

Helmut Schaaf

Das psychosomatisch orientierte Erstgespräch nach Morgan und Engel in der HNO Heilkunde

Zusammenfassung:

Spätestens mit dem massiven Auftreten von Tinnitus Leidenden wird der HNO-Arzt mit den psychogenen Komponenten von Erkrankungen konfrontiert. Diese gelten als schwierig: der Arzt kann keine hinreichende Ursache bei einer körperlichen Erkrankung feststellen und der Patient fühlt sich unverstanden, was die Beziehung zwischen Arzt und Patienten erschwert. Hilfreich ist hier in basales psychosomatisches Verständnis. So kann das Symptom auch als möglicher Ausdruck einer psychogenen Not verstanden und erkannt werden, um dann die notwendigen Weichen zu einer kausalen Therapie zu stellen.

Summary:

At the latest with the increase of suffering from Tinnitus the ENT doctor is confronted with the psychogenic components of diseases. Because the physician cannot find a sufficient (hinreichende) diagnosis and the patient often feels misunderstood, these diseases are estimated as difficult. In this relationship a basis psychosomatic: knowledge is useful for both sides: patient and physician. So a symptom can be understood and realized as a possible expression of psychogenic distress, to set - after the medical evaluation - the course for psychotherapeutic interventions, if necessary.

Aufgaben des „psychosomatische Erstgespräch“ nach Morgan und Engel

1. Die Erfassung der Beschwerden des Patienten
2. Die Herausarbeitung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes mit dem Ziel einer vorläufigen Diagnosestellung.
3. Die Erarbeitung eines Verständnisses für die biographische Situation, in der die Erkrankung auftrat einschließlich der Bedeutung für den Patienten und dessen Umgebung.
4. Die Ermöglichung des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zwischen Arzt und Patient

Worauf sollte möglichst geachtet werden?

1. Wie verhält sich der Patient gegenüber dem Arzt?
2. Sind bestimmte Haltungen, Erwartungen, Interaktionen erkennbar?
3. Wie geht der Patient mit seinen Ängsten um?
4. Werden bevorzugte Bewältigungsmechanismen erkennbar?
5. Was macht dem Patienten – auch innerlich – zu schaffen ?
6. Welche Wünsche hat der Patient, welche davon sind ihm bewußt, welche sind ihm unbewußt ?
7. Welche Ängste hat er, welche davon sind ihm bewußt, welche sind ihm unbewußt ?

8. Was tragen die anderen dazu bei, dass die Krankheit erhalten bleibt?

Im Fokus stehen die Wechselbeziehungen

- zwischen den Symptomen
- die spontanen Äußerungen über die begleitenden Lebensumstände
- die früheren Krankheiten
- der Gesundheitszustand der Familie
- die zwischenmenschlichen Beziehungen

Einleitung

Seelische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen, sind so häufig geworden, dass sie auch im Bereich der HNO Heilkunde auftreten müssen. So sind nach S.O. Hoffmann (9) bei ca. 2/3 der HNO-Patienten unter anderem funktionelle und psychosomatische Störungen zu finden. Dabei war E. Lüscher (15) in Deutschland einer der ersten Autoren, der eine Zusammenschau psychosomatischer Aspekte auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde verfaßte.

Krankheitsbilder mit einem hohen psychogenen Anteil sind:

- Globusgefühl einschließlich Schluckstörungen ohne entsprechenden Organbefund
- Psychogene Hörstörungen und das Leiden am Tinnitus
- Schwindelerscheinungen ohne ausreichend erklärendes organisches Korrelat
- Psychogene Stimm- und Sprechstörungen

Reaktiv zeigen sich auch psychogene Reaktionen bei schweren Erkrankungen wie bei akuten und chronischen Hörbeeinträchtigungen, dem Morbus Menière (4, 8, 20, 22, 27, 30) und Karzinomen. Selten finden sich gar Wahnentwicklungen bei lang anhaltenden, schlecht versorgten Schwerhörigkeiten (31).

Darüber hinaus zeigt sich, daß psychiatrisch Erkrankte in ihrer verzweiferten Not den Tinnitus als Decksymptom bei Schizophrenie gefunden haben (23) und/oder als Ausdruck der hoffnungslosen Bodenlosigkeit der psychiatrischen Erkrankung mit Schwindel reagieren können.

Zentral ist dabei oft eine „im Symptom“ gebündelte oder durch das Symptom und seinen Umgang vermiedene Angst-Empfindung. Diese kann sich –über das HNO Symptom hinaus - auch noch zeigen in

- nervöser Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Schwitzen
- Herzklopfen
- Schmerzen
- Kopfdruck

Nach ICD 10 werden Störungen und Krankheitsbilder, die ohne organische Schädigungen einhergehen, als

- Somatisierungsstörungen F 45.0
- somatoforme Funktionsstörungen F 45.3
- und oft synonym „funktionellen Symptome“ gelistet.

Wenig differenziert im ICD 10 finden sich die „psycho-somatischen“ Erkrankungen, bei denen auch die organische Struktur unter den psychogenen Prozessen Schaden nimmt.

Alle haben gemeinsam, daß sich hier Seelisches körperlich ausdrückt, ohne das die eigentliche seelische Botschaft vom Betroffenen verstanden wird oder werden kann. So sucht er sein Heil auch in der Beseitigung des körperlich Empfundenen und so z.B. beim HNO Arzt.

Stellt sich ein körperlich empfundenes Symptom ein, so wird sinnvollerweise zu aller erst ein Arzt aufgesucht. Daher kommt es ganz wesentlich darauf an, dass der **Arzt als Erstbehandler** eine mögliche seelische Ursache, die hinter den somatisierenden Beschwerden stehen kann, versteht und angemessen reagiert. Um dies zu ermöglichen, benötigt der primär organisch ausgerichtete Arzt eine emotionale Kompetenz, die meistens über das hinausgehen muß, was wir an normalen – oft unreflektierten - menschlichen Reaktionen kennen, z.B.:

- Mitleid, aber auch Ärger,
- Fürsorge oder Ablehnung,
- Wertschätzung oder Verachtung.

Dies ist nicht immer einfach, da somatisierende Patienten - vor allem bei m ersten Arztkontakt - in einen oft sehr ungeklärten Raum zwischen körperlichen und seelischen Fragen kommen. Dabei hat man es als HNO - Arzt zunächst einfacher als etwa ein - auch ärztlicher - Psychotherapeut. Das liegt daran, daß die Patienten bei ihrer Suche nach Hilfe in der Regel „gerne“ und gesellschaftlich anerkannt zum Arzt kommen. Schwierig kann es werden, wenn deutlich wird, daß die Beschwerden nicht organisch geheilt werden können. Dann fühlen die Patienten sich oft vom Arzt "im Stich gelassen". Dabei gerät der Arzt nicht selten unter - manchmal enormen emotionalen Druck, dennoch "etwas" in seinem Kompetenzbereich machen zu müssen, obwohl dies letztlich nur fehlschlagen kann - sowohl für den enttäuschten und enttäuschenden Arzt wie für den letztlich fehlbehandelten Patienten.

So stellte sich in unserer Klinik eine 27-jährige Patientin mit „einem zunehmendem Schwindelleiden“ vor. Sie sei eines Morgens mit heftigem Schwindel aufgewacht. Sie habe zwar aus dem Bett noch aufstehen können, dann habe es ihr jedoch die Füße weggezogen. Es sei ein „heilloses Durcheinander“ in ihrem Kopf gewesen. Inzwischen sei ihr „ganzer Kopf voll Schwindel“. Eine Hörminderung wurde nicht festgestellt und ein Ohrgeräusch habe sie nicht bemerkt.

