

Liebe Leserinnen und Leser,

in der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir Sie darum gebeten, uns positive Erfahrungen mit ÄrztInnen mitzuteilen. Eine Resonanz blieb allerdings aus. Im Gegensatz dazu erhielten wir sehr viele Zuschriften, als wir vor einigen Jahren darum baten, uns über negative Erfahrungen mit ÄrztInnen zu informieren. Aus diesem Unterschied in der Reaktion der Leserschaft von FORUM PSYCHOSOMATIK schließen wir, dass in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Betroffenen noch vieles im Argen liegt. Wir werden die diesbezüglichen Diskussionen im Auge behalten und immer wieder auf dieses Thema zurückkommen.

Im Editorial des letzten Heftes sprach ich bereits die schwierige Situation für chronisch kranke und behinderte Menschen mit einem Migrationshintergrund an. Wir widmen uns zur Zeit in zwei Studien diesem Thema und haben damit Neuland betreten, da es für diese Menschen bislang kaum passende Unterstützungsstrukturen gibt. Mehr Informationen dazu finden Sie in diesem Heft.

Neuland haben wir auch betreten, als wir im Sommer dieses Jahres viele von Ihnen in einem Brief um Spenden baten. An dieser Stel-

le möchte ich mich ganz herzlich für die vielen großen und kleinen Spenden bedanken, die es uns ermöglichen, uns weiter für eine Verbesserung der Lebenssituation MS-betroffener Frauen und Männer einzusetzen!

Ein Baustein in diesem Bemühen ist das Empowerment-Training, das wir nun zwei Jahre lang für MS-Betroffene angeboten haben. Eine wissenschaftliche Auswertung des ersten Kurses 2007 wird in naher Zukunft erscheinen. Wir werden im nächsten Heft darüber berichten. Die positiven Auswirkungen haben wir aber auch ohne die Studie bemerkt. Deshalb sind wir davon überzeugt, dass solch ein Empowerment-Training viel mehr MS-betroffenen und anderen chronisch kranken und behinderten Menschen angeboten werden müsste. Aus diesem Grund möchten wir gerne MultiplikatorInnen schulen und sind momentan auf der Suche nach einem Geldgeber dafür.

Ihnen wünsche ich viel Freude bei der Lektüre dieses Heftes, einen angenehmen Herbst und Winter sowie eine stressarme Weihnachtszeit!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Zur Beratungsarbeit mit chronisch kranken und/oder behinderten Menschen mit Migrationshintergrund

Die Stiftung LEBENSNERV hat im Jahr 2008 mit der Untersuchung des Beratungs- und Unterstützungsbedarfs behinderter und/oder chronisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund begonnen. Hintergrund ist die Tatsache, dass über die Bedarfe dieses Personenkreises nur wenige Untersuchungen vorliegen und nur ein sporadisches Angebot für diese Gruppe existiert.

Die Untersuchung erfolgt in den Jahren 2008/2009 zunächst in Form von zwei (unterschiedlich angelegten) Studien, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beziehungsweise vom AOK-Bundesverband finanziell unterstützt werden. Beide Untersuchungen widmen sich zwar dem eben erwähnten Thema und überschneiden sich teilweise, sie gehen aber von unterschiedlichen Perspektiven her an das Thema heran:

Die **BMG-geförderte Studie** nimmt alle behinderten und/oder chronisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick und untersucht aus Anbietersicht

die Voraussetzungen für effektive Zugangskanäle in der Beratung. Es wird gefragt, ob die bestehenden, klassischen Beratungskanäle, die in der Regel auf einer „Komm-Struktur“ beruhen und von deutschen Anbietern stammen, für behinderte MigrantInnen wirklich geeignet sind. Über Fragebögen/Interviews soll herausgefunden werden, welche möglichen neuen Zugangskanäle (sowohl personell, institutionell oder medial) in der Beratung dieser Zielgruppe geeignet sein könnten, und mit-helfen, die bestehenden Zugangsbarrrieren zu reduzieren. Dazu werden sowohl Behinderten- und Migrantenorganisationen als auch behinderte und/oder chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund selbst befragt.

Die **AOK-geförderte Studie** untersucht die Erwartungen der NutzerInnen am Beispiel einer speziellen Gruppe von chronisch kranken Menschen (nur denjenigen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind). Sie unterstellt, dass ein interkulturell ausgerichtetes Beratungszentrum hilfreich sein könn-

te und fragt vor allem, welche Erwartungen MS-Betroffene mit Migrationshintergrund an ein solches Zentrum haben und wie ein solches Zentrum vom Konzept her angelegt sein müsste (vgl. dazu auch den nachstehenden Aufruf in dieser Ausgabe).

In dieser Weise sind diese unterschiedlich angelegten Studien zum einen geeignet, für sich alleine (für ihren jeweiligen Untersuchungsgegenstand) konkrete Empfehlungen zu geben. Zum anderen wird es durch einen kritischen Vergleich der Ergebnisse

beider Studien auch möglich sein, eventuelle Unterschiede oder Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten, die bei nur einer Studie nicht erkennbar wären. Im Licht der Ergebnisse der beiden Studien wird die Stiftung LEBENSNERV dann über ein weiteres Engagement in der Beratungsarbeit für behinderte und/oder chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund entscheiden.

HGH

Aufruf: „Ihre Erfahrung zählt!“

Wir suchen Menschen mit Multipler Sklerose und Migrationshintergrund

Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes leben fast 20 Prozent aller BundesbürgerInnen mit einer chronischen Erkrankung. Dies sind etwa Diabetes, Krebs, koronare Herzerkrankungen, Asthma, Allergien, Rheuma, Epilepsie, Multiple Sklerose, etc. Multiple Sklerose ist dabei eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen, die Zahl der Personen mit MS in Deutschland wird von der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) auf ca. 120.000 geschätzt, das bedeutet, dass etwa 1–2 Menschen je tausend EinwohnerInnen mit der Diagnose MS leben. Etwa ein Drittel sind männlich, zwei Drittel weiblich.

Chronische Krankheiten sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Ursache für ca. 83 Prozent aller Schwerbehinderungen. Alle Menschen mit einer chronischen Erkrankung/Behinderung erfahren bei der Diagnosestellung eine tiefe Erschütterung der gesamten Identität. Im weiteren Verlauf der Erkrankung/des Lebens mit Behinderung müssen sie sich mit wechselnden, meist ab-

nehmenden körperlichen Fähigkeiten auseinandersetzen und sich und ihr Leben entsprechend anpassen. Damit bleiben die Betroffenen weitgehend alleine und fühlen sich häufig minderwertig, manchmal sogar wertlos. Selbsthilfegruppen können in dieser Situation helfen, doch das System der deutschen gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist für die in Deutschland lebenden rund 15,3 Millionen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund noch nicht so hilfreich, wie es sein könnte.

Neben sprachlichen Barrieren spielt auch die Bedeutungszuweisung von Krankheit und Behinderung in anderen Kulturkreisen eine Rolle (siehe dazu auch den Beitrag in dieser Ausgabe „Von erkälteten Köpfen und geplatzen Gallenblasen“). So wird eine Erkrankung oft zunächst versteckt und schamhaft verborgen. Wenn sich eine Behinderung nicht mehr übersehen lässt, ist Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben eine häufige Reaktionsweise.

Bringt man die Zahlen des Mikrozensus 2005 und die Angaben zur Häufigkeit von MS in

einen Zusammenhang, so ist davon auszugehen, dass es allein in Berlin ca. 1.200 MS-Betroffene (ca. 400 Männer und 800 Frauen) mit Migrationshintergrund geben muss (in Deutschland etwa 23.000). Neben Personen aus den EU-Mitgliedsstaaten sind dies vor allem Personen mit Migrationshintergrund Türkei, Ex-Jugoslawien, Polen, Russland/Ukraine, Vietnam und Libanon.

Die Betroffenen fühlen sich häufig minderwertig und werden von ihren Familien zwar versorgt, aber gleichzeitig versteckt und nicht mehr als vollwertig akzeptiert. Davon betroffen sind insbesondere die Frauen mit Migrationshintergrund, die noch weniger als Männer die Chance haben, sich aus dem traditionellen Wertesystem ihrer Herkunftsfamilien zu lösen. Frauen mit Migrationshintergrund ohne chronische Krankheit/Behinderung können schon häufig kein selbstbestimmtes Leben führen – für chronisch kranke/behinderte Frauen mit Migrationshintergrund ist es fast unmöglich. Dementsprechend besteht ein großer Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Ein Angebot an interkultureller Unterstützung wird bisher jedoch kaum vorgehalten. Und dort, wo es vorhanden ist, erfolgt die Unterstützung vorwiegend durch nichtbetroffene Fachleute, meist ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen

oder SozialarbeiterInnen ohne Migrationshintergrund.

