

Psychosomatik und Kommunikation

Autor(en): **Langewitz, Wolf**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Theologische Zeitschrift**

Band (Jahr): **72 (2016)**

Heft 2

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-877729>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Psychosomatik und Kommunikation

Einleitung

Im Titel dieses Artikels stehen zwei inhaltsschwere Begriffe, die zunächst definiert werden sollen.

Die meisten Menschen, die eine Ärztin mit psychosomatischem Schwerpunkt in Anspruch nehmen, berufen sich auf die beiden Stammwörter in dem zusammengesetzten Substantiv «Psychosomatik» und erwarten einen Brückenschlag zwischen der Domäne des Körpers und dem der Seele. Tatsächlich hat z.B. Thure von Uexküll (1908-2004) als einer der Väter der deutschsprachigen Psychosomatik gefordert, die Spaltung der Medizin in eine «Medizin für Seelen ohne Körper» und eine «Medizin für Körper ohne Seelen» aufzugeben. Sein Credo galt der Integrierten Medizin, so der Titel eines 2002 erschienenen Lehrbuchs, in dem er die Möglichkeiten einer nicht dem feindseligen Dualismus verfallenen Medizin auslotet.¹

Kommunikation beschreibt einen Prozess, dem ein irgendwie geartetes Miteinander zugrunde liegt. Bei dieser Definition bleibt offen, wer mit wem oder was mit was kommuniziert; dementsprechend sind alle Modi des Miteinanders eingeschlossen. In Bezug auf die Kommunikation zwischen Personen heisst dies in der Herangehensweise typischer empirischer Arbeiten, dass das Miteinander von Personen den Austausch sprachlicher Begriffe und nicht-sprachlicher Hinweise wie Veränderungen der Mimik oder Gestik oder der Prosodie einschliesst. Dabei wird ausser acht gelassen, dass es ein «Miteinander» gibt, das auf dem Spüren von Atmosphären beruht. Ein typisches Beispiel, das von Hermann Schmitz stammt, illustriert das Gemeinte: Er bezeichnet das nachfolgend beschriebene Phänomen als sozialen Gefühlskontrast und vergleicht zwei Gefühle, Freude und Trauer, mit zwei bloss leiblichen Regungen, Frische und Mattigkeit (wörtliches Zitat aus: *Atmosphärische Räume*; Vortragsmanuskript, Hamburg, 2002; Literatur in²): «Ich stelle mir nun vor, dass ein fröhlich erregter Mensch ahnungslos an eine Gesellschaft tief trauriger,

1 Von T. Uexküll / W. Geigges / R. Plassman (Hg.): *Integrierte Medizin - Modell und klinische Praxis*, Stuttgart/New York 2002.

2 H. Schmitz: *Der unerschöpfliche Gegenstand – Grundzüge der Philosophie*, Bonn ²1995, 295f.

in ihre Trauer versunkener Menschen gerät. Bei einiger Feinfühligkeit wird er den lebhaften Ausdruck seiner Fröhlichkeit etwas dämpfen, vielleicht gar scheu einhalten und zurücktreten. Anders wird sein Verhalten ausfallen, wenn er als Frischer an eine Gesellschaft von Matten gerät. Falls er von diesen etwas will, wird er sich davon nicht so bändigen lassen, sondern die Matten durch Zuruf oder gar Zugriff aufzurütteln versuchen und, wenn er nichts erreicht, eher bereit sein, ihnen tätig weiterzuhelfen, indem er ihnen eine Stärkung reicht oder den Arzt ruft usw. Dieser Unterschied im Kontrastgrad bedarf der Erklärung. Die Achtung vor der Menschenwürde reicht dafür nicht aus. Sie würde ebenso den Matten wie den Trauernden zugutekommen und vielmehr dazu führen, auch auf diese zuzugreifen, um sie aufzurichten und ihnen damit die Haltung des Stolzes und der Würde zurückzugeben. Eine stärkere, den Respekt vor der Menschenwürde überwiegende Hemmung ist erforderlich, um den Fröhlichen zu bewegen, von den Trauernden abzulassen. Das kann nur die Autorität der Trauer selbst sein, einer von den in diese versunkenen Menschen ausstrahlenden Atmosphäre, die den Anspruch erhebt, den Raum erlebter Anwesenheit ganz zu besetzen, und mit der Stärke dieses Anspruchs den in dieser Lage minder gewichtigen, aber gleichen Anspruch der Fröhlichkeit niederschlägt. Die Mattigkeit dagegen stellt keinen solchen Anspruch, weil die bloß leiblichen Regungen auch als ganzheitliche in der Umgebung begrenzte Atmosphären bilden und auch nicht die Autorität von Gefühlen haben.»

