

14. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

22.- 24.02.2008

Das Psychosomatisch geführte Gespräch

©: Pierre E. Frevert 2008

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de
www.pierre-frevert.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

Das Psychosomatische Gespräch und das Bewegende Seminar

Das Psychosomatische Gespräch ist in erster Linie ein **Ärztliches Gespräch**, das dem *Leiden* des Patienten entlang seiner vorgebrachten **Symptome** auf den Grund geht und dabei körperliche Phänomene in ihrem psychosozialen Kontext erfasst. Die **Arzt-Patientenbeziehung** ist das fruchtbare Versuchsfeld, auf welchem sich die Vorstellungen des Arztes über die „Krankheit“, die sich naturgemäß zunächst von denen seines Patienten unterscheiden, aufeinander treffen und unter seiner behutsamen Gesprächsführung am Schluss zu einem gemeinsamen Verständnis führen, das in den nächsten **kleinen Schritt** mündet. Hierbei kann „Krankheit“ mit „Konflikt“ (psychodynamische Sichtweise) oder „Problem“ (kognitionspsychologische Sichtweise) ersetzt werden. Allerdings wissen weder der Patient noch der Arzt am Beginn des Gespräches, um welchen Konflikt bzw. um welches Problem es sich handelt. Der Patient „leidet“ unter einem Symptom, mit dem er den Arzt in seiner Praxis aufsucht. Das Symptom ist der Angelpunkt des Ärztlichen Gespräches, dessen Bedeutung im **Bewegenden Seminar** herausgearbeitet wird.

Worin unterscheidet sich das **Psychosomatische Gespräch** von einem Ärztlichen Gespräch ohne psychosomatische Dimension, wie es leider immer noch in den meisten Universitäten auf der Welt als Standard gelehrt wird? In erster Linie darin, dass das Psychosomatische Gespräch sich auf eine **Simultandiagnostik** (Hahn, 1988) stützt und das „klassische“ Ärztliche Gespräch auf die **Ausschlussdiagnostik**. Ein Beispiel: Eine Patientin klagt über Kopfschmerzen. Kopfschmerzen sind ein Symptom, das für viele Krankheiten, ernste, wie ein Hirntumor oder eine Hypertensive Krise oder für vorübergehende körperliche Dysbalancen stehen kann, bedingt durch Schlafmangel, übermäßigen Alkoholgenuss oder durch die Menstruation u.v.m. Auch eine psychische Verursachung ist nicht ausgeschlossen. Der Ausschlussdiagnostiker wird die möglichen Ursachen zunächst anamnestisch, dann durch die körperliche Untersuchung und schließlich mittels Labor und zunehmend invasiver diagnostischer Verfahren ausschließen. Wenn am Ende einer sehr aufwendigen und langwierigen Diagnostik die besagte Patientin weiterhin über Kopfschmerzen klagt, wird der Arzt möglicherweise den fatalen Satz aussprechen: „Sie haben nichts. Ich überweise sie an einen Psychiater“. Angenommen, der Arzt habe Recht und das Leiden seiner Patientin sei tatsächlich seelischer Natur. Am Ende der Diagnostikkette ist das Vertrauen mit dieser Aussage verspielt und die Patientin ist fest davon überzeugt, dass ihr Arzt sie aufgibt, weil er unfähig ist, die „medizinische“ Ursache ihrer Leiden zu diagnostizieren. Sie wird sich auf die Suche nach „besseren Ärzten“ und „besseren Verfahren“ begeben. Das Ihnen allen bekannte „Doctorhopping“ beginnt. Bis die Patientin für eine angemessene psychosomatische Be-

handlung gewonnen werden kann, vergehen meist Jahre und die psychosomatische Behandlung selbst kann ebenfalls Jahre dauern.

Nun, werden Sie einwenden, es wäre aus ethischer Sicht nicht zu verantworten, eine gefährliche Ursache nicht auszuschließen. Richtig, das gilt auch für den psychosomatisch orientierten Arzt. Was macht der Simultandiagnostiker also anders?

Es kommt auf das *wie* an. Simultandiagnostik heißt, die möglichen Ursachen hinter dem Symptom **simultan**, das heißt gleichzeitig präsent zu halten und ihnen die gleiche Aufmerksamkeit zu schenken. In unserem Beispiel können die Kopfschmerzen sowohl Ausdruck eines Tumors sein oder eines Konfliktes mit dem Ehemann. Aus der Analyse der aktuellen Situation heraus, mit den Mitteln von **Übertragung** und **Gegenübertragung**, sowie auf dem Hintergrund der biographischen Anamnese und der Krankheitsgeschichte entschlüsselt der Arzt das Symptom nach seinen Bedeutungen und entscheidet sich für die wahrscheinlichste Verursachung. Er fragt die Patientin beispielsweise: „Was bereitet Ihnen zur Zeit Kopfschmerzen?“. Wenn seelische Not zum Symptom führte, wird die adäquate Ansprache zu einer Besserung führen. Da auch der psychosomatisch orientierte Arzt ein gewissenhafter Untersucher ist, wird er die körperliche Untersuchung nicht vernachlässigen und körperlich begründbaren Zeichen nachgehen. Das Vorgehen des Ausschlussdiagnostikers lässt sich demgegenüber als **konsekutiv** mit **Hierarchiebildung** skizzieren. Sofern er überhaupt eine psychische Verursachung ernsthaft in Betracht zieht, wird er sie als „Restgröße“ betrachten, die nach Ausschluss aller denkbaren schlimmsten und noch so seltenen somatischen Ursachen übrig bleibt, wenn die Möglichkeiten aktueller medizinischer Diagnostik (Liquordiagnostik, CT, MRT usw.) ausgeschöpft worden sind. Übrig bleibt, die aus seiner Sicht am „wenigsten gefährlichste“ Variante, sprich: die psychischen Genese.

