

# Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden – Erkenntnis durch Beziehungsarbeit

M. Herrmann

## *The Doctor, His Patient and the Non-Specific Symptoms – Insights through Focusing on the Relationship*

### Zusammenfassung

Organmedizinische Erklärungen als Ursache für Beschwerden bei Patienten mit unspezifischen Beschwerden führen nicht selten zu einer schwierigen Arzt-Patient-Beziehung, wenn es nicht gelingt schwere psychosoziale und biografische Hintergründe der Patienten zu beleuchten. Unverständnis und Stigmatisierung als Simulanten aufseiten der Patienten, Gefühle von Ärger, Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit auf ärztlicher Seiten führen nicht selten zu Abbrüchen in der Arzt-Patient-Beziehung und einem Wechsel von Ärzten („doctor-hopping“). Erst durch den Aufbau einer beziehungsorientierten, kontinuierlichen hausärztlich/psychotherapeutischen Behandlung unter Einbeziehung der verschiedenen ärztlichen Funktionen und Rollen, wie sie Michael Balint bereits angedeutet hat, kann die seelische Not eines Patienten entfaltet und verstehbar werden. Eine fast fünfjährige Arzt-Patient-Beziehung zu einer bei Behandlungsbeginn 42-jährigen Frau wird nachgezeichnet unter Einbeziehung der Beschwerden, medizinischer Interventionen und Darlegung von Übertragung und ärztlicher Gegenübertragung. Es soll daran veranschaulicht werden, wie es möglich wird aus Klagen über unspezifische Beschwerden die dahinter liegende seelische Not Stück für Stück in der vertrauensvollen Beziehung transparent und verstehbar werden zu lassen, um dadurch einen allmählichen, äußerst schmerzlichen Heilungsprozess anzustoßen.

### Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · unspezifische Beschwerden · somatoforme Störung · Übertragung und Gegenübertragung · Arzt-Patient-Beziehung

### Abstract

Medical explanations seeking organic causes for the non-specific symptoms of patients can result in difficulties in the doctor-patient relationship, in particular when the psycho-social and biographical background of the patients is overlooked. Patients often feel not understood and stigmatized as “faking” their illness while physicians struggle with feelings of annoyance, anger, powerless- and helplessness. This can lead to a discontinuation of the doctor-patient relationship and to a frequent changing of doctors (“doctor hopping”). Only a continuous, relationship-oriented family medical/psychotherapeutic treatment that includes the various roles and functions of a physician, as suggested by Michael Balint, can render the mental suffering of a patient visible and comprehensible. A nearly five-year doctor-patient relationship with a 42-year-old female patient is presented, illuminating the symptoms and complaints, the medical interventions as well as the processes of transference and counter-transference. It is illustrated how the complaints about non-specific symptoms are treated in a trusting patient-doctor relationship thereby revealing the underlying mental suffering of the patient step-by-step and triggering a gradual, extremely painful healing process.

### Key words

General practice · non-specific-symptoms · somatoform disorders · transference and counter-transference · physician-patient relationship

### Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg, Magdeburg

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH M.A. · Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg · Leipziger Str. 44 · 39120 Magdeburg · E-mail: markus.herrmann@Medizin.uni-magdeburg.de

### Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 214–218 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2006-933411  
ISSN 0014-3362/51

