende Sexualisierung im Kinde zu einem massiven *Erlebnis von Überwältigung*, welche nicht verstehbar und nicht integrierbar ist. Dieser Zustand wird oft als körperlicher Schmerz wahrgenommen.
- Häufig bestehen *Kombinationen mehrerer belastender Bedingungen*. Somit sinken die Chancen für protektive Faktoren, welche die Erlebnisverarbeitung erleichtern könnten. Hinzu kommt, dass sexuelle und physische Gewalt gegenüber Kindern gehäuft im familiären Kontext auftritt. Das singuläre Trauma, das einem Kind aus einem emotional intakten Milieu durch Fremde zugefügt wurde, hat demgegenüber ganz andere Verarbeitungschancen.

- Anhaltende *Schuldgefühle*, die das Opfer im Sinne einer Mit-Verantwortung seines Schicksals belasten, sind häufig zu beobachten.
- Eine weitere Folge ist die *Verwirrung des Wirklichkeitssinnes*: „Ist das passiert oder habe ich es mir nur eingebildet, so wie die anderen das sagen?“

Bei Erwachsenen und älteren Kindern können traumatischen Erlebnisse in der Erinnerung „abgekapselt“ werden und ggf. eine posttraumatische Belastungsstörung bedingen. Dem jungen Kind ist diese Verarbeitungsform eher nicht möglich.

Vielmehr werden Traumata hier im Sinne schwerer Entwicklungs- und Verhaltensstörungen als Vorformen späterer struktureller Ich-Störungen (z. B. dissoziative Störungen, und Persönlichkeitsstörungen) verarbeitet.

3.4 Das Lernmodell

Bei diesem Modell wird dem Faktor des Lernens für die Entstehung und Erhaltung von Symptomen eine wichtige Bedeutung zugeordnet. Jeder Mensch hat seine individuelle Lerngeschichte und persönliche Lernerfahrungen, welche sich auch in der Krankheit niederschlagen. Es handelt sich um drei wesentliche Lernprinzipien.

Literatur

Margraf J (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Springer- Verlag.

3.4.1 Klassische Konditionierung

Der amerikanische Psychologe J. B. Watson gilt als Begründer des Behaviorismus (Theorie der Wissenschaft vom Verhalten des Menschen). Bekannt wurde Watson durch den, aus heutiger Sicht ethisch bedenklichen, Versuch mit dem kleinen Albert (Watson & Watson, 1920).

Albert hatte keine Angst vor Ratten - er konnte sogar mit einer zahmen Ratte spielen. Diese Situation nutzte Watson, um dem Jungen eine Angst zu konditionieren, eine Angst vor Ratten. Immer, wenn Albert die Ratte (NS) zu sehen bekam, wurde hinter dem Jungen mit einem Hammer auf ein Stahlrohr geschlagen. Dieses laute und unangenehme Geräusch brachte Albert erschrocken zum Weinen. Nur wenige Versuche waren nötig, dann begann Albert beim Anblick der Ratte zu weinen, noch bevor der Lärm ertönte, oder auch wenn kein Lärm erfolgte. Man könnte sagen, dass Watson eine "experimentelle Neurose", wie sie Pawlow bezeichnete, konditioniert hatte.

Bei dieser vergleichbar einfachen isolierten Phobie erscheint das rein lerntheoretische Modell zur Erklärung zu genügen. Bei einer Mehrzahl von komplexen Ängsten z. B. Agoraphobie ist dieses Modell nicht ausreichend, sondern muss durch psychodynamische Erklärungselemente wie unbewusste Impulse, Wünsche und Phantasien sowie deren Abwehr ergänzt werden, dadurch wird die Gesamtheit der klinischen Phänomene bei der phobischen Symptomentstehung deutlicher.

Mit lerntheoretischen Konzepten lassen sich jedoch die Generalisierungsabläufe, die Symptomerhaltung und auch die Chronifizierung besser erfassen.

Eine Möglichkeit wäre, dass neurotische Störungen über psychodynamische Theorien mit den Konzepten „Konflikt“, „Defizite“ und „Trauma“ bei der Entstehung der Phobien von Relevanz sind. Danach würden aber Prozesse einsetzen, Konfliktdynamik tritt somit eine Lerngeschichte hinzu.

3.4.2 Operante Konditionierung

Diese basiert auf der Arbeit von E. Thorndike (1874- 1949), der tierexperimentell beobachtet hatte, dass Katzen ohne äußere Anleitung eine weniger erfolgreiche durch eine erfolgreichere Handlung (operation) zu ersetzen lernen, wenn sie dadurch rascher an ihr Futter kommen. Handlungen, die Befriedigung zur Folge haben, werden wiederholt und solche, die zu Unlust führen, werden unterdrückt. B. F. Skinner hat diese Prinzipien auf menschliches Verhalten übertragen und gilt heute als der eigentliche Vertreter des operanten Konditionierens.

Ein bekannt gewordenes Beispiel des operanten Konditionierens ist die Technik des „token economy“. Dabei wird ein erwünschtes Verhalten positiv bekräftigt („verstärkt“) und somit die Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht. Ein klassisches Anwendungsbeispiel hierfür ist, dass ein erwünschtes Verhalten bei schizophrenen Langzeitpatienten gezielt gefördert wird, so dass diese Patienten mehr an interpersoneller Kommunikation und Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen. Bei diesem Interventionsprogramm wurden Patienten für bestimmte Aktivitäten belohnt. Verhielten sich die Patienten abweisend oder zogen sich zurück, blieb die Belohnung aus. Als Belohnung dienten Spielmarken (token), welche in direkte Vorzüge z.B. Musik hören oder Kinobesuch eingetauscht werden konnten. Im Ergebnis führte dieses Programm dazu, dass die Patienten wieder Verhaltensabläufe lernten, die sie lange Zeit verlernt hatten.

3.4.3 Soziales Lernen

Soziales Lernen wurde in den 60 Jahren verstärkt erforscht und wird vor allem durch das Konzept des Modelllernens von A. Bandura vertreten. Bandura konnte zeigen, dass bereits das Beobachten von fremdem Verhalten genügt, um dies zu übernehmen. Kinder, denen z. B. Filme von Erwachsenen, die Puppen treten, vorgeführt wurden, verhielten sich unmittelbar danach erhöht aggressiv gegenüber dem eigenen Spielzeug.

Modelllernen besagt, dass eine Reiz (Stimulus) unter Berücksichtigung der Individualität des Organismus (Organismusvariable=Einflussfaktoren, die innerhalb Person liegen □ umfasst also auch personenspezifische Einstellungen und Schemata) zu einer Reaktion (Response) führt. Diese wiederum hat Konsequenzen (K) für das Verhalten.

S (Stimulus) → O (Organismusvariable) → R (Reaktion) → K (Konsequenz)

Für die Entstehung neurotischer Symptome ging Mowrer von drei Störungsmöglichkeiten aus

- Der Lernvorgang führt zu einer *falschen Verknüpfung*. Zwei Dinge, die eigentlich nichts mit miteinander zu tun haben, werden durch einen dysfunktionalen Lernvorgang verbunden. Z. B. der Reiz „Spinne“ mit der Reaktion „Panik“.
- Der Lernvorgang ist stark fixiert (*overlearning*) und wird nicht mehr korrigiert. Dabei wird im Beispiel der Phobien die Möglichkeit der Korrektur wegen des hohen Affektdrucks (Angst) vermieden.
- Der funktionale Lernvorgang kann auch zu schwach sein (*underlearning*), die notwendige Festigkeit der Verknüpfung von Reiz und Reaktion ist nicht gegeben, Beispiel: unzureichendes Sicherheitslernen. Insgesamt hat sich die Verhaltenstherapie viel weniger mit der Frage der Entstehung von Neurosen beschäftigt als mit der Behandlung neurotischer Symptome befasst. Eine Kurzformel für dieses Modell sieht folgendermaßen aus.