Der Schwindel „tobe“ in ihrem Kopf, sie fühle sich dadurch (!) niedergedrückt und zunehmend eingeschränkt. Manchmal, könne sie nur über den Flur kriechen. Sie könne "dies alles" nur noch mit Hilfe ihres Mannes aushalten, der sich fast völlig in ihre Dienste gestellt hatte.

Der Hausarzt habe "Infusionen" veranlaßt. Dennoch habe die erste "Attacke" wochenlang andauert mit täglichem Erbrechen, aber weiterhin ohne Veränderung des Hörvermögens. Nach einer Woche sei sie in eine neurologische Klinik verlegt und „unter Medikamente“ gesetzt worden. Der Schwindel sei jedoch nie weggegangen, die Übelkeit sei beständig gewesen, nur das Erbrechen habe nachgelassen.

Schließlich wurde nach Ausschluß anderer organischer Erkrankungen - trotz Normakusis ohne Tinnitus - unter dem Verdacht eines „Morbus Menière beidseits“ zweimal durch einen chirurgisch erfahrenen Operateur (!) versucht, dem Problem chirurgisch durch eine Saccotomie beidseits „Herr“ zu werden.

Da auch dies keinen Erfolg zeigte, kam die Patientin in unsere Klinik und wirbelte auch uns lange und heftig herum. Letztlich aber zeigte sich - unter Hinzunahme psychotherapeutischer Kompetenz - ein fast schon klassisches hysterisches Problem, das in einer Konversions - Neurose mit Schwindel - seinen Ausdruck fand.

So war der Schwindel auf eine noch sehr zierliche, mädchenhaft unschuldig wirkende Frau getroffen, die ein halbes Jahr nach dem Tod ihres Vaters in ihrem 16 Lebensjahr einen 19 Jahre älteren Partner geheiratet hatte. „Auch dieser verließ sie“ - und das auch noch „wegen einer anderen“. Danach fand sie ihren jetzigen Ehemann, der sie vergötterte und „weitestgehend in Ruhe“ ließ.

Was ihre Ruhe durcheinanderwirbelte, war - wie sich in einen langen stationären Psychotherapie herausstellte - der anhaltende Wunsch des Mannes nach einem Kind. Die Verweigerung dieses Anliegens, das notwendigerweise hätte mit gelebter Sexualität einhergehen müssen, ohne ihren Partner möglicherweise zu verlieren, war der ohnmächtige Grund des Schwindels. Dies ließ - bis dahin - den Mann noch vorsichtiger und noch dienlicher werden – allerdings zu einem hohen Preis für alle Beteiligten.

Ohne eine Psychotherapie - hier auch unter stationären Bedingungen - hätte dieser für die Patientin und die meisten Umgebenden nicht durchschaubare Prozeß noch so manche Operation nach sich ziehen können.

Um sich den emotionalen Faktoren und den biographischen Hintergründen zu nähern, ist eine Anamnese und Befunderhebung notwendig, die klassisch Psychotherapeuten zugeschrieben wird. Diese werden auch Somatisierungsstörungen meist erst als Letzte einer oft langen Krankheits-Odyssee aufgesucht. Dies ist sicher nicht sachgerecht, aber angesichts der sich aus dem Krankheitsbild ergebenden fehlenden eigenen Einsichtsmöglichkeit und nach wie vorher auch gesellschaftlich geringen Akzeptanz der Psychotherapie verständlich. Dafür kann der Psychotherapeut davon profitieren, daß die körperlichen Beschwerden in aller Regel - auch fachärztlich - abgeklärt sind. So kann dieser - analytisch, tiefenpsychologisch fundiert oder verhaltenstherapeutisch - auch seine spezifische Anamnese vornehmen.

Die tiefenpsychologische Befunderhebung, die im folgendes geschildert werden soll, hat ihre Wurzeln im psychoanalytische Interview, das auf die Bedürfnisse der Zeit und des psychosomatisch handelnden Arztes umgestaltet wurde.

Das psychoanalytische Interview ist ein weitestgehend unstrukturiertes Gespräch in einem speziellen räumlichen und zeitlichen Rahmen. Dabei überläßt der Erstinterviewer dem Patienten zu einem Großteil die Aktivität, um ihm ein möglichst freies Feld zur Entwicklung seiner persönlichen Problematik zu geben. Dabei liegt das Hauptinteresse auf der Beobachtung, *wie* der Patient das Interview strukturiert.

Die sich daraus entwickelnde tiefenpsychologische Anamnese stellt ein stärker strukturierendes Gesprächs dar, das durch eine Reihe auch gezielter Fragen versucht, den Patienten zu einer geeigneten Selbstdarstellung zu veranlassen.

In beiden geht es sowohl um objektive wie subjektive Faktoren. Hinzu kommt aber noch die Erfassung der szenischen und situativen Information. Bei der szenischen Information dominiert das Erleben der Situation und der Arzt - Patienten - Beziehung mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen. Dies stellt sich selbst dann ein, wenn der Patient schweigen würde, wie in den Beispielen weiter unter ausgeführt (10).

In der psychosomatischen Medizin wird meistens die nun ausführlich dargestellte Anamneseerhebung nach den Vorschlägen von Morgan und Engel strukturiert. Dieses ist - noch einmal abgewandelt aus der tiefenpsychologischen Anamnese noch strukturierter und bezieht bewußt insbesondere die körperlichen Symptome mit ein.

Das „psychosomatische Erstgespräch“ nach Morgan und Engel

Wie könnte nun ein HNO-Arzt handeln, ohne selber zum Psychotherapeuten zu werden, aber dennoch richtungsweisend vorgehen? Dazu haben 1997 Morgan und Engel (16) einen klinischen Zugang zum Patienten bei der Anamnese und der körperlichen Untersuchung entwickelt. Dieses ist - weiter abgewandelt aus der tiefenpsychologischen Anamnese - noch strukturierter und bezieht bewußt insbesondere die körperlichen Symptome mit ein.

Es hat im wesentlichen vier Aufgaben. Wie gewohnt gehören dazu:

1. Die Erfassung der Beschwerden des Patienten
2. Die Herausarbeitung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes mit dem Ziel einer vorläufigen Diagnosestellung.

Darüber hinaus kommen hinzu:

3. Die Erarbeitung eines Verständnisses für die biographische Situation, in der die Erkrankung auftrat einschließlich der Bedeutung für den Patienten und dessen Umgebung.
4. Die Ermöglichung des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zwischen Arzt und Patient

Der Patient soll dabei zum Arzt Vertrauen fassen können, der Patient soll spüren dürfen, dass der Arzt an seiner Krankheit und an seiner Person interessiert ist und dass der Arzt ihm mit seinem Wissen und seiner Person helfen will, seine Schwierigkeiten zu bewältigen.

Allein schon diese Auflistung läßt vermuten, dass ein psychosomatisches Erstgespräch sehr zeitaufwendig ist. Das stimmt, wenn man dies in der gleich auszuführenden Form macht und dabei auch noch die eingestreute Theorie beachten muß.

