

Die Psychotherapie der Allgemeinpraxis

Das ärztliche Gespräch als kleine Psychotherapie?

Von H. Kächele

Zusammenfassung: Es wird die Besonderheit der Beziehung des Arztes zu dem Patienten in der Allgemeinpraxis dadurch gekennzeichnet, daß diese darauf angelegt ist, über viele Jahre hin zu bestehen. Hieraus werden Unterschiede zu den fachärztlichen Beziehungen des Patienten erörtert, die alle auf Beendigung angelegt sind. Die psychotherapeutischen Möglichkeiten

der Allgemeinpraxis werden mit dieser Besonderheit in Verbindung gebracht und kurz illustriert. Eine der wichtigsten Möglichkeiten ist das ärztliche Gespräch.

Ich möchte mit dem Hinweis beginnen, daß ich das Thema dieses kurzen Referates mit einem Fragezeichen versehen möchte. Es gibt meines Erachtens kein größeres Mißverständnis, als das ärztliche Gespräch in irgendeiner Weise als eine Miniaturausgabe einer sehr speziellen Gesprächsführung, wie sie in der Psychotherapie als Spezialfach ausgeübt wird, anzusehen. Wohl aber gibt es die Psychotherapie des Allgemeinpraktikers, die nur dann recht verstanden und beurteilt wird, wenn sie nicht als verdünnter Aufguß der sogenannten großen Psychotherapie, sondern als eigenständige Methode gesehen wird.

Weiterhin möchte ich auf ein ebenfalls sehr verbreitetes Mißverständnis eingehen, welches selbst den Kollegen, die sich bereits einige Zeit in Ausbildungsseminaren für Psychotherapie in der Allgemeinpraxis befinden, immer wieder unterläuft: Von der naturwissenschaftlich medizinischen Krankheitslehre herkommend, die uns alle durch das Studium vermittelt worden ist, liegt es nahe, die Patienten in Gruppen einzuteilen. Bei den einen finden sich handfeste Anzeichen einer organischen Krankheit, und damit verbunden ist die Beruhigung, daß es vereinbarte und gesicherte Anweisungen gibt, wie diese Kranken zu behandeln sind. Bei den anderen – und wie man heute weiß, handelt es sich hierbei um keine kleine Gruppe von

Patienten – die Schätzungen schwanken, aber einen Wert von rund 30% für die Allgemeinpraxis anzunehmen dürfte kaum übertrieben sein – bei diesen anderen findet sich kein Hinweis auf eine organische Störung. Es ist die Rede von den sogenannten funktionell gestörten Patienten, wie wir noch immer terminologisch elegant unsere Hilflosigkeit zu umschreiben wissen. Wie ich darstellen möchte, wäre es vorschnell, die Überlegungen über die diagnostische und therapeutische Funktion des ärztlichen Gesprächs auf die zweite Gruppe einzuschränken in der Annahme, daß bei den anderen die Diagnose gesichert ist und damit einer zureichenden Therapie die Wege gebahnt sind.

Allen Kollegen aus der Allgemeinpraxis dürfte bekannt sein, daß der Praktische Arzt eine weit umfassendere Rolle im Leben seiner Patienten spielt, als dies gemeinhin zum Ausdruck kommt. In diesem komplizierten Beziehungssystem zwischen dem Arzt und dem einzelnen Patienten, das sich ja über viele Jahre hin erstreckt, und in welches oft auch noch die ganze Familie einbezogen ist, stellt das Gespräch die Plattform dar, wo nicht nur der Körper des Patienten mit seinen Dysfunktionen, sondern wo die gesamte psychische und soziale Existenz des Patienten sich darstellen kann. Wie sich in den *Balint*-Seminaren immer wieder bestätigt, verfügt der Prakti-

sche Arzt über weit mehr Wissen als er dies selber weiß. Denn wenn auch die Mehrzahl der Konsultationen sich nur über wenige Minuten erstreckt, so adieren sich doch die vielfältigen Wahrnehmungen – vom ersten Kennenlernen an, über zufällige Kontakte, durch indirekt erfahrenes Wissen vom Nachbarn usw. – zu einem psychosozialen Gesamtbild, einer psychosozialen Diagnose, die sich im Arzt zwangsläufig bildet.