Lerngeschichte → verfehlte Lernvorgänge → Symptome → symptomhaltende Lernvorgänge → Symptomchronifizierung

3.4.5 Biopsychosoziales Erklärungsmodell

Erkrankungen werden durch eine Fülle von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmt. Anstelle von reduktionistischen Konzepten („Die Erkrankung ist rein organisch bedingt“ versus die „Störung ist ausschließlich psychisch erklärbar“) dominieren mittlerweile Modelle, die eine entsprechende multifaktorielle Genese zum Ausdruck bringen. Ausgangspunkt ist, dass frühe biografische Stresserfahrungen und Bindungsstörungen zu verhaltensbezogenen und neurobiologischen Veränderungen führen, welche eine lebenslang persistierende Stressanfälligkeit bedingen. Durch diese frühe Stresserfahrung kann es zu neurobiologischen Störungen und damit verbunden zu Störungen bei der Ausreifung des Stressverarbeitungssystems kommen. Nach heutiger Ansicht spielt diese Vorstellung eine wesentliche Rolle bei der erhöhten vegetativen Reaktionsbereitschaft der Betroffenen und

damit verbundenen Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden wie sie vor allem bei Somatisierungsneigung vorliegen.

Im Folgenden werden verschiedene Einflussgrößen beschrieben, die bei der Ätiopathogenese von Somatoformen Störungen eine Rolle spielen.

- Biologische Faktoren
- Psychologische Faktoren
- Soziale Faktoren

Bei **biologischen Faktoren** sind unter anderem die genetischen Faktoren zu nennen. So ist die Ausprägung bestimmter Symptome unter chronischem Stress durch konstitutionelle Gegebenheiten erklärbar. Beispielweise besteht bei Menschen mit somatoformen Störungen häufig eine deutlich erhöhte Schmerzempfindlichkeit, welche unter anderem durch eine veränderte Endorphin-Ausschüttung erklärbar ist. Neue Befunde deuten darauf hin, dass Erfahrungen in der frühen Lebensphase auch langfristig die Expression bestimmter Gene modulieren können. Auch psychoneuroimmunologische Faktoren werden in diesem Konzept berücksichtigt. Endokrinologische Faktoren bestimmen wesentlich die Stressreaktion (z.B. Hypothalamus- Hypophysen- Nebennierenrinden- Achse). Treten Belastungen auf, wird über diese Achse das Stresshormon Kortisol freigesetzt, welches über eine Feedbackschleife zur Hypophyse und Hypothalamus die weitere Freisetzung dieses Hormons hemmt und somit ein Gleichgewicht im Körper erhält. Dieses Gleichgewicht ist jedoch anfällig.

Bei erhöhtem Stress finden sich erhöhte Kortisolspiegel und zusätzlich besteht eine geschwächte Immunantwort, bei chronischem Stress können die Kortisolspiegel jedoch unter die Norm abfallen, was wiederum zur Freisetzung von Entzündungsmediatoren führen und wiederum Stress bzw. Erschöpfungsgefühle bedingen kann. Auch bei Patienten mit somatoformen Störung bestehen Veränderungen im Kortisolspiegel, deren Bedeutung bisher noch nicht vollständig geklärt ist, aber wahrscheinlich mit dem Chronifizierungsgrad zusammenhängen. Zunehmend werden auch neurophysiologische Mechanismen z. B. veränderte evozierte Potentiale oder Hemisphärenasymmetrie bei somatoformen Störungen untersucht.

Psychologische Faktoren: nach dem Modell von Sharpe und Bass bewirken soziale Stressfaktoren wie z. B. Todesfälle, chronische Krankheit in der Familie, Partnerschaftskonflikte etc. in Verbindung mit psychischen Faktoren wie z. B. Angst bestimmte physiologische Zustände (z. B. Muskelverspannung, Gefäßveränderungen, Hyperventilation,...). Daraus resultieren wiederum bestimmte körperliche Empfindungen, die als gefährliche Krankheitssymptome interpretiert werden. Dies hat eine psychische Belastung zur Folge, meist in Form von verstärkter Angst, die wiederum auf der physiologischen Ebene zu einer weiteren Befindlichkeitsverschlechterung beiträgt.

Bei den psychologischen Faktoren kommen Persönlichkeitsmerkmale wie geringe Stresstoleranz, emotionale Labilität, Gehemmtheit, dysphorische Dauerverstimmung, negatives Selbstbild, Ängstlichkeit und hypochondrische Einstellung hinzu, deren kausale Bedeutung allerdings teilweise noch ungeklärt ist.

Aber auch ein inadäquater Umgang mit Emotionen kann körperliche Funktionsstörungen bewirken, die in Kombination mit bestimmten Bewertungen zu somatoformen Störungen führen können. Experimentell konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte Gefühle und Vorstellungen zu spezifischen physiologischen Erregungszuständen führen, die als unangenehme körperliche Symptome erlebt werden (Pennebaker).

Nach neueren Erkenntnissen können emotionale Reaktionen und emotionale Erinnerungen ohne bewusste kognitive Beteiligung entstehen. Die Erinnerungen werden in der Amygdala unter Umgehung von Thalamus und Neokortex gespeichert. Entscheidende emotionale Erlebnisse können bereits von frühester Kindheit in der Amygdala gespeichert werden und können dadurch eine prägende Bedeutung gewinnen, ohne dass die Betroffenen davon wissen oder ihre emotionale Bedeutung in Worte fassen können.

Als **Soziale Faktoren** haben bestimmte lebensgeschichtliche Erfahrungen und Stressfaktoren eine besonders hohe Bedeutung für die somatoformen Störungen aber auch

andere Erkrankungen. Von besonderem Einfluss sind hierbei soziale Lernerfahrungen, Traumatisierung, reizarme Umweltbedingungen, Einflüsse des medizinischen Versorgungssystems unterschiedlichste Einflussgrößen subsumiert und zu einem möglichst plausiblen Verständnis von Erkrankungen zusammengefügt.

Naheliegenderweise können die psychosozial modulierten biologischen Veränderungen neben rein funktionellen Störungen (d.h. ohne Veränderung des Organsubstrats) auch zu **körperlichen Erkrankungen** mit pathologischem Korrelat führen. So erhöht z.B. eine Depression das Risiko späterer Herzinfarkte. Bei Patienten mit HIV-Infektion können psychosoziale Faktoren zum beschleunigten Ausbruch der AIDS-Erkrankung führen etc.

3.4.6 Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Diathese-Stress-Modell): erhöhte Stressanfälligkeit

Das sog. **Diathese-Stress-Modell** betont das Zusammenspiel von biologischer Prädisposition und psychosozialen Faktoren (z.B. Lebensereignissen) bei der Entstehung von Symptomen und Krankheiten. Es geht von der Annahme aus, dass eine angeborene oder erworbene Reaktionsbereitschaft in einem bestimmten Organsystem (z.B. kardiovaskulär; gastrointestinal; pulmonal etc.) vorliegt und es unter dem Einfluss spezifischer Stressoren zur Krankheitsmanifestation kommt.

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** geht in die gleiche Richtung. Dabei weist es der Vulnerabilität aber eine geringere Zeitstabilität als der Diathese zu und betont ein komplementäres Moment, insofern bei gegebener Empfindlichkeit bereits geringere Belastungen für eine Dekompensation ausreichen sollen (vice versa). So lässt sich z.B. psychophysiologisch der chronische Schmerz als Folge eines Schmerz-Muskelspannungs-Schmerz-Zirkels konzipieren. Ganz gleich, welche Schmerzursache ursprünglich vorhanden war, die Verschaltung der schmerzleitenden Bahnen im Rückenmark führt reflektorisch zu einem Tonusanstieg in der dem Regelkreis zugeordneten Muskulatur.