Eine Definition der Psychosomatik aus der Perspektive der Neuen Phänomenologie

Denken und Handeln in der Psychosomatischen Medizin lässt sich als Brückenschlag zwischen subjektiven und objektiven Tatsachen verstehen. Das folgende Beispiel illustriert das Gemeinte:³

Arzt (vor sich die Akten des Patienten): «Na, Herr X, wie geht's Ihnen denn so?»

Patient (denkt nach): «Vielen Dank, ich fühl' mich prima!»

Arzt (studiert die Unterlagen, dann): «Stimmt!»

Der fiktive Dialog zeigt, wie sich die beiden ontologischen Kategorien der subjektiven und der objektiven Tatsachen in der Medizin auffinden lassen. Die subjektiven Tatsachen kann bestenfalls einer in eigenem Namen aussagen, und

3 Aus W. Langewitz: Leib und Körper in der Psychotherapie, PiD 17/01 (2016), 22-28.

die objektiven Tatsachen kann jeder aussagen, der lesen kann und der Sprache mächtig ist. Typisches Beispiel für eine subjektive Tatsache im Alltag ist mein inneres Wohl- oder Unwohlsein beim Formulieren dieses Artikels, typische objektive Tatsachen sind meine Haarfarbe, das Material meiner Brille oder – mit ein wenig Technik erhebbar – Grösse und Gewicht. Mit dieser Unterscheidung im Hintergrund lässt sich die eigentliche psychotherapeutische Medizin als eine Medizin beschreiben, die sich mit den subjektiven Tatsachen eines Menschen beschäftigt, während es die nicht-psychotherapeutische Medizin mit einer Mischung aus objektiven und subjektiven Tatsachen zu tun hat, deren Anteil sich Situations-abhängig ändert. Ein Beispiel sind Rücken- oder an anderem Ort lokalisierte Schmerzen, die nach einem Unfall oder nach einer Überbeanspruchung auftreten und mit objektiven Befunden, also im Falle eines Unfalls mit sichtbarer Prellmarke, Fraktur, Sehnenriss am Knochen, etc. oder bei weniger dramatischem Auslöser mit einer ausgeprägten Abnutzung der Gelenkflächen einhergehen. Das Ausmass des Leidens am Trauma oder den Belastungs-Schmerzen ist ein Teilaspekt subjektiver Tatsachen, die an Wichtigkeit zunehmen, je weiter das auslösende Ereignis zurückliegt.

Zur Verknüpfung von Psychosomatik und Kommunikation

Aus der Definition subjektiver Tatsachen folgt, dass sie nur dann zugänglich werden können, wenn zwei Personen sich auf ein Miteinander einlassen. Objektive Tatsachen wie die Stromkurve des EKG, Laborwerte oder Röntgenbefunde lassen sich ohne unmittelbare Interaktion mit den Patienten gewinnen – ein Blick auf die entsprechenden Unterlagen reicht. Wie oben bereits dargelegt, umfasst dieses Miteinander ganz unterschiedliche Wahrnehmungsqualitäten und vielfältige, längst nicht immer bewusst intendierte Äusserungen des eigenen Seins. Im Gespräch lassen sich objektive Tatsachen durch mehr oder weniger fokussierte Fragen herausfinden. Typische Beispiele sind die Fragen nach physikalischen Grössen wie Gewicht, Fieber, Konsistenz des Stuhls, Farbe des Urins, etc.

Fragen generieren praktisch immer «Daten», der typische Patient gibt Antwort. Den so vorgehenden Fachpersonen ist aber meist nicht klar, dass der Sinn einer Frage sich nicht aus ihrem Erfolg in der Generierung einer Antwort ergibt, sondern dass der Sinn einer Frage mit der Güte der Hypothese steigt oder fällt, die den Fragenden dazu veranlasst hat, genau diese Frage zu stellen.

Ohne eine präzise Hypothese zur Ätiologie einer Lebererkrankung macht die Frage: «Haben Sie im oberen Nil gebadet?» keinen Sinn. Wenn der Arzt aber Grund zur Vermutung hat, dass eine Bilharziose, ein Befall des Patienten mit dem Pärchenegel (*Schistosoma*) vorliegen könnte, und wenn er weiss, dass der Patient in der Entwicklungshilfe in einem Projekt in Afrika gearbeitet hat, dann ist diese Frage höchstwahrscheinlich sinnvoll und engt die Differentialdiagnose ein.

Bei einem unbekanntem Patienten oder bei einem bekannten Patienten mit einem neuen Beschwerdebild ist es aber eher ungewöhnlich, a priori eng gefasste Hypothesen formulieren zu können; in diesem Fall ist es sinnvoll, sich vom Patienten durch die Besonderheiten seines Erlebens führen zu lassen, das sich – wie oben dargelegt – aus subjektiven und objektiven Tatsachen zusammensetzen wird.