Die bisherigen Erfahrungen belegen jedoch auch, dass mit den klassischen Beratungsstellen und Beratungsangeboten (stationäre Beratung) die Zielgruppe nicht oder nur sehr schlecht zu erreichen ist, sodass neue und wirkungsvolle Angebote entwickelt werden müssen, die von den Betroffenen auch akzeptiert werden.

Es bietet sich daher an, spezielle gesundheitsbezogene und interkulturell ausgerichtete Angebote für und mit chronisch kranke/n und behinderte/n Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln, die auch ihren Lebenswelten entsprechen und ganzheitlich und ressourcenorientiert angelegt sind.

Um die Einstellungen und Erwartungen an interkulturell ausgerichtete Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe genauer kennen zu lernen, suchen wir deshalb Menschen mit Migrationshintergrund sowie der Diagnose MS, die in Berlin leben, um mit Ihnen ein Gespräch (in Deutsch oder einer anderen Sprache) zu führen.

Bitte wenden Sie sich an:

Stiftung LEBENSNERV
H.- Günter Heiden
Krantorweg 1
13503 Berlin
Tel.: 030/436 35 42
email: lebensnerv@gmx.de

Von erkälteten Köpfen und geplatzten Gallenblasen

Jutta vom Hofe

Migranten haben oft ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wegen kultureller und religiöser Unterschiede. Aber auch wegen mangelnder Sprachkenntnisse kommt es zu Missverständnissen – und gar zu Fehldiagnosen

Alarmiert rief die deutsche Ärztin ihren türkischen Kollegen an: „Ali, du musst sofort kommen!“ Vor ihr stand eine aufgeregte Frau. Ihr Zustand schien dramatisch. „Meine Gallenblase ist geplatzt“, schluchzte sie. Das bedeutet Lebensgefahr. Sofort in den Operationssaal. Doch was tat Ali Kemal Gün, als er die Selbstdiagnose der türkischen Patientin hörte? Er lachte laut und herzlich.

Für den Psychotherapeuten von den Rheinischen Kliniken in Köln war klar, was die Patientin meinte. Nichts weiter als: Ich habe mich erschrocken.

Die Beschreibung des körperlichen Zustands ist lediglich eine Chiffre für den seelischen Zustand der Patienten. Auch im Deutschen kennt man Beispiele dieser „Organsprache“, wie Ali Kemal Gün sie nennt: die Laus, die einem über

die Leber gelaufen ist, die Herzschmerzen aus Liebe, die Enttäuschung, die auf den Magen schlägt. In anderen Kulturkreisen finden die Menschen andere Bilder und Metaphern für ihre Gefühle und Befindlichkeiten. Wenn ein türkischer Patient zum deutschen Arzt sagt: „Ich habe meinen Kopf erkältet“, ist meist die Verwirrung komplett. Sind es Kopfschmerzen? Oder vielleicht eine Erkältung? Dabei will derjenige nur seine angeschlagene psychische Verfassung zum Ausdruck bringen. „Er sagt damit“, so der türkische Psychotherapeut, „ich bin dabei durchzudrehen, ich werde verrückt.“ Spricht er von seinem „gebrochen Arm“, heißt das: „Ich fühle mich ohne Halt“. Gerade psychische Leiden würden in der türkischen Gesellschaft gerne mit Beschreibungen von organischen Störungen chiffriert. Wer den Zugangscodex nicht kennt, versteht da nur Bahnhof.

Rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben in Deutschland; das ist fast jeder fünfte Einwohner, bei Kindern unter sechs Jahren ist es jedes dritte. So

gut wie jeder Arzt oder jede Ärztin in Deutschland behandelt heute ausländische Patienten. Viele Praxen haben einen Ausländeranteil von 20 bis 30 Prozent. Doch längst nicht alle der behandelnden Mediziner stellen sich die Frage: Bedeutet der Begriff „Kopfschmerz“ in Ankara eigentlich dasselbe wie in Aschaffenburg? Ist mit „Leberbeschwerden“ in Baku dasselbe gemeint wie in Berlin?

Nach Ansicht von Ärzten wie Yavus Yildirim-Fahlbusch, Chefarzt der Medizinischen Klinik Lüb-

Die Beschreibung des körperlichen Zustands ist lediglich eine Chiffre für den seelischen Zustand der Patienten.

becke, kommt es aufgrund der Missverständnisse in Bezug auf Beschreibungen und Begriffe, aber auch auf Mimik und Gestik bei Migranten häufiger als bei deutschen Patienten zu „Fehldiagnosen und unangemessenen Therapien, die in problematische Krankenkarrerien münden“.

In Regionen mit überdurchschnittlich hohem Ausländeranteil sind die Probleme besonders virulent. Laut einer Studie der Berliner Universitätsfrauenklinik gab fast die Hälfte der Befragten mit Migrationshintergrund an, die Informationen der Ärzte und Ärztinnen seien für sie unverständlich gewe-

sen. Raimund Geene von der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung spricht deshalb von einem „Trend zur Ausgrenzung ausländischer Patienten“. Und die ehemalige Berliner Ausländerbeauftragte Barbara John beklagt: „Was das Verstehenwollen von Migranten angeht, ist Deutschland eine Wüste.“

Es sind jedoch nicht nur Sprachprobleme und unterschiedliche Organchiffren, die zu Missverständnissen führen. Laut Gün haben Patienten aus dem islamischen Kulturkreis häufig ein anderes, ganzheitlicheres Verständnis von Schmerz und Krankheit. Da führt schon die simple Frage, wo es denn weh tue, in die Irre. Die Antwort lautet dann meist: „Überall“ oder „Mein Kind ist alles krank“. „Eine lokalisierte Erkrankung, die nicht die gesamte leiblich-seelische und soziale Befindlichkeit des Betroffenen in Mitleidenschaft zieht, ist unvorstellbar“, sagt auch Yildirim-Fahlbusch. Außerdem könnten viele Migranten schon aufgrund mangelnder Anatomiekenntnisse die differenzierte Beschreibung der Beschwerden, die ein deutscher Arzt erwarte, nicht liefern.

Hinzu kommt, dass zum Beispiel im türkischen Kulturkreis die Frage nach der Krankheitsursache von größerer Bedeutung ist als deren diagnostische Einordnung. „Krankheit stellt ein bedrohliches Ereignis dar“, so Yildirim-Fahl-

busch. Denn die Ursachen von körperlichen und seelischen Störungen liegen nach Ansicht der Betroffenen im Menschen selbst. „Leiden bedeutet eine Strafe und eine Prüfung Gottes“, stellt der Neurologe und Kinderarzt Professor Fuat Aksu von den Vestischen Caritas-Kliniken in Datteln fest.

Typisch sei der Fall eines Vaters, dessen Kind an einer seltenen Erkrankung litt, die zu einem Abbau des Gehirns führte. Er lehnte die Behandlung ab mit der Begründung, dass ein Erfolg oder gar eine Heilung nur dazu führe, dass das Kind dann eine andere Krankheit entwickle. Das Leiden könne nur durch die Umkehr zu Gott überwunden werden; eine Meinung, die laut Aksu viele seiner Patienten vertreten. Was der Mensch tun könne sei: sich in Geduld üben, beten, Gott um Hilfe bitten, niemals „explodieren“.

Insgesamt sind Menschen mit Migrationshintergrund nur unwesentlich häufiger krank als andere Bürger. Sie gehen auch nicht mehr oder weniger oft zum Arzt. Laut neuer Daten des Robert-Koch-Instituts in Berlin haben sie jedoch etwas häufiger Arbeitsunfälle. Außerdem leiden Migranten aus Osteuropa oder Afrika öfter an bestimmten Infektionskrankheiten, die sie aus ihren Herkunftsländern mitgebracht haben, zum Beispiel Tuberkulose oder HIV. Allerdings sind Menschen ausländischer Her-

kunft häufiger mit dem deutschen Gesundheitssystem unzufrieden, und zwar unabhängig davon, aus welchem Land sie kommen. Das liegt vor allem an mangelnder Aufklärung: Migranten wissen oft wenig über Abläufe und Angebote. Die Folge ist, dass sie zum Beispiel seltener die Krebsfrüherkennung, die Schwangerschaftsvorsorge oder Ernährungsberatung nutzen. Zum Zahnarzt gehen sie

In vielen Kulturkreisen werden jedoch nicht nur seelische Leiden tabuisiert, sondern auch Behinderungen.

erst, wenn sie Schmerzen haben. Auch Psycho- oder Verhaltenstherapien nehmen Migranten kaum in Anspruch. „Psychosomatische und psychische Erkrankungen werden in die Kategorie ‚geisteskrank‘ eingestuft und deshalb vehement abgewehrt“, so Yavus Yildirim-Fahlbusch.