Allerdings zeigt sich, dass durch das Erheben einer solch exakten Anamnese bei der weiteren Behandlung wahrscheinlich sehr viel Zeit gespart wird. So ist es durchaus häufig, dass der Arzt bei entsprechend geschultem Hinhören – und ggf. Weiterbildung in der „psychosomatischen Grundversorgung“ und in der Reflexion in sog. „Balintgruppen“ - sehr schnell erfährt, dass hinter den Symptomen des Patienten oftmals subjektive Vorstellungen stehen, die glücklicherweise meist mit der Realität nicht übereinstimmen, jedoch massiv das Verhalten des Patienten beeinflussen (10, 18).

So kann bei einem festen Patientenstamm, wie er in der niedergelassenen Praxis die Regel sein dürfte, auf Dauer auch deswegen Zeit gespart werden, weil in einem guten Erstgespräch oft die Grundlage für eine lange tragfähige Beziehung geschaffen wird.

Dies ermöglicht, insbesondere bei Somatisierungsstörungen lange und stützend arbeiten zu können. So habe ich seit Jahren einen Tinnitus - Patienten, der in regelmäßigen Abständen nachfragend vorstellig wird, was es denn „Neues“ gebe, auf welcher Stufe der „Noiser“ einzustellen wäre und ob er noch eine Chance hätte. So hält er immer wieder die „alte“, ihn tragende Beziehung zum Therapeuten aufrecht. Damit hat er für sich eine in kürzester Zeit herzustellende Sicherheit für den möglichen und befürchtenden Fall, dass etwas passieren könnte, was für ihn alleine nicht bewältigen wäre.

Unerfreulich ist, daß dies bei Kassenpatienten oft gerade nicht „honoriert“ wird, sondern überproportional der neue Patient, was sich aber in der nächsten „Reform“ wieder ändern kann.

Auf Dauer gilt: wenn das weiter nun Ausgeführte eingeübt ist und sich ein Gefühl für die möglichen Erkenntnisse entwickelt hat, kann vieles dann möglicherweise in Minuten, manchmal aber auch schon in Sekunden erfaßt werden - wenn man darauf achtet.

Der Gewinn dabei ist, dass man so Informationen über den somatischen und psychischen Zustand auf verbalen und dem averbalem Wege erhält. Insbesondere letztere gehen sonst oft verloren und kosten den Patienten, aber auch den Arzt Zeit, viele Umwege, nicht abrechenbare und oft ärgerliche Mühe, wie im Extrem bei der oben beschriebenen, sich und ihre Behandler verzweifelnde Patientin mit Schwindel.

Der nächste Schritt ist, so weit wie möglich, versuchen zu erfassen:

1. Was macht dem Patienten – auch innerlich – zu schaffen ?
2. Welche Wünsche hat der Patient,
welche davon sind ihm bewußt, welche sind ihm unbewußt ?
3. Welche Ängste hat er,
welche davon sind ihm bewußt, welche sind ihm unbewußt ?

Die Neurose und ihre Symptome

Damit kommen wir in einen Bereich, der stofflich kaum faßbar ist, auch wenn Neurophysiologen immer mehr ahnen lassen, wie das Gehirn "Seelisches" ermöglicht (3, 11, 19). So muß man sich der Seele teilweise über die von ihr hervorgerufenen Phänomene nähern. Für die phänomenologische Beschreibung hat seit Sigmund Freud der Begriff der Neurose einen zentralen Stellenwert in den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapievorstellungen gewonnen.

In diesem Sinne bezeichnet "Neurose" dabei einen suboptimalen Versuch, bei einem meist unbewussten, unbewältigten seelischen Konflikt die dabei bestehenden unangenehmen, unerträglichen Gefühle von (innerlicher!) Angst, Unlust und Schmerz zu vermeiden (5, 10).

Zu Zeiten Freuds waren dies oft sexuelle Konflikte, die sich etwa - wie bei der oben beschriebenen Patientin - im Schwindel ausdrückten. Dies ist heute in unserer Gesellschaft - gerade wegen des Bewußtmachens durch die Psychoanalyse - selten geworden. Inzwischen werden sieben typische Konflikte und/oder Grundsituationen in folgenden Kernbereichen beschrieben, von denen sexuelle Konflikte und Identitätskonflikte ein wichtiger, aber eben nur einer ist:

1. Konflikthafte äußere Lebensbelastungen,
hier insbesondere Verluste in Beziehungen und Krisen. Dabei kann es zu körperlich erlebten Symptomen kommen, ohne daß der depressive Inhalt dem Patienten bewußt wird.
2. Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
3. Abhängigkeitsentwicklungen im Widerspruch mit Selbständigkeitswünschen, die typischerweise bei der Ablösung von den Eltern, aber auch von Vertrautem und „Heimatlichem“ gesehen werden kann.
4. Tatsächliche Unterwerfung im Widerspruch mit dem Wunsch nach Kontrolle
5. Versorgungswünsche im Widerspruch mit Selbständigkeitsbestrebungen
6. Selbstwertkonflikte, Gewissens- und Schuldkonflikte
7. sexuelle Konflikte und Identitätskonflikte (1)

Auch haben sich die Symptome vom meist eindrucksvollen Ausdruck-Bild der Konversionsneurosen mit dem "hysterischen" Schwindel auf weniger offensichtliche Beschwerdekongstellationen verlagert.

Die Neurose hat ihren Preis in einem dem Betroffenen nicht bewußten, eingeschränkten Verhaltensrepertoire. Dennoch muß eine Neurose oder ein neurotisches Verhalten nicht unbedingt Krankheitswert haben. Solange der „Bewältigungsversuch“ erfolgreich ist oder den Preis wert ist, kann der Mensch in seinem Gleichgewicht bleiben. So sei von einem Patienten berichtet, dessen Tinnitus jeden Samstag unendlich laut werde – „so lange die Schwiegermutter zu Hause ist.“ Er schafft es aber über das Leiden am Tinnitus, sich der Auseinandersetzung mit seiner Frau und den Kindern um die Frage der Präsenz der Schwiegermutter zu entziehen. So vermeidet er den Konflikt mit seiner Frau, weil er es sich als angepaßter Mensch mit einer depressiven Grundstruktur nicht mit seiner Frau und Schwiegermutter verscherzen will.

Dabei riskiert er – offensichtlich ohne größeren Schaden - die Sportschau zu verpassen. Gravierender könnte es werden, wenn er in dieser Vermeidungsform versäumt, seine eigenen männlichen Interessen durchzusetzen. Dann würde er ein Stück Lebendigkeit aufs Spiel setzen und das neurotische Symptom stärker werden.

Die Tiefenpsychologie sieht den Menschen in einem ständigen Prozess der Auseinandersetzung mit dem mitgebrachten „genetisch bedingten“ eigenen Anteilen und der sozialen Umwelt (12, 14). Dabei sind sicher die Eltern für die Entwicklung die wichtigsten, während die jeweilige „Gesellschaft“ mit ihren materiellen und emotionalen Möglichkeiten, aber auch Mängeln, den Rahmen bildet.

Die seelische Entwicklung wird immer wieder gefährdet, aber auch weiterbringend herausgefordert durch die Angst. Sie ist bei realer oder phantasierter Gefahr das Lebensthema des Menschen schlechthin. Angst wird sehr früh zum existentiellen Thema, wenn sich Vertrauen in die Bindung zumindestens einem Elternteil nicht einstellen kann.

