

Zschornack, M., Sprenger, B.

Psychosomatisches Denken in der Inneren Medizin Compliance und Coping

Dr. med. M. Zschornack,
Chefarzt der Inneren Abteilung des Malteserkrankenhauses Räckelwitz,

Dr. med. B. Sprenger,
Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Schwedenstein

Zusammenfassung

Trotz regionaler Traditionen ist psychosomatisches Denken in die ostsächsische Kliniklandschaft nicht flächendeckend integriert. Zu wenig gesehen und berücksichtigt wird noch oft, dass sowohl Mitarbeit (Compliance) als auch individuelle Art der Krankheitsbewältigung des Patienten (Coping) durch die Qualität der ärztlichen Kommunikation wesentlich beeinflusst werden. Kommunikative Fehler sind durch moderne Diagnostik und Pharmakotherapie nicht zu kompensieren. Das gilt besonders für chronische Leiden. Balint-Gruppen vermitteln kollegiale Impulse für

den bewussteren Umgang mit psychosomatischen Grundelementen sowie mit ärztlichen Kommunikationsstärken und -fehlern. Nicht nur Patienten, auch Ärzte können sich inkompliant verhalten, ohne es zu bemerken. Das lässt sich ändern. Bei chronischen und malignen Leiden ist außerdem besonders wichtig – und für das therapeutische Vorgehen wegweisend –, sich über die Coping-Ressourcen des Kranken immer wieder Klarheit zu verschaffen und nicht bei gutem Zureden und Floskeln stehen zu bleiben.

Schlüsselwörter: Konstruktive Arzt-Patienten-Kommunikation, Compliance, Coping, Psychosomatik

Compliance (Mitarbeit) und Coping (Krankheitsbewältigung) sind keine modischen Anglizismen sondern psychosomatische Begriffe, die auf Umwegen in die europäische und deutsche Innere Medizin zurückgefunden haben und hier die Aufmerksamkeit einfordern, die ihnen zweifelsohne für Therapie und Prognose zukommt, insbesondere bei chronischen Leiden und malignen Erkrankungen.

Psychosomatik als Bewegung innerhalb der Inneren Medizin sieht bekanntlich die biologischen, psychologischen und sozialen Krankheitsfaktoren als grundsätzlich gleichwertig, im Krankheitsprozess allerdings unterschiedlich gewichtig. Im konkreten Einzelfall besteht die Aufgabe des Internisten darin, innerhalb einer Palette von naturwissenschaftlichen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Aspekten aktuell **die richtigen Akzente zum richtigen Zeitpunkt** zu setzen, also die Kunst des „Kairos“ anstelle des „Chronos“ zu üben.

Reine Organmedizin ist antiquiert. Ein Wandel zeichnet sich längst ab. Organmediziner, also Kardiologen, Gastroenterologen, Nephrologen etc. werden zwar ihre primär somatischen Tätigkeitsfelder ausbauen, die ärztliche Perspektive wird aber dem komplex denkenden Arzt gehören, der die unterschiedlichen Aspekte „patientengerecht“ zu bündeln versteht, dem **Arzt der Person (Paul Tour-**

nier). Dammacco, Präsident der Italienischen Gesellschaft für Innere Medizin, hat sich kürzlich dazu vor der European Federation of Internal Medicine so geäußert:

„Internists of the future, by cultivating and developing an aptitude for the overall management of their patients, will become experts in the handling of complexity and the formation of clinical strategies. They will perceive the perils of technological medicine, will rediscover the ethic that places the patient in the centre of the stage, and will regard the humanisation of medicine and health care structures as a top priority.“

Im psychosomatischen Modell sind die somatischen Befunde und das darauf zielende objektivierbare Procedere das eine und fundamentale Prinzip ärztlicher Wahrnehmung. Das andere, oft ebenso wichtige ist die Person des Kranken, ist das subjektive Krankheitsverhalten des Patienten, ist sein sozialer Kontext, ist insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung. Hier sind Compliance und Coping angesiedelt, hier entfalten sie sich oder verkümmern.

In der gegenwärtigen Diskussion wird der Begriff der Psychosomatik leider verwässert, insbesondere durch Gleichsetzung mit modischen Varianten sogenannter „Ganzheitsmedizin“ oder durch

Etikettierung sog. Alternativmedizin“. Hier ist aus internistischer Sicht immer von neuem Klarstellung erforderlich.

Sollten sich versierte Internisten und Psychiater im 20. Jahrhundert umsonst für psychosomatisches Denken eingesetzt haben?! Stellvertretend genannt seien nur **v. Weiszäcker, v. Uexküll und Jores**, aus unserer Region die Jenenser Internisten **Klumbies und Kleinsorge**.

