

I. Theorie

Einleitung

So folgte eine Kur der anderen. Aber schon bald vergaß man die neurotische Ursache meiner Krankheit . . . Es war ja kaum anders möglich: ich brachte meinen behandelnden Ärzten großes Vertrauen entgegen und glaubte ihnen bedingungslos, wenn sie meine Schmerzen heute einem Fehler im Stoffwechsel oder Blutkreislauf zuschrieben und dann wieder der Tuberkulose oder allerhand Infektionen, teils blamabler Art. Weiter muß ich bekennen, daß mir jede Behandlung eine Zeitlang Linderung verschaffte, was die neueste Diagnose wieder bestätigte. Früher oder später schien diese aber doch weniger zuzutreffen, aber niemals ganz falsch zu sein, weil bei mir kein Körperteil fehlerlos funktioniert.

Italo Svevo, *Die Bekenntnisse des Zeno* (1923)*

Was somatische Fixierung nicht bedeutet

Bei dem Begriff somatische Fixierung denken viele Hausärzte zu Unrecht an eine bestimmte Kategorie von Patienten, die häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt als andere und bei der sie keinen oder kaum einen Rat wissen: Patienten, die für den Hausarzt ein Problem darstellen und die er deshalb als „lästige Patienten“, „Problempatienten“ oder „hysterisch“ etikettiert.

Meist hat man festgefahrene Situationen im Auge. Schon seit langem kennt man jene gleichbleibenden vagen nervös-funktionellen Beschwerden, die nicht abklingen, oder einen dauernden Wechsel der Beschwerden (einmal Kopfschmerzen, dann Schwindel, dann wiederum Beklemmungen). Die Beschwerden sind häufig schwer zu fassen und nur schlecht durch objektive Befunde zu erklären. Trotz therapeutischer Bemühungen bestehen sie weiter, und wenn sich einmal ein therapeutischer Erfolg einstellt, dann ist dieser nur von kurzer Dauer. Der Patient ist schnell wieder da mit denselben oder anderen Beschwerden. Obwohl im Nachhinein unnötig und nicht begründet, verlangt der Patient manchmal abends oder am Wochenende einen dringenden Besuch. Manchmal ist der Hausarzt mit den Problemen oder der Beziehung oder der psychologischen Sphäre vertraut, es führt aber meist nicht weiter, diese Dinge anzusprechen. Der Patient bleibt in erster Linie auf sein körperliches Unbehagen fixiert. Er fühlt sich jedoch nicht imstande, *selbst* etwas dagegen zu tun, *andere*, namentlich der Hausarzt, müssen für eine Lösung sorgen.

* Anm. des Übersetzers: Diese Passage wurde aus dem Niederländischen übersetzt. Eine deutsche Übersetzung der Werke Svevos (Original italienisch) erscheint derzeit im Rowohlt-Verlag; Bd. 7 (Titel: *Zeno Cosini*) ist in Vorbereitung

Es ist verständlich, daß ein solcher Patient beim Hausarzt langsam ein Gefühl der Frustration und Ohnmacht erzeugt. Wie sehr er auch als Hausarzt versucht, sein Bestes zu geben, scheint es so, als weigere sich der Patient, sich besser zu fühlen. Nach einiger Zeit wird der Hausarzt bereits unruhig, wenn der Patient nur zur Tür herein kommt. Gelegentlich unternimmt er noch einen Versuch in Richtung eines anderen Zugangs zu den Beschwerden, aber häufig versucht er auch, den Patienten schnellstmöglich wieder hinauszukomplimentieren. Der Patient kommt jedoch immer wieder, und den Hausarzt beschleicht das Gefühl, zunehmend manipuliert zu werden und sich in eine aussichtslose Beziehung zum Patienten zu verstricken.

Wir haben hier ein Bild der Art und Weise skizziert, wie somatische Fixierung häufig von Ärzten interpretiert und erlebt wird. Eine solche Sicht der Dinge ist indessen höchst einseitig und deshalb auch nicht zu gebrauchen, um mit der somatischen Fixierung besser umgehen zu können. Die Aufmerksamkeit richtet sich in erster Linie ausschließlich auf den einzelnen Patienten, und man verschließt die Augen für die Rolle, die andere Menschen und insbesondere der Hausarzt selbst bei dem Vorgang einnehmen, den wir im weiteren Verlauf den Prozeß der somatischen Fixierung nennen. Weiter richtet sich das Interesse u. a. auf vage oder nervös-funktionelle Beschwerden, während sich ein Prozeß der somatischen Fixierung ebenso gut bei realen, somatisch faßbaren Krankheiten oder Befunden entwickeln kann. Schließlich läßt die oben geschilderte Betrachtungsweise keinen Raum für gesellschaftliche Hintergründe, die in vielen Fällen dabei eine große Rolle spielen.