Darüber entsteht eine Vasokonstriktion mit lokaler Ischämie, die ihrerseits über Kininfreisetzung die entsprechenden Schmerzrezeptoren reizt und damit: (wieder) Schmerz erzeugt. Die erneute Schmerzinformation verstärkt die Muskelspannung (Teufelskreis). Das Diathese-Stress-Modell hier angewandt bedeutet: die Muskulatur reagiert bei bestimmten Menschen auf der Grundlage einer Diathese mit einem spezifischen muskulären Antwortmuster auf spezifische für sie bedeutsame Stressoren. Experimentell konnte hierzu gezeigt werden, dass Personen mit myogen bedingten Schmerzen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen bei Stresstests eine erhöhte Muskelaktivität mit Tonussteigerung in den schmerzenden Bereichen aufweisen.

Psychosomatische Vorstellungen zu Hauterkrankungen gehen u.a. davon aus, dass es bei entsprechender (diathetischer) Reaktionsbereitschaft der Haut unter psychosozialen Belastungen (Stressoren) zu vegetativen, endokrinen und/oder immunologischen Veränderungen kommen kann, worunter sich dann die Symptomatik ausbildet oder verstärkt. Weitere Beispiele sind aus dem HNO-Bereich Hörsturz und Tinnitus. Auch hier werden spezifische Reaktionsbereitschaften postuliert, die eine psychophysiologische Wechselwirkung ebnet: emotionale Belastungen setzen bei entsprechender Organbereitschaft (Diathese) neurovaskuläre Mechanismen in Gang, die schließlich im Sinne einer vegetativ (autonomes NS) vermittelten Mikrozirkulationsstörung in den Haargefäßen der Cochlea (Mittelohr) Mangelerscheinungen mit Funktionsstörungen auslösen sollen.

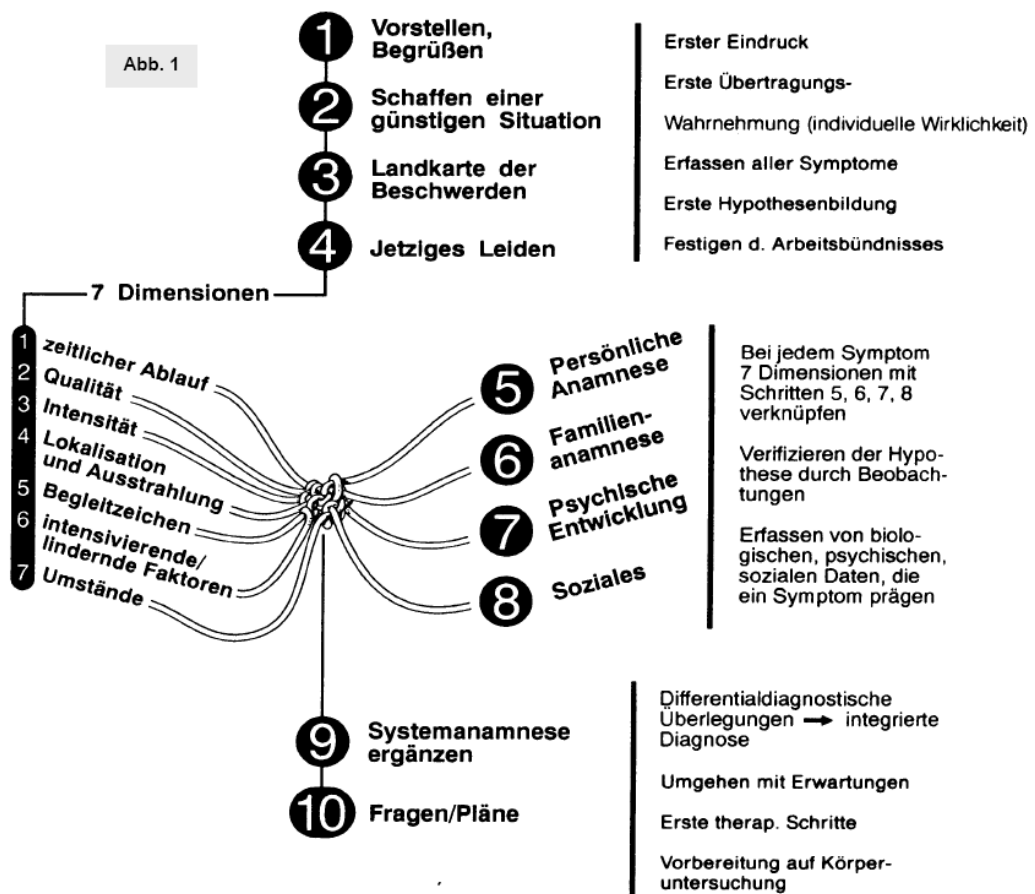
Diathese-Stress-Modell-Vorstellungen lassen sich auch auf die psychische Symptomebene beziehen, in dem eine erhöhte Empfänglichkeit für psychische Belastungen in Verbindung mit einer dann auch erhöhten Bereitschaft zur psychischen Dekompensation postuliert wird. So weisen Ergebnisse zur Bindungsforschung darauf hin, dass ein erworbenes unsicheres Bindungsverhalten mit einer Entwicklungsstörung des Stressverarbeitungssystems bei Kindern einhergeht. Sie nehmen mehr Stress auf und verarbeiten diesen Stress dann zusätzlich ungünstiger.

Literatur Kaluza, G. & Vögele, C. (2001): „Stress und Stressbewältigung.“ In Flor, H., Birbaumer, N. & Hahlweg, K. (Hrsg): „Grundlagen der Verhaltensmedizin.“ Enzyklopädie der Psychologie, Serie II – Klinische Psychologie, Band 3; Göttingen u. a.: Hogrefe,

Anamnese - Die Gesprächssituation gestalten

Wichtig ist es, das Anamnesegespräch selbst aktiv zu gestalten und nicht die Kontrolle über den Gesprächsablauf zu verlieren. Hierfür können allgemeine Ablaufschemata hilfreich sein. Diese sind freilich als Orientierungshilfe gedacht und müssen je nach Patient und Situation angepasst werden. So steht z.B. häufig (etwa in Notfallsituationen) nicht ausreichend Zeit für eine vollständige Anamnese zur Verfügung. Gerade im hausärztlichen Bereich wird sich die Anamneseerhebung häufig auf mehrere Termine verteilen. Überhaupt ist Anamnese ein Prozess, der niemals wirklich „abgeschlossen“ ist. Dies kann und muss auch nicht das Ziel sein. Dennoch sollte abgesehen von Notfall-Einsätzen oder sehr umschriebenen fachärztlichen Konsultationsaufträgen als Ergebnis der Anamneseerhebung immer ein „ganzheitliches“ bio-psycho-soziales Bild des Patienten und seiner Erkrankungen sowie eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung entstehen.

Das Schema (Abb.1) aus dem Lehrbuch „Anamnese und Körperuntersuchung“ von Adler und Hemmeler fasst die wichtigsten Schritte des Anamnesegesprächs zusammen.



Literatur

- Adler R, Hemmeler W (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. 2. Auflage. Verlag Gustav Fischer, Stuttgart
- Dührssen, A. (1997): „Der erste Kontakt mit dem Patienten.“ in Dührssen, A.: „Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt.“ 4. Auflage, Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht: S. 18-23.
- Morgan, W. L. & Engel, G. L. (1977): „Das Erheben der Anamnese.“ In Morgan, W. L. & Engel, G. L.: „Der klinische Zugang zum Patienten.“ Bern u. a.: Verlag Hans Huber: S. 31-59.