In vielen Kulturkreisen werden jedoch nicht nur seelische Leiden tabuisiert, sondern auch Behinderungen. „Was haben wir nur gemacht? Wer ist schuld? Warum wir?“ haben sich Sevgi Kaya, 38, und ihr Mann Niyazi, 43, immer und immer wieder gefragt. Warum hat Gott ihnen diese Bürde auferlegt? Ihr Sohn Ohur, 14, hat eine geistige Behinderung. Sevgi, die als junge Frau aus der



Türkei nach Deutschland kam, sprach zunächst kein Wort Deutsch, hatte keine Freunde. Ihr Mann arbeitete von morgens früh bis abends spät im Restaurant. Und dann die Selbstvorwürfe und diese Scham. „Wir haben viele Jahre gehadert“, sagt Niyazi Kaya. Auch die Familie und Bekannte waren keine Hilfe. Die Reaktionen waren mal verletzend, mal leugneten sie die Behinderung. „Gute Besserung!“ war ein Satz wie ein Nadelstich.

Niyazi Kaya ist eher ein leiser Typ. Sehr höflich, kein Mensch, der auftrumpft. Doch irgendwann ist ihm der Kragen geplatzt. Da hat er bei den Verwandten in der Türkei ein Machtwort gesprochen: „Er ist ein normaler Mensch“,

habe er gerufen, und wirft dabei die Hände in die Luft, „Seht das auch so, sonst: Auf Wiedersehen.“ Danach ging es besser. Geholfen haben jedoch vor allem die Gespräche mit dem Kölner Psychologen Ali Kemal Gün und der Austausch in der Selbsthilfegruppe „Gemeinsames Leben“ in Düsseldorf, einem Treffpunkt für türkische Eltern mit behinderten Kindern.

Dort hat auch die Familie Kilinc Rat und Hilfe gefunden. Fatih ist stark gehbehindert. Auch seine Eltern empfanden sein Handicap zunächst als Katastrophe. Erst hieß es: Er wird nicht überleben. Dann hieß es: Er wird nie laufen können, niemals die Schule schaffen, nie selbständig werden. Mittlerweile hat Fatih Kilinc die Handelsschule

erfolgreich abgeschlossen und absolviert eine Ausbildung zum Verwaltungsangestellten. „Das alles verdanke ich meinem Vater, meiner ganzen Familie“, sagt der 22-Jährige. Heute schüttelt Vater Nuri Kilinc, 60, den Kopf über „die falsche Scham.“ Und der Bruder Aytekin, 32, bereitet eine Internetseite zur Beratung von Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen vor – auf Türkisch, Deutsch und Englisch. „Gegen die Barrieren im Kopf“, sagt er.

Nach den Erfahrungen des Psychologen Oktay Korkmaz kapseln sich viele Eltern behinderter Kinder ab. „Sie trauen sich mit ihren Kindern nirgends hin“, sagt der Psychologe vom Verein „Gemeinsames Leben“. Leiden und Behinderung empfinden sie als Schande. Oft verzichteten sie auch auf Hilfe. Neulich sei eine Familie mit ihrer 18-jährigen geistig behinderten Tochter zu ihnen gekommen und hätten sich nach einem Behindertenausweis erkundigt. „Sämtliche Möglichkeiten – Schule, Therapien, Werkstatt – alles verpasst“, stellt Korkmaz resigniert fest.

Auch Cornelia Kauczor vom Netzwerk Migration und Behinderung in Essen erlebt in ihrer Beratungspraxis, dass viele Angehörige des türkisch-arabischen Kulturkreises Familien mit behinderten Kindern eher ausgrenzen. Eigenes Fehlverhalten, aber auch Neid und der „böse Blick“ würden von vielen türkischen, kurdischen und albanischen Eltern für die Behinderung ihres Kindes verantwortlich gemacht. Die Pädagogin kritisiert,

**„Sämtliche Möglichkeiten
– Schule, Therapien, Werkstatt –
alles verpasst“**

dass die meisten Angebote nur auf deutsche Familien zugeschnitten seien. Dabei gebe es ein doppeltes Sprachproblem: Zum einen fehlt es an Übersetzern und Informationsmaterial in den jeweiligen Sprachen; zum anderen fehlt das interkulturelle Verständnis.

Nach Ansicht von Oktay Korkmaz brauchen die Betroffenen dringend „Leute, die sie aus ihren Verstecken rausholen.“ Deshalb ist, so die einhellige Forderung von Experten, eine bessere Vorbereitung von deutschen Ärzten auf ihre ausländischen Patienten dringend notwendig. Vor allem geht es um ein besseres Verständnis der kulturellen und religiösen Hintergründe. Ein solches Verständnis ist bisher so gut wie gar nicht ausgeprägt. Vorreiter auf diesem Gebiet ist die Universität Gießen. Hier können angehende Ärzte das Fach „Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund“ belegen.

Dieselbe Grundidee steckt hinter Initiativen, sogenannte Gesundheits- oder Integrationslotsen als Mittler zwischen den Kulturen auszubilden. So hat das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ entwickelt. Dabei werden gut integrierte Zuwanderer aus 15 Sprachgruppen von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen geschult. Sie bieten muttersprachliche Informationsveranstaltungen zum deutschen Gesundheitssystem und zu Vorsorgeangeboten an.

Andere übersetzen in Krankenhäusern und Arztpraxen. „Vor allem muss mit den Not-Dolmetschern Schluss sein“, fordert Varinia Morales vom europäischen Projekt „SpraKuM“, Sprach- und Kulturvermittler. Es könne nicht angehen, so die Projektleiterin, dass die griechische oder türkische Putzfrau des Krankenhauses übersetze, „wenn eine Magen-OP ansteht oder ein Herzschrittmacher eingesetzt werden soll“.

Info:

www.bkk-promig.de

Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Empowerment-Trainings

Wenn Sie dieses Heft in den Händen halten, sind unsere beiden ersten Staffeln eines Empowerment-Trainings „Meine Stärken entdecken!“ abgeschlossen. Jeweils 12 Personen (23 mit Multipler Sklerose und eine Person mit einer chronischen Augenerkrankung) haben in den Jahren 2007 und 2008 an je vier Wochenendseminaren teilgenommen. Da es sich um Neuland handelte, wollten wir natürlich auch wissen, ob ein solches Empowerment-Training überhaupt wirksam ist. Als „Wirkungsmessgerät“ setzten wir den „Fragebogen zur Lebensorientierung“ auch (SOC-29-Skala) ein. Die wissenschaftliche Fragestellung dazu lautete deshalb: Kann es durch eine gezielte Intervention (also eines Trainings) bei chronisch kranken Menschen zu einer (positiven) Veränderung des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC, nach Antonovsky) kommen?

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung durch die HAWK Hildesheim deuten darauf hin, dass es durch das Training zu einem deutlich erhöhten Kohärenzgefühl im Vergleich zu einer

Kontrollgruppe gekommen ist, die im gleichen Zeitraum kein Training absolvierte. Über die genauen Ergebnisse werden wir Sie in der Ausgabe 1/2009 unterrichten.

Im Rahmen einer Selbstevaluation (Selbstausswertung) haben wir aber zusätzlich zur wissenschaftlichen Begleitung nach Abschluss der ersten Staffel (Ende 2007) eine anonymisierte Befragung der TeilnehmerInnen mit zwei unterschiedlichen Fragebögen vorgenommen. Zum Ende der ersten Staffel wurde noch auf dem Abschlusswochenende ein fünfstufiger „Zufriedenheitsbogen“ erhoben. Per Post und auch ohne Absenderangabe wurde außerdem ein detaillierter „Auswertungsbogen“ mit 13 Rubriken zu den Inhalten und den einzelnen Übungen versandt und ausgewertet.

Zufriedenheitsbogen

Es wurden vier Fragen gestellt, die auf einer Skala von 1 – 8 (1 ganz hoch, 2 hoch, 3 noch hoch, 4 mittelmäßig, 5 mäßig, 6 noch mäßig, 7 schlecht, 8 ganz schlecht) zu bewerten waren. In Klammern stehen die durchschnittlichen Ergebnisse:

1. Wie schätzt Du den Seminarverlauf ein? (1,91)
2. Gab es Gruppenprozesse, die für Dich von persönlicher Bedeutung waren? (1,82)
3. Gab es für Dich Möglichkeiten zur Umsetzung der Inhalte im Alltag? (2,27)
4. Wie war für Dich das soziale Klima in der Gruppe? (1,64)

Im Schnitt wurde also ein Wert von 1,91 erreicht.