Die sich aus dem gelingenden oder mißlingenden Umgang mit der Angst ergebenden seelischen Strukturen lassen sich tiefenpsychologisch modellhaft unterteilen in vier neurotische Regulationsformen einteilen:

- die sehr früh notwendig gewordene schizoide Charakterstruktur, wenn eine tragende Beziehung nicht erlebt werden konnte
- die später möglich werdende depressive und zwanghafte Charakterstruktur
- und die erst für die ödipale Phase angenommene hysterische.

Normalerweise kommen alle vier bis fünf Charaktereigenschaften „gut verteilt“ vor.

Etwas außerhalb dieser Nomenklatur liegt die sog. „narzißtische“ Struktur. Diese entsteht wahrscheinlich aus einem hochgradigen Mangel an Wertschätzung in der Kindheit, die der Narzißt versucht, „phantastisch“ auszugleichen (12).

Überwiegend depressive Strukturen entstehen beispielsweise bei denen, die eine tragfähige Bindung zu (mindestens einem Elternteil) zwar kennen gelernt haben, diese aber auch wieder dauernd gefährdend erlebt oder nur unter bestimmten Bedingungen bekommen haben. Die Liebe für Depressive hatte also eine Voraussetzung und das prägt das weitere Leben. Sich selber zu wenig mögend, umsorgt so der Depressive andere in einer Art und Weise, die oft aufdrängend erscheint, da sie die Erwartung von Gegenleistung zumindestens in Form von Dankbarkeit voraussetzt. So opfern sich depressive Männer oder Frauen auf für die Familie, für andere, für „den Staat“, für die Firma, und bekommen ihrem Gefühl nach meist "zu

wenig" zurück. Zwanghafte hingegen haben Erziehung mehr als Dressur kennengelernt und fürchten den Kontrollverlust.

Trotz der aus der Neurosenlehre stammenden Bedeutung für seelische Auffälligkeiten und tatsächliche Anfälligkeiten ermöglichen erst Charakterstrukturen soziale Leistungen.

So käme kein helfender Beruf ohne depressive – mitfühlende - Anteile aus.

Kein Schauspieler würde unsere Freude hervorrufen können, wenn er nicht zumindestens einen gehörigen Anteil hysterische Anteile hätte.

Auch ist nicht jeder depressiv Strukturierte dauernd depressiv und auch nicht jeder Hysterische dauernd auf der Bühne. Es kommt auf die Größe der anstehenden Lebensaufgabe oder des Konfliktes an (Ablösung von den Eltern, aber auch von Vertrautem und „Heimatlichem“, dem Chef etc.), ob die erworbenen Grundstrukturen ausreichend für die Bewältigung sind oder „suboptimal“ nur ein Symptom hervorbringen. So können depressiv - Strukturierte ein ganzes Leben lang glücklich bleiben, so lange sie entsprechende Partner oder Bezüge finden, denen sie entsprechend dienen können und für die sie dann zumindest minimal entsprechend entlohnt werden.

Ein Symptom mit Krankheitswert kann aber dann entstehen, wenn - etwa beim depressiv Strukturierten - eine Beziehung oder ein Aufgabenfeld abbricht, ein Partner stirbt oder dieser gar des depressiv Strukturierten überdrüssig wird. Dann ist z.B. der Schwindel eine sehr häufige Form des Zusammenbruchs (21).

Dabei kann es sein, daß Konflikte, etwa um den Wunsch nach Versorgung, lange schlummern oder einigermaßen kompensiert wurden. Wenn aber die Kompensationskräfte erschöpft sind (Depressive, die keine Kraft mehr zum dienen, aber auch keine Alternative haben) oder ein entsprechender Anlaß hinzu kommt, kann sich das Symptom, etwa „exazerbierend“ im Tinnitus, „bemerktbar machen.

Diagnostisch ist wichtig zu unterscheiden, ob ein Symptom aus der Neurose selber entstanden ist oder durch eine vorbestehende neurotische Struktur mit bis dahin ausreichenden Verhaltensrepertoire nicht mehr überwunden werden kann. So kann sich eine Neurose „somatisierend“ etwa im Leiden am Tinnitus niederschlagen oder sich - wie im obigen Beispiel - Seelisches körperlich (konversions - neurotisch) ausdrücken. Anders ist es, wenn bei einem zwanghaft Strukturiertem eine körperliche Erkrankung, etwa ein Gleichgewichtsausfall nach Neuropathia vestibularis, trotz zentralen Ausgleichs als Gleichgewichtsstörung bleibt, weil „alles aus den Fugen geraten ist“.

Der Untersucher als "Seisomograph" für Beziehungsgestaltung

In dem Moment, in dem Menschen miteinander in Kontakt treten, lösen sie beim anderen Gefühle aus. Diese werden in Millisekundenschnelle mit Personen abgeglichen, die in dem früheren Leben schon erlebt und /oder erlitten wurden. So kommt es wahrscheinlich in jeder Lebenssituation, vor allem aber in jeder therapeutischen Situation zu „Übertragungen“ des schon Bekannten auf das (noch) Unbekannte. Daraus resultieren oft „Verwechslungen“ mit dem realen Gegenüber und dann oft unangemessene Reaktionen.

Da Ärzte meistens in der Heiler- und damit auch in der höheren Position - stehen, vollziehen sich die ersten Übertragungsphänomene meist wie zu den Eltern und (anderen) Vorgesetzten und - typischerweise - eben nicht zu den Geschwistern.

Oft werden Ärzte – je nach seelischer Reife – verwechselt mit der erwarteten oder befürchteten Funktion. Manchmal sind es Verwechslungen mit einem Handwerker, der den Tinnitus oder den Schwindel „wegmachen“ soll. Oft ist es aber auch die Übertragung auf

einen Zauberer oder eine magischen Fee, die wie im Märchen, „wo es einmal war, dass sich das Wünschen noch lohnte,“ das Symptom verschwinden lassen soll. Im Zweifel bleibt die Hoffnung auf **das** Rezept oder **die** Operation.

Da Ärzte Menschen sind, geschieht ihnen das gleiche auch mit unserem Gegenüber. Dies heißt dann Gegenübertragung: der Patient nimmt Einfluss auf die unbewussten Gefühle des Arztes.

Die Interaktionsmuster, die beim Anderen und beim Untersucher in der Begegnung deutlich werden, kann man diagnostisch nutzen. Das ist insbesondere in der Tiefenpsychologie, die ganz wesentlich auf Beziehungsarbeit baut, ein wesentliches Handwerkszeug. Dieses wird insbesondere in der Selbsterfahrung - so gut es geht - gefördert, damit in der Interaktion der eigene Anteil des Prozesses bekannt ist und berücksichtigt werden kann. Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind es die Balintgruppen, die wesentlich helfen, in der Arbeit mit den Patienten seine emotionale Sicherheit zu schulen und eigene Anteile kennenzulernen.

Diagnostisch kann man davon ausgehen, daß die speziellen Interaktionsmuster des Patienten mit dem Arzt ein wichtiger Teil seiner ihm zur Verfügung stehenden Beziehungsstrukturen und der darin zum Tragen kommenden Lösungsansätze sind.

Daher wird im einem psychosomatischen Erstinterview erforscht:

- Wie verhält sich der Patient gegenüber dem Arzt?
- Sind bestimmte Haltungen, Erwartungen, Interaktionen erkennbar?
- Wie geht der Patient mit seinen Ängsten um?
- Werden bevorzugte Bewältigungsmechanismen erkennbar?
- Was tragen die anderen dazu bei, dass die Krankheit erhalten bleibt?