EINIGE INFOS ZU SPEZIELLEN ELEMENTEN DER ANAMNESE:

(Anamneseschritte 1-2 nach Adler und Hemmeler)

Am Anfang des Gesprächs steht die *Begrüßung* des Patienten. Fremden Patienten stellen Sie sich bitte persönlich vor. Das klingt beides selbstverständlich, ist es aber leider nicht immer. Dabei werden Ihnen wahrscheinlich schon *erste Eindrücke* vom Patienten kommen: Wie sieht er oder sie aus? Wie alt? Wie sehr von Krankheit gezeichnet? Wie ist seine Haltung, seine Mimik, seine Stimme, sein Geruch, sein Händedruck?

Versuchen Sie diese Eindrücke wahrzunehmen und im Kopf zu behalten. Oft gibt uns der erste Eindruck wichtige Informationen, die später noch nützlich sein können. Vergewissern Sie sich, dass die *äußeren Bedingungen* für das Gespräch *günstig* sind. Insbesondere im Krankenhaus existieren viele „Störfaktoren“. Vielleicht lassen sich einige ausschalten, z.B. das Radio des Bettnachbarn. Falls Sie einen Patienten in seinem Zimmer aufsuchen, klären Sie, ob Sie gelegen kommen oder der Patient z.B. vor dem Gespräch noch einmal die Toilette aufsuchen oder ein Medikament einnehmen muss.

In der Regel werden Sie dem Patienten im Gespräch gegenüber sitzen. Falls der Patient bettlägerig ist, klären Sie mit ihm, ob er aufsitzen kann (ist er dafür ausreichend und warm genug bekleidet?) oder wenigstens im Bett eine halbsitzende Position einnehmen kann, um mit Ihnen auf *gleicher Augenhöhe* zu sprechen.

Haben Sie mit dem Patienten eine gute Gesprächssituation geschaffen, können Sie mit der Anamneseerhebung beginnen.

Benutzen Sie dafür am besten eine *offene Frage*, z.B.: „Was führt Sie zu mir?“ oder „Wie geht es Ihnen?“

Lebensstilanamnese

Verhaltensfaktoren zählen zu den wichtigsten Krankheits- und Verletzungsursachen und entscheiden auch ganz wesentlich über den Erfolg medizinischer Behandlungen. „Ungesunde“ oder „riskante“ Verhaltensweisen können einerseits langfristig die Krankheitsentstehung auslösen, etwa durch übermäßige oder unausgewogene Ernährung, Schadstoffexposition (Suchtmittel wie Nikotin, Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) oder körperliche Dekonditionierung bei Bewegungsmangel. Sie können andererseits auch kurzfristig zur Krankheitsmanifestation führen, z.B. durch akute (absichtliche oder akzidentelle) Intoxikationen, Überlastungen oder Risikoverhaltensweisen (Extremsport, riskantes Verhalten im Straßen- oder Geschlechtsverkehr, aggressives Konfliktverhalten) bis hin zur offenen Selbstschädigung bzw. Selbstverletzung und zum Suizid.

Diese Faktoren können natürlich auch den Verlauf bereits bestehender akuter und chronischer Erkrankungen ungünstig beeinflussen. Daneben interferieren Verhaltensfaktoren auch mit der medizinischen Behandlung; denn auch die beste Behandlung kann nur wirken, wenn der Patient sie zulässt und an ihr in vielen Fällen auch aktiv mitwirkt: Medikamente müssen regelmäßig und in der richtigen Dosierung eingenommen werden, Ernährungs-Empfehlungen müssen umgesetzt, Kontrolltermine eingehalten und körperliche Übungen auch durchgeführt werden. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen ist die unzureichende Mitarbeit des Patienten („Noncompliance“ oder besser: Nonadhärenz) oft das wichtigste Behandlungshindernis.

Für die Anamneseerhebung und das ärztliche Beratungsgespräch stellt das Gespräch über Verhaltensfaktoren oft eine besondere Herausforderung dar: Einerseits ist es wichtig, Informationen zum Verhalten zu gewinnen und erwünschtes Gesundheitsverhalten zu fördern; andererseits erweist sich dies oft als schwierig, und zwar aus mehreren Gründen:

- Schuldgefühle und Scham

Als Ärzte könnten wir z.B. denken: „Was will der Patient denn? Er ist doch selbst schuld an seiner Krankheit, wenn er so viel raucht.“ Oder: „Ich würde mich schämen, wenn ich immer so viel saufen würde.“ Solche Gedanken und Gefühle sind durchaus nachvollziehbar, sucht doch der Patient unsere Hilfe für ein Problem, das er „sich selbst eingebrockt hat“.

Wenn wir uns darüber ärgern, ist das also verständlich. Und auch wenn wir dem Ärger nicht ausdrücklich Luft machen, kann es sein, dass der Patient etwas davon spürt. Oder er

vermutet, dass wir doch wahrscheinlich ärgerlich sein oder ihm Vorwürfe machen werden und hält daher aus eigener Scham oder Schuldgefühl wichtige Informationen zurück. Viele Alkoholabhängige bagatellisieren so das Ausmaß ihrer Sucht und viele Adipöse geben glaubhaft an (und glauben es z.T. wirklich), dass sie allein vom Anblick guten Essens zunehmen, obwohl sie doch streng auf die Kalorien achteten. Solche offenbar unplausiblen Angaben können den Ärger von Ärzten noch weiter steigern, sodass spätestens jetzt die Vorwürfe kommen, mit denen der Patient ja ohnehin gerechnet hatte. Hier entwickelt sich leicht ein Teufelskreis in der Kommunikation, der ein hilfreiches Gespräch über das Gesundheitsverhalten fast unmöglich machen kann.

- Kommunikationsprobleme

Gerade beim Thema Lebensstil und Risikoverhalten ist es besonders wichtig, die verschiedenen Seiten von Nachrichten zu beachten. Denn in der Aussage: „Von diesen kleinen Portionen kann man doch unmöglich zunehmen“ stecken außer der (evtl. unzutreffenden Sachinformation) noch eine Reihe weiterer Informationen, die richtig interpretiert sein wollen. So könnte die enthaltene Selbstoffenbarung beispielsweise lauten: „Ich gebe mir größte Mühe, wenig zu essen und verstehe nicht, wieso ich trotzdem zunehme“. Auf der Beziehungsebene könnte sie bedeuten: „Ich vertraue Ihnen, dass Sie mir helfen, mein Gewichtsproblem in den Griff zu kriegen“. Hierin steckt auch schon ein Appell. Weitere Appelle könnten sein: „Bitte machen Sie mir keine Vorwürfe wegen meines Übergewichts!“ oder „Bitte verlangen Sie nicht von mir, noch weniger zu essen!“ Probleme können sowohl entstehen, wenn diese Ebenen nicht beachtet werden und der Arzt nur auf der Sachebene antwortet („Doch, auch von diesen Portionen kann man zunehmen, wenn man sich nicht bewegt“) als auch, wenn die anderen Botschaften und Appelle zwar verstanden werden, aber der Arzt z.B. aus vermeintlicher Rücksichtnahme vermeidet, mit dem Patienten ein dahinterliegendes Problem anzugehen. Er könnte zum Beispiel Schlankheitsmittel verordnen und sich stillschweigend mit dem Patienten darauf einigen, dass das Essverhalten nicht weiter thematisiert wird.

- Unverständnis

Dabei würde der Arzt die Chance verpassen, gemeinsam mit dem Patienten besser zu verstehen, was ihn an seinem Verhalten festhalten lässt. Z.B. könnte es sein, dass der Patient immer wieder aus Frust Fressattacken bekommt und dann große Mengen zu sich nimmt. Den Rest des Tages versucht er vielleicht wirklich nach Kräften, Diät zu halten. Sich hier noch mehr einzuschränken, würde in Frustrationen den Fressdruck nur noch mehr steigern. Das Schlankheitsmittel würde natürlich auch nichts an den Ursachen der Fressattacken ändern.