Um Ihnen die Vorgehensweise beim Psychosomatischen Gespräch näher zu bringen, verweise ich auf die zusammengefasste Darstellung im Hessischen Ärzteblatt von Prof. Schüffel und dem Dozententeam (Schüffel 2008), die Ihnen als Text Ihren Unterlagen zum Curriculum beigelegt ist

Das Bewegende Seminar

Im Folgenden soll die Aufzeichnung eines Patientengesprächs mit Frau D., das Herr Prof. Schüffel im Januar 2007 im Rahmen des 13. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung führte, unter dem Aspekt der psychosomatischen Herangehensweise näher betrachtet werden. Ich greife diesen Fall heraus, weil wir eine Nachbesprechung im Beisein der Patientin durchführen konnten und so ein feedback über das Psychosomatische Gespräch bekamen.

Prof. Schüffel führte das Gespräch im Beisein der behandelnden Ärztin, die allerdings bei der Nachbesprechung nicht anwesend war, da inzwischen der in der Gemeinschaftspraxis mit ihr gleichberechtigt tätige Ehemann die Behandlung übernommen hatte.

Die Fallvignette zum Fall Frau D., die Herr Prof. Schüffel im Anschluss an das Gespräch anfertigte, ist äußerst aufschlussreich und lesenswert. Hier können aus Zeitgründen und zum Zwecke der didaktischen Erläuterung des Psychosomatischen Gespräches nur Auszüge und Fragmente daraus vorgestellt werden.

Der Kerngedanke des psychosomatisch orientierten Gespräches ist die Erkenntnis, dass Arzt und Patient autonom sind. Dies ist auch die Philosophie der Salutogenese. **Der Patient sieht prinzipiell das Problem anders als sein Arzt! Und dies gilt ausnahmslos für jede Arzt-Patienten-Beziehung!**

Um Ihnen Schritt für Schritt den Ablauf eines Psychosomatischen Gespräches zu erläutern, greife ich auf die Methode der sequentiellen Textanalyse¹ des schriftlich vorliegenden Textes über das Gespräch mit Frau D. vom 13. Januar 2007 in Bad Nauheim, zurück, dass W. Schüffel (2007) führte. Wolfram Schüffel hatte die Niederschrift bereits nach theoretischen und didaktischen Gesichtspunkten überarbeitet und eigene Überlegungen, sowie Anregungen durch DozentInnen und SeminarteilnehmerInnen auf der Matrix des von ihm federführend entwickelten „Bewegenden Seminars“ einfließen lassen. Die Analyse folgt dieser „Bewegung“ und ergänzt sie durch Anmerkungen, die sich aus einem psychoanalytischen und kommunikationstheoretischen Verständnis ergeben. Am Ende wird auf das Gespräch anlässlich der Wiedervorstellung der Patientin nach 10 Monaten im Gruppenkonsil in gleicher Weise einer Analyse unterzogen und untersucht, welche Schlüsse sich daraus für die Methode eines psychosomatischen kollegialen Gruppenkonsils ergeben. Die Falldarstellung steht exemplarisch für das **Psychosomatische Gespräch**, wie es über viele Jahre in Bad Nauheim von Schüffel, Rackwitz, Bruck, Maas und anderen Kolleginnen und Kollegen entwickelt wurde.

Die sieben Phasen des Gespräches

¹ Die **Sequentielle Textanalyse** ist ein soziologisches Verfahren. Es werden von oben nach unten, d.h. der Reihenfolge der Äußerungen folgend, Bedeutungsexplikationen vorgenommen. Teilweise unterschiedliche Varianten der Sequenzanalyse werden in der Objektiven Hermeneutik, in der wissenssoziologischen Hermeneutik sowie in der Konversationsanalyse zum Einsatz gebracht.

Die Probleme von Ärztin und Patientin werden getrennt und als *Doppelproblem und symptombezogen* dokumentiert. Diese Feststellung ist gleichbedeutend mit der **ersten Phase** des Gespräches.

Vorbemerkung: Zwei Patientinnen stellten sich im Januar 2007 in Bad Nauheim vor. Die eine war die Mutter, an der eine Herztransplantation durchgeführt worden war; die andere war die erwachsene Tochter dieser Frau. Die unter Schulterschmerzen litt. Anwesend waren ferner zwei Ärzte, genauer gesagt: ein Ärzteehepaar, Frau und Herr Drs. F., die abwechselnd die Mutter und/oder die Tochter behandelten. Daher hatte es der Untersucher, Prof. Schüffel, mit zwei Paaren zu tun, ohne dass zunächst klar war, wer die Patientin und wer behandelnder Arzt bzw. Ärztin war. Nach dem „Szenischen Verstehen“ (Argelander 1970) der Psychoanalyse offenbart sich bereits hier als *Szene*, was das *Symptom* bedeuten kann: Zwei Paare, die noch aneinander hängen im Sinne des „Doppelten Lottchens“ wie es der Untersucher, W. Schüffel, für sich notiert. Wie wichtig diese Anfangsszene ist, die zunächst für Verwirrung sorgte (Wer ist wer?), zeigte sich in der Nachbesprechung nach 10 Monaten, als nicht Frau Dr. F., wie besprochen und erwartet mit der Patientin erschien, sondern ihr Ehemann und Praxiskollege, Herr Dr. F.

Für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen ist nur festzuhalten, dass eine Anfangsszene, die hier für Verwirrung sorgte (wer ist die vorzustellende Patientin? Wer ist behandelnder Arzt bzw. Ärztin?) als „Urszene“, weil Eingangsszene, ihre Bedeutung haben muss. Um diese Szene zu erfassen und zu verstehen, sind gewisse Vorannahmen und –kenntnisse hilfreich.