So komme ich zu der vielleicht überraschenden Feststellung, daß der Praktische Arzt sich in einer einzigartigen Position befindet, wenn man das Verständnis des ärztlichen Gesprächs so erweitert, daß sich dieses Gespräch von der einzelnen Konsultation ablöst und wenn man den gesamten Zeitraum der Beziehung als den Raum ansetzt, in dem sich das ärztliche Gespräch abspielt. Damit erweitert sich der Inhalt des Gesprächs beträchtlich. Neben dem verbalen »Gespräch«, für welches der Arzt in der Regel selten so lange Zeit hat, wie er glaubt haben zu müssen, tritt eine averbale Kommunikation ergänzend hinzu. Diese averbale Kommunikation – dieses außer-gesprächliche Beziehungsnetz – wird in dem naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell völlig außer acht gelassen, es ist per definitionem nicht existent, aber, wie man wohl weiß, ist es wirksam. Die Wirksamkeit spürt man spätestens dann, wenn man

nachts gerufen wird und sich auf dem Heimweg, nach der Verordnung eines Sedativums oder eines schmerzlindernden Spasmolytikums fragt, ob diese Konsultation nicht noch bis zum nächsten Morgen auf die Sprechstunde hätte verschoben werden können. In dem Augenblick, wo man die Beschwerden der Patienten nicht mehr losgelöst vom familiären Hintergrund, von den beruflichen Sorgen oder von der Situation, in der die Beschwerden aufgetreten sind, betrachtet, wird die professionelle Skotomisierung aufgehoben, die das ärztliche Gespräch auf Symptomabfragen und Anweisungen zur richtigen Einnahme von Medikamenten einschränken will.

In dieser psychosozialen Perspektive gewinnt die Krankheit eines Menschen – unabhängig davon, ob ein organisches Krankheitsbild vorliegt, eine klassische psychosomatische Krankheit, wie einen Asthmaanfall, oder ein nur funktioneller Befund – einen zusätzlichen Stellenwert in der Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten: die Krankheit ist immer auch eine Krise im psychosozialen Erleben des Patienten. Ich glaube, daß es die Aufgabe des ärztlichen Gespräches ist, diese Krisensituation diagnostisch zu würdigen und therapeutisch anzugehen. Zu dem Zeitpunkt, da ein Patient sich an seinen Arzt wendet, aktualisiert der Patient das bis dahin latent bestehende Kommunikationssystem, denn lange bevor jemand krank wird, ist der Arzt in seinem Unbewußten fest verankert. »Der Arzt ist in der Phantasie eines jeden Menschen eine allwissende, allmächtige und unbegreifliche Elternfigur.« Betrachtet man das Gesamt der ärztlichen Einwirkungen auf den Patienten sowie den direkten manuellen Kontakt bei der Untersuchung, die beschwichtigende Verschleierung irrationaler Ängste, die Linderung von Leiden durch Verabreichen von Medikamenten oder andere technisch-physikalische Hilfsmittel, so ist es unübersehbar, daß diese Einwirkungen den unbedingt notwendigen und intim-körperlichen Diensten der Mutter in den frühen Lebensphasen ähneln. Krankheit führt bei jedem von uns zu

einer Verunsicherung seiner erwachsenen Integrität und Identität, und es ist die Aufgabe des Arztes, hier Sicherheit und Besserung zu vermitteln. Von dieser Bestimmung der Arzt-Patient-Beziehung, als einer für den Patienten essentiell notwendigen Hilfs-Beziehung, kann die Funktion des Gespräches ferner verstanden werden. Das ärztliche Gespräch soll dem Arzt eine diagnostische Sicherheit vermitteln, wobei sich diese auf die gesamte psychosoziale und körperliche Verfassung des Patienten richten muß. Therapeutisch soll es dem Patienten das Gefühl vermitteln, daß sein Kranksein ernstgenommen wird.

Dies fällt dem Arzt in der Regel dann nicht schwer, wenn er bei seinen Untersuchungen eine organische Krankheit feststellen kann; was aber soll er tun, wenn dem Patienten nichts zu fehlen scheint? Denn es ist fast immer ein großes und dringendes Anliegen der Patienten, einen Namen für die Beschwerden zu bekommen. Etwas mit einem Namen zu versehen, ist offensichtlich ein unverwüstliches Relikt aus der Vorzeit der primitiven Medizin, so wie in der Kindheit mit Namen die Dinge unter Kontrolle gehalten werden. Eine Diagnose mitzuteilen ist deshalb bereits ein erster Schritt der psychologischen Einwirkung. Hier sind wir bei einem der häufigsten Mißverständnisse zwischen den Patienten und ihren Ärzten angelangt. Wir Ärzte denken zu selbstverständlich, daß die Mitteilung – nach einer gründlichen Untersuchung – an den Patienten, ihm fehle nichts, für diesen eine große Beruhigung darstellen müßte. In der Tat gibt es Patienten, die sich hierdurch beruhigen lassen. Die Mehrzahl, so scheint es aber, gibt sich damit nicht zufrieden, und als Ärzte sind wir dann so leicht entrüstet. Vielleicht sollten wir uns klarmachen, daß die Mitteilung »Ihnen fehlt nichts« im unbewußten Erleben – und das heißt im Kind, das in jedem Patienten steckt – heißt, daß der Doktor keine Antwort auf die brennende Frage nach dem Namen der Krankheit weiß. Eine Vielzahl phantasievoller Namen, mit denen funktionelle Störungen bezeichnet

