

16. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,
28. – 20.05.2010

Praktische Überlegungen zu krankheitsspezifischen Inszenierungen beim Erstgespräch anhand des stattgehabten Erstgespräches

©: Pierre E. Frevert 2010

Anschrift: pierre.frevert@dgn.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

1. Vorbemerkung

Für eine Familie ist es oft eine große Herausforderung den Alltag mit Kindern und Jugendlichen zu meistern. Dabei gilt es zu berücksichtigen, ob das Kind gerade erst geboren wurde, ein Säugling oder Kleinkind ist oder Schulkind oder gar junger Erwachsener. Schwierigkeiten können sich in jeder Entwicklungsphase ergeben. Das gilt insbesondere, wenn:

- Das Kind zu früh geboren ist
- Das Kind mit einer Erkrankung oder Behinderung zur Welt gekommen ist
- Ein Elternteil körperlich oder seelisch erkrankt ist
- Die Eltern noch sehr jung sind oder ein Elternteil allein die ganze Verantwortung trägt
- Eine Pflege- oder Adoptivfamilie ein schwieriges Kind bei sich aufgenommen hat
- Das Kind in Kindergarten und/oder Schule auffällt.
- Das Gefühl auftritt, mit dem Kind/Jugendlichen nicht mehr weiter zu wissen

Das **psychosomatische Erstgespräch** dient dem Erkennen der Bedeutung von Beziehungsaspekten zwischen Kind, Familie und Arzt, es schafft ein Arbeitsbündnis und verlangt die Reflexion über die Wirkung ärztlicher Botschaften.

2. Medizinische Herangehensweise

Die medizinische Herangehensweise geht von der genauen Bestimmung der Pathologie aus, um eine sich daraus ableitende Handlungswege zu beschreiben. Dabei ist die somatische Sichtweise oft um soziale und psychologische Dimensionen ergänzt. In der psychosomatischen Herangehensweisen, lassen sich die sozio-bio-psychodynamischen Bestandteile nicht voneinander trennen. Vielmehr bedingen sich diese drei Aspekte gegenseitig.

Die multiaxiale Diagnostik

Im „Multiaxialen Klassifikationsschema“ (MAS) der WHO nach der ICD-10 und in der multiaxialen Version des DSM IV finden sich diese Grundsätze verwirklicht (siehe Abbildung 1).

Das „MAS“ ist in kinder- und jugendpsychiatrisch-psychosomatischen Einrichtungen in Europa weit verbreitet, es liegen umfangreiche empirische Erprobungs- und Reliabilitätsstudien vor.