## Einleitung

Seitdem Virchows Theorie der Zellulärpathologie, die besagt, dass Krankheiten auf Störungen der Körperzellen basieren, Eingang in die moderne Medizin gefunden hat, haben wir gelernt uns paradigmatisch daran zu orientieren, für die Ursache der Beschwerden unserer Patienten nach Störungen der Körperzellen bzw. ihrer Funktionen zu suchen. Gleichmaßen hat sich auch in der Auffassung vieler unserer Patienten eine organmedizinische Überzeugung für ihre Beschwerden etabliert. Das bedeutet, dass eine durch Aus- und Weiterbildung sozialisierte ärztliche Haltung vorherrscht, bei körperlichen Beschwerden zunächst eine auf organische Ursachensuche abzielende Diagnostik zu veranlassen, die auf eine entsprechende Erwartungshaltung von Patientenseite trifft. Gelangen wir allerdings in unserer Suche nach organmedizinischen Deutungen der Beschwerden zu keinen überzeugenden und plausiblen Erklärungen, erfolgt nicht selten nachgeordnet eine seelische Ursachenforschung, oft erst im Anschluss an langwierige organische Ausschlussdiagnostik. Bis zu diesem Zeitpunkt kommt es in der Beziehung bei einem Teil unserer Patienten zu Fixierungen und Beharrlichkeiten in der subjektiven Ursachenüberzeugung einer organischen Erkrankung. Beim Ausbleiben einer organmedizinischen Erklärung für die Beschwerden kommt es nicht selten zu einer für beide Seiten unerquicklichen Interaktion, wenn die Beschwerden als somatoforme Störung (ICD10 F45.0) klassifiziert werden (s. Artikel Jobst im gleichen Heft).

Diese Fixierungen und Beharrlichkeiten in der subjektiven Überzeugung, die in häufigen Arztkontakten und auch im Wechsel von Ärzten („doctor-hopping“) ihren Ausdruck findet, wenn primär keine organischen Ursachen gefunden und seelische Zusammenhänge zurückgewiesen werden, werden als Widerstand in der Arzt-Patienten-Beziehung erlebt. Die Patienten gelten als anspruchsvoll, undankbar und schwierig. In der Arzt-Patienten-Interaktion entsteht eine Diskrepanz: der Patient erlebt seine Beschwerden als dringlich und die Lebensqualität erheblich einschränkend, – der Arzt deutet sie als unspezifische oder funktionelle Störung, die, wenn keine organische Ursache gefunden ist, in der Regel von ihm als psychisch verursacht verstanden wird. In der Arzt-Patienten-Beziehung kommt es nicht selten aufseiten des Patienten zu Forderungen nach weiterführender organmedizinischer Diagnostik und Abklärung, während auf ärztlicher Seite stärker seelische Ursachen als Erklärung herangezogen werden, je mehr eine organmedizinische Abklärung ohne die Erhebung eines pathologischen Befundes bleibt. Patienten fühlen sich oft in dieser Dynamik unverstanden, abgestempelt als Simulanten, die anfängliche Hoffnung und ärztliche Idealisierung, durch die Errungenschaften der modernen Medizin Erklärung und Heilung der Beschwerden zu finden, gerinnt zur Enttäuschung und nicht selten auch zu Entwertungen ärztlichen Handelns. In der ärztlichen Gegenübertragung kommt es mehr und mehr zu Gefühlen wie Ärger, Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Das immer wieder Konsultieren und Insistieren wird ärztlicherseits als wachsender Widerstand und nicht etwa als Beziehungsangebot erlebt, so dass von beiden Seiten als einziger, folgerichtiger Ausweg scheinbar nur noch Rückzug und Abwendung aus der sich immer schwieriger gestaltenden Arzt-Patienten-Beziehung bleibt.

Oder sollte man die ärztliche Beziehung zu „schwierigen“ Patienten mit funktionellen/unspezifischen, vermeintlich somatofor-

men Störungen als Herausforderung begreifen, um sich mit Michael Balint zu fragen nach „der Form, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll. Soll er eine Art autoritäre Elternfigur sein, ein Vormund, der am besten weiß, was für seine Mündel gut und nützlich ist, der keine Erklärungen nötig hat, dafür aber treuen Gehorsam fordert? Soll er den Mentor spielen, der sein fachkundiges Wissen anbietet und bereit ist, den Patienten zu lehren, sich an veränderte Bedingungen anzupassen, eine neue, zweckentsprechendere Haltung zu finden? Soll er sich als neutraler Wissenschaftler verhalten, der die Vor- und Nachteile der verschiedenen therapeutischen und diätetischen Möglichkeiten objektiv beschreibt und dem Patienten darunter freie Wahl lässt, ihm aber auch die alleinige Verantwortung überlässt? Soll er der gute, behütende Vater sein, der seinem armen Patienten-Kind alles unerfreuliche Wissen und alle mühsame Verantwortung erspart? Oder wäre er besser der Anwalt der „Wahrheit um jeden Preis“ sein, überzeugt, dass nichts schlimmer sein kann als Ungewissenheit und entsprechend handelnd?“ [2].