werden, verdanken dem intuitiv erspürten Bedürfnis der Patienten ihre fragwürdige Existenz. Die Antwort »Ihnen fehlt nichts« hat für den Patienten nur die Bedeutung, daß wir das, was ihn ängstigt und quält, nicht gefunden haben und es ihm deshalb nicht zu sagen wissen. So fühlt er sich von seinem Arzt im Stich gelassen; zu Recht, wie ich meine, und hier wird die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten durch die wohl selten verbalisierte Enttäuschung belastet. Wir alle wissen vermutlich, daß eine nicht kleine Zahl von Überweisungen dann zur Entlastung der getrübbten Beziehung dient.

An dieser Stelle scheint mir das ärztliche Gespräch seine hauptsächliche Funktion im Sinne der Gesundenberatung entfalten zu können. Statt unvermeidbare Verstimmungen und Eintrübungen der Beziehung durch einen Arztwechsel zu lösen, kann das Gespräch solche Verstimmungen auffangen. Dabei sollte man bedenken, daß die Praktischen Ärzte in der Regel in einer ungleich günstigeren Situation sind, als ihre spezialisierten Fachkollegen; sie sind nämlich nicht zur Eile gedrängt. Dies bedeutet natürlich keine unendlichen Aufschubmöglichkeiten für notwendige diagnostische Untersuchungen, wo diese unmittelbar zu indizieren sind, aber es bedeutet, daß der Arzt seine therapeutische Führung an den Vorerfahrungen mit dem Patienten ausrichten kann. »Ich kenne meine Pappenheimer«, sagt ein Kollege aus der *Balint*-Gruppe; er weiß, daß bestimmte Patienten seiner Klientel bei der kleinsten Verstimmung des Intestinaltraktes eine Überweisung in die Universitätsklinik fordern: warum sollte er sie verweigern, nur um seinen Kopf durchzusetzen, und damit die tragende Beziehung zum Patienten unnötig zu stören? – Er kann allerdings das kurze Gespräch, das zu der Überweisung führt, mit einem Kommentar versehen. Dieser Kommentar könnte zum Ausdruck bringen, daß der Arzt die große Beunruhigung des Patienten wahrnimmt, auch dessen Zweifel an der eigenen ärztlichen Kompetenz verbalisiert und dem Pa-

tienten die Versicherung mitgeben, daß er nach der Durchuntersuchung in der Universitätsklinik mit Interesse wieder für ihn zur Verfügung stehe. Wir haben in der Arbeit in der *Balint*-Gruppe die Erfahrung gemacht, daß es auch Probleme des Arztes sind, die die Entfaltung einer stützenden hilfreichen Beziehung zum Patienten behindern können, so z. B. Ärger über Patienten, die die eigene Arbeit zu entwerten scheinen; genauer betrachtet ist es jedoch die vom Arzt nicht genügend verstandene Beunruhigung des Patienten; z. B. über eine dem Patienten selbst noch nicht bewußte Krebsangst, die solche Weglauftendenzen des Patienten motiviert. Vermutlich wird es erst nach der zweiten oder dritten nutzlosen Überweisung gelingen, mit dem Patienten ein klärendes Gespräch über die Beunruhigung zu führen.