Auswertungsbogen

Zum Auswertungsbogen seien hier nur einige charakteristische Auszüge aus den Antworten wiedergegeben, da es ansonsten den Rahmen dieses Artikels sprengen würde:

1. Wie beurteile ich den Gesamtverlauf des Trainings?
„Eine stetige Steigerung des Angebots/der Inhalte. Ein dem Jahreszeitenverlauf folgendes Seminar, die Einteilung übers Jahr hat mir sehr gut gefallen, weil es so lebensnah und bejahend war.“

2. Entsprechend dem Verlauf des Trainings meinen Erwartungen?
„Ich hatte wenig konkrete Erwartungen, war sehr offen für neue Erfahrungen, die ich während des Trainings auch gemacht habe. Meine Befürchtungen, dass ich als nur wenig Behinderte nicht zur Gruppe gehöre, haben sich schon sehr bald als falsch und unnötig erwiesen.“
3. Welche Gruppenprozesse haben mir persönlich etwas gebracht?
„Austausch in kleinen Gruppen und abendliches Zusammensitzen“, „die Bearbeitung konkreter aktueller Probleme – z.B. in Rollenspielen“
4. Welche konkreten Hilfen und Anregungen habe ich bekommen?
„Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren, Wünsche zu erkennen, meine Bedürfnisse wahrzunehmen; mehr Selbstvertrauen“
5. Welche persönlichen Erfahrungen waren für mich fördernd?
*„Ich bin nicht allein“
„Ich habe gelernt, auf andere zuzugehen und sie so zu nehmen, wie sie sind und auch Trost und Hilfe anzunehmen“*
6. Welche persönlichen Erfahrungen waren für mich hinderlich/einengend?
„Manchmal habe ich mich unter Druck gefühlt, meine Interessen immer kämpferisch durchsetzen zu müssen. Im Rollenspiel war das zum Teil für mich förderlich, manchmal sehr anstrengend“
7. Welche Übungen waren für mich besonders wichtig?
*„Ich will“ sagen lernen
„Rollenspiele und Hausaufgaben“
„Meditationen und Entspannungsübungen / Feldenkrais“*
8. Welche Übungen haben mich nicht weitergebracht?
„gab es eigentlich nicht“
9. Welche Übungen würde ich nicht mehr machen wollen?
„Es ist keine für mich überflüssige dabei“

10. Welche persönlichen Veränderungen hat dieses Training für mich herbeigeführt?

„Dass ich die MS-Erkrankung eher akzeptiere und nicht mehr so oft versuche, sie zu verdecken und zu überspielen. Das gibt mir mehr Freiheit und spart Kräfte“

„Zuwachs an Selbstvertrauen und Mut, größere Klarheit in meinen Beziehungen zum Ich, zum Partner, zu Freunden und Mitmenschen“

11. Wie war die Übertragbarkeit in den Alltag?

„Unterschiedlich; konkrete Situationen, die ich im Rollenspiel gespielt habe, konnte ich im Alltag besser bewältigen, wenn ich bewusst darauf geachtet habe. Ich hoffe, irgendwann geht es auch von selber“

„Spielerisch und leicht, da Übungen sehr praxisnah“

12. Sonstiges, was ich noch bemerken möchte:

„Wichtig war die Leitung durch „Betroffene“. Vollwert-Verpflegung wäre wünschenswert“

13. Kritik

„Gut, anstrengend, aber sehr anspruchsvoll!!! Anstrengend“

„Mehr männliche Teilnehmer hätte ich mir gewünscht“

„Hätte mir mehr meditative Übungen gewünscht“

„Keine Kritik, da gute Mischung aus theoretischen Konzepten (Salutogenese) und praktischen Übungen“

„Das allgemeine „Duzen“ kam mir etwas zu früh, später war es aber sehr stimmig. Ich habe mich in der Gruppe immer sehr wohl gefühlt. Alle waren um eine gute Atmosphäre bemüht, es gab auch kaum Ausgrenzungen aus der Gruppe“

Unser Fazit der Selbstausswertung: Über beide Evaluationsinstrumente konnten eine hohe Zufriedenheit der TeilnehmerInnen und eine gute Bewertung des erzielten Erfolges festgestellt werden.

HGH

Placebo

vom „Ärgernis“ zum Forschungsgegenstand

ICH WERDE GEFALLEN – so lautet die wörtliche Übersetzung für ein Phänomen, das vielen ForscherInnen in der Vergangenheit überhaupt nicht gefallen oder Freude bereitet hat. Es handelte sich eher um ein unerwünschtes Ärgernis – „ist ja wohl nur ein Placebo-Effekt“ hieß es häufig abwertend. Doch zunehmend wandelt sich die Einstellung zu diesem Effekt. So betont der italienische Forscher Fabrizio Benedetti von der Universität Turin: „Der Placebo-Effekt hat sich in letzter Zeit von einem Ärgernis in klinischen und pharmakologischen Forschungen zu einem biologischen Phänomen gewandelt, das selber Ziel wissenschaftlicher Untersuchungen ist“.

So fand im April 2008 ein internationales Symposium von PlaceboforscherInnen in Tutzing statt. Diese wollten herausfinden, wie sich dieser Effekt sinnvoll zum Nutzen der behandelten PatientInnen nutzen lässt. Georg Schönbacher von der Universität Zürich betont in diesem Zusammenhang, dass es zunächst einmal wichtig sei, die Begrifflichkeiten zu klären: „Um Missverständnisse zu vermeiden,

möchte ich folgende begriffliche Unterscheidungen einführen: Es muss unterschieden werden zwischen dem Placebo, dem Placeboeffekt und der Placeboreaktion: Das Placebo ist eine pharmakologisch inerte (*unbeteiligte, d.Red.*) Substanz, also etwa Milchzucker bei peroralen (*über den Mund aufgenommenen, d.Red.*) oder isotonische Kochsalzlösung bei injizierbaren Arzneiformen, aber auch Scheinoperationen oder andere Interventionen ohne bekannte Wirkung auf den Stoffwechsel.

Der Placeboeffekt ist die Differenz in der Wirkung zweier Behandlungsformen zwischen Gruppen, wobei die eine Gruppe ein Placebo, die andere Gruppe keine Behandlung erhalten hat. Die Placeboreaktion (*in der Literatur auch Placeboresponse genannt, d.Red.*) hingegen bezieht sich auf die Besserung eines Symptoms bei einem Individuum, das eine Scheinbehandlung erhalten hat und eine Wirkung erwartet.“

Viele der derzeitigen Forschungen beziehen sich nun darauf, wie Placeboreaktionen entstehen und wie sie sich nutzen lassen. So

konnte Schönbächler drei Mechanismen herausarbeiten, die eine Rolle spielen: die Konditionierung, die Erwartung und die Bedeutung. Die Konditionierung ist ein lange bekanntes Phänomen, bei dem zwei Reize aneinandergeschaltet werden. Bei Pawlow, dem Entdecker dieses Effektes, war es der Speichel eines Hundes, der beim Klang einer Glocke und gleichzeitiger Nahrungsgabe auftrat. Nach einiger Zeit konnte allein der Klang der Glocke einen Speichelfluss auslösen, ohne dass eine Nahrungsgabe erfolgte. Im gesamten Bereich einer Arzneimittelanwendung (mit der Folge einer Annahme von Schmerzverminderung nach einer Medikamentengabe) kann ein weißer Kittel, eine Spritze oder die Anwesenheit eines Arztes nach einer gewissen Zeit auch schon eine Reaktion (Minderung von Schmerz) auslösen, ohne dass ein Präparat verabreicht wird. Dieser Effekt wird (perverseweise) auch im Sport genutzt, wobei AthletInnen sich im Vorfeld mit verbotenen Mitteln dopen, das Mittel vor dem Wettkampf aber absetzen und dann nur noch eine Zuckerpille nehmen, die eine Wirkung hervorruft, natürlich aber nicht nachweisbar ist (vgl. Enck u.a. 2008).

Bei der Erwartung handelt es sich um die Vorwegnahme eines zukünftigen Zustandes – eine Person stellt sich vor, wie eine Inter-

vention wirken wird. Dies kann natürlich als eine positive Erwartung wirken (etwa die Vorstellung heilender Bilder) oder es können negative Erwartungen wirken (in der Ausgabe 2/2005 von FORUM PSYCHOSOMATIK berichteten wir über sogenannte „Killersätze“, die negative Erwartungshaltungen auslösen können; vgl. dazu auch den später folgenden Abschnitt über den Nocebo-Effekt.) Bei der Bedeutung ist es so, dass Menschen Dinge, die sie wahrnehmen, auch mit einer Bedeutung ausstatten können: „Ein Medikament,“ so Schönbächler, „ist nach dieser Theorie nicht bloß eine chemische Substanz, sondern ein Bedeutungsträger, auf den wir aufgrund unserer Weltsicht, unserer vergangenen Erfahrungen und unserer Interpretation der Situation reagieren.“

Die konkreten Wirkungen von Placeboreaktionen im medizinischen Alltag, etwa in einer Neurologie-Praxis, sind jedoch noch wenig untersucht. Fakt ist nach Schönbächler jedoch, dass „eine Atmosphäre von Vertrauen und Mitgefühl ... zusätzlich das Gefühl des Aufgehobenseins verstärken und dadurch angstreduzierend wirken (kann). Natürlich sollte der Patient während des Heilungsprozesses dazu ermuntert werden, Eigeninitiative zu ergreifen, um gesundheitsorientierte Gedanken und Gefühle zu verstärken. Zere-

monien und Rituale im therapeutischen Prozess können zusätzliche salutogene Ressourcen aktivieren und sollten nicht als unwissenschaftlich belächelt werden. Zu einem Pharmakon gehört immer auch ein bisschen „Pharmagie“.