Zwei Beispiele:

Beispiel I: Der Tinnitus "dröhnt" vor Erschöpfung (um Ruhe)

Ein 57 jähriger Lehrer litt quälend an Tinnitus, ohne daß ein akuter Hörverlust eingetreten war.

Er war seit 28 Jahren Lehrer an einem Gymnasium in einer Kleinstadt und zusätzlich als Studiendirektor für Referendare in der benachbarten Großstadt tätig, ehe er ambulant zu mir kam.

Im Vordergrund seiner Beschwerden standen Schlafstörungen, die er auf seinen beidseitigen Tinnitus zurückführte. Da der Schlaf unbefriedigend sei, sei er tagsüber erschöpft, was er daran merke, daß er insbesondere bei der Arbeit einen Leistungsabfall erlebe und immer mehr Kraft aufwenden müsse, um die Arbeit zu bewältigen.

Er ist in Stimmung und Affekt niedergeschlagen, obwohl er immer wieder witzig wirken möchte.

In meiner Wahrnehmung ("Gegenübertragung") wirkte der etwas grauhaarige, kleine, kräftige, sportlich und salopp gekleidete Patient - auf mich - angenehm und offen. Mir imponierte, wie wortgewandt er die Ausprägungen und Auswirkungen seiner Beschwerden schilderte. Dann aber bekam ich zunehmend das Gefühl, daß er mir auch angenehm und unterhaltend vorkommen wollte. Mir fiel es teilweise schwer, die Not, die er schilderte, nachfühlen zu können. Die Stimmung kippte und schlug ins Traurige um, als unser Gespräch

„eigentlich“ zu Ende ging. Jetzt zeigte er sich in der Stimmung und im Affekt niedergeschlagen, obwohl er weiter witzig wirken wollte.

Verstehen kann ich sein derzeitiges Leiden am Tinnitus unter dem Verständnis der Biographie. Hier zeigte sich, daß der Patient in der Nachkriegszeit unter doppelt unsicheren Bedingungen aufwuchs. Zum einen bot der freischaffende Beruf des Vaters wenig materielle Sicherheit und wenig emotionalen Erreichbarkeit. Zum anderen erlaubte die manisch-depressive Erkrankung der Mutter wenig emotionale Sicherheit. Im Gespräch wurde „spürbar“ deutlich, daß emotionale Zuwendung der Mutter in großen Teilen gebunden war an die Aufheiterung und Tröstung durch das Kind. Die emotionale Zufuhr für die Mutter wurde zumindest über weite Phasen um so notwendiger, da der Vater, möglicherweise aufgrund der beruflichen Umstände, aber wohl auch wegen der ihn überfordernden Erkrankung der Mutter, phasenweise deutlich Distanz zeigte.

Dies konnte der Patient aber schon als Kind offensichtlich aufgrund seiner kognitiven und emotionalen Fähigkeiten stabilisieren und sich so die Zuwendung beider Elternteile sichern, dies allerdings in emotionaler Schwerstarbeit für ihn.

Sich selbst schützende oder abgrenzende aggressive Anteile wurden erst später in der überwiegend als symbiotisch erlebten eigenen Ehe erprobt. Die zunehmende Karriere und das berufliche Engagement kann in diesem Sinne als Ablösungsversuch verstanden werden, um Anerkennung und Erfolg im Außen zu erlangen.

Welche Wünsche hat nun der Patient, welche davon sind ihm bewußt, welche ihm unbewußt sind?

Und welche Ängste hat er, welche davon sind ihm bewußt, welche ihm unbewußt sind?

Der offensichtliche und auch offen geäußerte Wunsch ist der nach besserem Schlaf und „Ruhigstellung“ des Tinnitus. Der halbbewußte Wunsch scheint zu sein, es möge ihm schon „jemand“ (der Arzt!) den Tinnitus wegmachen, damit dann der Schlaf komme und sich seine Probleme lösen.

Der unbewußte Wunsch scheint „spürbar in der Luft zu liegen“: er möchte versorgt werden, ohne in seinem Selbstbild vom leistungsfähigen Lehrer in Frage gestellt zu werden.

Deutlich wird die Angst um die Funktionsfähigkeit in seinen vielfältigen Aufgaben und dabei auch die Angst um den Imageverlust. Die unbewußte Angst scheint die der Selbstwertstabilisierung überhaupt zu sein.

Die Symptomatik mit dem Leiden im Tinnitus schien mir überwiegend durch eine Erschöpfung nach Übererbringung von Leistung im beruflichen Bereich bedingt zu sein. Das Symptom der Schlafstörung kann als Folge der tagsüber nicht gelösten Konflikte gesehen werden.

Dabei ist neurootologisch anzunehmen, daß bei vorbestehender Hochtonsenge beidseits ohne akuten Hörverlust jetzt zentrale Hörfilter in ihrer Funktion geschwächt wurden. So kann der an sich immer vorhandene Tinnitus-Eindruck bei der vorbestehenden Höreinbuße nun in der als quälend empfundenen Lautheit empfunden werden. Durch die ängstlich besetzte emotionale Angespanntheit verstärkt sich die Konzentration auf den Tinnitus mit zunehmender Unruhe, Nervosität, Schlaflosigkeit Konzentrationsstörungen und weiterem Leistungsabfall.

Dabei vermeidet der Patient die Auseinandersetzung mit seinen Ängsten beziehungsweise bündelt sie an den somatisch empfunden Tinnitus. Das ist der „primäre“ Krankheitsgewinn – auf Kosten des Leidens am Tinnitus.

Seine „Abwehrmechanismen“ gegen die subjektiv unerträgliche Angst vor Gesichtsverlust und Verlust des Selbstwertes für ihn und für seine Frau sind überwiegend die der Verdrängung, der Rationalisierung und der Somatisierung in der Krankheit.

Hinsichtlich seines Umfeldes verhilft ihm die Erkrankung zur vermehrten Sorge und Anstrengung seiner Ehefrau und seines Kollegiums. Jetzt „endlich“ sehen sie seine Bemühungen – wenn auch erst im Zusammenbruch – und unterstützen ihn – zumindestens kurzfristig.

Das ist der „sekundäre“ Krankheitsgewinn. Schwierig war, daß er gleichzeitig an die Rente dachte, wenn es *so* nicht mehr gehe.

Beispiel II: "Krachende" Beziehungen

Dramatischer und unfaßbarer stellte sich eine Patientin dar, die stationär zu uns in die Tinnitus - Klinik gekommen war. *Stechend im Blick wie ein Tiger - auf der Lauer vor der Beute oder in der Furcht vor dem Angriff, sitzt die etwa 40-Jährige Frau hochgradig angespannt vor mir, wobei ich merke, wie ich selber anfangs, mich zurückrückend anzuspannen. Gequält und im Stakkato klagt sie, daß sie „das Gras wachsen hören“ könne. Mehr könne sie mir jetzt nicht sagen, was meine Neugierde schlagartig ansteigen läßt und mich ein Stückchen aus dem inzwischen eingenommenen Abstand wieder zurückkommen läßt.*

Ob sie sich denn jetzt bei uns aushalte, frage ich sie. Kein Kommentar.