Im Folgenden möchte ich eine Kasuistik darstellen, die ihren Ausgang nahm von einer Erstkonsultation mit unspezifischen Beschwerden und mittlerweile eine fast fünf jährige hausärztlich-psychotherapeutische Beziehung zur Folge hatte. Parallel zur Krankheitsgeschichte der Patientin soll die Arzt-Patienten-Interaktion dargelegt werden unter Reflektion von Gegenübertragungsgefühlen und -impulsen (kursiv). Daraus abgeleitete diagnostische und therapeutische Interventionen sollen ebenso diskutiert werden wie die innere Reifung und Entwicklung der Patientin.

## Fallbeschreibung

Mitte Mai 2001 erscheint eine damals knapp 42 Jahre alte, hager wirkende 1,70 m große Patientin erstmalig in hausärztlicher Behandlung. Bereits bei einem ersten telefonischen Kontakt teilte sie recht ausführlich diverse Beschwerden mit. Beim Erstkontakt stehen Beschwerden im Lumbalbereich sowie zeitweilige Kopfschmerzen im Vordergrund ihrer Klagen. Vor allem bei der Ausübung in ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester in der ambulanten Krankenpflege kommt es immer wieder zu Beschwerden bei Drehbewegungen und beim Aufrichten im Lumbalbereich, vor allem wenn sie im Rahmen der Pflege ältere Patienten heben müsste. Die Schmerzen strahlen ins rechte Bein aus. Bereits Ende der 80er-Jahre war ein lumbales Pseudoradikularsyndrom diagnostiziert worden. Durch physiotherapeutische Behandlung konnte immer wieder eine Besserung der Symptomatik erzielt werden. Kephalgien, vor allem rechts temporal als klopfende Schmerzen wahrgenommen, treten meist abends oder morgens, vor allem nach ihrer Menstruation auf. Gezielt suchte sie mich auf, da sie sich eine homöopathische Behandlung wünsche. Nach ausgiebiger Untersuchung und Beratung und vereinbarter Konsultation 5 Wochen später, wo sie über eine deutliche Besserung ihrer Symptomatik berichtete, bittet die Pat. 10 Monate später um eine erneute Konsultation, diesmal wegen Zahnbeschwerden und Zahnfleischbluten, gelegentlichem Magendrücken und seelischer Erschöpfung. Sie berichtet erstmalig über Konflikte mit Arbeitskolleginnen und Überforderungs- und Abgrenzungsproblemen. Ihre Stimmung zu diesem Zeitpunkt wirkt sehr wechselhaft, mal überschwänglich begeistert, mal zutiefst

betrübt. In ihren Darstellungen wirkt sie dramatisierend und verführend. Oft ist sie voller Rededrang, mal depressiv und vorwurfsvoll klagend. Ihr Denken wirkt zeitweilig ungeordnet und dissoziiert, oft auch eingeengt durch Dramatisierung aktuellen Erlebens.

Wir vereinbaren unter dem Verdacht einer Burnout-Problematik zunächst einige psychosomatische Gespräche mit begleitender psychiatrischer Behandlung und in der Folge im Mai 2002 eine tiefenpsychologische Kurzzeittherapie. Aktuelle Probleme in ihrem Lebensalltag werden deutlich (konfliktvolle Beziehung zur Mutter, Kündigung des Ehemanns). Immer wieder klagt die Pat. über unspezifische Oberbauchbeschwerden. Wir verständigen uns darauf, eine psychosomatisch orientierte RehaMaßnahme zu beantragen. Diese wird von der BfA abgelehnt mit der Empfehlung die ambulante Psychotherapie fortzusetzen.