Die Schwierigkeit, zu trennen und (sich) abzugrenzen im Sinne einer *Separation* (von der Mutter), ist ein zentrales Konzept der Psychoanalyse. Damit ist jene entwicklungspsychologische Phase nach Mahler (1975) gemeint, in welcher das Kind beginnt, dem Krabbelalter zu entwachsen und versucht, selbständig (autonom) zu gehen und damit weg-zugehen. Dabei läuft es von der Mutter fort und erwartet gleichzeitig, dass sie es bei dem rhythmischen Hin- und Rückbewegung unterstützt, damit es jederzeit zu ihr zurückkehren kann (Wiederannäherungsphase). Der Eindruck des Ungeklärten/ Ungetrennten zwischen Mutter und Tochter (Wer ist die Patientin?) und Ärztin und Arzt Ärzteehepaar (wer ist der/die behandelnde/ Arzt/Ärztin?) sollte pathognomische Relevanz erhalten.

Nachdem der Untersucher sich mit beiden Paaren geeinigt hat, wer der behandelnde Arzt sei – in diesem Fall übernahm Frau Dr. F. die Rolle der Behandlerin – und wer Patientin sei – hier drängte sich die Tochter, Frau D. in die Rolle der Patientin, obwohl es um das Thema Herz und nicht Schmerz ging – konnte das Gespräch beginnen.

Fangen wir mit der Problemstellung von Ärztin und Patientin an (Phase 1):

Problemstellung der Ärztin:

Die Patientin klagt über Schmerzen überwiegend im Schultergürtel. Die Patientin habe Probleme mit der „Trennung“. Sie verspanne sich seit der „Trennung“. Die Schmerzen haben in den letzten 4 Monaten zugenommen. Sie wisse als Ärztin nicht mehr weiter.

Problemstellung der Patientin:

Sie habe Rückenschmerzen, wenn immer sie sich bewege. Alles ziehe sich nach vorne zusammen und plötzlich verspüre sie wieder das Empfinden, dass sie nach hinten gezogen, gewissermaßen auseinander gezogen werde, wie ein „Expander“.

In dieser ersten Phase legt sich der Arzt auf das Hauptsymptom fest, das ihm als Focus für die weiteren Schritte des „Bewegenden Seminars“ dient. In diesem Fall ist das **Hauptsymptom** die Schulterschmerzen.

Das Bewegende Seminar als Psychosomatisches Gespräch wird als 7-phasiger Prozess beschrieben.

erste Phase („Symptombezogene Doppelproblematik“): Problem der Ärztin und Problem der Patientin. Das habe ich so eben erläutert.

zweite Phase („Jetzt-Anamnese“): Symptomatik in der unmittelbaren Gegenwart.

dritte Phase“): („Narrativ“): Vorgeschichte der Patientin aus gesundheitlicher und krankheitsbezogener Sicht.

vierte Phase („Regisseur“): Aus der Lebensgeschichte greift der Arzt symptombezogen die ihm für die Bewältigung des jetzigen Krankheitsbildes bedeutsam erscheinenden Familienereignisse heraus.

fünfte Phase („Individuum“): charakteristische Verhaltensweisen der Patientin schälen sich heraus, ebenso Übertragungs- und Gegenübertragungs-Verhaltensmuster.

Sechste Phase („Bewegung“): Wie konnte sich die Patientin als Individuum im Leben und in der Gesprächssituation frei bewegen?

siebte Phase („Rhythmik“): Körper geleitet werden Bewegungsräume mit der Patientin gemeinsam eröffnet, die die Patientin selbständig gestalten kann.

Sie wissen jetzt, dass das Psychosomatische Gespräch einen siebenphasigen Verlauf nimmt. Wie oben erwähnt, ist der Angelpunkt des Ärztlichen Gespräches das Symptom. Entlang des Symptoms entwickelt sich das Ärztliche Gespräch. Dabei gilt es für den Arzt die Bedeutungen hinter dem Symptom zu verstehen.

Das Symptom in seinen vier Bedeutungen:

1. Wünschen: Etwas **Wünschen** können
2. Wegschieben: Das Gewünschte **Wegschieben** wollen (unbewusst!)
3. Aufschieben: Spannungen aus dem Konflikt **Wünschen/Wegschieben** (s.o.) aufschieben
4. Auflösen: Spannungen der ungelösten Konfliktsituation **auflösen**

Merke: 2 x W und 2x A stehen für die 4 Bedeutungen des Symptoms

Das Psychosomatische Gespräch als Bewegendes Seminar

Mit der Methode der Sequentielle Gesprächsanalyse wird im folgenden das Ärztliche Gespräch wie es als Psychosomatisches Gespräch im Bewegenden Seminar konzipiert ist, näher untersucht.

Nach der Phase 1 („Symptombezogene Doppelproblematik“) leitet der Arzt in die **Phase 2** ein (Jetzt-Anamnese“) über. Er greift dabei das **Hauptsymptom** (Schulerschmerzen) auf und fragt die Patientin, seit wann das Symptom bestehe.

Die Patientin antwortet, sie habe 2002 bei einem „normalen Streitgespräch mit Ehemann“ verkrampft reagiert. Dabei zeigt die Pat. dem Arzt **gestisch** (nonverbal), wie sich die Verkrampfungen äußerten (**szenische Darstellung**). Der nonverbalen Äußerung kommt in der ersten Begegnung zwischen Arzt und Patientin eine große Bedeutung zu, sind über 80% der bedeutsamen menschlichen Kommunikation nonverbal (Luban-Plozza et al 2002)

Mit der nächsten Frage leitet der Arzt von der **Phase 2** („**Jetzt-Anamnese**“) auf die **Phase 3** („**Narrativ**“) über. Er will wissen, wie es mit den Verkrampfungen vor 2002 stand.

Davor habe sie „ganz normale“ Verspannungen beim Schreiben am Computer und Heben der Kinder gehabt. Aus seinem Erfahrungs- und Theorie-Hintergrund heraus weiß der psychosomatisch geschulte Arzt, dass die häufige Verwendung des Begriffs „Normal“ bei Patienten oft ein Ausdruck eines Bedürfnisses nach Selbständigkeit sein kann.