Sehr häufig haben „ungesunde“ oder „riskante“ Verhaltensweisen eine solche kompensatorische, entspannende oder in anderer Weise vermeintlich notwendige Funktion für das innere Gleichgewicht von Menschen. Sie ihnen vorzuwerfen nimmt uns die Möglichkeit, ihre Ursachen zu verstehen. Sie stillschweigend zu ignorieren nimmt dem Patienten andererseits die Möglichkeit, mit unserer Hilfe eine günstigere Bewältigungsmöglichkeit für sein Problem zu finden.

Wichtig ist es daher, sich an die drei Basisvariablen der Gesprächsführung zu erinnern. Das heißt:

- **empathisch nachzuvollziehen**, warum es für den Patienten in seiner momentanen Lebenssituation offenbar notwendig erscheint, diesen Lösungsweg selbst unter Einsatz der eigenen Gesundheit oder sogar des Lebens zu suchen (vielleicht ist der Patient sogar schon erkrankt und begreift die Krankheit als „verdiente Strafe“ für das auch selbst wahrgenommene Fehlverhalten, womit er sich vollends im Unrecht fühlen kann - und trotzdem gelingt es ihm evtl. nicht, sein Verhalten zu ändern)
- den Patienten gerade auch mit seinen „Fehlern“ **anzunehmen**, ihm dies auch zurückzumelden, anstatt ihn zu verurteilen; und schließlich
- ihm **authentische Antworten** zu geben, die ihm helfen, die berechtigte Intention seines Verhaltens zu akzeptieren, aber zugleich nach besseren, weniger gesundheitsschädlichen Wegen zum Ziel zu suchen.

Diese Grundhaltung und eine hierauf aufgebaute gute Arzt-Patient-Beziehung ist erwiesenermaßen der wichtigste Schlüssel zu einer guten Adhärenz. Und eine gute Adhärenz (also die Bereitschaft des Patienten, an einer getroffenen Behandlungsvereinbarung festzuhalten und sich danach zu richten) ist bei vielen Krankheiten eine Grundvoraussetzung für ein möglichst langes und befriedigendes Leben.

Familienanamnese:

Die Familienanamnese liefert uns als wichtiger Anamnese-Baustein zwei wesentliche Typen von Informationen:

1. Gibt sie uns klassischerweise Auskunft über mögliche familiäre Häufungen von Erkrankungen möglicherweise genetischen Ursprungs und
2. Ermöglicht sie uns einen Einblick in die familiären Beziehungsstrukturen und hieraus resultierende Quellen von Belastungen wie auch von Hilfe und Unterstützung, z.B. bei der Krankheitsbewältigung.

Zu fragen ist also zum einen nach Erkrankungen ähnlich derjenigen des Patienten in der Familie. Wer ist in welchem Alter erkrankt und ggfs. auch gestorben? Dies ist natürlich besonders bedeutsam, wenn bei dem Patienten eine bekanntlich genetisch (mit)bedingte Erkrankung vermutet wird. Neben den klassischen Erbkrankheiten sind hier auch viele der „großen Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus Typ II, manche Krebsarten sowie die koronare Herzkrankheit zu nennen. Eine sorgfältige Familienanamnese kann uns hier wichtige Hinweise auf eine entsprechende **familiäre Disposition** geben.

Zugleich erfahren wir hierbei aber auch Wichtiges über den **Erfahrungshintergrund** des Patienten, der die Wahrnehmung der eigenen Symptomatik vermutlich mitbestimmt. So kann eine Patientin z.B. erlebt haben, wie Mutter und Großmutter an Brustkrebs erkrankt und schließlich unter Qualen gestorben sind. Dies wird bei einem Knoten in der eigenen Brust nicht nur (zurecht) die Verdachtsdiagnose „Mamma-Karzinom“ nahe legen, sondern auch eine Reihe von Bildern, Assoziationen und vermutlich auch Ängsten hervorrufen, die den Umgang der Patientin mit ihrer eigenen Erkrankung beeinflussen werden.

Wichtig sind aber auch Fragen nach **anderen familiären Erkrankungen oder Todesfällen**. Vielleicht hat eine Patientin seit Jahren ihren nach einem Apoplex halbseitig gelähmten und teilweise verwirrten Vater zu pflegen und ist hiervon zunehmend erschöpft. Oder einem Patienten mittleren Alters ist kürzlich der jüngere Bruder durch einen Herzinfarkt verstorben. Das wir seinen eigenen Herzstichen eine bedrohliche Bedeutung verleihen.

Schließlich sind familiäre und partnerschaftliche **Konflikte und Bindungen** häufig krankheitsrelevant: Partnerschaft und Familie sind im günstigen Fall die wichtigste Quelle emotionalen und lebenspraktischen Rückhalts (wie z.B. die Tochter für den Apoplexpatienten im obigen Beispiel), umgekehrt können anhaltende Konflikte im familiären Umfeld eine Reihe psychischer und körperlicher Erkrankungen auslösen oder unterhalten.

So könnte die Tochter des Apoplexpatienten beispielsweise einen anhaltenden Konflikt mit ihrem Ehemann haben, der sich hinter ihrer aufopferungsvollen Pflege des Vaters zurückgesetzt fühlt. Diese Spannung könnte sie durch zusätzliche Bemühungen um den Ehemann auszugleichen versuchen, ehe eine Bluthochdruckkrise mit heftigem Kopfschmerz sie in Ihre Praxis führt. Hier ist familienanamnestisch nicht nur der Bluthochdruck des Vaters (der bei diesem zum Apoplex führte), sondern auch die psychosoziale Belastungssituation diagnostisch und therapeutisch wegweisend. Ein **Ausweg** könnte hier beispielsweise darin liegen, die Erschöpfung der Patientin und ihre Aufopferung für die „zwei Männer“ anzusprechen und ihre selbstfürsorglichen Anteile zu unterstützen. Vielleicht lässt sich für den Vater ein vorübergehender Kurzzeit-Pflegeplatz vermitteln, der es der Patientin ermöglicht, erstmals seit Jahren wieder mit dem Ehemann in Urlaub zu fahren.

Aber Vorsicht! Hüten Sie sich vor übereilten Ratschlägen! „*Auch Ratschläge sind Schläge*“, heißt es manchmal, weil auch sie von Überheblichkeit und mangelndem Verständnis zeugen können. Denn wenn alles so einfach wäre, wäre die Patientin sicher auch schon auf die Idee gekommen. Hören Sie also gut zu! Das reicht oft aus, um Patienten auf gute eigene Ideen zu bringen. Und falls Sie am Ende doch mal einen Ratschlag geben möchten, wird der um so wirksamer sein, je besser Sie den Patienten verstanden haben.

Psychosoziale Anamnese

Neben der körperlichen Krankheitsanamnese stellt die psychosoziale Anamnese einen gleichberechtigten, unverzichtbaren Bestandteil der Anamnese dar. Dabei kann dem psychosozialen Lebenshintergrund eine je nach Patient unterschiedliche Bedeutung zukommen.

Bei **mindestens 30%** der Patienten der somatischen Medizin spielen psychosoziale Probleme eine wichtige Rolle. Sie können sowohl (Mit-) Ursachen der körperlichen Problematik (z.B. Spannungskopfschmerz bei chronischer innerer Anspannung aufgrund familiärer Konflikte) als auch Folgen einer körperlichen Erkrankung sein (z.B. Depression nach Herzinfarkt). Bei diesen Patienten ist eine komplette Diagnosestellung nur mit Kenntnis des psychosozialen Status möglich, der daher möglichst umfassend zu erheben ist.

Ein weiterer Teil der Patienten leidet unter unklaren oder unspezifischen Symptomen, deren differenzialdiagnostische Abklärung eine psychosoziale Anamneseerhebung erfordert (z.B. unklarer Bauch- oder Rückenschmerz), auch wenn dann in manchen Einzelfällen letztlich keine wesentliche Rolle psychosozialer Krankheitsfaktoren nachzuweisen ist.