In einem gerade erst veröffentlichten Aufsatz (Neuron 58, 2008) weisen Enck, Benedetti und Schedlowski aber auch noch auf einen anderen, kaum untersuchten Aspekt der Placeboreaktion hin – den Geschlechter-Aspekt: So reagierten Frauen (als PatientInnen) in unterschiedlichen Versuchsanordnungen anders auf die Placebo-Intervention als Männer. Gender-Effekte wurden auch in einer Studie mit männlichen und weiblichen Akupunkteuren (als Behandelnde) nachgewiesen: die weiblichen Akteure riefen mehr Vertrauen hervor als die männlichen Behandler.

Zwar wird in den aktuellen Studien der Placeboreaktion mehr Aufmerksamkeit gewidmet, hingewiesen wird aber auch darauf, dass das Gegenteil, also die Noceboreaktion (nocebo = ich werde schaden), immer mit zu bedenken sei, da sie in der medizinischen Literatur generell unterrepräsentiert ist. Der Begriff der Noceboreaktion umfasst diejenigen Effekte und Phänomene, die eine negative Wirkung haben, eine Verschlimmerung hervorrufen oder aber auch eine Besserung verhindern können. Das können nach Kloster-

halfen und Enck diagnostische oder therapeutische Interventionen sein, „die den Patienten fehlleiten in der Annahme über die Art oder Schwere seiner Erkrankung und ihrer Behandlung“.

Leider sind in der Literatur noch keine Placebo-Nocebo-Studien vertreten, die sich mit dem Bereich der Multiplen Sklerose befassen. Angesichts der vielfach berichteten unsensiblen Diagnosemitteilungen bei MS wäre es meines Erachtens aber höchste Zeit, dies einmal unter dem Gesichtspunkt der „Nocebo-Reaktion“ zu untersuchen.

HGH

Literatur:

Paul Enck, Fabrizio Benedetti, Manfred Schedlowski: New Insights into the Placebo and Nocebo Responses. In: Neuron 59, July 31, 2008

Sibylle Klosterhalfen, Paul Enck: Placebos in Klinik und Forschung. In: Psychother Psych Med 2005; 55: 433-441

Georg Schönabächler: Placebo. In: Schweiz Med Forum 2007; 7:206-210

Etwas Optimismus hält gesund

Wissenschaftler erkunden das feine Zusammenspiel zwischen Psyche und Immunsystem*

von Johann Caspar Rüegg

November! Zu den wohl häufigsten Erkrankungen in dieser nasskalten Jahreszeit gehören Erkältungen, sogenannte grippale Infekte. Nicht zu verwechseln mit einer echten Grippe (Influenza), die durch Grippeviren verursacht wird und meist schlagartig mit Schüttelfrost und hohem Fieber sowie starken Kopf- und Gliederschmerzen beginnt. Bekanntermaßen ist nun aber die Anfälligkeit für Erkältungskrankheiten von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Seit langem wird deshalb von Forschern der Frage nachgegangen, inwiefern das Immunsystem nicht nur durch die körperliche Konstitution, sondern auch durch psychosoziale Faktoren beeinflusst wird.

Und sie wurden fündig: In einer US-Studie an über vierhundert freiwilligen Versuchspersonen hatten diejenigen Frauen und Männer, bei denen eine hohe psychische Belastung (Stress) festgestellt wurde, nach Infektion durch Erkältungsviren (Rhinoviren) ein bis zu fünfmal höheres Erkrankungsrisiko

als stressfreie Personen. Aber nicht nur Stress, sondern auch Persönlichkeitsfaktoren sind offenbar von großem Einfluss auf unsere Abwehrkräfte. So haben pessimistisch Veranlagte – Menschen mit einem sogenannten negativen affektiven Stil, die „das Glas immer halb leer sehen“ wie der Volksmund sagt – insgesamt eine deutlich schlechtere Immunabwehr gegen Grippeviren als die optimistischen Frohnaturen.

Und sie fielen auch durch eine merkwürdige Asymmetrie in den Hirnströmen der beiden Hirnhemisphären auf, die mit der Immunschwäche korrelierte, wie Melissa Rosenkranz von der Universität Wisconsin in Madison unlängst in einer viel beachteten psychoimmunologischen Untersuchung nachwies (Pnas, Bd. 100). Die US-Psychoimmunologin bestimmte bei 52 Personen mittels eines EEG die Hirnströme in der rechten und linken Hirnhälfte. Bei den Frohnaturen war vor allem das linke Stirnhirn bioelektrisch aktiv, bei den pessimistisch Veran-

lagten dominierte hingegen das rechte Präfrontalhirn. Alle Probanden wurden nun gegen Grippe geimpft und danach im Abstand von zwei, vier und 26 Wochen der Antikörpertiter bestimmt. Wie sich herausstellte, konnten die pessimistischen rechtsseitig hirnaktivierten Studienteilnehmer eindeutig weniger Antikörper gegen die (abgetöteten) Grippeviren bilden, als die glücklicher veranlagten Probanden, bei denen die neuronale Aktivität im linken Präfrontalhirn größer als im rechten war. Die nahe liegende Folgerung: Optimismus ist gesund, er stärkt die körpereigenen Abwehrkräfte.

Da bei unglücklichen und pessimistisch veranlagten Menschen mit etwas defizitärer Immunabwehr der linke Frontalcortex weni-

Durch optimistisches Denken und Gelassenheit würde das Gehirn strukturell verändert, im Prinzip genauso wie durch das regelmäßige Spielen eines Musikinstrumentes

Laut Davidson sind optimistisches Denken und Gelassenheit Fertigkeiten, die sich erlernen lassen – etwa durch Achtsamkeitsmeditation. Dadurch würde das Gehirn strukturell verändert, im Prinzip genauso wie durch das regelmäßige Spielen eines Musikinstrumentes, und damit veränderte sich dann möglicherweise auch die Qualität der Immunabwehr.

Um seine These zu untermauern, ließ Davidson in einer psychoneuroimmunologischen Studie 25 gestresste Angestellte einer amerikanischen Hightech-Firma unter Anleitung des buddhistischen Meditationslehrers Jon Kabat-Zinn ein achtwöchiges Meditationstraining in Achtsamkeit absolvieren. Dabei versetzen sich die Meditierenden in einen Zustand der „Mindfulness“, also des achtsamen Gewahrwerdens von inneren mentalen Prozessen und körperlichen Vorgängen, etwa des Ein- und Ausatmens. Nach dem mentalen Training fühlten sich die Versuchspersonen nicht nur glücklicher und gelassener; auch ihre Gehirnfunktion hatte sich nachhaltig verändert.

ger aktiv ist als bei optimistischen Typen, fragten sich Melissa Rosenkranz und ihr Mentor Professor Richard Davidson: Ließe sich vielleicht bei den Pessimisten durch ein mentales Training das linke Stirnhirn verändern und dadurch die Immunabwehr verbessern?

Sogar noch vier Monate nach dem Meditationstraining waren die im EEG aufgezeichneten Hirnströme des linken Stirnhirns viel ausgeprägter als vor der Schulung. Die Probanden, die ein Meditationstraining absolvierten, hatten aber nicht nur ihr Gehirn nach-

haltig verändert, sondern auch ihre Immunabwehr; sie produzieren nämlich nach einer Grippeimpfung deutlich mehr Antikörper gegen die Grippeviren als die Teilnehmer in der nicht meditierenden Kontrollgruppe (Psychosomatic Medicine, Bd. 65).

Der bemerkenswerte Zusammenhang zwischen Stressbelastung und Immunschwäche ist überzeugend herausgearbeitet worden

Ob aber tatsächlich ein Kausalzusammenhang zwischen den Vorgängen im Gehirn und im Immunsystem vorlag, blieb eine offene Frage. Wie ist es überhaupt möglich, dass Gehirn und Psyche auf das Immunsystem einwirken?

Psychoneuroimmunologen wissen schon lange, dass die Lymphknoten und andere Organe des Immunsystems mit ihren unzähligen Immunzellen vom Gehirn Botschaften empfangen, die sowohl durch Hormone als auch durch das – unbewusst arbeitende – vegetative Nervensystem übermittelt werden. So geben die über der Niere gelegenen Nebennieren bei Stress ohne Zutun unseres Willens auf Veranlassung des Gehirns reichlich Cortisol ab, ein Hormon,

welches nicht nur den Energiestoffwechsel mobilisiert, sondern auch die Aktivität der Immunzellen hemmt.