Mit seiner Frage: *Wie alt sind die Kinder?* ist der Arzt endgültig in der **Phase 3** („**Narrativ**“) des Gespräches angelangt. Die Patientin erwidert, ihr Sohn sei 11, ihre Tochter 7 Jahre alt. Darauf meint der Arzt, er könne verstehen, dass das Heben der großen Kinder Schmerzen bereite. Die *Konfrontation* ist eine Gesprächstechnik, die die vage Aussage der Patientin, sie habe „normale“ Schmerzen beim Heben der Kinder hinterfragt und zu einer Klarstellung und Selbstoffenbarung veranlasst.

Daraufhin muss die Patientin lachen und das „Eis ist gebrochen“. Sie spürt, dass Ausweichen sie nicht weiterbringt und ist bereit, sich auf das Gespräch einzulassen. Das ist die Voraussetzung für die Einstellung des **Arbeitsbündnisses**. Die Konfrontation (*Heben Sie Ihren 11jährigen Sohn?*) hat die Funktion, die im Gespräch immer wieder auseinanderdriftenden Ebenen, die sich aus dem spezifischen **Empfang der Botschaft** durch den Arzt und der beabsichtigten und **gesendeten Botschaft** der Patientin ergeben, abzugleichen und eine gemeinsame Verständigungsebene zu erreichen. Schulz von Thun (1996) weist in seinen „Vier Seiten einer Botschaft“ auf die Diskrepanz zwischen dem, was der Sprecher „sendet“ und dem, was der Empfänger versteht hin. Wenn beide Seiten um ein gemeinsames Verständnis bemüht sind, entsteht ein *Arbeitsbündnis*, das die Basis jeglichen erfolgreichen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gespräches darstellt.

Nun tastet sich der Arzt entlang von Symptomen und Krankheiten an die dahinter verborgene Lebensgeschichte heran. Er fragt nach der **Krankheitsanamnese**.

Die Patientin erwähnt, dass sie sich 1987 eine Platzwunde an der Kopfschwarte zuzog, als sie in der Küche vor ihrer Mutter eine Pirouette vollzog und sich dabei an dem Hängeschrank stieß. Aha, denkt der Arzt, das ist wohl eine Folge des Bewegungsdranges und erinnert sich an den „Expander“.

Während er dies denkt, stellt er eine erste Beobachtung an. Er bemerkt wie bei der obigen Erzählung der Patientin mit der Pirouette, Mutter und Tochter, die er zu Beginn des Gespräches als Doppeltes Lottchen wahrgenommen hatte, auseinanderrücken. Dabei kommt ihm der Gedanke, dass die Patientin „expandieren“

will. Diese Expansion könnte die Separation, den Trennungswunsch symbolisieren. Dieser Trennungswunsch wäre dem nach der **bewusste Wunsch** und entspräche dem ersten **W** des WWAA-Bedeutungsschemas.

Nun stellt der Arzt eine zweite Beobachtung an. Er sieht, wie die Mutter ihre Hand auf die Herzregion legt. Indem er seine beiden simultanen Beobachtungen zusammenführt bildet sich bei ihm das Gegensatzpaar *Mutterherz versus Schulterexpansion*.

Die Patientin fährt fort, sie sei immer körperlich aktiv gewesen. Schwimmen sei aber stets mehr ein Beaufsichtigen der Kinder gewesen.

Während sie dies sagt beobachtet der Arzt wie sie plötzlich wieder depressiv-verhangen wirkt und er spürt eine lähmende Stimmung. Er spricht seinen Gedanken aus, den die Patientin aufgreifen kann: *„Die Situation hat auch etwas Lähmendes...“*

An dieser Stelle reift aus dem bisherigem Verlauf im Arzt eine theoretische Überlegung heran: Er sieht einen **Dreiklang: Schulterschmerz, Lähmendes, szenisches Handauflegen**. Er begreift für sich die Lähmung als Teil des Symptoms Schulterschmerz und damit als „Grundton“ des Symptoms an sich.

Mit seiner nächsten Frage leitet der Arzt **Phase 4 („Regisseur“)** ein. *„Wo bleiben die Männer in Ihrem Hause?“*

Dieser Schritt erfordert eine Erläuterung. Im Psychosomatischen Gespräch versucht der Arzt entlang des Symptoms eine zeitliche Entwicklung herauszuarbeiten. Mit **Regisseurtätigkeit** ist gemeint, dass der Arzt aktiv darum bemüht ist, die *Stimmung* und das *Symptom* auf Menschen und Abläufe ihres Lebens zu beziehen, sie szenisch sichtbar werden zu lassen, sie *einstellungsmäßig* wahrzunehmen.

Hierzu geht der Arzt folgender Maßen vor: Er registriert die **biographische Angaben und die Empfindungen**, die immer wieder assoziativ zum **Symptom** genannt werden und verknüpft sie zu Assoziationen zum Symptom. Er sagt daher:

„Ich erlebe Sie wie gelähmt. Sie sprechen von permanentem Ärger und von der Trennung. Welche Trennung war das und wie hat sie sich vollzogen?“

Die Patientin greift das Angebot des Arztes, welches einem vor-bewussten Zustand entspricht, nämlich den Zustand der Lähmung zu benennen, auf und bestätigt: *„Ja, ich bin wie gelähmt.“* (**Selbstoffenbarung**).

Um sicher zu sein, dass die Patientin nicht bloß suggestiv antwortet, sondern dass er mit dem Konzept der „Lähmung“, dass er im Gespräch mit ihr stimmungsmäßig und averbal erfahren hat, auf der richtigen Fährte ist, wiederholt er seine Deutung: *Ich will nachhaken: Sie können zustimmen?*

Nun berichtet die Patientin von sich aus von schwerwiegenden Konflikten mit ihrem Ehemann. Ab 2000 hätten die Schwierigkeiten mit dem Ehemann sich verschärft, so dass sie ab 2002 getrennte Zimmer bezogen hätten. Sie habe einen neuen Mann kennen gelernt und 2005 sei ihr Ehemann ausgezogen und habe sie seither mit „Telefonterror“ überzogen.