Schließlich gibt es Patienten mit eindeutig organisch verursachter Erkrankung und ohne zusätzlich bedeutsame psychosoziale Ursache oder Bewältigungsstörung, bei denen allerdings der psychosoziale Hintergrund eine wesentliche Rolle für die Behandlung spielt (wenn z.B. ein Patient die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach schwerer Unfallverletzung ablehnt, weil er befürchtet, die deutlich jüngere Ehefrau könne ihm in dieser Zeit untreu werden).

Aber selbst wenn Patienten ein glückliches Familienleben ohne wesentliche Konflikte führen, kann dies eine wichtige Information sein, die im Krankheitsfall hilft, Unterstützungs-Ressourcen zu erschließen.

Grundsätzlich sollten Sie über die wesentlichen Lebensumstände Ihrer Patientinnen und Patienten informiert sein. Dazu zählen aus der **Sozialanamnese** insbesondere:

- Der Familienstand bzw. das Vorhandensein einer Partnerschaft;
- Die familiäre Situation (s.a. Familienanamnese);
- Der erlernte und der ggfs. aktuell ausgeübte Beruf (bzw. Angaben über Berentung, Erwerbsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit);
- Die nationale, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit;
- Die Wohnsituation;
- Die materielle / finanzielle Lage (z.B. finanzielle Abhängigkeiten, Überschuldung).

Aus der Schilderung der sozialen Situation auf der Sachebene lassen sich häufig bereits **Belastungsfaktoren oder Konflikte** erahnen. Diese müssen ggfs. weiter herausgearbeitet werden, z.B.:

- Partnerschaftliche Konflikte oder Probleme aufgrund fehlender Partnerschaft;
- Konflikte mit Familienangehörigen (z.B. Geschwisterrivalitäten, etwa um eine Erbschaft; Konflikte mit Eltern oder Kindern, Belastungen durch ambivalent erlebte Pflege naher Angehöriger);
- Konflikte am Arbeitsplatz oder Belastungen durch Arbeitslosigkeit etc.;
- Konflikte oder Belastungen im Wohnumfeld (z.B. Nachbarschaftskonflikte, zu kleine oder zu große Wohnung, unzureichende Versorgungsmöglichkeit);
- Sonstige soziale Konflikte, z.B. in Freundeskreis, sozialen Gruppen oder ethnischen / kulturellen / religiösen Zusammenhängen;
- Belastungen durch traumatische Erlebnisse (z.B. schwere Verletzungen, Naturkatastrophen, Kriegshandlungen oder Verbrechen);
- Materielle Existenzängste, fehlende Krankenversicherung.

Neben diesen oft auf Nachfrage benennbaren, in der Regel bewussten oder wenigstens *bewusstseinsfähigen interpersonellen*

Konflikten (die freilich ggfs. aus Scham oder anderen Gründen verschwiegen werden können), spielen besonders auch **unbewusste intrapsychische Konflikte** eine wesentliche

Rolle für die Symptom- und Krankheitsentstehung. Diese haben ihre Wurzeln häufig in früheren Lebensphasen und können in kritischen Lebensphasen „reaktualisiert“ werden, d.h. erneut emotionale Bedeutung erlangen und / oder Symptome verursachen.

So könnte z.B. eine Patientin als Kind sehr unter der mangelnden Zuwendung durch die ständig kranke und schonungsbedürftige Mutter gelitten haben. Statt mütterliche Fürsorge zu erhalten, hatte sie sich vielleicht immer wieder für die Versorgung der Mutter zuständig gefühlt. Später hat sie dann einen helfenden Beruf, z.B. als Krankenschwester, erlernt und sich weiter für kranke Menschen eingesetzt. Dies hat ihr auch Freude gemacht und ihr das Gefühl vermittelt, anerkannt und gebraucht zu werden. Mit Anfang 40 bekommt sie durch das viele schwere Heben einen Bandscheibenvorfall. Nach erfolgreicher Operation behält sie anhaltende, organisch nicht erklärte Rückenschmerzen.

Möglicherweise hat sie während der stationären Behandlung endlich einmal erlebt, wie es ist, selbst gut gepflegt zu werden, statt sich immer nur altruistisch für andere aufzuopfern. Einerseits möchte sie möglichst rasch wieder zur Arbeit. Vielleicht stört sie auch das Gefühl, von anderen abhängig zu sein. Zugleich hegt sie aber unbewusst eine tiefe Sehnsucht, sich endlich einmal versorgen und „fallen lassen“ zu können und zusätzlich eine verborgene Wut auf die Mutter, die ihr dies so lange vorenthalten hat. Da diese Anteile unbewusst sind, wird die Patientin sie im Gespräch nicht aussprechen können. In der Gegenübertragung spüren wir aber evtl. viel Ärger (weil die Patientin sich z.B. entgegen ihrer Beteuerung „gar nicht richtig bemüht, wieder gesund zu werden“ und z.B. die Ärzte beschuldigt, ihr nicht richtig zu helfen) oder Mitgefühl (weil die Patientin so unendlich traurig und bedürftig wirkt).

Unbewusste intrapsychische Konflikte können wir also in der Regel nur erfassen, wenn wir mit den „vier Ohren“ auf die verschiedenen Mitteilungsebenen des Patienten hören, unsere Gegenübertragungsgefühle beachten und die „Inszenierung“ der Arzt-Patient-Beziehung verstehen.

Neben körperlichen Symptomen können psychosoziale Faktoren schließlich auch **psychopathologische Symptome** hervorrufen. Diese können selbst - ggfs. zusätzlich zu einer organischen Krankheit - Krankheitswert erlangen und müssen dann auch adäquat behandelt werden.

Die wichtigsten psychischen Symptomkomplexe sollten orientierend in jeder kompletten Anamnese erfasst bzw. abgefragt werden. Diese umfassen z.B.:

- Störungen kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Orientierung);
- Denkstörungen (z.B. Wahnsymptome);
- Störungen von Stimmung, Interesse und Antrieb (z. B. depressiv gedrückt, (hypo-)manisch gehoben);
- Pathologische Ängste und Zwänge;
- Suizidalität und Selbstschädigung;
- Störungen der Persönlichkeit

(z.B. ausgeprägte Störungen von Impulskontrolle, Affektregulation oder Bindungsfähigkeit);

- Suchtanamnese.

Während manche Patienten wegen tatsächlich geringer Problemwahrnehmung oder aus Sorge vor „psychiatrischer“ Stigmatisierung bemüht sind, ein möglichst „heiles“ Bild von ihrer Lebenssituation zu zeichnen, kann es manchmal sinnvoll sein, allzu harmonische Schilderungen auch kritisch zu hinterfragen. Wenn ein Patient z.B. sein Familienleben als „normal“ bezeichnet, kann es wichtig sein, nachzufragen, was für ihn denn „normal“ bedeutet. Das kann manchmal überraschende Definitionen von „normal“ zutage fördern. Andererseits soll natürlich auch nicht „krampfhaft“ nach psychosozialen Krankheitsursachen „gefahndet“ werden, nur weil z.B. noch keine somatische Ursache der Beschwerden gefunden wurde.

Andere Patienten nutzen die psychosoziale Anamnese dankbar als Möglichkeit, sich mitzuteilen und sich im Gespräch emotional zu entlasten. Dabei ist es wichtig, dem Patienten auch Raum für die Äußerung negativer Gefühle zu geben, also z.B. geäußerte Ängste mit dem Patienten zu besprechen und nicht sofort zu beschwichtigen. Auch andere Gefühlsäußerungen wie z.B. Weinen dürfen in Anamnesegesprächen vorkommen und

müssen dies z.T. sogar. Entscheidend ist es, dem Patienten zu vermitteln, dass auch solche Gefühlsäußerungen im Arzt-Patienten-Kontakt ihren Platz haben dürfen.