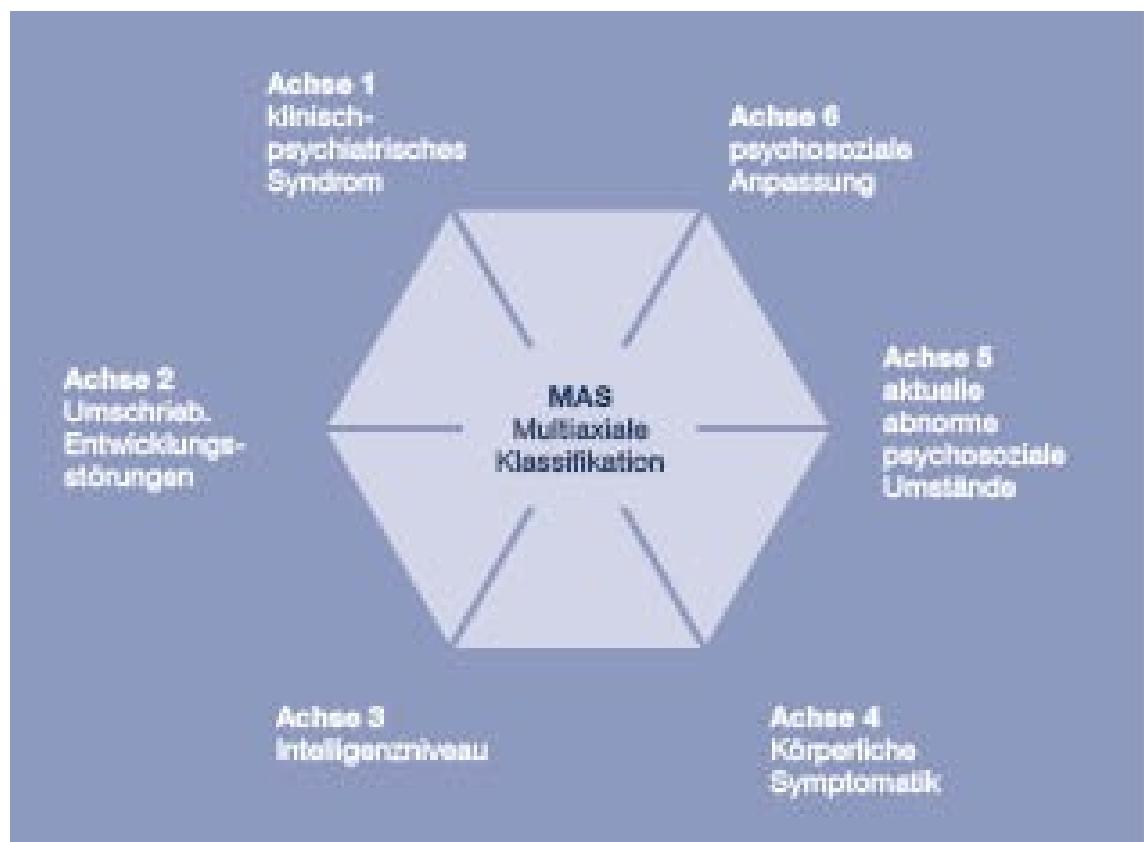


Abb 1.: Graphische Darstellung des MAS (Multiaxiales Klassifikationsschema) als ganzheitliches Modell B. Hackenberg, Wien, [Psychopraxis 1/2009](#) © 2009 Springer-Verlag GmbH, [Impressum](#)

I. Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom

Kategorien der ICD 10 unter Einbeziehung kinderpsychiatrischer Kategorien, die überwiegend unter F8 und F9 zusammengefasst sind, und auch jene altersunabhängigen Kategorien, die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Symptomen beschreiben.

II. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

- **F80:** Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- **F81:** Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
- **F82:** Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- **F83:** Kombinierte, umschriebene Entwicklungsstörung

III. Achse: Intelligenzniveau

Maßstab ist der Intelligenzquotient, gemessen oder geschätzt; neun Kategorien, die auch überdurchschnittliche Intelligenzgrade berücksichtigen.

IV. Achse: Körperliche Symptomatik

Entsprechend den Kategorien der ICD 10 mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik sowie chronischer Krankheiten (Diabetes Mellitus, chronisch entzündliche Erkrankungen, cystische Fibrose, onkologische und kardiologische Erkrankungen etc.)

V. Achse: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Neun inhaltlich unterschiedliche Bereiche zur Erfassung bedeutsamer psychosozialer Belastungen z. B.

- Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
- Psychische Störungen/abweichendes Verhalten (Elternteil)
- Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- Belastende Lebensereignisse des Kindes

VI. Achse: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Zehnstufige Skala zur Einschätzung des individuellen psychosozialen Adaptationsniveaus. Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen:

- Allgemeinbevölkerung und kinderärztliche Praxen: 10-15 Prozent
- Kinderkliniken: 20-40 Prozent

Quelle: Wem gehört die Psychosomatik? 4. März 2009 in:
www.springermedizin.at/.../psychiatrie-und-Psychotherapie

3. Psychosomatische Herangehensweise

Bei den psychosomatisch-psychotherapeutisch diagnostischen Methoden steht weniger die Deskription (Beschreibung) und die Klassifikation von Störungen im Vordergrund als die Erklärung von Problemkonstellationen und daraus abzuleitenden therapeutischen Behandlungsempfehlungen.

In der psychodynamischen Diagnostik steht die Erfassung von Strukturen der Persönlichkeit, Konflikten und von interpersonellen Beziehungskonstellationen in Gegenwart und Vergangenheit, insbesondere der unbewussten Prozesse im Vordergrund.

In der verhaltenstherapeutischen Diagnostik steht das beobachtbare Verhalten, das subjektive Erleben (Emotionen und Kognitionen) und psychophysiologische Reaktionen im Vordergrund einer strukturierten Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse.

Die diagnostische Haltung ist, dass das Symptom, mit dem der Patient sich an den Psychotherapeuten wendet, sinnvoll und verstehbar auf dem Entstehungshintergrund ist und zwar dem aktuellen wie dem infantilen und eine lernpsychologische oder psychodynamische Klärung findet.