Während sich also objektive Tatsachen durch gezielte Fragen feststellen lassen, bedingt das primär Unerwartbare und der äusseren Beobachtung nicht Zugängliche subjektiver Tatsachen, dass man sich ihnen anders annähern muss – man muss sie sich erzählen lassen. Dies wiederum fordert eine Form der Kommunikation, die man am ehesten als Patienten-zentrierte Kommunikation bezeichnen kann.⁴

Der Begriff der Patienten-zentrierten Kommunikation impliziert sein Gegenteil, die Arzt-zentrierte Gesprächsführung. Beide Modi der Kommunikation lassen sich darin unterscheiden, bei wem die Gesprächs-Initiative liegt, ob eher beim Patienten oder eher beim Arzt. In einem gelungenen Arzt-Patienten Gespräch lässt sich immer wieder ein Wechsel in der Auslösung von Gesprächsinitiativen finden.

Ein Redebeitrag kann induziert werden durch Fragen (Patient: «Bitte erklären Sie mir noch mal, wie der Eingriff funktioniert» oder Arzt: «Ich wäre froh, Sie würden noch mal genau erzählen, wie die Schmerzen gestern angefangen haben») oder durch einladendes Abwarten. Dabei ist der Arzt tendenziell die «Fachperson für objektive Tatsachen» und fragt z.B. nach Besonderheiten der Schluckbeschwerden (eher bei flüssiger oder fester Nahrung), der zeitlichen Komponente des Gewichtsverlustes, etc. Er ist aber oft auch derjenige, der den Patienten ermutigt, aus seiner subjektiven Welt zu berichten. Diese Ermutigung

4 z.B. beschrieben in: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel 2013.

des Patienten ist oft sinnvoll und notwendig, weil Patienten nach ihren Erfahrungen in der Schulmedizin, wie sie nach wie vor überwiegend praktiziert wird, davon ausgehen, dass subjektives Erleben den Arzt weniger interessiert. Der Patient ist sicher der «Experte für seine subjektiven Tatsachen», weil eben nur er sein subjektives Leiden in einer für ihn typischen Art und Weise beschreiben kann; er kann allerdings genauso auf objektive Tatsachen hinweisen, die jedermann so beschreiben würde, z.B. einen blauen Fleck oder Knöchelödeme.

Der Abgleich der Initiative vollzieht sich in alltäglicher Kommunikation unter hierarchisch ähnlichen Personen mit vergleichbarem kulturellen Hintergrund durch das Beachten oft subtiler Signale, die wie ein Einatmen oder der Verlauf einer Satzmelodie anzeigen, ob der Sprechende die Initiative bei sich behalten oder dem anderen überantworten möchte. Während im privaten Austausch unter Bekannten und Freunden dieser Abgleich praktisch automatisch stattfindet, muss er in professioneller Kommunikation erarbeitet werden. Das glatte Interagieren ohne spezifisches Bemühen der Protagonisten wird gestört durch die eindeutige Aufgaben-Verteilung: In der Medizin hat der Patient ein Problem, das er hofft, mit Hilfe einer kompetenten Fachperson lösen zu können; dies findet in einem ihm nicht vertrauten Setting und mit einem begrenzten Zeitbudget statt. Aus diesem Grund ist Patienten-zentrierte Kommunikation überhaupt ein Thema in Lehre und Weiterbildung – sie ergibt sich nicht automatisch aus sozial kompetentem Verhalten im Alltag, sondern muss für diese spezifische Art von Interaktion erarbeitet werden. Ähnliche Überlegungen gelten übrigens für alle Lebensbereiche, in denen hierarchische Unterschiede oder unterschiedliche Bedürfnisse der beiden Interaktanden vorherrschen – man erinnere sich an die Befangenheit, als Schüler/Student einem Lehrer/Professor gegenüber zu sitzen und darauf zu warten, wie er das Gespräch eröffnen und führen wird.

Hier sollte klargestellt werden, dass es fachlich nicht sinnvoll ist, patientenzentrierte Kommunikation so zu verstehen, dass sie dem Patienten die Initiative schlicht überlässt – dies weist dem Patienten eine fachliche Kompetenz zu, deren Fehlen ihn gerade dazu veranlasst hat, einen Experten aufzusuchen. Welche Form der Gesprächsführung Patienten bevorzugen, hängt neben demographischen Charakteristika (z.B. je jünger, desto mehr Initiative beim

Patienten)⁵ von der Art der Entscheidung und von persönlichen Wertvorstellungen und Rollenerwartungen ab.