Also mache ich das, in dem Versuch, Normalität einkehren zu lassen, und gehe für sie die Hörbefunde durch. Dabei zeigt sich eine Normakusis mit einem so guten Hörvermögen, das einer 16-jährigen alle Ehre machen würde. Dafür hat sie aber eine deutlich nach oben verrückte Empfindlichkeitsschwelle. Während sie unendlich weit zu sein scheint, mühe ich mich, meine Worte zwischen ihre abgeblockte Aufmerksamkeit und meine zerrissene Neugierde zu plazieren. Dabei werde ich selbst immer empfindlicher gegen "Geräusche" von außen, von denen ich uns nicht stören lassen will.

Auf mich macht sie – dennoch - einen attraktiven Eindruck, wobei sie mir zu sehr nach Rauch riecht. Wenn ihre Anspannung für Millisekunden ein wenig nachläßt, wirkt sie alt, verbraucht und niedergeschlagen. Sobald sie dies zu „merken“ scheint, fängt sie sich aber wieder sofort.

Nach einer halben Stunde gehen wir auseinander, wobei ich selber durchgeschwitzt bin wie nach einem 1000 - Meter-Lauf. Das Knistern aber läßt langsam nach, als die Tür zu ist.

So richtig kann ich das Problem nicht fassen. Sie arbeitet zwar in einem anstrengenden Beruf, spricht aber über viel Ausgleich auch im sportlichen Bereich. Sie ist kinderlos bei ihren 40 Jahren und, wie sie sagt, gut verheiratet. Ihre familiäre Sozialisation hat sie als sehr als „normal“ und unauffällig geschildert. Sie wurde geboren als einzige Tochter einer mittelständigen Familie, wobei sie „Vaters Liebling“ gewesen sei, ohne das die Mutter sie vernachlässigt habe. Ihre schulische Entwicklung sei vollkommen normal gewesen und so habe sie schließlich Abitur gemacht und studiert, ehe sie ihren jetzigen Beruf ergriffen habe. Ihren acht Jahre älteren Mann habe sie mit 24 kennengelernt und sei nun seit über 15 Jahren verheiratet. Die Männer davor wären „nichts Rechtes gewesen“, die hätten immer etwas anderes gewollt als sie, was nie lange gehalten habe. Auf die Frage, worin denn nun das Besondere bei ihrem jetzigen Mann liege, kam eher eine abwertend empfundene Geste denn eine verständliche Antwort.

- Welche Wünsche könnte nun die Patientin haben, welche davon sind ihr bewußt, welche sind unbewußt
- Welche Ängste hat sie, welche davon sind ihr bewußt, welche sind unbewußt?

Trotz angestrebten Bemühens war ich gerade blockiert, obige „Standardfragen“ zu beantworten. Dies feststellen, ist "dennoch" diagnostisch wichtig und bietet zumindest eine Ausgangslage.

Der dabei mir spürbare Wunsch an mich war so zwiespältig wie widersprüchlich: ich solle sie bloß in Ruhe lassen und ihr helfen, wobei sie die Beziehung zwischen uns durchaus spannend gestaltete mit all dem, worüber sie nicht reden wollte. Die Angst war jedenfalls deutlich zu spüren, wovor auch immer, auch wenn nur das Symptom als Ursache benannt wurde.

Der Schwerpunkt der nun eingeleiteten Therapie konzentrierte sich – wie von der Patientin eingefordert - um das große Rätsel ihrer Geräuschempfindlichkeit - und dies oft genug im Kreise. Dennoch zeigten sich nach zwei Wochen vorsichtige Fortschritte vor allem in der Hörtherapie. Auch schien die Patientin nach ihrem initialen Durcheinanderkommen nun doch zunehmend mehr zu schlafen und auch ausgeruhter zu wirken. Dazu schien auch beigetragen zu haben, dass sie nach 22 Uhr ihren Telefonstecker aus der Wand zog, um hier nicht „möglicherweise“ gestört zu werden. Auch fiel auf, wie wenig sie, ganz anders als viele andere Patienten, Interesse zeigte, ihren Ehepartner entweder zu besuchen oder zu empfangen. Dies ließ schon darauf vermuten, daß sie „ihre Ruhe“ brauchte und das wohl auch personenabhängig.

In der Psychotherapie ging es währenddessen - soweit möglich - um die Fragen des Selbstwertes und wie weit dieser auch aus sich heraus „als Frau“ gewonnen werden kann. Dabei fiel auf, dass trotz Symptomverbesserung von der Patientin sehr darauf bestanden wurde, statt der zunächst bewilligten vier Wochen mindestens sechs Wochen bei uns zu bleiben. Letztlich schien aber alles „gut zu werden“, was sich auch in der deutlichen Absenkung der Geräuschempfindlichkeitsschwelle zeigte.

So kam doch wieder relativ unvermittelt der jähe Einbruch kurz vor der Abfahrt. Schlagartig tauchten alle Symptome fast wie am Anfang auf, begleitet von einer exzessiven Panikattacke über zwei Stunden. In dieser breitete sich dann, wie eine Lawine „das ganze Drama“ der Patientin aus. So zeigte sich in der Auflösung nach der Attacke, dass die Patientin alles andere als eine entspannte Atmosphäre zu Hause hatte.

Statt dessen hatte sie ihren Lebensalltag so organisiert, dass sie erst spät nach der Arbeit nach Hause kam, so dass sie möglichst wenig Berührungsfläche mit ihrem Ehemann hatte. Sich nicht wagend, auf eine eigene Schlafstätte zu bestehen, hatte sie nachts die für sie die gegen den Mann nicht äußerbare Angst, dass dieser über sie herfalle, „obwohl dies real so noch nie passiert sei“. Sich „keine Blöße geben“ wollend, müsse sie nachts auch im Schlaf auf der Lauer sein, dass er sie ja „in Ruhe lasse“. Sie sei mehr oder weniger bewußt darauf getrimmt, auch noch die kleinsten Veränderungen und Regungen mitzubekommen, um nicht „überwältigt“ zu sein.

Auf die Frage, was sie denn daran hindere für mehr räumliche Trennung, klarere Strukturen oder gar separate Wege zu sorgen, erwiderte sie, Tränen überströmt, dass sie nicht noch einen – und schon gar nicht diesen - Mann hätte „in die Wüste schicken“ wollen. Bei diesem habe sie sich vorgenommen, „bis der Tod“ uns scheidet zusammen zu bleiben, auch um es allen zu zeigen, die nicht mehr daran geglaubt haben, dass sie je überhaupt eine Beziehung leben könne. Mit allen Männern vor ihm sei es schief gegangen und immerhin bemühe er sich doch so, auch wenn sie ihn oft eigentlich nicht mehr sehen und schon gar nicht mehr spüren wolle.

Biographisch stellte sich dann auch heraus, dass auch die Familienatmosphäre so harmonisch gar nicht war, wie anfangs erzählt und wahrscheinlich „insgeheim“ gewünscht. So hätten die Eltern nur geheiratet, weil sie „unterwegs gewesen sei“. Man hätte sich damals verpflichtet gesehen, nicht nur zu heiraten, sondern auch zusammen zu bleiben, „koste es was es wolle“. Trotzdem hätten sich die Eltern getrennt, nach dem sie aus dem Hause ausgezogen sei. Den Auszug habe sie allerdings „mit einigem Aufstand“ und „Männer verbrauchend“ gemacht,

sehr zum Leidwesen ihrer Eltern und der meist aber entsetzten Anteilnahme des ganzen Dorfes, erzählt sie, wieder Kontur und Fassung gewinnend, fast schon stolz. ...