*In der Gegenübertragung erweckt die Patientin bei mir durch ihre wechselhafte Stimmungslage und ihre Idealisierung meine Neugier und Interesse. Ich fühle mich geschmeichelt und in meiner ärztlichen Mission zu helfen und zu heilen bestätigt, nachdem es bereits nach wenigen Konsultationen und einer homöopathischen Anamnese und Behandlung, in der ich detailliert ihre Beschwerden aufgenommen hatte, zu einer deutlichen Besserung ihrer Symptomatik gekommen war. Auch durch kleinere Geschenke und Aufmerksamkeiten, die sie mir machte, fühlte ich mich aufgewertet und bestätigt.*

Im April 2003 klagt die Pat. nun stärker über Verdauungsprobleme in Form von Schmerzen im Oberbauch. Beim Abtasten des Abdomens fällt eine starke reflektorische Anspannung der Bauchmuskulatur auf. Die daraufhin veranlasste Gastroskopie durch eine Gastroenterologin ergibt den Befund einer diskreten Antrumsgastritis. Eine Probeexzision für eine histologische Diagnostik war nicht möglich, nach makroskopischem Aspekt allerdings auch nicht nötig, da die Patientin sich trotz Midazolam (Dormicum®) heftig gewehrt habe. In der Fortsetzung der nun als tiefenpsychologische Kurzzeittherapie laufenden Gespräche werden Konflikte am Arbeitsplatz, Überforderungssituationen mit Patienten in der ambulanten Krankenpflege sowie Schuldgefühle und Selbstvorwürfe angesichts einer Vergewaltigung der einzigen Tochter vor einigen Jahren und Partnerschaftsprobleme zum Thema. Es verdichtet sich das Bild einer hysterionisch gefärbten Beziehungsstörung, geprägt von Somatisierung, starker Emotionalisierung und Dramatisierung. September 2003 vereinbaren wir, Patientin wirkt psychisch stabiler, die Therapie zu beenden.

*In dieser Phase der hausärztlichen Beziehung nehme ich nun neben den angenehmen Gefühlen der Bewunderung auch immer wieder Gefühle von Genervtheit bei mir wahr, wenn die Pat. beispielsweise unvorhergesehen zu meinen telefonischen Sprechzeiten, aber auch zu anderen Zeiten auf meinen Anrufbeantworter spricht, und zweifelt und hilflos um Rückrufe oder zusätzliche Konsultationen bittet. Ich merke wie mir der Patientin gegenüber Zweifel auftauchen an meiner Heilkunst, nachdem ich mich zuvor in meiner ärztlichen Haltung von ihr idealisiert und bewundert gefühlt hatte. Starke Anspannungen der Bauchmuskulatur bei der körperlichen Untersuchung, die die Patientin nach meinem Eindruck eher widerwillig über sich ergehen lässt, ohne dies allerdings verbal zu artikulieren, erweckt bei mir selbst unangenehme Gefühle aufgrund*

*meines subjektiven Eindrucks, der Patientin mit der abdominalen Untersuchung zu nahe getreten zu sein. Der im Rahmen der Gastroskopie als interaktioneller Nebenbefund dokumentierte heftige Widerstand gegen eine Probeexzision deute ich als Bestätigung meines Eindrucks, von in Szene gesetzter heftiger Erfahrungen von Grenzverletzungen.*

Im Januar 2004 konsultiert mich die Patientin erneut. Sie klagt, sich im Umgang mit Sterbenden überlastet zu fühlen und macht sich selbst Vorwürfe, Fehler in der Pflege älterer Menschen begangen zu haben. Auch fühlt sie sich wiederholt sexuell bedrängt durch ihren Ehemann und auch durch männliche Patienten, die sie in der häuslichen Krankenpflege versorgt. Nun möchte ich regelmäßig eine wöchentliche Sitzung mit ihr vereinbaren, um ihr den nötigen Raum zu geben, ihr die in Beziehungen sich einstellenden, heftigen Gefühle und Impulse bewusst und besprechbar zu machen. Dabei möchte ich die bislang positiv getönte Übertragungsbeziehung nutzen, ihr korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Nach anfänglicher Ambivalenz bittet die Patientin schließlich um eine Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine tiefenpsychologische Langzeittherapie.