Eine empathische Grundhaltung des Arztes hilft Patienten, sich auch mit „negativen“ Gefühlen angenommen zu fühlen. Je nach der aktuellen Gesprächssituation ist es allerdings auch gelegentlich nötig, Patienten in ihrer Gefühlsäußerung zu begrenzen. Manchmal kann es z.B. sinnvoll sein, nachdem ein Gefühl deutlich geworden ist, dem Patienten zurückzumelden, dass Sie dieses Gefühl wahrgenommen haben und für bedeutsam halten, nun aber zunächst noch andere Aspekte der Anamnese mit ihm bearbeiten möchten und auf die emotionale Belastung später zurückkommen werden. Das sollten Sie dann freilich auch zu passender Zeit im Gesprächsverlauf oder in einem extra verabredeten weiteren Termin tun.

Erfahrungsgemäß wird von Studierenden und Ärzten das Gespräch mit Patienten über Konflikte und negative Emotionen oft vermieden. Das ist verständlich, da uns diese Themen häufig auch selbst berühren, an eigene, ähnliche Gefühle erinnern oder uns hilflos fühlen lassen. Das ist eine ganz normale Reaktion. Wenn wir uns allerdings dieser Herausforderung stellen, können wir auch über uns selbst eine Menge erfahren und dazu beitragen, die Beziehung zu unseren Patienten wesentlich befriedigender für beide Seiten zu gestalten.

Unerlässlich ist dabei freilich, eigene Grenzen zu beachten und unsere Patienten nicht als Objekte unserer Selbsterfahrung oder unserer eigenen emotionalen Entlastung zu missbrauchen. Bei dieser manchmal schwierigen Balance-Übung ist es hilfreich, sich mit Anderen, etwa im Rahmen von Supervision oder Balint-Gruppen, auszutauschen und die eigene Gesprächsführung stetig zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

(Kurze)Einführung in die Sexualanamnese

Epidemiologie

Sexualstörungen sind häufig, exakte Zahlen sind jedoch dadurch schwer zu erheben, dass dieses Thema trotz der Liberalisierungswelle gesellschaftlich mit einem Tabu belegt ist. Bei einer Befragung von 100 Paaren (mittleres Alter 35 Jahre!) gaben 40% der Männer an, an einer (zumindest zeitweiligen) erektilen Dysfunktion zu leiden. 63% der Frauen klagten über Orgasmusprobleme, Vaginismus oder eine Dyspareunie. Interessanterweise hat keines dieser Paare medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Die erektile Dysfunktion als häufigste Sexualstörung beim Mann nimmt in ihrer Prävalenz ab der 5. Lebensdekade rasch zu. Ab dem 75. Lebensjahr ist etwa jeder 2. Mann betroffen. In der allgemeinärztlichen Tätigkeit sind Fragen der Empfängnisverhütung bzw. -planung häufiger Anlass von Sexualberatung, aber auch sexuelle Funktionsstörungen und Konflikte mit sexuellen Bedürfnissen im Alter. Besonders nach Verlust des Partners wird man es oft erleben können, dass Patienten sich ihre sexuellen Impulse nicht mehr erlauben.

Ein vergleichsweise seltenes Thema stellen Probleme im Zusammenhang mit Homosexualität dar, am ehesten während des Coming outs, der Phase also, in der Betroffene beginnen, sich zu ihrer Homosexualität zu bekennen, und in Partnerschaftskrisen. Seit den 80er Jahren sind außerdem zunehmend Beratungen im Kontext von „safer sex“ sowie von HIV-Tests, HIV-Infektion und AIDS hinzugekommen.

Durchführungshinweise

„Eine gute Anamneseerhebung ist in vielen medizinischen Fächern die halbe, bei psychisch bedingten Störungen beinahe die ganze Diagnose. Das gilt auch für die Mehrheit sexueller Störungen.“ (Bräutigam u. Clement, 1989).

Beim Gespräch über sexuelle Probleme lohnt es sich besonders, auf Gefühlssignale des Patienten und die eigene Befindlichkeit zu achten. Wenn Sie mit Patienten über Sexualität sprechen möchten, achten Sie darauf, nicht wertend aufzutreten und eine ruhige, entspannte Atmosphäre zu vermitteln. Sichern Sie den Patienten eine angemessene Diskretion zu und geben Sie den Patienten genügend Möglichkeiten, selbst Fragen zu stellen.

Wegen des Tabucharakters von Sexualität empfehlen sich für die Sexualanamnese einige Ergänzungen der Gesprächstechnik:

- Zunächst ist Hellhörigkeit gefordert. Bei anderen Themen wird es meist ausreichend sein, wenn man dem Patienten Raum gibt, seine Probleme selbst anzusprechen. Will man über

sexuelle Schwierigkeiten ins Gespräch kommen, ist nicht selten ein aktiveres, enttabuisierendes Vorgehen nötig, etwa: „Ich könnte mir denken, dass sich Ihr Problem auf die Sexualität auswirkt.“

- Als nächstes bewährt sich eine offene, unbefangene Sprache, mit der man die Dinge beim Namen nennt. Wer vage Umschreibungen des Patienten wie „beziehungsmäßig“, „nicht klappen“, „körperlich zusammensein“ usw. aufgreift, signalisiert, dass er das Tabuthema selbst scheut. Vermeiden Sie die Verwendung von Umgangs-Jargon. Dasselbe gilt für die Flucht in den medizinischen Fachjargon. Begriffe wie „orgasmische Dysfunktion“ oder „erektile Dysfunktion“ sind hier wenig hilfreich, Orgasmusprobleme und Impotenz, wenngleich aus psychologischer Sicht im Wortsinn negativ belegt, sind hier z. B. mögliche Alternativen.

- Nötigenfalls hilft es, die „Peinlichkeit“ offen anzusprechen. Nicht selten wird sie allein dadurch überwunden. (Beispiel: „Das ist jetzt auch für mich als Frau nicht einfach über Ihre sexuellen Probleme als Mann zu sprechen. Ich bin aber davon überzeugt, dass dies ein wichtiges und sie möglicherweise sehr belastendes Thema ist...“).

Gesprächseröffnung

Erfahrungsgemäß ist die Gesprächseröffnung bei der Sexualanamnese eine Hürde, gerade für Berufsanfänger. Daher möchten wir Ihnen einige Beispiele nennen, die hier hilfreich sein können:

Eröffnende Fragen:

- „Haben Sie Probleme mit ihrer Sexualität?“ (Cave: sehr direkt...)
- „Haben Sie einen Partner?“
- „Haben Sie derzeit eine sexuelle Beziehung?“
- „Ist diese Beziehung monogam oder haben Sie noch andere Partner?“

(Vermeiden Sie Formulierungen, die eine heterosexuelle Beziehung implizieren, dies könnte wertend verstanden werden)

- „Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Sexualleben?“

Fragen zu sexuell übertragbaren Krankheiten:

- „Welche Methoden verwenden Sie, um sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen?“
- „Sind Sie bereits einmal wegen einer sexuell übertragenen Krankheit behandelt worden?“
- „Glauben Sie, sich beim Sex immer ausreichend vor Infektion geschützt zu haben?“

Was sollte wann gefragt werden?

Darauf gibt es keine einfache Antwort. Es macht wenig Sinn bei der Erstanamnese eines Patienten diesen über sein Sexualleben „auszuquetschen“, nur weil es der Vollständigkeit halber dazugehört. Ein gewisses „Gefühl“ für die richtige Situation ist hier erforderlich.