Bisher war nur von Symptomen die Rede gewesen. Jetzt lässt die Patientin den Arzt ein wenig an ihrer Lebensgeschichte teilhaben. Darauf stellt sich der Arzt ein, bzw. gesprächstechnisch um. *Was für Mann ist der Ehemann?* Es interessiert den Arzt dabei, mit welchen Persönlichkeiten aus ihrer Herkunftsfamilie sie sich vergleicht.

Die Patientin fühlt sich eingeladen konkreter zu werden. Sie berichtet, dass sie 1985 ihren späteren Ehemann auf der Schule kennen gelernt habe. Er sei 3 Jahre älter gewesen. Die Heirat erfolgte 1992. Er sei ruhig und zurückgezogen gewesen. „Eigentlich ist er das Gegenteil von mir,“ stellt sie fest. Sie habe bald darunter gelitten, dass sie nur wenig gemeinsame Aktivitäten und Freunde hatten und sich isoliert, allein gelassen gefühlt. „Ich kriegte keine Luft.“ Parallel dazu bekam 2000 die Mutter „keine Luft“, weil sie an massiver Herzschwäche litt, was letztendlich zu der Herztransplantation führte. Nun musste sie sich nicht nur um ihr eigenes Kinder kümmern, sondern auch noch um die kranke Mutter, die depressiv und suizidal wurde. Dazu kam, dass 2004 das erste Kind des Bruders geboren wurde.

Der Arzt denkt: *Aha: es gibt also einen Bruder.* Psychodynamisch spielt es im Erstgespräch eine Rolle, wenn ein wichtiges Familienmitglied oder ein Partner, gar nicht oder nur am Rande erwähnt wird. Es zeigt sich meist, dass die Beziehung zu dieser Person zwar wichtig, aber problematisch ist und deswegen Weggeschoben (bewusst) oder sogar (ins Unbewusste) verdrängt werden soll.

Jetzt erläutert die Patientin, dass die Mutter den brüderlichen Enkel bevorzugte, wie einst den Bruder, der als Kleinkind kränkelte.

Da die Position in der Geschwisterreihe und der Altersabstand psychodynamisch nicht unerheblich sind, fragt sie nun der Arzt: *Wie alt waren Sie als ihr Bruder geboren wurde?* Darauf antwortet die Patientin.: *2 Jahre.*

Ein Geschwisterchen wird somit in der Autonomiephase der Patientin geboren. Als ob dies nicht genug wäre, bekommt der Bruder, der kränkelte mehr Auf-

merksamkeit. Ein reibungsloses Durchlaufen dieser Lebensphase erscheint daher unwahrscheinlich. Hier kann der erfahrene Arzt den psychodynamischen Kernkonflikt ansiedeln. Dies gelang im Bewegenden Seminar der Gruppe der Ärzte und Dozenten jedoch erst aus der Analyse des Gesamtgespräches im Anschluss an das Gespräch. Das ist auch in der Praxis so, dass sich der **zentrale Konflikt** erst aus der Zusammenschau des Gespräches samt der sich darin widerspiegelnden Stimmung mit der Auswertung von Übertragung und Gegenübertragung ergibt.

Die Patientin sagt: „*Ich wurde zur Ansagerin im Hause*“. Hiermit tritt das Gespräch in die **Phase 5 („Individuum“)**. Hier sind die Äußerungen des Individuums als Subjekt hervorgehoben in der Bewegung zu den Anderen. d.h. wie es sich in der Interaktion zu ihnen wahrnimmt. In diesem Fall übernimmt die Patientin eine Rolle, die der Ansagerin und übernimmt sich dabei. 2002 kam es überraschend schnell zur Herztransplantation des Herzens der Mutter. Während ihr Vater und Bruder passiv blieben, habe sie, die Patientin angesagt, dass die Transplantation zu erfolgen habe. Nach dem operativen Eingriff sei die Mutter depressiv und suizidal geworden und die Patientin sei eine Stütze für alle gewesen. Sie „funktionierte“; pflegte die Großmutter bis zu deren Tod 2003 und kümmerte sich um die Restfamilie. Die Schilderung beinhaltet schwere psychische und physische (Über)lastung, die als der Patientin als solche **nicht bewusst** sind. **Bewusst** ist ihr nur der **Schmerz in der Schulter**. Psychosomatische Patienten denken konkretistisch. Die symbolische Bedeutung „Soviel zu schultern kann schmerzhaft sein“ ist ihnen nicht unmittelbar zugänglich.

Der Arzt: stellt nun Überlegungen zum Symptom an. Er denkt: „Die Patientin **schulterte und schulterte** und WÜNSCHTE sich, die Dinge erfolgreich zu **schultern**. – Zutiefst wünschte sie sich, diese Last nach hinten von der **Schulter abzuwerfen** („**Expander**“).