In diesem Buch wird denn auch das Phänomen der somatischen Fixierung aufgefaßt als ein dynamisches Geschehen, das nicht nur intrapersonal, sondern in gleicher Weise in zwischenmenschlichen Beziehungen abläuft: zu Hause, im sozialen Umfeld oder in der Beziehung zu professionellen Helfern, u. a. zum Hausarzt.

Die Definition der somatischen Fixierung

Wir sprechen von somatischer Fixierung, wenn ein Mensch infolge fortwährenden inadäquaten Umgangs mit und inadäquater Reaktion auf Krankheit, Mißempfindungen, Beschwerden oder Probleme mehr als unbedingt nötig von anderen, namentlich von ärztlichen Helfern, abhängig wird oder sich auf dem Weg der Medizin festfährt, und zwar aus sich selbst heraus, durch Einwirkung seines sozialen Umfeldes oder durch Einflüsse seitens der Vertreter des Gesundheitssystems. Diese Umschreibung beinhaltet eine Reihe von wichtigen Elementen, die wir im folgenden kurz erläutern wollen:

Krankheit, Mißempfindungen, Beschwerden oder Probleme

Hiermit meinen wir, daß sich ein Prozeß der somatischen Fixierung nicht nur bei vagen oder nervösen Beschwerden und Störungen abspielen kann. Er kann bei jedweder Art von Unpäßlichkeit im weitesten Sinn, also auch bei morphologisch faßbaren Erkrankungen und Störungen ablaufen.

Fortwährende inadäquate Reaktionsweise

Es geht nicht um eine Momentaufnahme, sondern um ein dynamisches Geschehen mit einer bestimmten Verlaufsrichtung und einer Weiterentwicklung im Laufe der Zeit. Wir sprechen von einem Prozeß, bei dem alle möglichen Faktoren eine Rolle spielen, die sich gegenseitig verstärken, wodurch immer wieder alle Voraussetzungen für eine Genesung zunichte gemacht werden.

Inadäquater Umgang – Inadäquates Reagieren

Inadäquates Reagieren läßt sich auffassen als eine Art des Umgangs mit dem allgemeinen Wohlbefinden, die den realen Gegebenheiten nicht entspricht. Das bedeutet, daß somatische, psychische und soziale Aspekte des Unwohlbefindens nicht gleichgewichtig in die Reaktionsweise des Individuums einfließen. Dies kann sowohl eine Unterschätzung oder Unterbewertung eines oder mehrerer Aspekte beinhalten, also eine ungenügende Reaktion auf bestimmte Punkte, als auch eine Überschätzung oder Überbewertung, eine Überreaktion. Meist ergänzt sich beides: eine Überschätzung bestimmter Aspekte führt zur Unterschätzung anderer und umgekehrt.

Oft wird es sich dabei um eine Überbewertung somatischer Probleme handeln, auf Kosten der Aufmerksamkeit für die nichtsomatische Seite des Unwohlbefindens. Dies kann dazu führen, daß man für Krankheiten, Mißempfindungen oder Schwierigkeiten, die mehr darstellen als reine Somatik, Lösungen im medizinischen Bereich sucht. Es kann aber auch das Umgekehrte einschließen: eine Überbewertung der psychischen oder sozialen Seite. Eine Erkrankung kann fehlgedeutet („es werden wohl die Nerven sein“), übersehen oder nicht ernst genommen werden, was künftig wieder zur Überbewertung der somatischen Seite Anlaß geben kann. Unangemessenes Reagieren kann ebenfalls eine Überbewertung bestimmter somatischer auf Kosten anderer Aspekte beinhalten, etwa dann, wenn man zur Begründung der Beschwerden von selten vorkommenden ernstesten Krankheiten ausgeht, anstatt sich um naheliegendere Erklärungen zu bemühen.

In all solchen Fällen ergibt sich als Folge des unangemessenen Umgangs mit Krankheiten, Mißempfindungen, Beschwerden und Problemen, daß die Voraussetzungen für die Genesung schlechter werden.

Der Patient selbst, sein soziales Umfeld oder Vertreter des Gesundheitssystems reagieren unangemessen

Unangemessenes Reagieren kann sowohl von dem Menschen, der sich krank oder nicht wohl fühlt, selbst ausgehen oder von Menschen seines unmittelbaren sozialen Umfeldes, als auch von Vertretern des Gesundheitssystems, die mit den Krankheiten und ihren Folgen zu tun haben (insbesondere den Anteil des Hausarztes wollen wir genauer untersuchen). Unangemessene Reaktionen laufen zwar größtenteils im Individuum selbst ab (z. B. wie man eine Mißempfindung erlebt oder benennt), aber ebenso in der Interaktion mit anderen, die (mittelbar) davon betroffen sind. Deshalb können wir nicht ohne weiteres von „somatisch fixierten Patienten“ sprechen. Andere Personen ihrer Umgebung, darunter professionelle Helfer im Gesundheits-

wesen, können ebenso in den Prozeß der somatischen Fixierung einbezogen sein und ein Teil dieses Prozesses werden. Das soziale Umfeld kann einen Nutzen aus der Krankheit ziehen oder so auf die Beschwerden reagieren, daß die Genesung verzögert wird. Und wenn (somatische, psychische und auch alternative) Hilfsinstanzen des Gesundheitswesens wegen irgendwelcher Beschwerden in Anspruch genommen werden, dann können diese durch ihre Haltung und durch ihre Vorgehensweise den Prozeß der somatischen Fixierung in Gang setzen oder weiter verfestigen.