Selbstverständlich ist das Beachten bestimmter Kommunikationstechniken nicht ausreichend für eine gelungene Kommunikation; Patienten beurteilen die Qualität im Gesprächsverhalten von Ärzten nach der Haltung des Arztes, wie sie sie wahrnehmen, insbesondere danach, ob er engagiert und kompetent wirkt.⁶

Techniken alleine machen also die Qualität eines Gesprächs nicht aus; entscheidend ist daneben auch, ob die Ärztin von der Patientin als authentisch erlebt wird.⁷ Dies bedeutet hier zunächst einmal, dass der Arzt an das glaubt, was er sagt – oder zumindest so erlebt wird. In diesem Sinne ist Authentizität nah am Begriff der Wahrhaftigkeit; der Arzt *spielt* nicht die Rolle eines Arztes, sondern er *ist* Arzt.

Im medizinischen Alltag besteht die eigentliche Schwierigkeit darin zu entscheiden, wann ein Wechsel von der Patienten-zentrierten auf die Arzt-zentrierte Gesprächsführung sinnvoll ist. Erfolgt er zu früh, verpasst der Arzt Informationen, die ihm nicht in den Sinn gekommen waren, die der Patient bei längerem Zuhören aber preisgegeben hätte. Erfolgt der Wechsel zu spät, passiert erkenntnis-theoretisch nichts Gravierendes – bestenfalls entsteht der Eindruck von Redundanz –, praktisch geschieht aber etwas Unangenehmes: Der Zeittakt der Sprechstunde gerät aus dem Lot. Wir haben daher vorgeschlagen, dass der Arzt die Gesprächsführung dann übernehmen sollte, wenn er einen ausreichend guten Grund hat zu der Annahme, er wisse, um welches Problem es geht und welche Lösungsmöglichkeiten in Frage kommen.⁸

5 Z.B. M. Briel / J. Young / P. Tschudi / C. Hugenschmidt / H.C. Bucher / W. Langewitz: Shared-decision making in general practice: Do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly* 137 (2007) 483-485.

6 W. Langewitz: Beyond content analysis and non-verbal behaviour-What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Educ Couns*, 67/3 (2007) 319-323.

P. Salmon / B. Young: Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Med Educ*, 45/3 (2011) 217-226.

7 Salmon / Young: Creativity in clinical communication (Anm. 6), 217-226.

8 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Kommunikation im medizinischen Alltag (Anm. 4), 22.

Psychosomatik – Kommunikation – Seelsorge

Zum Schluss sei ein Ausflug erlaubt in Gefilde, die ich als Präsident der Leitungskommission Spitalseelsorge am Universitätsspital Basel vor allem aus der Perspektive des Beobachters kennenlernen durfte: Mir scheint, dass das Grundelement der freundlichen Zuwendung zum Nächsten, der Nächstenliebe, darin besteht, sich seinen ganz eigenen Seinsweisen zuzuwenden – mithin in der Sprache der Neuen Phänomenologie, den jeweiligen subjektiven Tatsachen. Insofern ist m.E. die erste Aufgabe eines Seelsorge- oder ärztlichen Gespräches die gleiche: einen möglichst wenig von den eigenen Vorannahmen eingeengten ersten Eindruck vom Anderen gewinnen. Die Lösungsmöglichkeiten, die angesichts der zutage tretenden Probleme angeboten werden, mögen sich dann sicherlich unterscheiden, aber selbst da ist die Seelsorge wahrscheinlich mittlerweile insofern in einer ähnlichen Position, als sie christliche Wertvorstellungen nicht mehr voraussetzen kann, sondern verhandeln muss – eine grundlegend kommunikative Aufgabe.

Das Proprium eines psychosomatischen Konsils oder eines seelsorgerischen Gespräches ist das wohlwollende Interesse am Gegenüber, charakterisiert durch das sorgfältige Aufnehmen auch der nicht-sprachlichen Äusserungen, ganz zu schweigen von der Bereitschaft, sich durch Atmosphären anrühren zu lassen. Damit dies gelingt, bedarf es eines geschützten Raumes des Miteinanders, der den Seelsorgerinnen und Seelsorgern und ihren Patienten und Patientinnen im Spitalalltag längst nicht immer zur Verfügung steht.

Abstract

Psychosomatische Medizin wird als eine Disziplin vorgestellt, die eine Brücke schlägt zwischen subjektiven Tatsachen, die bestenfalls ein Betroffener über sich selbst aussagen kann, und den objektiven Tatsachen, die jeder kluge Beobachter feststellen kann. Um diesen beiden ontologischen Kategorien gerecht zu werden, bedarf es einer Sprechweise, die mal den Patienten einlädt, aus seiner Perspektive zu sprechen, und mal dazu dient, fachlich begründete Hypothesen zu überprüfen. Das Interesse an der je eigenen Erlebensweise des Gegenübers wird als gemeinsames Merkmal von Seelsorge und psychosomatischer Medizin herausgestellt.

Wolf Langewitz, Basel