Je höher also die Blutwerte dieses Stresshormons sind, umso sparsamer ist auch die Antikörperproduktion nach einer Infektion. Da nun aber bei rechtsseitig Hirnaktivierten der Blutspiegel des Stresshormons Cortisol deutlich erhöht ist, erscheint die (leichte) Schwäche des Immunsystems dieser tendenziell gestressten und ängstlichen Menschen verständlich. Der bemerkenswerte Zusammenhang zwischen Stressbelastung und Immunschwäche ist überzeugend durch die klinischen Studien der Psychoneuroimmunologin Janice Kiecolt-Glaser von der Universität Ohio in Columbus herausgearbeitet worden, und sie fand auch heraus, wieso chronischer Stress, den Pflegepersonen von dementen Alzheimerkranken erleiden müssen, die Immunabwehr gegen Grippe empfindlich schwächt: Pfleger und Pflegerinnen, die mit Grippevaccine geimpft wurden, produzierten nämlich nicht nur weniger Antikörper gegen die abgetöteten Influenzaviren eines Impfstoffes als die kaum gestressten Versuchspersonen in der Kontrollgruppe, sondern auch weniger Interleukine.

Die Blutwerte einiger dieser für die Produktion von Antikörpern wichtigen Botenstoffe bestimmter

weißer Blutkörperchen (Lymphocyten) waren bei den Gestressten eindeutig zu niedrig. Durch Entspannungsübungen in Hypnose gelang es jedoch Janice Kiekolt-Glaser, die Antikörperproduktion wieder zu erhöhen. Deshalb sollten wir uns auch nicht wundern, dass gerade bei stressempfindlichen und tendenziell depressiven Menschen die Immunabwehr durch eine Achtsamkeitsmeditation gestärkt wird, zumal sie gelassener macht.

Außer Stresshormonen nimmt also auch das vegetative Nervensystem Einfluss auf die Abwehrzellen des Immunsystems. Die vom Gehirn zu den inneren Organen führenden vegetativen Fasern eines Hirnnervs (Nervus vagus) und der im Rückenmark entspringende Sympathikus bewirken nämlich nicht nur, dass das Herz nach Bedarf langsamer oder schneller schlägt. Sie wirken auch modulierend auf die Abwehrzellen des Immunsystems, wie der US-Psychimmunologe Kevin Tracey mit sinnreichen Experimenten herausfand (Nature, Bd. 420).

Unser vegetatives Nervensystem gehorcht zwar bekanntlich nicht unserem Willen. Dennoch: Wenn – beispielsweise – der indische Yogi Swami Rama imstande war, dank Meditation und autosuggestiver Techniken allein durch die Kraft der Imagination auf sein Herz einzuwirken und damit den

Puls nach Belieben zu erhöhen oder zu senken – warum sollte es dann nicht auch möglich sein, auf ähnliche Weise die Aktivität des Immunsystems zu verändern, das ja genauso wie das Herz durch das vegetative Nervensystem beeinflusst wird? Die aktuelle Psychoimmunologie-Forschung zeigt eindrücklich und beispielhaft, wie sehr Psyche und Körper aufeinander einwirken.

Prof. Dr. Johann Caspar Rüegg

war bis 1998 Leiter des 2. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg. Seit 1998 ist er auch Mitglied in der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In unserer Rubrik „Bücherkiste“ (S.29) stellen wir Ihnen seinen Titel „Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie“ vor.

** Der vorliegende Text erschien erstmals in der „Frankfurter Rundschau“ vom 15. November 2007.*

Vision und Realitäten einer sensiblen Medizin

Unter diesem Leitgedanken fand das 11. Symposium der Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik und Neurologie (AGPN) am 12. – 13. Juli 2008 im St. Agatha-Krankenhaus in Köln statt.

Ingrid Wenzl / Mechthilde Küttemeyer

Sensible Medizin bedeutet ein der Wahrnehmung verpflichtetes ärztliches Vorgehen, das die Sprache und das Zuhören als zentrale Diagnostika einsetzt. Es bestand bei allen Referenten und Referentinnen Übereinstimmung darüber, dass sensible Medizin vor den aktiven, auf technischen Fortschritt setzenden medizinischen Bereichen nicht Halt machen darf und sich auch in der Chirurgie, der Unfallambulanz und auf der Intensivstation bewähren kann. Realisierungen dieser Vision wurden anhand verschiedener kommunikativer Diagnose- und Behandlungsansätze auf der Tagung vorgestellt.

Peter Krebs, Internist und ehemaliger ärztlicher Leiter des St. Agatha-Krankenhauses, zeichnete in seiner Einführung die bewegte Geschichte der Vision und Entstehung der Psychosomatischen Abteilung unter seiner Initiative nach, die über viele Jahre die Kultur

einer zuhörenden und achtsamen Medizin im ganzen Haus wachsen ließ.

Das Alphabet der Affekte

Walter Schurig, derzeitiger Leiter der Psychosomatischen Abteilung, betonte den oft übersehenen engen Zusammenhang von Schmerz und Angst. „Bei Angst werden ähnliche Regionen des Gehirns wie bei der Schmerzentstehung aktiviert“, erklärte er. Oft reiche es, das jeweilige Gefühl zu benennen, um den Patienten zum Sprechen zu bringen, so Mechthilde Küttemeyer, seine Vorgängerin. Dafür müsse der Arzt aber das „affektive Alphabet“ erlernt haben, die klare Zuordnung bestimmter körperlicher Phänomene zu bestimmten Affekten/Gefühlen kennen.

Der Körper verbündet sich dabei nach erkennbaren festen Regeln mit den verschiedenen Affek-

ten: Für die körperlichen Äquivalente der Angst ist eine Vielfalt wechselnder, oft anfallsartiger Beschwerden charakteristisch, überwiegend subjektive Empfindungsstörungen von unruhig bewegter Qualität („es kribbelt ... vibriert ... wühlt ... arbeitet“). Die depressiven Körpersymptome dagegen treten statisch und fortdauernd in Erscheinung. Schwindel gehört deshalb zur Angst und nicht zur Depression. So kann der Arzt, der Psychologe oder Psychotherapeut, auch wenn der Patient über sein Gefühl (noch) nicht sprechen kann, anhand der Körperbeschwerden seine emotionale Befindlichkeit deutlich erkennen und benennen.

Sprachanalyse als Schlüssel der Diagnose

Das Benennen der inneren Verfassung – vorbewusster Phantasien, Wünsche, Überzeugungen – ist auch der Angelpunkt der mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT), über die Ulrich Schultz-Venrath einen eindrucksvollen Überblick vermittelte.

Redewendungen zeugen von einem Wissen um die ursprüngliche Bedeutung von Wörtern und den symbolischen Ausdrucksgehalt bestimmter Körperteile: Rückgrat beweisen, den Kopf hängen lassen, die kalte Schulter zeigen. Barbara Benoit, Gynäkologin und

Psychotherapeutin, konnte anhand einer Sprachanalyse von 120 Unfallschilderungen zeigen, dass Unfälle in zugespitzten Lebenskonflikten auftreten und über die verletzten Körperteile als Inszenierungen dieser Konflikte zu verstehen sind. Die häufigen psychogenen (*see-lisch verursacht, d. Red.*) Beschwerden, die nach Heilung der körperlichen Unfallverletzungen fortbestehen, lassen sich als somatisierte (*über den Körper dargestellte, d. Red.*) szenische Darstellungen der Konflikte fassen und bei rechtzeitiger Bearbeitung rascher mildern, womöglich vermeiden.

Dichter als Lehrmeister

Eine zuhörende und sprechende Medizin braucht die Dichter – und Philosophen – als unersetzliche Lehrmeister. Karl Friedrich Masuhr, der Lehrbuchautor von „Neurologie“ Duale Reihe, benannte anhand der Biographien und Schriften zahlreicher Arzt-Dichter das familiäre und das politische Spannungsfeld, in dem sich Krankheit und die dazu gehörende Selbstreflexion befindet. Aus dem Gespräch des Arztes Gottfried Benn mit seiner Mutter können wir viel über Wunde, Schmerz, Herz, Mund und die Plötzlichkeit körperlicher Traumareinerung erfahren:

Mutter
 Ich trage dich wie eine Wunde
 Auf meiner Stirn, die sich
 nicht schließt.
 Sie schmerzt nicht immer. Und es
 fließt
 das Herz sich
 nicht draus tot.
 Nur manchmal plötzlich bin ich
 blind
 und spüre
 Blut im Munde.

Gottfried Fischer, Gründer des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT) und Leiter des Instituts für Klinische Psychologie & Psychologische Diagnostik (IKPP) der Universität zu Köln, entwarf die Vision einer philosophisch begründeten Psychotherapiewissenschaft als eigenständiger Disziplin. Bereits vorhandene, aber widersprüchliche Theorien und Modelle gelte es dabei zu respektieren und zu integrieren, aber auch neue, der Psychotherapie als dialogischer Methode angemessene Prinzipien zu schaffen.