- Bei akuten Erkrankungen ohne anhaltenden Effekt auf die Sexualität ist eine Einbeziehung der Sexualanamnese nur sinnvoll, wenn konkrete Probleme vermutet werden.
- Bei chronischen Grunderkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) bzw. Medikation mit typischen Nebenwirkungen auf die Sexualität (z.B. Betablocker) sollten Fragen nach Libido (=Verlangen) und Potenz (=Vermögen) immer Bestandteil der Anamnese sein (aber auch hier gilt: „Fingerspitzengefühl“)
- Bei psychogenen Störungen und/oder bekannter Sexualstörung sollte die Sexualanamnese obligat sein und ggfs. auch Details der bestehenden Störung erfassen.

Biographische Anamnese / Psychosomatische Anamnese

Zu den essentiellen „diagnostischen Verfahren“ in der Psychosomatischen Medizin und in der Psychotherapie gehört die biographische Anamnese. Sie geht noch einmal deutlich über den psychosozialen Bereich der allgemeinen Anamneseerhebung hinaus. Während dort zumindest die zentralen Lebensbereiche auf ihre Qualität und Stabilität (Konflikte? Belastungen?) und mehr im Sinne einer Hintergrundvariable sondiert werden, stellt die **biographische Anamnese** eine spezifische Fokussierung der individuellen

Lebenswirklichkeit des Patienten dar. Sie zielt darauf ab, systematisch, und doch in einer eher psychotherapeutisch-subjektorientierten Haltung („*was bedeutet diese Lebensepisode bzw. diese konkrete Beziehungserfahrung für diesen Patienten?*“), die psychischen, sozialen und medizinischen Entwicklungslinien eines Individuums herauszuarbeiten. Die biographische Anamnese enthält nicht selten bereits ein psychotherapeutisches Element, in dem gemeinsam mit dem Patienten dessen Geschichte rekonstruiert wird. Diese „Rekonstruktion“ soll zweierlei ermöglichen: zum einen soll sie erkennbar werden lassen, wie sich die Persönlichkeit des Patienten in den wichtigen Lebensbeziehungen einschließlich ihrer wichtigen Konflikte entwickelt hat. In diese Perspektive sind wichtige Personen vorausgegangener Generationen sowie die soziokulturellen und zeittypisch geprägten Lebensumstände einzubeziehen. Zum anderen soll sie die Folie liefern, auf der die aktuelle Erkrankung mit ihrer Symptomatik nachvollziehbarer bzw. verständlich wird.

In der tiefenpsychologischen Orientierung ist es der Zugang zur Biographie, der ein psychodynamisches Verständnis des Patienten *erst* ermöglicht. Umgedreht könnte man auch sagen (Rudolf 2008), „*wenn man einen Patienten nicht versteht, weiß man in der Regel zu wenig von seiner Geschichte*“. Doch auch für den verhaltenstherapeutischen Ansatz stellt das biographische Verständnis des Patienten eine wichtige Voraussetzung zur Einordnung individueller Lernvorgänge und Verhaltensaspekte dar. Der mit einer biographischen Anamnese „angestrebte Algorithmus“ ist technischer ausgedrückt: **die Ableitung der aktuellen Störung/Symptomatik aus der Auslösesituation im Verhältnis zur Persönlichkeitsstruktur.**

Dass dies immer eine Einzelfallanalyse und keinesfalls eine allgemeine deduktive Schlussbildung bedeutet, soll Ihnen während des Praktikums deutlich werden. Das Praktikum soll Ihnen die Bedeutung der biographischen Anamnese näher bringen. Das Erlernen einer biographischen Anamneseerhebung benötigt allerdings mehr Zeit und gehört bereits in die fachspezifische Kompetenz der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Wesentliche Inhalte der biographischen Anamnese sind:

- Familienanamnese (Eltern; Geschwisterkonstellation; Familienklima; Gesundheitsverhalten etc.)
- Individuelle Anamnese (Schwangerschaft u. Geburt; frühkindliche Entwicklung; kindliches Verhalten etc.)
- Beziehungsanamnese (zu den Eltern; zu Geschwistern; Kindergarten- u. Schulzeit etc.)
- Berufsausbildung (z.B. Studium) u. berufliche Situation
- Psychosexuelle Entwicklung
- Außerfamiliäre Lebensbereiche (Freizeit; Aktivitäten etc.)
- Einstellungen und Werthaltungen (z.B. „was ist Ihnen wichtig im Leben?“)
- Krankheitsbezogene Einstellungen und Veränderungsmotivation

Die Kunst einer gelungenen Anamneseerhebung besteht darin, diese einzelnen Entwicklungslinien systematisch im Gespräch abzubilden, ohne den Patienten zugleich in seiner subjektiven Sicht und Schilderung einzuengen. Mit anderen Worten: eine flexible Interviewführung statt einer Abarbeitung von „biographischen Sektoren“.

Bei der Psychosomatischen Anamnese geht es darum, neben den aktuellen körperlichen u./o. psychischen Beschwerden/Befunden und neben der Krankheitsgeschichte sowie dem Behandlungsverlauf des Patienten auch dessen psychische und soziale Dimensionen im Längsschnitt und im Querschnitt zu erfassen. Welche relevanten Auslöser gibt es für die derzeitige Krankheitsmanifestation? Welche Bedeutung hat diese Erkrankung für den Betroffenen? Wie stellt sich diese Erkrankung im lebensgeschichtlichen Kontext dar? Lassen sich mögliche charakteristisch „maladaptive“ Beziehungs- u./o. Verhaltensmuster erkennen? Diese und weitere Fragen sollen Sie etwas leiten und auch neugierig machen, wenn Sie im Praktikum Patienten befragen.

Beendigung des Anamnesegesprächs

Ein gutes Anamnesegespräch braucht ebenso wie einen guten Anfang auch ein gutes Ende. Sie können hier zunächst die Ergebnisse des Gesprächs und eventuelle Vereinbarungen noch einmal zusammenfassen. Anschließend vergewissern Sie sich, dass Sie den Patienten richtig verstanden haben. Geben Sie ihm aktiv Gelegenheit, eventuelle Diskrepanzen aufzuklären, fehlende Punkte nachzutragen und offen gebliebene eigene Fragen zu stellen. Anschließend ist ggfs. eine Klärung der weiteren diagnostischen bzw. therapeutischen Schritte sinnvoll. Zuletzt treffen Sie bei Bedarf eine Verabredung für den nächsten Termin und verabschieden sich vom Patienten. Sofern Sie nicht als BehandlerIn sondern „nur“ als Lernender mit dem Patienten gesprochen haben, ist es angemessen, sich auch dafür zu bedanken, dass der Patient sich für den Unterricht zur Verfügung gestellt hat. Das gebietet nicht nur der Respekt vor dem Patienten sondern auch die Fairness gegenüber anderen Studierenden, die evtl. darauf angewiesen sind, dass der Patient auch zukünftig wieder bereit ist, als Anamnesepartner zu fungieren. Nach einer guten Anamnese sind die meisten Patienten dazu auch gern bereit, denn mit einer guten Anamnese haben Sie nicht nur selbst die Chance, etwas zu lernen sondern auch der Patient, eine interessante Begegnung zu machen. Wenn Sie die Tipps aus diesem Skript für sich nutzen können, kann das Anamnesegespräch für beide Beteiligten zu einer Bereicherung werden.

Viel Erfolg dabei!

Literatur

- Dührssen, A. (1997): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. 4. Auflage, Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, W, Janssen PL & Engel, G. L. (2006): Die biographische Anamnese. In Janssen, PL, Joraschky, P, Tress, W (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln, 117-119
- Bräutigam, W, Christian, P, von Rad, M (1992): Diagnostik und Therapie in der Psychosomatik. In. Psychosomatische Medizin, Thieme-Verlag, Stuttgart, 5. Auflage, S. 81 ff.
- Rudolf, G (2008): Diagnostik. In: Rudolf, G, Hennigsen P: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Thieme-Verlag, Stuttgart, 6. Auflage, S. 309 ff.