Nach den Überlegungen zum **bewussten Wunsch**, dem ersten **W**, stellt der Arzt eine Hypothese über den **unbewussten Wunsch** an, dem ...WEGSCHIEBEN, dem zweiten **W**. Sie will **alles loswerden**, frei sein. Pat. lässt sich regelmäßig von ihrer Ärztin wegen Rückenbeschwerden behandeln. Im Konflikt zwischen **Schultern und Abwerfen** konnte sie keine Lösung finden (AUFSCHIEBEN, dem ersten **A**) Der ungelöste Konflikt wird mittels des **Symptoms** aufgeschoben, obwohl ihre Hausärztin ihr Verständnis entgegenbrachte. Denn sie wünschte sich geradezu offen, alles hinwerfen zu **können**. Zum Symptomausbruch kommt es anlässlich der Geburt des brüderlichen Enkels 2004 und der intimen Kontakte mit dem neuen Partner (Er war „ganz anders“). Der neue Partner nahm ihr ohne zu fragen Lasten von der Schulter ab. **Psychoanalytisch** betrachtet kommt es zum Symptomausbruch, weil die Abwehr, z.B. mittels Verdrängung aufgrund des Leidensdruckes versagt. Zeitlich kommen zwei zentrale Konflikte zusammen: 1. Die Geburt des brüderlichen Neffen bzw. Enkels der Mutter

wiederholt das „Kindheitstrauma“ der **Autonomiephase**. Der Nachkömmling zieht die ganze Aufmerksamkeit der Mutter auf sich und ihr bleibt nichts! 2. Der neue Partner, der im Gegensatz zum Ehemann ihr Lasten abnehmen kann, so dass sie sich frei bewegen kann, bringt sie in eine **Versuchungssituation**, weil er ohne es zu wissen, ihren unbewussten Wunsch erfüllt, Verantwortung und Last abwerfen, um dem Leben (und der Sexualität) zu frönen! Weil aber die unbewusste Wunscherfüllung mit der Geburt des Neffen alias damaligen Geburt des Bruders zusammenfällt, wird dieses mit eigener Vernachlässigung assoziierte Ereignis als Strafe für die Wunscherfüllung missverstanden. Es kommt zu einer **unbewussten Angst** vor Vergeltung für die Wunscherfüllung und somit zur **Symptomausprägung**, die symbolisch den unbewussten Wunsch („expandieren“) und gleichzeitig die Bestrafung (Schmerzen) enthält. Solange das Symptom beiseite geschoben wird oder ohne Inhalt an ihm herumgedoktert wird (Spritzen) ohne es in seiner Bedeutung und Brisanz zu verstehen, wird die Patientin die Konfliktauflösung immer weiter aufschieben müssen und werden sich die Ärztin und die Patientin in wohlgemeinte aber frustrane Therapieversuche erschöpfen.

Nun fasst der Arzt das bisherige Material und seine diesbezüglichen Hypothesen zusammen. Er überlegt: *die Ärztin zeigte sich mitfühlend, es wurde ein Rehabilitationsverfahren angesteuert. Trotzdem nahm der Druck zu! Die Patientin expandierte ihren sozialen Bewegungsraum – und zugleich wurde sie durch ihre Beschwerden noch stärker eingeschränkt.* Er kann aus den bisherigen Beobachtungen und Überlegungen eine Bewegung erkennen: Damit tritt das Gespräch in die **6. Phase** („**Bewegung**“). Es geht um ihre Selbst-Ständigkeit und um die Wiederannäherungsphase (im 2. -3. Lebensjahr als Teil der Autonomiephase). Damit ist der **zentrale Konflikt** erkannt und benannt.

Arzt stellt sich die folgenden Fragen: Was brachte sie in die noch stärkeren Schmerzzustände hinein? Was stand dem Wunsche entgegen, Selbständigkeit zu erringen?

Um diese Fragen geht es im kollegialen Austausch und bei der Vertiefung des Symptoms (vgl. **Bewegendes Seminar**) im Anschluss an das Patientengespräch. Es geht dabei darum, den Grundkonflikt im Leben der Patientin herauszuarbeiten und ihr in ihrem Beisein zu vermitteln.

In diesem Fall spielte sich der Kernkonflikt um das zweite Lebensjahr herum ab. In dieser Phase des Loslassens von der Mutter und der Wiederannäherung an sie, geht es um die Erlangung von **Autonomie**. Die Mutter war anscheinend nicht ausreichend für die kleine Patientin präsent, als ihr Bruder geboren wurde, zumal er darüber hinaus kränkelnd weitere Aufmerksamkeit auf sich zog. Der Organismus *er-Innert* sich dieser Erfahrung, ohne sie bewusst erinnern zu können.

Diese Theoretischen Überlegungen, die Kranken- und Lebensgeschichte, sowie die **Übertragungs-** und **Gegenübertragungsmustern** während des Gespräches überträgt der Arzt auf die AKTUELLE Situation: In ihrem 34. Lebensjahr (so alt ist sie zum Zeitpunkt des Bad Nauheimer Gespräches) ist die Patientin **verunsichert** a) durch tödliche Bedrohung der Mutter (Angst vor Objektverlust bei gleichzeitiger Realisierung von unbewussten Racheimpulsen im psychoanalytischen Verständnis), b) durch das bevorzugende Verhalten der Mutter gegenüber dem brüderlichen Enkel (Wiederholung des Kernkonfliktes, s.o.). Ihr Selbst ist nicht mehr fühlbar, noch schlimmer: nicht mehr empfindbar.

ZUSAMMENFASSEND: In ihrer frühen Autonomieentwicklung hat die Patientin eine *Vulnerabilität* entwickelt, eine geradezu somatopsychosomatische Verletzlichkeit. Sie hatte diese Verletzlichkeit durch übersteigerte Aktivität (Ansagerin) **wegschieben** wollen. Nach der ersten Bedeutung des Symptoms in Form des bewussten Wünschens stellte sich hier die zweite Bedeutung des Symptoms in Form des **unbewussten WEGSCHIEBENS** heraus.

Nun folgt die **7. Phase („Rhythmik“)**. Der unbewusste Grundkonflikt ihres Lebens besagt: Je selbständiger sie war, um so nachhaltiger würde sie der Mutter die mangelnde Fürsorge vorwerfen, um so nachhaltiger drohte ein Rückzug der Mutter. Diese Mutter war nicht ausreichend verinnerlicht worden. Das war der Ausgangspunkt bisherigen **AUFSCHIEBENS** gewesen. Damit wurde die Gefahr um so größer, nicht auf die Mutter in sich, in ihrem Körper zurückgreifen zu können.