Vor allem zu erinnern ist auch an **Kurt Höck**, Ärztlicher Direktor des Hauses der Gesundheit Berlin, Mitbegründer der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR, der sich in Zeiten strenger ideologischer Überwachung große Verdienste durch Gründung tiefenpsychologischer Selbsterfahrungsgruppen erwarb. Kliniker aller Fachrichtungen konnten sich hier **durch eigenes Erleben** vom engen Zusammenhang zwischen emotionalen und somatischen Funktionen und den Einflüssen des Unbewussten viel nachdrücklicher überzeugen als durch Lehrbücher oder Patientenbeobachtung. An der Medizinischen Klinik der Universität Jena wurde schon vor Jahrzehnten eine Spezialstation für die psychosomatische Behandlung von Colitis-Patienten eingerichtet. Sie besteht noch immer und hat die Vorteile einer systematischen internistischen und psychotherapeutischen Kooperation am Beispiel der Colitis allen Interessierten längst vor Augen geführt.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird vor allem durch die weitere systematische Erforschung des Coping eine viel größere Dimension erhalten und als therapeutisch gestaltete Kommunikation zwischen Therapeuten und Kranken und als tragende Säule aller anderen Therapie das ärztlichen Bewusstsein erweitern.

Compliance und Coping-Kräfte des Patienten müssen im Verlauf chronischer Erkrankungen ständig neu überdacht werden. Immer wieder stellt sich die Frage, ob der Kranke noch zu einem konstruktiven Umgang mit seiner Erkrankung fähig ist, wie seine psychischen und sozialen Coping-Ressourcen sind, und ob die Arzt-Patienten-Kommunikation, insbesondere die **emotionale Beziehung** zwischen Arzt und Patient noch konstruktiv ist, also Copingstärkend, oder ob sie destruktive Züge trägt und die Krankheitsbewältigung stört.

Dem Arzt kommt im Krankheitsprozess die medizinische Kompetenz zu. Der Patient aber entscheidet letztlich über die **subjektive Relevanz** der ärztlichen Maßnahmen. Unter diesen Prämissen ist klar, dass der Arzt nicht nur anordnen und verordnen kann. Beide, Patient und Arzt, müssen im diagnostischen und im therapeutischen Prozess voneinander und miteinander kontinuierlich lernen.

Die konsequente Berücksichtigung dieser Tatsache legt nahe, auch die Persönlichkeitsstruktur des Arztes und die daraus resultierenden Stärken und Schwächen in das diagnostische und therapeutische Procedere einzubeziehen. Das ist für viele Kollegen noch ziemlich ungewöhnlich.

Freilich wissen wir längst, dass der **Arzt auch als Subjekt** mit seinen persönlichen Kommunikationsgewohnheiten, Denkmustern und Erwartungen die Reaktionen des Kranken nachhaltig beeinflusst, und zwar nicht immer nur konstruktiv! Wir wissen aber auch, dass viele Ärzte sich dieser ihrer subjektiven Wirkung nur

unzureichend bewusst sind. Denn Selbsterfahrung und ärztliche Selbstreflexion, zum Beispiel Tonband- und Videoaufzeichnungen während des Patientenkontaktes, gehören leider nicht zur ärztlichen Standardausbildung, vielleicht auch deshalb, weil die Auswirkungen ungeeigneten Arzt-Verhaltens noch weitgehend tabuiert sind und ihre Reflexion auf verbreiteten subjektiven Widerstand stößt, ganz im Gegensatz zu den kollegialen Klagen über schlechte Patienten-Compliance.

Unter solchen psychischen Selbstschutzstrategien und Mangelbedingungen bleibt die Qualität der emotionalen Arzt-Patienten-Beziehung im Einzelfall für den Arzt oft unbestimmt. Er empfindet sie zwar als irgendwie positiv oder negativ, kann sie aber in der Regel nicht genauer beschreiben, geschweige denn ihre Vor- und Nachteile korrekt diagnostizieren. Genau das müsste er aber beherrschen, um Compliance und Coping bewusst zu beeinflussen und therapeutisch effektiv zu gestalten.

In der vor-psychologischen Medizin genügte es, sich im Kontakt zum Patienten auf Freundlichkeit, vernünftiges Aufklären und Erklären, gutes Zureden und Er-

mahnen zu beschränken. Dass allein dies bei bestem Bemühen auch zur Quelle von Missverständnissen und Frustrationen werden kann, ist eine Binsenweisheit. Dessen ungeachtet steht „Non-Compliance“ heutzutage noch immer speziell unter pädagogischen Vorzeichen, so, als ob es bei der Compliance um das bloße Befolgen ärztlicher Anweisungen gehe.

Compliance und Non-Compliance zeigen ihre sehr viel komplexere Natur, sobald man sie auch auf der Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung analysiert. Dann erweist sich, dass ein psychologisch kontraproduktives Verhalten des Arztes entscheidend dazu beiträgt, dass der Patient gegen vernünftigen Rat „verstößt“. Kontraproduktives Verhalten des Arztes auf der Beziehungsebene muss als ärztliche **Non-Compliance** in das Bewusstsein dringen. Hier liegt für noch viele Kollegen ein Verständnisproblem: Müsste der Patient nicht „kapieren“, was für ihn gut, und was für ihn nicht gut ist!? Und ist nicht der beste Arzt zur Ohnmacht verdammt, wenn dem Patienten Intelligenz, Krankheitseinsicht oder Disziplin fehlen?!