Quelle: Paul L. Janssen Letzte Aktualisierung 25.01.20101 in:
www.medfuehrer.de/.../Psychosomatisch-psychotherapeutische-Diagnostik-Hintergrund.html

4. Szenische Verstehen

Das Szenische Verstehen ist ein psychoanalytisches Konzept, dass von den Psychoanalytikern und Forschern **Hermann Argelander** (1920 – 2004) und **Alfred Lorenzer** (1922-2002) entwickelt wurde. Argelander (1970) stellt in seinem Buch

„das Psychotherapeutische Erstinterview das moderne Konzept des Erstinterviews in der Psychotherapie vor. „Bereits in der *Vorbemerkung* geht der Autor auf die Erhebung und Verlässlichkeit der Daten ein, die sich aus drei Quellen speisen: die *objektiven Informationen* (biographische Anamnese), *subjektive Informationen* (Betonung der gemeinsamen Arbeit mit dem Patienten) und die *szenischen* oder *situativen Informationen* (unbewusste Beziehungs dynamik). Die Besonderheit der *Ungewöhnlichen Gesprächssituation* wird im gleichnamigen Kapitel deutlich. Aufgrund der Rahmenbedingungen als technisches Instrument bekommt der Aufbau und Ablauf des Gesprächs Struktur. Durch die Verwendung konkreter beispielhafter Auszüge aus Erstgesprächen gewinnt der Leser einen nahen Eindruck von der (Wechsel-) wirkung der Gesprächssituation“ (Reboly, 2008, S. 17) Lorenzer hat Argelanders klinisches Konzept des Szenischen Verstehens übernommen und theoretisch weiterentwickelt. Erstmals entfaltete Lorenzer das „szenische Verstehen“ als Schlüsselbegriff in seiner Arbeit *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*, um die psychoanalytische Methode gegenüber Nicht-Psychoanalytikern zu erläutern. Lorenzer sah mehrere Sprachebenen neben- und übereinander. In der (1970). Alltagskommunikation dominiere die verbal-diskursive Sprachebene mit eher alltäglichem oberflächlichem Symbolcharakter. Daraus ergaben sich für Lorenzer mehrere Verstehensebenen:

- *Logisches Verstehen* des sachlichen Gehalts von Kommunikation und Interaktion (Verstehen des Gesprochenen),
- *Psychologisches Verstehen* des emotionalen Beziehungsgehalts (Verstehen des Sprechers),
- *Szenisches Verstehen* derjenigen Muster einer Szene, welche die Lebensäußerungen mitorganisieren (Verstehen der Situation),
- *Tiefenhermeneutisches Verstehen* der in Szenen verborgenen Wünsche und Abwehrvorgänge.

„Szenisches Verstehen“ meint das, was sich in der Interaktion zwischen Menschen abspielt, bewusst oder unbewusst. Letzteres ist für die bewusste Integration bisher verborgen gebliebener Lebensentwürfe wichtig.

Das Szenische Verstehen im Erstinterview nach Argelander lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Der Arzt versteht die Therapieszene auf den Hintergrund des aktuellen Konfliktes und der genetischen Figur, d.h. der anamnestisch gewonnenen Beziehungsfigur. Zu seiner Erkenntnis kommt er, weil Menschen in Beziehungen die gleichen Reaktionstendenzen zeigen. Der Arzt beobachtet also die verbalen und non-verbalen Äußerungen des Pat. und insbesondere die in ihm ausgelösten Gefühle (Gegenübertragung). Als Szenische Essenz wird die Figur mit dem Hintergrund der anamnestisch gewonnenen Konflikte in Beziehung gesetzt. Eine Evidenz ergibt sich, wenn Pat. berührt ist und sich selbst durchschaut (also eine Innere Verbindung zwischen den aktuellen Gefühlen und den früheren Erlebnissituationen herstellen kann. Dieses Phänomen beschreibt das Übereinanderschieben von therapeutischer Szene und aktueller Konfliktfigur.