Tiefenpsychologisch zeigt sich ein sehr früher, wohl auch schizoider Grundkonflikt mit der dafür typischen Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach absoluter Nähe und dem absoluten Autonomiebedürfnis. Teilweise ausgeglichen hat diese Patientin dies durch eine teilweise hysterische Verarbeitung. Diese hat geholfen, diese tiefe Abgespaltenheit ein Stück anders zu leben. In der Ambivalenz zwischen ihrer Ausstrahlung und großer Attraktivität, insbesondere auf des Gegengeschlechtliche, und dem letztendlich aber nicht Zulassenkönnen des tiefen Miteinanders, hat sich aber tragischerweise in der Beziehungsunfähigkeit potenziert.

Ausgeglichen wurde das sehr frühe innere Drama (bei dem psychotherapeutisch ein schizoides Grundmuster mit teilweise hysterischer Verarbeitung deutlich wurde) lange Zeit über ein gutes „Funktionieren im Außen“, teilweise über eine „ordentliche Leistungserbringung“. Dies hat der Patientin dann auch zunehmend zum beruflichen Weiterkommen genutzt. Benutzt hat sie dies, um von ihrem immer schwieriger gewordenen Umfeld Abstand zu bekommen. Dies hat offenbar lange Zeit gut funktionieren können. Es wurde aber zum einen immer durchschaubarer und hat andererseits viele Kräfte gekostet.

So war die Patientin in der Übererbringung dieser nicht bewußt steuerbaren „Abwehr“-Leistungen am Ende so entnervt, dass dadurch allein das Symptom der Geräuschempfindlichkeit erklärbar ist.

Dies musste aus dieser Logik in der Diagnostik averbal bleiben, wenn auch der emotionale Affekt im Sinne einer „agitierten Depression“ deutlich erkennbar war und behandelt werden musste. Dazu war das stationäre Setting allein schon deswegen notwendig, um das für die Patientin - im Nachhinein! - auch benennbare, *für sie* pathogene Milieu zu verlassen.

Typisch ist bei entsprechend tiefem psychischen Konflikt, dass bei einer - bis dahin nur unvollständig möglichen – Bewältigung eine krisenhafte Entwicklung erst vor dem Wiedereintritt in das normale Leben auftritt. Diese „darf“ aber nur stattfinden, wenn zu den Therapeuten bis dahin soviel Vertrauen aufgebaut wurde, dann all das offenbart werden kann, was nötig ist.

Wie kann ein psychosomatisch orientiertes Erstgespräch „praktisch“ gestaltet werden ?

Ein psychosomatisch orientiertes Erstgespräch beginnt mit der eigentlichen Selbstverständlichkeit, dass der Arzt den Patienten nicht nur begrüßt, sondern sich auch vorstellt und ihm seine Rolle erklärt.

Als nächstes erkundigt sich der Arzt, wie sich der Patient fühlt und bemüht sich, es dem Patienten so bequem wie möglich zu machen. Dies fängt bei einer akzeptablen Sitzgelegenheit an und ist verbunden mit der Anregung, seinen Raum ein wenig gemütlich zu gestalten.

Dabei kann auch im kargsten Raum zumindest irgendeine Art von Topfpflanze oder irgendein persönlicher Gegenstand oder ein Bild die Atmosphäre auflockern und dem Patienten zeigen, dass ihm gegenüber nicht ein Funktionsträger, sondern ein Mensch sitzt.

Nachdem dies soweit geklärt ist, was in aller Regel wenig Zeit kostet, bittet der Arzt den Patienten alle Beschwerden zu beschreiben, die zu ihm geführt haben. Dabei interessiert zunächst das jetzige Leiden.

Als nächstes geht der Arzt im Einzelnen den Symptomen des jetzigen Leidens noch einmal nach und berücksichtigt dabei, auch in welcher Reihenfolge die einzelnen Symptome aufgetreten sind und fängt schon hier an, das Vorgebrachte zu strukturieren.

Im Fokus stehen dabei die Wechselbeziehung

- zwischen den Symptomen
- die spontanen Äußerungen über die begleitenden Lebensumstände
- die früheren Krankheiten
- der Gesundheitszustand der Familie
- die zwischenmenschlichen Beziehungen

Der Arzt versucht dann auch - soweit es möglich ist - nachfragend oder reflektierend das Leiden des Patienten zu verstehen und knüpft dann im Weiteren dabei an das Erwähnte an. Dabei geht es auch darum, Herausforderung wie etwa durch die Patientin mit der Geräuschempfindlichkeit auszuhalten und möglichst diagnostisch zu nutzen.

Es erweist sich im weiteren als günstig, dabei dem Patienten entängstigend und möglichst verständlich seine Untersuchungsergebnisse zu erklären. Dazu ist es durchaus „erlaubt“ und zeiter sparend für beide – dem Patienten vorher eine Einführungsschrift zu der entsprechenden Erkrankung zu geben (Wir verwenden in der Klinik unsere „Arolser Schriften“ zu Tinnitus, M. Menière, Hyperakusis und Schwerhörigkeit“ sowie unser Faltblatt: „Tinnitus und das Leiden am Tinnitus“()).

Im weiteren Schritt gilt dann - nach vorn- und zurückschauend - die jetzigen Lebensumstände und die frühe Entwicklung des Patienten zu erforschen.

Dabei bezieht er sich wiederum auf die Angaben, die der Patient bereits verbal, aber auch averbal in seiner Gestik in seiner Mimik und in seiner Körperhaltung geäußert hat.

Im weiteren Schritt würde sich dann der Arzt klassischerweise nach den einzelnen Familienmitgliedern erkundigen sowie nach deren Gesundheit und der Beziehung zum Patienten.

Daß das insbesondere in der HNO-Heilkunde durchaus äußerst praktische Gründe haben kann, zeigen etwa angeborene Hörstörungen mit entsprechend reaktiven psychogenen Reaktionen. Dabei wäre wichtig darauf zu achten, welche Bewältigungsmechanismen dem Patienten jetzt zur Verfügung stehen und nicht primär zu erforschen, welche frühkindlichen oder gar sexuellen Konflikte ihn zu uns treiben, die sich dann im Hörschaden niedergeschlagen haben.

Abschließend fragt der Arzt noch einmal zusammenfassend systematisch nach den Beschwerden in jeder Körperregion.

Er erkundigt sich, ob der Patient noch etwas beifügen möchte oder nicht und er vergewissert sich nach allen einzelnen wichtigen Angaben, dass er sie genau verstanden hat.

Was leider auch nicht selbstverständlich ist, daß er den Patienten dann über die folgenden Untersuchungen ins Bild setzt !!!

Wenn das alles einigermaßen gut gelungen ist, ohne dass die Reihenfolge letztendlich genau in dieser Abfolge eingehalten werden muss, dann bleibt ein Patient, der sich gut aufgehoben glauben darf.

Bei dem unter Tinnitus leidenden Lehrer half das Counselling im Rahmen des Tinnitus Retraining Therapie (TRT) und eine ambulante tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie von 25 Stunden.

Symptomorientiert kamen die Klangtherapie und das Erlernen des Autogenen Training unterstützend zur Anwendung. Dabei war immer wieder die neurootologische Fachkompetenz notwendig, um den Patienten bei seinem körperlich empfundenen Leiden entsprechend sichern zu können (8, 17).

Unter Würdigung des Bestehenden lag der Fokus in der Psychotherapie auf den Grundlagen seiner Beziehungskonstellationen zu seiner Frau und den Kollegen. Darüber war es möglich, die ihm bis dahin unbewußten „Triebkräfte“ seiner Überforderung im beruflichen Bereich zu thematisieren und dadurch ein bewußteres Umgehen mit der Problematik zu ermöglichen.

