

**Ein Blick in die Sprechstunde**

**Dr. med. Harald Schickedanz**

**Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim**

**Psychotherapeutisches Zentrum  
Erlenbachweg 22**

**97980 Bad Mergentheim**

**Tel.: 07931 – 5316 – 3407**

**E-Mail: [h.schickedanz@ptz.de](mailto:h.schickedanz@ptz.de)**

Als Chefarzt des kleinen und sehr feinen Plankrankenhauses des Psychotherapeutischen Zentrums in Bad Mergentheim bin ich in der komfortablen Lage das zu leben, wovon Motivationstrainer und Betriebswirte ihrer oft ausgebrannten Kundschaft gerne erzählen: Jobenlargement, jobenrichment heißen in Neudeutsch die sexy Topics; mit denen manch müder Gaul – oft vergeblich – wieder munter und produktiver gemacht werden soll. In anderen Worten und auf Deutsch: Ich kann mich mit einer Art von Arbeit von anderen Arten von Arbeiten erholen. Ein solcher Ort ist die medizinische Sprechstunde im psychosomatischen Krankenhaus mit einem Spektrum von Allgemeinmedizin bis manchmal auch sogar Zahnheilkunde.

Und irgendwie überträgt sich meine eigene Freude auf die Patienten: Sie spüren meine Vorfreude, und obwohl es häufig um Schmerzhaftes und eben Krankes geht, ist dies ein Ort, an dem auch häufig gelacht werden kann.

Dies ist alles andere als selbstverständlich. Viele Menschen mit Traumafolgestörungen berichten häufig über große Ängste vor Ärzten oder ärztlichen Untersuchungen und auch Menschen, die wenig Gewalterfahrung z.B. in ihren Herkunftsfamilien erleben mussten, begegnen ihren ersten Grenzverletzungen bei medizinischen Eingriffen.

#### *Fallbeispiel:*

*Vor stationärer Aufnahme wünscht Frau B. freundlich aber bestimmt, den Chefarzt sprechen zu wollen. Die befreundete Kollegin, eine Landärztin an der dänischen Grenze, hat schon in den Anmeldeunterlagen für mich persönlich vermerkt: „sprich mal mit ihr“. Von medizinisch-therapeutischer Seite gibt es von der Klinik keine Fragen, deshalb rufe ich die künftige Patientin kurz an. Nach einigen Sätzen hin und her ist mir noch nicht ganz klar, was ihr Anliegen sein könnte, obwohl ich es ahne. Darauf angesprochen sagt sie nach einigem Zögern unverblümt: „Sie können sich wahrscheinlich nicht vorstellen, was für eine unendliche Angst ich vor einem Krankenhaus habe. Ich bin eines dieser Heimkinder, über die die Presse gerade so viel schreibt. Ich wollte einfach nur ihre Stimme hören um mich entscheiden zu können in ihr Krankenhaus zu kommen.“*

Die Sprechstunde heißt nicht zufällig Sprechstunde. Sie beginnt mit dem Gespräch. Dies bedeutet, dass Patientin und Arzt sich an einem Tisch gegenüber sitzen. Nach der Begrüßung frage ich, was die Patientin zu mir führt und was ich für sie tun kann. Meist folgt die Schilderung von Beschwerden oder ein Anliegen wie die Veränderung einer Medikation oder die Bitte um Auskunft über Laborwerte oder medizinische Untersuchungen. Während die Patientin erzählt, dokumentiere ich Stichworte in der Akte und fasse, wenn das Anliegen geschildert ist, meine Notizen noch einmal zusammen, um mich gemeinsam mit der Patientin zu vergewissern, dass ich das Anliegen richtig verstanden habe. Da fast alle Klienten meiner Klinik komplexe Traumafolgestörungen haben, folge ich in der Kommunikation den traumatherapeutischen Grundprinzipien:

### **1. Herstellung von Einverständnis (Yes-set-oder: informed consent.)**

Bei allen Schritten der Befundaufnahme, der Beratung, der Untersuchung und der Empfehlung vergewissere ich mich, ob die Patientin mich verstanden hat und, wichtiger, ob sie einverstanden ist. Obwohl ich im Durchschnitt nicht mehr Zeit pro Patient wie ein Hausarzt habe, beugt diese klare Strukturierung des Gesprächs Missverständnissen und damit nicht nur emotionalen Belastungen vor, sondern ist trotz der Ruhe im Gespräch enorm zeitökonomisch. Bei der Erläuterung von Laborbefunden, der Bedeutung der EKG-Untersuchung oder unserer BIA-Messung rücke ich so um den Tisch herum, dass die Patientin mit in die Unterlagen schauen kann. Bei besonders misstrauischen Patienten lese ich auch vor, was ich aufgeschrieben habe nur, um noch einmal zu fragen, ob das so in Ordnung ist.

### **2. Stabilisierung**

Bei der Besprechung der Befunde versuche ich die Patientin für sich selbst und gegebenenfalls für das erkrankte Organ einzunehmen. Nach meiner Erfahrung möchten die meisten Kranken das, was krank ist, loswerden. Die Medizin suggeriert häufig diese, nur ausnahmsweise real vorhandene Möglichkeit. Die meisten psychosomatischen Störungen oder somatopsychischen Erkrankungen sind chronisch wie Diabetes, Hochdruck, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Depression und vielfältige Schmerzen im Bewegungsapparat. Oft haben die Patienten Jahre lang gegen irgendetwas gekämpft und regelmäßig verloren, haben sich von einer Diät in

die andere gehungert, um hinterher weitere Kilos anzuhäufen. Dies ist der durchschnittliche Normalfall. An den beiden Enden des Spektrums stehen Übersensibilisierung und Übererregung bzw. Ignoranz oder dissoziatives Ausblenden von Schmerzen, Organschäden bis hin zum Nicht-Spüren-Können großer Körperabschnitte.

In beiden Fällen ist es wichtig, sorgsam und in kleinen Schritten vorzugehen und sich immer wieder über das Einverständnis rückzuversichern.

Ist die Anamnese erhoben und eine körperliche (Teil-) Untersuchung notwendig, wechsele ich die Position, frage, ob zu körperlichen Untersuchungen eine Pflegekraft hinzugezogen werden soll und ziehe meinen Arztkittel an, während der Patient das zu untersuchende Körperteil wenn nötig entkleidet. Jeder einzelne Untersuchungsschritt wird vor dem Ausführen angekündigt und erklärt, eventuell auftretende unangenehme Gefühle oder Sensationen ebenso.

Besonders hoch ist die Nachfrage nach der Behandlung schmerzhaft eingeschränkter Abschnitte des Musculoskeletalsystems allen voran Kopfschmerzen, Schulter-Arm-Syndrom, HWS-Syndrom, Knie-, Hüft- und LWS-Beschwerden.

Nach der Befunderhebung erläutere ich nicht nur die möglicherweise vorhandenen strukturellen Störungen, sondern versuche gemeinsam mit dem Patienten eine funktionelle Diagnose des gestörten Bewegungsablaufes zu erstellen, die insbesondere bei Menschen mit Traumafolgestörungen und psychosomatischen Erkrankungen sehr viel mit Haltungen und blockierten Bewegungen zu tun haben. Ganz häufig werden Teile der traumatischen Situation im schmerzhaften Geschehen abgebildet über eingezogene Schultern, blockierte Atmung, eingefrorene Bewegung oder über partielle oder umfassende Immobilisation.

Ähnlich wie in der prozessorientierten Psychotherapie ist bei vielen funktionellen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des Bewegungsapparates (immer noch Spitzenreiter der Fehltagestatistik in der Bundesrepublik dicht gefolgt von psychischen Störungen) die Frage, was ist passiert, warum tut es weh, seit wann tut es

weh usw. wichtig. Für den Veränderungsprozess jedoch bedeutsamer ist die in der Tat spannende und hochinteressante Frage, wie machen sie das, dass es immer noch wehtut, dass es immer wieder wehtut also das Interesse am „Wie“, welche häufig der Schlüssel für die Veränderung ist.