Hieran möchte ich verallgemeinernd anschließen, daß es die Vielfältigkeit der Mittel ist, die die Stärke des Praktischen Arztes ausmachen. *Michael Balint*, der Londoner Psychoanalytiker, der in den fünfziger Jahren die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Psychoanalytikern als Instrument zur Erforschung der Vorgänge in der Allgemeinpraxis einrichtete, formuliert diesen Sachverhalt folgendermaßen:

Wenn der direkte Zugang . . . zum Patienten blockiert ist, »kann der Praktische Arzt zunächst einmal etwas »Vernünftiges« verschreiben: ein Schlafmittel, Vitamine, eine Hustenmedizin, etwas gegen Kopfschmerzen, etwas Appetitanregendes oder die Verdauung Regulierendes! Wenn das nichts nützt, kann er den Patienten zu einer vernünftigen Untersuchung schicken, zum Röntgen, zum EKG usw. Wenn auch das hoffnungslos erscheint, kann er umschalten und ein anderes Familienmitglied behandeln, die Ehefrau (bzw. den Ehemann), ein Kind, die Schwiegermutter, oder er kann sogar im Vorbeigehen einmal bei dem Patienten hineinschauen, weil er

gerade in der Nachbarschaft einen Krankenbesuch macht.« Daß der Praktische Arzt so viele Möglichkeiten hat, mit den Bedürfnissen seiner Patienten differenziert umzugehen, unterstreicht meine eingangs erhobene Behauptung, daß das ärztliche Gespräch keine kleine Psychotherapie ist, sondern immer eine vielleicht psychotherapeutisch zu nennende Funktion hat, die sich aber nicht darauf beschränken kann, verbal dem Patienten Einsichten zu vermitteln. Im Gegenteil, der Eindruck aus den *Balint*-Gruppen bestätigt die Vermutung, daß gerade jene Patienten, denen der Fachpsychotherapeut nur wenig helfen kann, mit dem ärztlichen Gespräch als einer subtilen Mischung von Verstehen, Stützung und Führung weitaus besser »psychotherapeutisch« behandelt werden können. Damit komme ich auf einen weiteren wichtigen Unterschied zu sprechen: Die Fachpsychotherapie setzt sich als Behandlungsziel eine Beendigung der Beziehung zwischen Arzt und Patient, der Praktische Arzt, sofern er sich noch als Hausarzt verstehen kann, muß sich darauf einrichten, daß er mit seinem Patienten eine lange gemeinsame Wegstrecke vor sich hat. Das Wesen dieser Beziehung besteht in der Kontinuität, und so sollte jede Behandlung und damit auch das einzelne kurze Gespräch zu einer Verbesserung der tragenden Beziehung beitragen. Es ist wohl die Aufgabe des Arztes, diesen Klärungsprozeß mit sich allein zu beginnen; möglicherweise kann aber im Laufe der ärztlichen Gespräche auch dem Patienten ein Stück dieser Gemeinsamkeit vermittelt werden. Damit wäre die Partnerschaft erreicht, von der im Grunde genommen die gute Beziehung zwischen Arzt und Patient lebt. Das verbalisierte ärztliche Gespräch braucht dann um so weniger stattzufinden, je besser der vorsprachliche Kommunikationsanteil zwischen Arzt und Patient von beiden wahrgenommen und verstanden wird.

Damit komme ich zur Bedeutung

des ärztlichen Gespräches im Rahmen des hier gestellten Themas, der Gesundenberatung. Ich hoffe gezeigt zu haben, daß die ärztliche Beziehung in der Allgemeinpraxis im Grunde genommen davon lebt, daß diese Beziehung nicht nur dann besteht, wenn der Klient zum Patienten wird, sondern daß es sich hierbei um eine Beziehung handelt, die beim Gesunden zwar scheinbar nebensächlich ist, von der der Kranke dann aber doch erwartet, daß der Arzt mehr für ihn tut, als nur körperliches Mißbehagen zu beheben. Die Trennung von somatischer und psychischer Krankheit ist ganz offensichtlich aus der Notwendigkeit entstanden, klare wissenschaftliche Konzepte für das eine wie für das andere zu entwickeln. Der Patient kennt diese Unterscheidung in seinem Erleben nicht, er erwartet – zu Recht oder zu Unrecht –, daß sein Arzt ihn richtig, d. h. angemessen behandelt. Die beratende Funktion des Arztes liegt dann in der Fähigkeit, dem Patienten die Krise zu verdeutlichen, die er durch seine chronisch rezidivierenden Kopfschmerzen signalisiert. Diese Funktion kann als psychotherapeutische bezeichnet werden – nur handelt es sich hierbei nicht um kleine Psychotherapie, sondern um die ganz große Möglichkeit der Allgemeinpraxis, die besondere Stellung des Arztes für die Gesunderhaltung seines Patienten auszunützen.

Schrifttum

Balint, M.: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett, Stuttgart 1965.

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. H. Kächele,
Abteilung für Psychotherapie,
Universität Ulm,
Am Hochsträss 8, 7900 Ulm