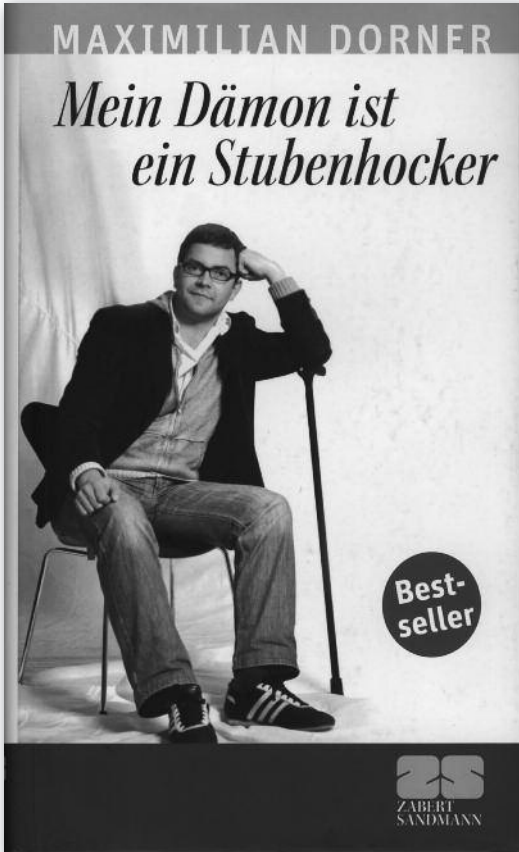
Die Darstellungen einer sensiblen Medizin und Neurologie, die vor der Übermacht bildgebender Verfahren und pharmakologischer Versprechen nicht in die Knie geht und innovative Erfahrungen vorzuweisen hat – die auch Berührungen mit der Poesie und Philosophie nicht scheut –, erzeugte auf dem Symposium eine zuversichtlich heitere Atmosphäre, die auch die Zuhörer zu anregenden Beiträgen ermunterte.

In der **„Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik und Neurologie“ (AGPN)** haben sich seit 1997 niedergelassene sowie klinisch und wissenschaftlich tätige Neurolog/inn/en – und andere Gesundheitsarbeiter/innen im Bereich der Neurologie, Epileptologie und Psychosomatik – aus verschiedenen Städten zusammengeschlossen. Interessenten können sich bei den nachstehend angegebenen (mail-)Adressen anmelden,

Dr. med. Karl Friedrich Masuhr
 (post@masuhr.de)

Dr. med. Mechthilde Küttemeyer
 (kuete@arcor.de)

Bücherkiste



„Man sollte viel mehr Behinderte für den Katastrophenschutz engagieren. Jemand im Rollstuhl hat ein ganz gutes Gespür für das Alltägliche des Dramas. Das meine ich ernst.“ So ein Auszug aus dem Tagebuch von Dorner, das den Zeitraum von vier Monaten füllt. Ich schmunzle in mich hinein auf meiner mehrstündigen Zugreise. Selten habe ich mit so viel Genuss ein Tagebuch gelesen, in dem ein/e Autor/in über die eigene Behinderung, in diesem Falle über MS schreibt. Was für ein Glück, denke ich, dass auch Schriftsteller wie Maximilian Dorner mit MS leben (sorry!) und mit ihrem geschliffenen Werkzeug Sprache detailgenau, unbarmherzig, amüsant und treffsicher ihre Wirklichkeit beschreiben. Faszinierend finde ich auch Dorners Offenheit, etwa wenn er über die Schwierigkeiten schreibt, ein Urinal anzulegen.

„Mir ist beim Schreiben dieses Tagebuches eines klar geworden. Es geht darum, nicht mit, sondern in den Widersprüchen meiner Existenz zu leben.“ Das schreibt Dorner am 30. Dezember, zum Ende seiner Aufzeichnungen und trifft damit, wie ich finde, den

Maximilian Dorner: *Mein Dämon ist ein Stubenhocker. Aus dem Tagebuch eines Behinderten.* Zabert Sandmann-Verlag, München 2008, ISBN: 978-3-89883-198-7, 165 S. 16,95 Euro

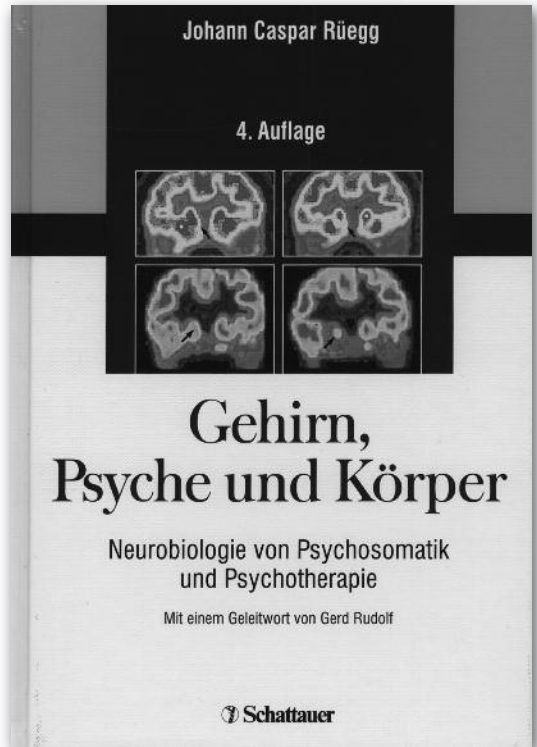
Nagel auf den Kopf. Nach dem Cartoonisten Hubbe mit MS, der Behinderung zeichnet, jetzt also der Literat Dorner mit MS, der Behinderung beschreibt. Jetzt hätte ich gerne noch die Komponistin mit MS, die MS-Songs schreibt. Und warum gibt es immer noch kein MS-Musical? Nur Mut!

HGH

Johann Caspar Rüegg:

*Gehirn, Psyche und Körper.
Neurobiologie von Psychosomatik
und Psychotherapie.
Schattauer-Verlag, Stuttgart 2007,
ISBN: 978-3-7945-2573-7,
242 S. 36,95 Euro*

Dass strukturelle Veränderungen im Gehirn, zum Beispiel durch Verletzungen oder Degenerationen, unser Verhalten beeinflussen, wissen wir seit langem. Aber: Wie verändern umgekehrt Lebenserfahrungen, insbesondere Kindheitstraumen, aber auch chronische Schmerzen, Ängste oder Depressionen unsere Hirnstruktur? Auf welche Weise bewirken Verhaltensänderungen oder psychotherapeutisches Handeln – „sprechende Medizin“ – eine neuronale Umstrukturierung? Und: Wie können Gehirn und Psyche wiederum die Gesundheit unseres übrigen Körpers beeinflussen, etwa Entzündungen und die körpereigene Abwehr von Infektionen oder die Funktionen von Herz oder Kreislauf?



Diesen und ähnlichen Fragen zu den komplexen Wechselwirkungen von Psyche und Soma und zur zunehmend erforschten Neuroplastizität des Gehirns widmet sich der Heidelberger Physiologe Johann Caspar Rüegg in seinem vorliegenden Buch, das er – überarbeitet und aktualisiert – nun in der vierten Auflage vorlegt. Hirnforschung und psychotherapeutische Medizin bewegen sich immer mehr aufeinander zu und Rüeggs Werk über eine neurobiologisch fundierte Psychosomatik ist ein eindrucksvoller Beleg für diesen interdisziplinären Prozess.

SCH

Schmid-Ott ■ Wiegand-Greife ■ Jacobi ■ Paar
Meermann ■ Lamprecht

Rehabilitation in der Psychosomatik

Versorgungsstrukturen
Behandlungsangebote
Qualitätsmanagement

Mit einem Geleitwort
von Jochen Sturm
DGPPR



 Schattauer

Schmid-Ott, Wiegand-Greife, Jacobi, Paar, Meermann, Lamprecht (Hg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2008, ISBN: 978-3-7945-2607-9, 467 S. 49,95 Euro

Wenn sechs HerausgeberInnen insgesamt 54 AutorInnen zu Wort kommen lassen, ist eine differenzierte Rezension eines Buches eigentlich unmöglich. Das Werk hat zudem den Anspruch, „einen umfassenden Überblick über die multidisziplinären und multimethodalen Behandlungsansätze“ der Re-

habilitation in der Psychosomatik zu geben. Dabei werden auch sehr unterschiedliche Psychotherapieschulen, etwa die psychodynamische, die Verhaltenstherapie, die Humanistische Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie gleichberechtigt nebeneinander dargestellt. Neben AutorInnen aus den Bereichen von Psychologie und Medizin finden sich jedoch auch Beiträge aus dem Bereich der Deutschen Rentenversicherung, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Sozialarbeit, der Diätetik oder der Pflegegewirtschaft. Basis des voluminösen Titels und aller seiner Beiträge ist ein anderes Krankheitsverständnis nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), das ein rein lineares Modell der Krankheitsfolgen ablehnt und sich eher ressourcenorientiert versteht. Begleitet wird dies von dem Bemühen, Selbsthilfepotenziale bei den Betroffenen zu aktivieren, Hilfe zur Selbsthilfe in der Rehabilitation zu verankern und zu einem „Paradigmenwechsel von einer paternalistischen zu einer patientenorientierten Medizin“ zu gelangen. Wenn der Verlag den Titel als „ergiebigen Leitfaden“ bezeichnet, so meine ich, dass dies eine durchaus zutreffende Bezeichnung ist – man hätte auch „unerschöpflicher Gedankensteinbruch“ sagen können.