*Ich erlebe die Patientin zu diesem Zeitpunkt in ihrer wechselhaften Stimmung und in ihrer Haltung in dramatischer Weise durch übertrieben anmutende Affekte immer wieder auf sich aufmerksam zu machen und mich an sich zu binden, zunehmend als schwierig. Die bislang unregelmäßig vereinbarten Konsultationstermine ermöglichen ihr immer wieder, mich zu plötzlichen und unerwarteten Situationen zu konsultieren, was ich wiederum als Prüfung meiner Grenzen im Rahmen des bisherigen Settings erlebe. Da ich bei mir zunehmend Ärger über die unerwarteten Kontaktaufnahmen verspüre, dränge ich auf eine Regelmäßigkeit unserer therapeutischen Gespräche.*

Im Juni 2004 berichtet die Patientin von vaginalem Pruritus. Heftig sperrt sich die Patientin gegenüber einer gynäkologischen Abklärung dieser Symptomatik. Als sie höchst ambivalent die Überweisung zu einer Gynäkologin wahrnimmt, – es war für die Patientin nur möglich eine auch homöopathisch arbeitende Kollegin aufzusuchen – wird bei der gynäkologischen Untersuchung durch einen Abstrich ein PAP IV a am Uterusmund diagnostiziert. Nach zunächst homöopathischem Behandlungsversuch durch die Gynäkologin, der allerdings den Befund nicht wesentlich verändert, erfolgt im August 2004 eine Koniotomie. Da über die Grenzen der Koniotomie hinaus ein Karzinoma in situ diagnostiziert wurde, erfolgt daraufhin eine Hysterektomie.

*Einerseits sehe ich nun durch diese Entwicklung eine Bestätigung, die Patientin auch weiterhin psychotherapeutisch zu begleiten. Andererseits nehme ich Schuldgefühle bei mir wahr, nicht früher eine begleitende gynäkologische Mitbehandlung an die Patientin herangetragen zu haben. Zum wiederholten Male fällt mir auf, dass die Patientin davon berichtet, von Fachkollegen nicht verstanden, zurückgewiesen oder übergriffig behandelt worden zu sein. Während der Gespräche bei mir fingert sie regelmäßig an weißen, unversehrten Baumwolltaschentüchern und zerreißt diese fein säuberlich in kleine Stofffetzen, um sie nach dem Gespräch zu entsorgen. Schon früher aufgetauchte Phantasien sexueller Traumatisierungen tauchen wieder bei mir auf und erzeugen bei mir starke Gefühle von Abscheu, Schmerz und Scham.*

Während der nach der Hysterektomie fortgesetzten Gespräche berichtet die Patientin im September 2004 über Erinnerungen an Situationen in Pubertät und Adoleszenz, bei denen sie sich durch einen Schulfreund und auch den Stiefvater im Intimbereich unangenehm berührt gefühlt habe. Gleichzeitig teilt sie mir schamhaft mit, dass sie sich täglich mehrfach mit Desinfektionsmitteln vaginalen Waschungen unterziehe, vor allem wenn sie sexuelle Lust verspüre. Ab Dezember 2004 kommen bei der Patientin ausgelöst durch eine Szene bei einem Patienten, den sie in der ambulanten Pflege betreute, Erinnerungsfragmente aus ihrer Kindheit hoch über einen mehrjährigen sexuellen Missbrauch durch den bislang idealisierten Großvater im Alter von 6 bis 8 Jahren. Sie erinnert sich an eine notfallmäßige Einweisung in eine Kinderklinik, nachdem sie zuvor beim Großvater bewusstlos geworden war.