### **3. Heilsame Integration**

Falls die Patientin auch daran interessiert ist, biete ich, wenn indiziert (was meistens der Fall ist), einige Übungen wie die Veränderung der Muskelspannung über das Aktivieren von Triggerpunkten, kleine Übungen zu Dehnung und Entspannung oder zur achtsamen Umgestaltung dysfunktionaler Bewegungsabläufe an.

Es ist mir sehr wichtig, den Patienten den selbstorganisatorischen und selbstregulatorischen Aspekt nahe zu bringen. Häufig ist das Anliegen fremdorganisatorisch: Verschreiben Sie mir Massagen, geben Sie mir Tabletten, machen Sie den Schmerz weg.

Ich erläutere in solchen Fällen sehr genau, welche Wirkung die Schmerzmittel, die Entspannungsmittel, die Physiotherapie und die Massage haben. Die meisten Patienten sind sehr erfahren und wissen auch, wie begrenzt der Erfolg der fremdorganisatorischen Maßnahmen bisher war. Die meisten lassen sich gewinnen, sich selbst auf den Weg zu machen: Zunächst mit Entschleunigung und mehr Achtsamkeit (das wäre die Stabilisation und Ressourcenorganisation) schließlich mit vorsichtiger Korrektur der dysfunktionalen Bewegung, mit aktiver Kräftigung mit gezielter Übung häufig in dem Sinne: „Bitte machen Sie das eine ganze Weile so wie das Zähneputzen 3-mal täglich; immer dann, wenn Sie Ihre Zahnbürste in die Hand nehmen denken Sie an Ihre Hüfte, an Ihr Knie, an Ihre Schulter, an Ihren Nacken oder an Ihre Lendenwirbelsäule“. Meist verabrede ich mich einmal in der Woche mit den betreffenden Patienten, die sich für eine selbstorganisatorische Korrektur ihrer chronischen schmerzhaften Muskelverspannungen entschieden haben. Ich erläutere die Zeitdauer und weise anfangs darauf hin, dass es nicht auf den Ehrgeiz, sondern die individuelle Passung beim Üben und Verändern ankommt.

Ähnliche Prinzipien gelten für das Selbstmanagement fast aller chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus beider Typen und andere Stoffwechselstörungen: Das Selbstmanagement auch komplexerer Steuerungsprozesse wie Asthmamedikation über den Peak Flow, Marcumar (also Blutgerinnungshemmung) über die INR oder Blutzucker über die HbA1c-Werte und Selbstmessung haben breiten Einzug in die Medizin gehalten und werden von uns mit offenen Armen begrüßt.

Ziel der Bemühungen ist auch hier die Heilung soweit möglich, die Linderung oder das bessere Umgehen – lernen. Das Ziel jeder Traumatherapie ist die Integration. Voraussetzung dafür ist die Übersicht, das vollständige Gewährwerden dessen, was da ist. Über diese die achtsame Akzeptanz fördernden Schritte ist eine nachhaltige Veränderung möglich. Die Chance, z.B. meinen Schulterschmerz zu behalten, wenn ich ihn nur bekämpfe, ist sehr viel höher, als wenn ich beginne, ihn anzunehmen, wahrzunehmen, vielleicht verstehen und ihn möglicherweise integrierend aufzulösen.

#### Literatur:

1. Ogden P., Minten K., Pain C., Trauma und Körper Junfermann Paderborn 2010;
2. Porges SW Die Polyvagal-Theorie Junfermann Paderborn 2010;
3. Schickedanz H., Plassmann R., Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen in Seidler H., Friedberger J., Maercker A. Handbuch der Psychotraumatologie Klett-Cotta 2011;
4. Schneck, O. Lexikon der Betriebswirtschaft 8. Auflage Beck DTV 2011
5. Uexküll, Th.v. Psychosomatische Medizin Urban & Fischer Jena 2011