5. Symptomanalyse

In unserem Psychosomatischen Verständnis wird im Erstgespräch nicht nur die Szene mit ihren bewussten und unbewussten Dimensionen erfasst, sondern die Biographie, die Leidensgeschichte und die Bedeutung unbewusster Konflikte anhand des (körperlichen) *Symptoms* aufgesucht und konsequent bis zu den Wurzeln weiterverfolgt. Dazu dient das *Bewegende Seminar* mit den *Sieben Phasen des Gesprächs*. Einen zentralen Stellenwert nimmt die Auseinandersetzung mit dem Symptom innerhalb der Bewegenden Anamnese wie insgesamt innerhalb des Bewegenden Seminars ein. Das Symptom wird in seinen vier Bedeutungen gesehen, nämlich 1. Wünschen; etwas *bewusst* wünschen können; 2. Wegschieben: das Gewünschte wegschieben wollen, aus *unbewusster* Motivation; 3. Aufschieben: Spannungen aus den Konflikten zwischen Wünschen und Wegschieben, die zu einem u.U. jahrzehntelangen Aufschieben führen; 4. Auflösen: Spannungen der ungelösten Konfliktsituation wenigstens teilweise auflösen. (Schüffel 2005, Schüffel et al 2008, Schüffel 2009).

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. 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. Durch die Auflösung der Krankheitsgeschichte (Anamnese), die unzertrennbar mit der Lebensgeschichte verknüpft ist 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 (Frevert 2008, Schüffel 2005). Der Arzt arbeitet aus den präsentierten Symptomen das für ihn leit(d)tragende heraus, das Hauptsymptom. Das Symptom versteht er 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

Psychoanalytisch betrachtet kommt es zum Symptomausbruch, weil die Abwehr, z.B. mittels Verdrängung aufgrund des Leidensdruckes versagt. Es geht dabei darum, den Grundkonflikt im Leben des Patienten/ der Patientin herauszuarbeiten und ihr in seinem/ ihrem Beisein zu vermitteln. Theoretischen Überlegungen zusammen mit der Kranken- und Lebensgeschichte, sowie die **Übertragungs-** und **Gegenübertragungsmustern** während des Gespräches überträgt der Arzt auf die AKTUELLE Situation. Die Gruppe der Ärzte, die dem Gespräch beigewohnt hatten, diskutiert mit der anwesenden Patientin den „**nächsten kleinen Schritt**“. Zu einem späteren Zeitpunkt kann überprüft werden, wie das Arzt-Patienten-Gespräch mit dem kollegialen Diskussionskreis auf das Erleben der/ des Pat. und auf die Arzt-Patienten-Beziehung ausgewirkt hat.

Bewegendes Seminar: sieben Abschnitte	
1	Patientengespräch in Gegenwart des Behandelnden Arztes
2	20'-Pause und Interkollegialer Austausch
3	Vertiefung aus Psychosomatischer Perspektive
4	Deutung der Beziehungsproblematik aus Symptomperspektive
5	Entwicklung von Lösungsansätzen
6	Dokumentation; Nächster Schritt
7	Offene Fragen, insbesondere technischer Art; Ventilation der Gefühle <i>Aller</i> ; Verabschiedung des Patienten

Tab. 1

Bewegende Anamnese: sieben Phasen	
1	Symptomatik: Haupt- und Nebensymptome im Hier & Jetzt
2	Anamnese/Jetzt: auf Hauptsymptom bezogen
3	Narrativ/ lebensgeschichtlich entlang dem Hauptsymptom
4	Regisseur, d. h. Arzt in gestalterischer Kompetenz ("Situations"- bzw. "Gestaltkreis")
5	Individuum: dessen Ressourcen
6	Bewegung (Stichwort „graziös“ versus „verkrampt“)
7	Rhythmik, die sich mit einem Nächsten Schritt verbindet.

Tab. 2

Literatur:

- Hermann Argelander (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Primus. Darmstadt
- Alfred Lorenzer (1970): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse.* Frankfurt am Main
- Frevert, Pierre E. (2008): Das psychosomatisch geführte Gespräch. Skript für das 14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung Bad Nauheim, in: www.pierre.frevert.de/downloads
- Katharina R. Reboly (2008) Hermann Argelander: Das Erstinterview in der Psychotherapie. In: Alfred Pritz, Einhundert Meisterwerke der Psychotherapie. Ein Literaturführer. Springer Vienna
- Schüffel, W. (2005). Das Erstgespräch aus ärztlich-phänomenologischer Sicht: symptomzentriert; psychodynamische Psychotherapie, 2005; 4:68-84
- W. Schüffel, 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.
- Schüffel. W. (2009) Medizin ist Bewegung und Atmen. – Vom Elend in die Armut und wie aus Wüste Würde wird. Projekte-Verlag Cornelius GmbH, Halle.