Am Ende des Arztgespräches atmet die Patientin in Gegenwart ihrer Ärztin freier, sie sieht der Mutter voll ins Gesicht. Sie hört von der Mutter, dass die Männer in der Familie in der Tat ausgefallen waren.

Jetzt kommt der Arzt dazu, seine Überlegungen zur Rhythmik zu formulieren: Die Herzen der Frauen hatten geradezu physiologisch hart gearbeitet. Diese Frauen hatten entweder einen Herzinfarkt erlitten oder wie die Mutter eine dilatative Kardiomyopathie. Ein Rhythmus deutet sich an. Aus dem „Doppelten Lottchen“ werden zwei selbstständige Frauen, die nicht mehr nur „funktionieren“, sondern anders miteinander „kommunizieren“.

Die Gruppe der Ärzte, die dem Gespräch beigewohnt hatten, diskutiert mit der anwesenden Patientin den **„nächsten kleinen Schritt“**: Sie möge mit der Ärztin den künftigen Weg besprechen; mit dem neuen Partner die Aufgaben festlegen; der Mutter sagen, dass sie selbständig über ihren Umgang mit den Kindern entscheiden würde; sie würde es entsprechend IHREM Herzen tun.

Mit der Annahme der Patientin der Anregungen durch die Gruppe von Ärzten, stellvertretend für ihre Hausärzte, beginnt die Phase des AUFLÖSENS, dem letzten A.

Gewöhnlich hören die Gespräche in Bad Nauheim an dieser Stelle auf. Gelegentlich kommt es zu einer mündlichen Mitteilung der Ärztin oder des Arztes, wie es in der Praxis weitergegangen war. In diesem Fall konnte eine Nachexploration direkt mit der Patientin stattfinden, weil sie der Einladung gefolgt war, sich mit ihrem Arzt zu einem Folgegespräch wieder einzufinden. In Wirklichkeit dürfte in der Alltagspraxis die Wiederkehr der Patienten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung die Regel sein und die hier vorgefundene Situation daher symptomatisch sein.

NACHTRAG: 10 Monate Später

Frau D. erscheint in Begleitung Ihres Arztes Herrn Dr. F. ohne dessen Frau, die ursprünglich als zuständige Ärztin für Frau D. vorgesehen war, zum Gruppensitzung zur Nachbesprechung in Bad Nauheim. Das Gespräch führt erneut Prof. Schüffel. Ein Ausschnitt aus dem Gespräch:

Arzt: Was hat sich in 10 Monaten abgespielt?

Pat.: Ich habe viel aus der Nachbesprechung mitgenommen und daheim umgesetzt. Erst war der Schulterbereich noch schmerzhaft. Meine Umwelt hat verstanden, dass sie viele Fehler gemacht hat.

Arzt: Sie haben eben die Ärmel hochgekrempt. Die explizite Kommentierung der nonverbalen Mitteilungen (s.o.) der Patientin ermöglicht einen Einstieg in die unbewusste Problematik.

Pat.: (unsicher, verlegen) Ja...nee... (Der Arzt erkennt die Ambivalenz der Patientin, kommentiert sie jedoch erst später). Ich habe denen gesagt: bis hierher und nicht weiter.

Arzt: Sie haben mit dem Fuß ausgeholt, als wollten Sie einen Fußtritt geben. Erneut wird die non-verbale Kommunikation durch den Arzt „zur Sprache gebracht“ und damit dem Gespräch zugänglich gemacht.

Pat.: Ich habe keine Schmerzen mehr. Manchmal, wenn Mein Mann anruft, kommt es wieder. Es zeigt sich, dass die Patientin durch „Ärmel hochkremeln“ ihre Situation am Arbeitsplatz geregelt hat, die Scheidung vorangebracht hat und mehr Abstand zur Mutter bekommen hat. Sie fährt fort: Ich habe aus dem Ge-

sprach im Januar gelernt, von mir aus die Rote Karte zu zeigen. Es geht mir gut ohne Schmerzen.

Arzt: Das ist mir zu glatt! Die Lebenserfahrung lehrt, dass Konflikte sich nicht unmittelbar auflösen, sondern erst allmählich in einem langwierigen Prozess, der auch Rückschläge kennt. Die „glatte“ Erfolgsgeschichte der Patientin dürfte mehr ihrem Kernkonflikt, es der Mutter recht zu machen – und damit dem Arzt in der Übertragungssituation – als der Realität nahe kommen. Durch die Technik der Konfrontation (s.o.) zeigt der Arzt, dass er sich nicht wie die Mutter beschwichtigen lassen will, sondern ein Interesse an den wahren Verhältnissen der Patientin hat.

Nun fragt der untersuchende Arzt (Prof. Schüffel) den Hausarzt, Dr. F., ob er eine Erklärung habe, warum Frau D. zu ihm gewechselt sei und nicht bei seiner Frau geblieben sei, wie ursprünglich geplant. Seine Aussage hierzu: „Ich konnte es besser zulassen, dass sie nach außen aggressiver wurde.“

Psychodynamisch ist diese Antwort schlüssig. In der „anal Phase“ spielt der Vater für das Gelingen der Wiederannäherungsphase eine wichtige Rolle, wenn er das expansive, teilweise aggressive Verhalten des kleinen Kindes nicht nur auffängt, sondern sogar fördert (man denke beispielsweise an das „wilde Toben“ der Väter mit ihren kleinen Kindern). Er bestätigte im weiteren Nachgespräch den Eindruck des Untersuchers, dass es nicht „glatt“ lief, weil sie trotz Besserung der Beziehung zur Mutter weiterhin über Schulterschmerzen klagte. Interessanterweise verlagerte sich die Aggressivität in der Übertragung in die partnerschaftliche Beziehung des Arzt-Ehepaares: Dr. F.: „Wegen ihr bekamen meine Frau und ich Streit, Ich bekam die volle Breitseite ab“

Arzt (zur Pat.): Kann es sein, dass Sie in der Fantasie wieder zur „Ansagerin“ wurden, weil die anderen vor der Verantwortung zurückschrecken?