Aus den angeforderten Klinikakten geht hervor: „Stationäre Behandlung vom 6.6.–8.6.67 wegen unklarer Schmerzen in den unteren Extremitäten mit angeblichen Lähmungserscheinungen. Bei der Aufnahme fanden wir ein 7-jähriges Kind in leicht reduzierten EAZ. Sämtliche Extremitäten waren frei, aktiv und passiv beweglich. Tonsillen gerötet. Über dem Herzen kurzes Systolikum von hellem Klang. Über der Lunge verschärftes VA, keine meningitischen Zeichen. Wir behandelten mit Tee, Reisschleim und Vitamin-B-Komplex. Das Blutbild zeigte eine ganz geringe Linksverschiebung. Der Urinstatus war unauffällig. BSE im Bereich der Norm. Entlassung am 8.6. Eine ambulante Wiedervorstellung wurde vereinbart.“

In dem handschriftlichen Aufnahmebefund war zu lesen: „Heute 20:00 Uhr konnte Kind plötzlich nicht laufen, klagte über heftige Schmerzen im Lendengebiet bis abwärts zu den Knien, Beine waren wie gelähmt, Temp 38,1; Kind war in letzter Zeit müde und wie benommen, kein Erbrechen, kein Durchfall, 1964 wiederholt krampfartige Erscheinungen nach dem Aufwachen, Augenverdrehungen und Bewusstseinsverlust. Diagnose: unklare Gliederschmerzen.“

Noch im Mai 2004 hatte die Patientin mir in einem persönlichen Lebenslauf mitgeteilt: „Meine Eltern hatten mich überwiegend in die Obhut meiner Großeltern gegeben, weil meine Mutter mit zwei Kleinkindern überlastet war. Zu meinem Opa hatte ich ein sehr liebevolles und inniges Verhältnis. Er gab mir Geduld, Verständnis, Zeit, Zuwendung und Liebe.“ Im weiteren Verlauf der Therapie kommt es zu Schlafstörungen und starken Überschwemmungsgefühlen von Schuld und Scham, ebenfalls zu massiven Ekel- und Abscheugefühlen gegenüber dem eigenen Körper. Im Nacherleben der sexuellen Traumatisierung treten starke Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle sowie Ängste einer Wiederholung sexueller Übergriffe während ihrer Pflēgetätigkeit auf. Begleitend wird eine psychiatrische pharmakologische Medizierung mit Antidepressiva und Sedativa notwendig, die geringfügig Entlastung bringt. Sie glaubt, nichts mehr wert zu sein, und entwickelt zunächst heftige Hassgefühle gegenüber der Mutter.

*Das Bewusstwerden der sexuellen Traumatisierung und der mangelnden elterlichen Fürsorge macht mir die bisherigen Verstrickungen in der Arzt-Patienten-Beziehung und als Grenzübertritte erlebten diagnostischen Maßnahmen in der Wahrnehmung der Patientin verständlich. Ebenfalls machen die heftigen Gefühle und*

*Impulse der Patientin für mich nun nachträglich Sinn. Gleichzeitig aber spüre ich neben Mitgefühl auch Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle. Auch nehme ich Schuldgefühle bei mir wahr ob der durch die bisherige hausärztliche und psychotherapeutische Behandlung bei der Patientin geweckten heftigen Gefühle und Impulse. Einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse bitte ich daher um eine Zweitsicht zwecks Indikationsstellung für eine weiterführende psychoanalytische Behandlung. Die daraufhin vermittelte Anbindung an einen Kollegen, der sie mit einer psychoanalytischen Therapie behandeln könnte, schlägt fehl. Die Patientin erlebt es als eine massive Kränkung, von mir weggeschickt zu werden.*

Aufgrund der zugespitzten krisenhaften Situation wies ich die Patientin mit ihrem Einverständnis vor meinem Sommerurlaub in eine psychotherapeutische Tagesklinik. Dort gelang es, die Patientin durch begleitende Einzel- und Gruppentherapie ressourcenorientiert zu stabilisieren. Nach Entlassung Ende Oktober 2005 wurde die Einzeltherapie einstündig pro Woche fortgesetzt. Aggressiven Zwangsgedanken und aggressiven Tagträume, die sich auf Großvater und Mutter beziehen, aber auch männliche Patienten in der Pflege betreffen, rücken nun in den Vordergrund. Es führte dazu, dass sie ihrer Tätigkeit in der ambulanten Pflege nicht mehr nachgehen kann und ihre Beschäftigung aufgibt. Aktuell ist die Patientin mit Begutachtungen durch medizinische Dienste konfrontiert, veranlasst durch Arbeitsamt, Krankenkasse und Rentenversicherungsträger.