Dadurch kam es letztlich zu einer Reduktion des Leidens am Tinnitus und des Symptoms der Schlafstörung.

Das hatte auch zur Konsequenz, daß die ursprüngliche Berentungsidee hinsichtlich der Vor- und Nachteile für die Kompensationsfunktionen der depressiven Grundproblematik besprochen werden konnte. Resultat war Arbeitseinstieg mit zunächst verminderter Stundenzahl mit dem Vorsatz, nun auf Übererbringung von Leistung zu achten und Schutzmechanismen aufzubauen.

Eine Behandlung der Patientin mit der Geräuschempfindlichkeit wäre in einem ambulanten Umfeld so sicherlich kaum oder nur sehr schwer möglich gewesen. Diese „begann“ wenn auch keineswegs gradlinig eigentlich erst nach der oben beschriebenen Panikattacke. Dabei wurde auch noch ein Paargespräch in der Klinik möglich. Der Ehepartner zeigte sich als ein hochgradig sensibler, depressiver, aber auch enttäuschter und teilweise in dieser Enttäuschung ärgerlich gewordener Ehemann. Ebenfalls unverdrossen wie die Patientin, wenn auch aus einer ganz anderen Motivation, rang er um den Fortbestand der Ehe. In dieser Version zeigte sich das nächtliche Drama mehr als „ein vorsichtiges Herankuscheln“ dann, wenn seine Frau für ihn überhaupt einmal „greifbar“ wurde. So zeigte sich, dass ein großer Teil der von der Patientin befürchteten Belagerung überwiegend in der Phantasie stattfand und überwiegend durch die früh erlebte Grundangst erklärt wurde.

So konnte immerhin ein Einstieg geschaffen werden

- zur Abmilderung des Symptoms
- zu einem veränderten Erleben
- und im Ansatz anderen Verhalten mit der Chance der erweiterten Möglichkeiten.¹

(Und wenn sie nicht gestorben sind ... so entpuppt er sich vielleicht doch noch als der König Drosselbart)

Fazit für die Praxis:

Somatisierungserkrankungen, bei denen sich seelische Prozesse körperlich ausdrücken, zeigen sich zunehmend in der HNO Praxis. Ein psychosomatisches Verständnis, das ein Symptom auch als möglichen Ausdruck einer psychogenen Not erkennen kann, ermöglicht die notwendige Weichenstellung zu einer kausalen Therapie entweder im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung oder der durch den HNO Arzt abgesicherten Psychotherapie.

¹ ... und wenn sie nicht gestorben sind ... so entpuppt er sich vielleicht doch noch als der König Drosselbart

Literatur:

1. Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Hg.) (1998): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2. Aufl. Bern, Huber S. 112
2. Biesinger, E., Heiden C., Kreimel V (1998) Strategien in der ambulanten Behandlung des Tinnitus. HNO 2/98 S. 157-169
3. Damasio, AR (1997) Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. 3. Aufl. München List., S.384
4. Eckhardt-Henn A. (1997) Der Schwindel als Ausdruck einer psychosomatischen Störung. Nervenheilkunde 16. 530-534
5. Freud S (1895) Neurasthenie und Angstneurose. In: Studienausgabe (1971) Bd. 6, Frankfurt, Suhrkamp 25 ff
6. Goebel, G. (Hg.) (2001) Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Aufl. München, Urban & Vogel. 325 S.
7. Goebel, G., Decot, E., Marek, A. (2002) Entscheidungshilfen bei Diagnostik und wahlpsychologischer Behandlungsmethoden. HNO 12. 1036 – 1046
8. Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Hörtherapie. Stuttgart, Thieme. S. 109
9. Hoffmann S. O. (1986) Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im HNO-Bereich, Arch-Nasen-Ohren-Kehlkopf-Heilkunde 1986 (Supplement II)
10. Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Stuttgart, Schattauer, S. 374
11. Hüther, G. (2001) Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht S. 168
12. König, K (1995) Kleine psychoanalytische Charakterkunde, 3. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 144
13. König, K (1996) Abwehrmechanismen. Göttingen: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 139
14. König, K (1997) Einführung in die psychoanalytische Krankheitslehre. Vandenhoeck & Ruprecht S. 262
15. Lüscher E. (1959) Psychische Faktoren bei Hals-Nasen-Ohren-Leiden. Arch-Nasen-Ohren-Kehlkopf-Heil Kunde. 175: 69 - 216
16. Morgan, E., Engel GL (1997) Der Klinische Zugang zum Patienten. Bern, Stuttgart, Wien: Huber. S. 145
17. Nelting, M (2002) Hyperakusis. Stuttgart, Thieme. S. 124
18. Nelting, M (2002) Die Erstbehandlung in der Sprechstunde. In Nelting, M. (2002): Tinnitustherapie mit Leib und Seele. München, Wien, Profil: 152-164
19. Roth, G (2001) Fühlen, Denken, Handeln. Die neurobiologischen Grundlagen des menschlichen Verhaltens. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 488 S.
20. Schaaf, H (2001 a) Klinik und psychosomatische Behandlungsansätze bei der Menièreschen Krankheit. In: Goebel G (Hrsg.) Ohrgeräusche – Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Aufl., München, Urban & Vogel S. 239 – 257

- 21.Schaaf, H (2001 b) Psychogener Schwindel in der HNO - Heilkunde. HNO 49: S. 307 – 315 www.drhschaaf.de/HNOPsy.htm
- 22.Schaaf, H. (2000) M. Menière. Ein psychosomatischer Leitfaden. 3. Aufl., Heidelberg, Springer S. 196
- 23.Schaaf, H., Doelberg, D., Seling, B, Märtner, M. (2002): Komorbidität von Tinnituserkrankungen und psychiatrischen Störungen. Der Nervenarzt. - im Druck
- 24.Schaaf, H., Hesse G. (1999) Gesundheitsratgeber: Tinnitus aurium. 6. Aufl. München, Midea 120 S.
- 25.Schaaf, H., Hesse, G. Nelting, M (2002) Die Zusammenarbeit im TRT Team. Möglichkeiten und Gefahren. HNO (50) 572-577 www.drhschaaf.de/HNOTRTcoop.htm
- 26.Schaaf, H., Holtmann, H. (2002 a) Psychotherapie bei Tinnitus. Stuttgart, Schattauer 141.S
- 27.Schaaf, H., Holtmann, H. (2002 b) Psychosomatische Aspekte bei Tinnitus Patienten mit Schwerhörigkeit. Chancen und Grenzen der Therapie. Im Druck für Forum HNO (4) 2002
- 28.Schaaf, H., Seling, B (2002) Not verschafft sich Gehör. Kasuistik. HNO - Nachrichten 8/2002 HNO - Nachrichten 8/2002 S. 16 - 19
- 29.Schaaf, H; Holtmann, H.; Hesse, G., Kolbe, U., Brehmer D. (1999) Der (reaktive) psychogene Schwindel - eine wichtige Teilkomponente bei wiederholten M. Menière-Anfällen. HNO 47 10/99 S. 924-932
- 30.Sophko (1990) Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In Uexkül, Th. v. (HG): Psychosomatische Medizin, 4. Auflage. Urban & Schwarzenbeck, München, S. 1080 - 1093.
- 31.Tölle, R. (1996) Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer S. 426