Der Patient ist mehr als nötig von anderen abhängig, namentlich von (medizinischen) Helfern, oder hat sich auf dem medizinischen Weg festgefahren

Nicht selten tritt eine Entwicklung ein, in deren Verlauf sich der Patient zunehmend weniger instande fühlt, einen eigenen Anteil zur Besserung der Beschwerden oder zur Lösung von Problemen beizusteuern und deshalb dafür immer wieder andere Menschen, vorzugsweise Vertreter des Gesundheitswesens, nötig zu haben glaubt.

Wenn man die Entwicklung des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten betrachtet, dann ist festzustellen, daß dieses in großem Ausmaß zu einer Art „medizinischem Ventil“ geworden ist, durch welches einerseits die Probleme der modernen Gesellschaft, andererseits die Probleme des Individuums im Zusammenleben mit seiner Umgebung einen Ausweg finden können. Die Statistiken der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Betriebe und der Rentenversicherung sowie eigene Untersuchungen machen deutlich, daß die ärztliche Inanspruchnahme in den Nachkriegsjahren enorm zugenommen hat. Das Gesundheitswesen hat im gleichen Zeitraum gewaltig expandiert, sieht sich aber in zunehmendem Maße mit der Tatsache konfrontiert, daß die Nachfrage nicht geringer geworden ist, sondern eher zugenommen hat.

Bei allen möglichen Formen von Beschwerden muß man von einer zunehmenden Abhängigkeit sprechen, namentlich vom Medizinsystem. In diesem Licht erscheint das Phänomen der somatischen Fixierung als ein wichtiges gesellschaftliches Problem.

Im Umgang mit diesem Problem kommt dem Hausarzt eine Schlüsselposition zu. An der Basis des Systems, im Kontakt mit dem Hausarzt, fällt zu einem großen Teil die Entscheidung darüber, wie es mit einer Krankheit, mit den Beschwerden oder Problemen des Patienten weitergehen soll. Bei der Entstehung einer unnötigen Abhängigkeit vom Medizinsystem stellt der Hausarzt einen der wichtigsten Bezugspunkte dar. Deshalb wollen wir dem Anteil des Hausarztes am Prozeß der somatischen Fixierung besonderes Augenmerk widmen, und wir werden nicht zuletzt der Frage nachzugehen haben, wie der Hausarzt diesen seinen Anteil minimieren kann.

Zum Inhalt dieses Buches

Das Buch ist in zwei Teile unterteilt: einen theoretischen (Kap. 1–5) und einen mehr praxisorientierten Teil (Kap. 6–11).

Im theoretischen Teil wird besprochen, wie der Prozeß der somatischen Fixierung beginnen und sich weiterentwickeln kann. In Kap. 1 findet sich eine kurze For-

mulierung unseres theoretischen Grundkonzeptes: ein zyklisches Modell, um die Entstehung von Krankheit zu begreifen, und eine Reihe von Grundbegriffen der System- und Kommunikationstheorie. Von dort aus wird deutlich gemacht, wie der Prozeß der somatischen Fixierung beim Individuum und seinem unmittelbaren sozialen Umfeld seinen Anfang nehmen kann.

Kapitel 2 demonstriert anhand von zwei Fallbeispielen, wie der Hausarzt in diesen Prozeß einbezogen wird.

Kapitel 3 zeigt, wie Hausarzt und Patient, jeder auf seine Weise, ihren Anteil am Prozeß der somatischen Fixierung beisteuern.

Wie sich somatische Fixierung aus der Interaktion zwischen Hausarzt und Patient entwickeln und Gestalt gewinnen kann, wird in Kap. 4 dargelegt.

Der theoretische Teil wird in Kapitel 5 abgeschlossen mit einem Überblick über Hinweiszeichen, die den Hausarzt darauf aufmerksam machen können, daß das Risiko somatischer Fixierung besteht.

Danach führen wir im praxisorientierten Teil eine Reihe von Fertigkeiten auf, die dem Hausarzt helfen können, adäquat auf die Krankheiten, Beschwerden oder Probleme des Patienten zu reagieren, näher darauf einzugehen und den eigenen Anteil an der somatischen Fixierung zu minimieren (s. dazu die Einleitung zu Teil 2).

Der Einfachheit halber haben wir in diesem Buch darauf verzichtet, jeweils von er/sie, ihm/ihr usw. zu sprechen, um zwischen männlichen bzw. weiblichen Ärzten oder Patienten zu unterscheiden; er/ihm usw. soll für beide Geschlechter gelten.