*Ich verspüre zum einen den starken Impuls die weitere Behandlung abzugeben, andererseits muss ich den starken Wunsch der Patientin realisieren, bei mir die Behandlung fortsetzen zu wollen, indem sie eine Überweisung an einen Kollegen als heftige Zurückweisung erlebt. Ich entschliefte mich, Supervision einzuholen und daraufhin unter Supervision die Behandlung fortzusetzen. Als Wiederholung erlebt die Patientin die Begutachtung durch den medizinischen Dienst als unmenschlich und grenzüberschreitend. Als behandelnder Arzt, wiederholt um schriftliche Auskunft gebeten, erlebe ich meine Auskunftspflicht als Grenzgang, bei dem ich zum einen der Patientin helfen kann im Netz der verschiedenen Sozialversicherungsträgern medizinische und berufliche Rehabilitation zu erhalten, andererseits aber auch als Verführung, die ärztliche Schweigepflicht gegenüber der Patientin dadurch zu verletzen.*

## Diskussion und Ausblick

Bereits Engel [8] hat nach klinischen Beobachtungen auf die Bedeutung biografischer Belastungsfaktoren bei somatisch nicht erklärbaren chronischen Schmerzzuständen hingewiesen. Eigene schwer wiegende Krankheiten in der Kindheit und mangelnde elterliche Fürsorge waren in einer prospektiven Untersuchung die besten Prädiktoren für Somatisierung im Erwachsenenalter [4]. In einer Reihe retrospektiver Studien wurden bei Patienten mit somatoformen Störungen gehäuft körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit gefunden [1, 3, 6, 7, 9–11]. Emotionale Vernachlässigung, chronische Disharmonie in der Primärfamilie sowie ein chronisch körperlich oder psychisch krankes Elternteil während der Kindheit wurden als weitere psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit identifiziert [6, 7]. Bei Patienten mit schweren sexuel-

len Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sind neben Dissoziation – in Form von Amnesie und Depersonalisation/Derealisation – Somatisierung das häufigste Symptom [5, 12].

Eine beziehungsorientierte, kontinuierliche hausärztlich/psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der verschiedenen Funktionen und Rollen, wie sie Michael Balint bereits angedeutet hat, eröffnet die Möglichkeit, dass durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung seelische Not entfaltet und verstehbar wird.

Die vorliegende Falldarstellung und Darlegung der Gegenübertragungsgefühle macht Folgendes deutlich:

- In der hausärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung sowie in der Mitbehandlung durch Fachkollegen kommt es zu Wiederholung der in der Kindheit erlebten mangelnden elterlichen Fürsorge, wenn Überweisungen als Abschiebung erlebt werden.
- Zur Abklärung vorgenommene diagnostische Untersuchungen oder Begutachtungen können als Übergriff im Sinne des früheren sexuellen Missbrauchs erlebt werden und damit zusammenhängende heftige Gefühle und Impulse wieder beleben.
- Erst vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen und empathischen Arzt-Patienten-Beziehung können die in der Gegenübertragung sich einstellenden Eindrücke von Idealisierung einerseits und Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht sowie von Schuld und Scham andererseits, wertvoll sein für das Verstehen der Not der Patientin. Denn diese Gefühle spiegeln das frühere Erleben der psychogenetisch bedeutsamen Bezugsperson, durch die die Patientin Zuwendung und Fürsorge aber auch missbräuchliche Grenzüberschreitungen erlebt hatte.