Zugrunde liegt dieser Argumentation die These des Arztes, dass seine Urteile und

Entscheidungen per se richtig sind, weil „wissenschaftlich“. Er hat schließlich studiert, der Patient ist Laie. Dieser Sachverhalt ist schon richtig, das daraus abgeleitete Rollenverständnis aber grundverkehrt, schon allein deshalb, weil ärztliche Entscheidungen auch falsch sein können, und weil Non-Compliance durchaus auch das Ergebnis eines rationalen und aktiven Entscheidungsprozesses des Patienten im Sinne von „intelligent non-compliance“ sein kann.

Non-Compliance ist oft nichts anderes als ein Problem der Arzt-Patienten-Beziehung, das Fragen aufwirft und vom Arzt ebenso professionelle Antworten fordert, wie irgendeine andere differentialdiagnostische Frage.

Wir wissen seit der Antike, dass die emotionale Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient der modifizierende Bestandteil jedes therapeutischen Aktes ist. Wissenschaftlich erneut ausformuliert und differenziert wurde diese Einsicht vor allem von tiefenpsychologisch orientierten Ärzten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Erinnerung sei hier nur an die Freudschen Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung. Paradoxiertweise wird der subjektive Einfluss des Arztes, die „Droge Arzt“, aber nur bei pharmakologischen Doppelblindstudien konkret beachtet.

Freilich, angesichts der Geschichte von Aufklärung und Gegenklärung ist es wiederum nicht allzu überraschend, dass sich psychologische Erkenntnisse in der somatisch determinierten Medizin nur langsam und gegen Widerstand ausbreiten. Das wird auch an der Statistik deutlich.

1998 wurden in Deutschland im Akutbereich 185 342 stationäre internistische Behandlungsplätze ermittelt, 2930 psychosomatische (zirka 1,6 %). Im Freistaat Sachsen gab es 10 324 internistische Betten und 130 psychosomatische (zirka 1,2 %). Der Anteil psychogener resp. psychosomatischer Erkrankungen auf Inneren Abteilungen liegt aber bei mindestens 20 Prozent.

Dennoch dominieren auch bei diesen Patienten weithin organpathologische oder sogar technokratische Konzepte, bei denen das Instrument an die Stelle der helfenden Person tritt. Dieser Sachverhalt ist bekannt, als Defizit aber nicht anerkannt, zumal die Geschäftspraxis sich zunehmend an der über Medien merkantil gesteuerten medizinischen Informations- und Desinformationspolitik ausrichtet. Persönlichkeits- und Psychodiagnostik gilt gegenüber instrumentellen Maßnahmen als zu ungenau und zu zeitaufwendig.

Aus der Sicht psychosomatischer Erfahrung ist das aber nichts anderes als Ideologie und die Folge von Trainingsmangel, ähnlich wie bei anderen, nicht automatisierbaren ärztlichen Techniken auch. Hier können ein psychosomatischer Grundkurs, Konsiliarkontakte mit einem psychodiagnostisch Erfahrenen und die Teilnahme an Balint-Gruppen weiterhelfen.

Die übliche internistische Anamnese reicht oft nicht. Denn auf dabei gestellten Fragen bekommt man nur (die zu den Fragen passenden) Antworten, nichts sonst (**Balint**).

Auch der internistische Blick auf das Coping ist noch eingengt. Mit dem

Coping beschäftigt sich inzwischen ein eigener umfangreicher Forschungszweig. Wir wissen, dass Coping erheblich modifiziert wird durch die Kultur, in welcher der Patient sozialisiert wurde und in der er lebt, durch seine Persönlichkeitsstruktur, durch seinen Lebenswillen, durch seine Autonomie, durch positive spirituelle Erlebnisse und durch die Qualität der emotionalen Arzt-Patienten-Beziehung, wie bereits besonders hervorgehoben.

Längst hat sich erwiesen, dass durch **komplementäre internistische und psychosomatische Analyse** schnell erkannt werden kann, welche Coping-Faktoren im Einzelfall klinisch relevant sind, welche also verstärkt und welche gezielt relativiert werden sollten.

Nur der psychologisch unverstandene Patient begibt sich auf alternative Irrwege oder lässt sich verführen durch modische medizinische Trends und Ideologien.

Wenn es uns gelingt, **emotional langfristig tragfähige Beziehungen** zu unseren Patienten zu gestalten, stärken wir Compliance und Coping und verhindern sicher auch, dass die sogenannte „Schulmedizin“ diffamiert wird, und in den Zeiten fallender Punktwerte beträchtliche Mittel in dunkle Kanäle fließen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Martin Zschonack
Malteser Krankenhaus Räckelwitz
Michael-Hornik-Straße 1
01920 Räckelwitz