HGH

Viktor von Weizsäcker: *Warum wird man krank? Ein Lesebuch,* herausgegeben von Wilhelm Rimpau. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2008, 342 S. 10,- Euro

Wer FORUM PSYCHOSOMATIK in den letzten Jahren ausführlich gelesen hat, für den wird der Namen Viktor von Weizsäcker nicht neu sein. Weizsäcker, der von 1886 bis 1957 lebte, und dessen Neffe Richard deutscher Bundespräsident war, darf getrost als „Klassiker der Medizin“ oder als „Begründer der anthropologischen Medizin“ bezeichnet werden. Für die Suhrkamp-Reihe „medizinHuman“ hat der Berliner Neurologe Wilhelm Rimpau (der auch Mitarbeiter an der Edition der Gesammelten Schriften Weizsäcker und Jurymitglied der Stiftung LEBENSNERV ist) jetzt ein Lesebuch mit wichtigen Texten und Vorträgen des Arzt und Forschers Viktor von Weizsäcker herausgegeben. Darin lässt sich detailliert nachlesen, warum Menschen ihre Krankheiten nicht einfach bekommen, sondern dass sie immer in die jeweils individuelle Lebensgeschichte „eingewoben“ sind, dass jede Krankheit seelische Dimensionen hat. „Weizsäcker hat“ so Rimpau in seiner Einleitung zum 1956 entstandenen Text „Pathosophie“, (der übrigens frappierende inhaltliche Nähe zum 1979 skizzierten



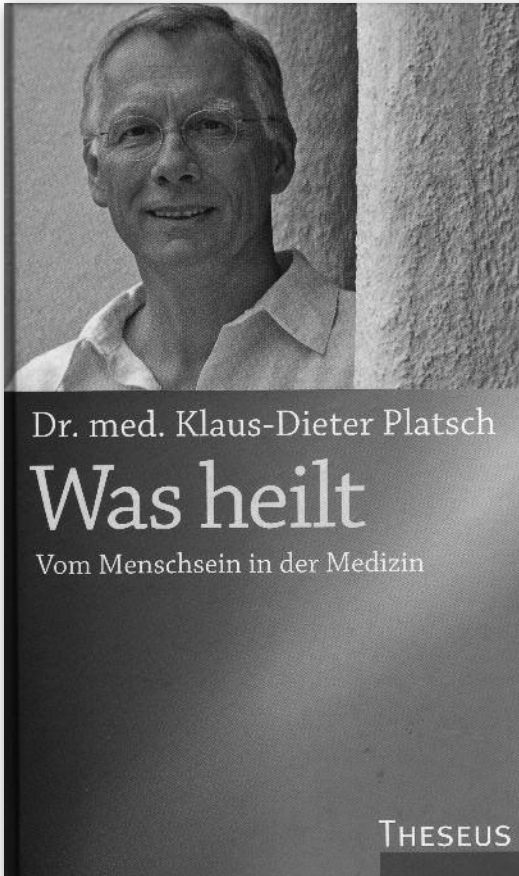
Krankheitsverständnis von Aaron Antonovsky aufweist) „grundsätzliche Zweifel an der Objektivität medizinischer Erkenntnisse, solange nicht Leib und Seele, psychische und physische Symptome im Sinne einer umfassenden Krankheitslehre aufeinander bezogen werden, so-

lange nicht das Subjekt wieder in medizinische Fragestellungen eingeführt und die Biographie und Individualität des Patienten als Teil des ärztlich-forschenden Prozesses verstanden werden.“

Auf Grund des etwas antiquiert wirkenden Stils der Weizsäcker-

schen Vorträge ist die Textsammlung nicht immer leicht zu lesen, aber – da die Ansichten nicht antiquiert, sondern höchst aktuell sind – überaus lohnenswert für alle, die mit der heutigen Medizin unzufrieden sind.

HGH



Klaus-Dieter Platsch: *Was heilt. Vom Menschsein in der Medizin.* Theseus-Verlag in der Verlag Kreuz GmbH, Stuttgart 2007, ISBN: 978-3-89620-336-6, 220 S. 19,95 Euro

Hoppla, denke ich, will der Autor da nicht ein bisschen hoch hinaus, wenn er einleitend schreibt: „„Was heilt‘ ist der Versuch, eine neue Dimension für eine heilende Medizin des 21. Jahrhunderts zu entwerfen, eine Dimension, die den Menschen in all seinen Aspekten würdigt und alle uns bekannten Möglichkeiten eines Heilungsprozesses ausschöpft.“ – Kennt Platsch denn nicht die Ansätze von Autoren wie Uexküll, Weizsäcker, kennt er nicht die Konzepte einer ganzheitlichen, integrierenden Medizin? Doch, kennt er, auch wenn er in seinem Buch für meine Begriffe ein etwas verengtes Verständnis von Psychosomatik präsentiert. Was der Autor als neuen Ansatz für das 21. Jahrhundert vorschlägt, ist nichts anderes

als die Einführung der Erkenntnis der Quantenphysik in die Medizin: Die Abkehr von der Vorstellung, dass es eine feste Materie gebe zugunsten der Vorstellung eines Feldes, in dem sich viele Teilchen befinden, die untereinander in Wechselbeziehung stehen. Es gibt nach Platsch deshalb auch heilende Felder, etwa in der „vertrauensvollen Begegnung zwischen Arzt und Patient“. Der Begriff „Heil“ steht in diesem Zusammenhang für ein inneres Gleichgewicht und nicht für die völlige Abwesenheit von Beschwerden oder Symptomen. Und was wirklich „heilt“, so Platsch, ist Liebe, die er als „stärkster Positivfaktor“ und „höchste heilende Dynamik“ versteht.

Der Ansatz von Platsch mag manchen LeserInnen etwas zu weit hergeholt zu sein, aber ich finde, es lohnt sich, sich einmal darauf einzulassen und selbst zu prüfen, ob er für einen selbst passt. Ich jedenfalls habe mich entschlossen, mich einmal intensiver mit den Begriffen der modernen Quantenphysik zu befassen. *HGH*

Briefe von LeserInnen

Ein Lob für die kreative Darstellung „Kommunikation auf Augenhöhe“ (FORUM PSYCHOSOMATIK 1/2008), ohne „sprechende Medizin“ ist medizinisches Tun defizitär und für die zukünftige Medizin ein drohendes Desaster für die Patienten. Ihren Bemühungen wünsche ich nutzbringende Erfolge!

Prof. Dr. W.D., Berlin

Nun haben Sie eine ganze Ausgabe über die Notwendigkeit und den Gewinn des Gesprächs gefüllt. Leider haben Sie zur Information Ihrer Leser nicht hinzugefügt, dass die Gebührenordnung seit Januar 2008 auch nicht ein einziges Gespräch, das zwischen Arzt und Patient im Sprechzimmer stattfindet, honoriert. Es gibt seitdem eine Symbolziffer EBM 03235, die mit sage und schreibe 20 Punkten (ca. 3 Euro) für ein gesamtes Quartal, deckend alle Gesprächsleistungen, angesetzt ist.

Das bedeutet für den allgemeinärztlich tätigen Arzt, der viele MS-Patienten behandelt, dass er mit einem Honorar von ca. 40 Euro für ein gesamtes Quartal pro Patient zurechtkommen muss. Mit ande-

ren Worten, eine „sprechende Medizin“ ist von diesem Gesundheitssystem dezidiert nicht gewollt! Warum? Darüber sollten Sie Ihre Leser wenigstens informieren.

Dr. med. S.K., Gaienhofen-Horn

(Der Einheitliche Bewertungsmaßstab – EBM bildet die Abrechnungsgrundlage für die vertragsärztliche Versorgung. Zum 1. Januar 2008 wurde der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM 2008 eingeführt. Darin ist die Ziffer 03205 mit „Qualitätszuschlag Psychosomatik“ betitelt. Uns interessieren in diesem Zusammenhang die Erfahrungen anderer ÄrztInnen zu der oben aufgeworfenen Frage, d.Red.)