Auch bei Beachtung allgemeiner Empfehlungen zur therapeutischen Haltung bei Patienten mit so genannten somatoformen Störungen scheint die hausärztliche Arzt-Patienten-Beziehung nicht gefeit vor diversen Verführungen, Verwicklungen und Verwünschungen, wenn verdrängte Traumata und Entbehrungen Ursache sind für körperliche Symptomatik. Ich sehe dies nicht als Manko, sondern vielmehr als eine große Herausforderung und Chance in der hausärztlichen Beziehung. Gerade das hausärztliche Setting in seinen verschiedenen und vielfältigen Funktionen, Angeboten, Aufgaben und Konsultationsformen, das im Unterschied zu den spezifischen Rahmenbedingungen einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis den Charakter eines „Gemischtwarenhändlers“ haben mag, eröffnet vielfältiges Agieren unserer Patienten. Die Verschreibung der Droge Arzt – man könnte es als hausärztliche Hermeneutik durch Beziehungsgestaltung bezeichnen – kann durch diesen besonderen Charakter erst die verborgenen Pathologien und Entbehrungen aufdecken, gerade bei Patienten, die von sich aus einer fachpsychotherapeutischen Behandlung ablehnend gegenüber stehen. Bei erfolgreicher Durcharbeitung der als Wiederholung auftretenden schwierigen Gefühle und Impulse in der Arzt-Patienten-Beziehung können korrigierende und heilsame Erfahrungen möglich werden. Es bedarf allerdings dabei auch einer intensiven Bearbeitung der bei einem selbst in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung auftretenden Gefühlsverwicklungen und Impulse. Auch, oder vielleicht gerade gut gemeinte diagnostische und therapeutische Interventionen sollten vor ihrer Umset-

zung kritisch reflektiert werden vor dem Hintergrund der konkreten Arzt-Patienten-Beziehung und gegebenenfalls durch Supervision oder Balintgruppenarbeit überprüft werden.

Bei so genannten somatoformen Störungen kommt der suggestiven Wirkung der „Droge Arzt“ eine besondere Bedeutung zu. Gerade auch nicht evidenz-basierte Verfahren können, sofern sie auf Patientenseite auf entsprechend fruchtbaren Boden fallen, eine starke heilsame Funktion ausüben. Im Zeitalter von EBM und Orientierung an Leitlinien besteht die Gefahr, dass derartige auf Suggestionen wirkende Interventionen unterbleiben und Patienten sich enttäuscht abwenden und sich anderen Berufsgruppen zuwenden, die ihnen Heilung versprechen.

**Interessenkonflikte:** keine.

## Literatur

- <sup>1</sup> Adler RH, Zlot S, Hurny C, et al. Engel's psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient: Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. *Psychother Med Psychol* 1989 a; 39: 209–218
- <sup>2</sup> Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta, Stuttgart 1976
- <sup>3</sup> Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, et al. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 397–401
- <sup>4</sup> Craig TKJ, Boardman P, Mills K, et al. The South London somatisation study: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 579–588
- <sup>5</sup> Egle UT, Hoffman SO, Steffens M. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 1997; 68: 683–695
- <sup>6</sup> Egle UT, Kissinger D, Schwab R. Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1991; 41: 247–256
- <sup>7</sup> Egle UT, Nickel R. Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1998; 44: 21–36
- <sup>8</sup> Engel GL. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959; 26: 899–918
- <sup>9</sup> Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, et al. Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: results from a national birth cohort study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1796–1800
- <sup>10</sup> Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain* 1997; 73: 47–53
- <sup>11</sup> Longstreth GF, Mason C, Schreiber IG, et al. Group psychotherapy for women molested in childhood: psychological and somatic symptoms and medical visits. *Int J Group Psychother* 1998; 48: 533–541
- <sup>12</sup> van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 83–93

## Zur Person



Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH M.A., Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzweiterbildung in tiefenpsychologischer Psychotherapie und klassischer Homöopathie; geboren 1961 in Wiesbaden, Medizin und Soziologiestudium in Mainz, Marburg und Recife (Brasilien); allgemeinärztliche Weiterbildung und postgraduales Studium Public Health in Berlin, seit 1999 niedergelassen in kassenärztlicher Praxis in Berlin-Tempelhof und seit März 2005 Universitätsprofessor am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universitäten Magdeburg und Halle; wissenschaftliche Arbeiten über Arzt-Patient-Beziehung, Prävention, Risikokommunikation und Versorgungsforschung.