Pat.: Diese Rolle habe ich nicht mehr. Mein Partner gibt mir Rückhalt. Ich weiß, dass ich nicht allein verantwortlich bin.

Dr. F. erläutert, dass der neue Partner der Patientin beim Arbeitgerichtsprozess hinter ihr gesessen habe, um ihr eine Stütze zu sein. Arzt und Patientin greifen somit das **körperliche Symptom** des Schulterschmerzes auf und geben ihm seine **symbolische Bedeutung** zurück: „Rück(en)halt“ und „Stütze“. Damit wird der Schritt vom Körperlichen zum Psychischen eingeleitet, was als Progression zu sehen ist. Dr. F. fährt fort, dass die Mutter seit der Distanzierung der Patientin wieder Ekzeme („**Nähe-Distanz-Krankheit**“) bekommen habe, aber sich seitdem wieder um eine Psychotherapie bemüht habe.

Arzt: Jeder bewegt sich. Gemeint ist, dass alle an der Konfliktkonstellation beteiligten Partner sich bewegen, so dass die Auflösung der im Symptom gebundenen Konflikte, gelingen kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Das **Psychosomatische Gespräch** beruht in erster Linie auf die **Simultandagnostik**, das klassische Arztgespräch auf die Ausschlussdiagnostik. Während letztere in einer Hierarchiebildung die psychische Verursachung hinten an stellt und in aller Regel mit der Aussage. „Sie haben nichts!“ – gemeint ist: nichts Organisches – zusammenfallen lässt, behält erstere die somatische Genese ebenso im Blick wie die psychische, eine iatrogenen Fixierung psychisch Erkrankter auf eine somatische Genese zu vermeiden.

An Hand der Exemplifizierung eines Psychosomatischen Gespräches, wie es im Rahmen des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung in Bad Nauheim geführt worden ist, mittels der sequentiellen Textanalyse und entlang der didaktischen Aufarbeitung in den **sieben Phasen des Bewegenden Seminars** (www.schueffel.com, 2005, Schüffel 2008) sollte gezeigt werden, wie im Gespräch zwischen Arzt und Patient beide Gesprächspartner unterschiedliche Erwartungen an die Behandlung einer zunächst diffusen Erkrankung haben, die sich zunächst nur über ein oder mehrere Symptome äußert. Durch die Auflösung der Krankheitsgeschichte (Anamnese), die unzertrennbar mit der Lebensgeschichte verknüpft ist (s. auch die Anamneseaparel, Atmanspacher 2005) und zwar entlang des **Symptoms** können beide Positionen, die des Arztes und die seines Patienten, auf einen Nenner gebracht werden und zum nächsten kleinen (!) Schritt führen. W. Schüffel (2007) konnte in dem vorliegenden Ärztlichen Gespräch mit Frau D. zeigen, wie sich der Gesprächsverlauf in sieben Phasen unterteilen lässt und das Konzept von **Wünschen/ Wegschieben/ Aufschieben/ Auflösen** nachvollziehbar wird. Meine eigene analytische Aufarbeitung der Textsequenzen verdanke ich seiner Aufzeichnung der Fallgeschichte, die er um eigene Überlegungen mit Bezugnahme auf das Konzept des Bewegenden Seminars ergänzt hat. Für diese Vorarbeit möchte ich Prof. W. Schüffel ausdrücklich danken.

Das Nachgespräch, das hier aus eigenen Notizen im Ausschnitt wiedergegeben wird, erlaubte die Hypothesen am Ende des Bewegenden Seminars zu überprüfen. In meiner Textanalyse habe ich versucht, die Hintergründe für die ärztlichen Überlegungen bei der Psychosomatischen Gesprächsführung, wie sie in über 20 jähriger Arbeit im **Bad Nauheimer Modell** erarbeitet worden sind, aus psychosomatischer und psychoanalytischer Sicht zu beleuchten. Dem auf diesem Gebiet noch unerfahrenen Arzt soll hiermit ein Eindruck ermittelt werden, wie in der Psychosomatischen Grundversorgung – und letztendlich in jedem Arzt-Patienten-Gespräch – Theoretisches Hintergrundwissen sich mit den wachen

Sinnen des Arztes zu einer komplexen, aber in sich schlüssigen Gesamtschau des Patienten vereinen.

Literatur

- **Argelander, Hermann (1970):** Das Erstinterview in der Psychotherapie, Erträge der Forschung, Bd. 2, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- **Atmanspacher, Doris (2005ff)** Anamneseparabel in www.schueffel.com
- **Hahn, Peter (1988):** Ärztliche Propädeutik. Gespräch, Anamnese, Interview . Springer-Verlag, Heidelberg New York
- **Luban-Plozza, Boris/ Laederbach-Hofmann, Kurt/ Knaak Lothar/ Dickhaut, Hans H. (2002):** Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- **Margaret S. Mahler (1975)** The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation: By Margaret S. Mahler, Fred Pine, and Anni Bergman. New York: Basic Books, Inc., 1975. 308 pp.
- **Schüffel, Wolfram (2005):** Das Bewegende in: www.schueffel.com
- **Schüffel, Wolfram (2007):** Fallgeschichte 16.02.2007. Überarb. 12.11.07 in: www.schueffel.com
- **Schüffel, Wolfram, W. Merkle, P. Frevert, L. Rackwitz, D. Atmanspacher, A. Schoeppner (2008):** Freude an der Fortbildung: Psychosomatische Grundversorgung. Bewegendes Seminar, Symptomzentrierung und Sinnfindung. in: Hess. Ärzteblatt, 2/2008 S. 88-90.
- **Schulz von Thun, Friedemann (1996):** Miteinander Reden. Störungen und Klärungen. Rororo Sachbuch, Bd 1. Reinbek bei Hamburg, 1991, Neuauflage