



FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung



Inhalt

- 1 Liebe Leser*innen
- 4 Einladung zum Symposium der Stiftung LEBENSNERV
Neue Wege in der Psychosomatik
- 6 Best-of FORUM PSYCHOSOMATIK – Einführung
- 7 MS als Anfang eines neuen Kapitels
Eine Buchbesprechung von SIGRID ARNADE
- 10 Psychotherapie kann Multiple Sklerose bremsen
- 12 PETER HENNINGSEN: Wenn Leib mit Seel ...
ein (Miss-)Verständnis der Psychosomatischen Medizin
- 17 Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie
Interview mit Professor DR. CHRISTIAN SCHUBERT
- 24 Ärztliche Anamnese
Auszüge aus dem Festvortrag von WILHELM RIMPAU (1997)
- 28 MECHTHILDE KÜTEMEYER: Welche Heilmittel braucht die Medizin?
- 30 SIGRID ARNADE: Corona, MS und die ganze Medizin
Ein Plädoyer für transparente Kommunikation
- 33 H.- GÜNTER HEIDEN: Kommunikation
– nicht nur in der Diagnosemitteilung
- 37 Doktor Internet?
Wie hilfreich ist das Netz bei der Patient*innen-Information?
Interview mit DR. JUTTA SCHEIDERBAUER
- 43 MALTE KLAR: Die 10 Säulen der Selbstfürsorge
- 48 Meine persönliche Selbstfürsorge
Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge

Impressum

Titelfoto: Enno Hurlin



Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Liebstöckelweg 14, 13503 Berlin

Tel.: (0 30) 4 36 35 42

Fax: (0 30) 4 36 44 42

e-mail: info@lebensnerv.de

web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:

Dr. Sigrid Arnade

Susanne Same (geb. Wolf)

Gudula Oster

V.i.s.d.P.:

Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:

H.-Günter Heiden

Gestaltung:

Enno Hurlin

Druck:

Baumgarten&

Grützmacher

Erscheinungsweise:

FORUM PSYCHOSOMATIK
(gegründet 1992 als „Rundbrief“)
erscheint zweimal jährlich, kostenlos,
auch auf Audio-CD und als
barrierefreie PDF-Datei

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigungen
werden ausgestellt.

Druck auf

100% Recycling-Papier

Liebe Leser*innen,

es ist soweit: Jede Ära geht einmal zu Ende – so auch die der Stiftung LEBENSNERV und von FORUM PSYCHOSOMATIK. Sie haben gerade die 69. Ausgabe unserer Stiftungszeitschrift bekommen, die 1992 als »Rundbrief« startete. Seither haben wir zweimal jährlich eine Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK veröffentlicht und Ihnen zukommen lassen.

Aber das Beobachten, Auswerten und Verschriftlichen aktueller Entwicklungen bezüglich der Psychosomatik im Allgemeinen und im Besonderen bezüglich der MS sowie der behindertenpolitischen Strömungen waren nicht die einzigen Aktivitäten der Stiftung LEBENSNERV, die 1991 von meiner ebenfalls MS-betroffenen Freundin Susanne Same (damals: Susanne Wolf) und mir gegründet wurde.

Wir waren der Ansicht, dass sich Forschungsaktivitäten zu sehr auf die körperlichen Aspekte der Erkrankung konzentrierten und psychische sowie soziale Faktoren außer Acht gelassen wurden. Deshalb plädierten wir für eine ganzheitliche Sicht der Erkrankung Multiple Sklerose und der Menschen, die mit dieser Diagnose leben.

Folgerichtig setzten wir Forschungspreise aus, um Forschende anzuregen, sich mit dieser aus unserer Sicht vernachlässigten Seite der Erkrankung zu

beschäftigen. Alle zwei Jahre wurde der mit 5.000 Mark (später 2.500 Euro) dotierte Forschungspreis vergeben. Die eingereichten Arbeiten wurden durch eine unabhängige Jury, bestehend aus Neurolog*innen und Psycholog*innen sowie fachkundigen Menschen mit MS ausgewählt. Siebenmal haben wir den Forschungspreis vergeben, letztmalig 2006. Die Preisverleihungen haben wir meist mit inhaltlichen Veranstaltungen verbunden. Es hatte zwei Gründe, dass wir den Forschungspreis nach 2006 nicht mehr ausgeschrieben haben: Zum einen verringerten sich bei sinkenden Zinsen die Stiftungseinnahmen, zum anderen hatten wir keinerlei Einfluss auf die Forschungsthemen.

Wir gingen in uns und erkannten als wichtige Aufgabe der Stiftung LEBENSNERV, die Betroffenen zu stärken. Dazu wollten wir Menschen mit MS zu Berater*innen ausbilden. Gleichzeitig versuchten wir, unsere finanzielle Basis durch die Aktion Zustiftung zu verbeistern. An dieser Stelle nochmals ein ganz herzliches Dankeschön an alle Zustifter*innen und Spender*innen! Immerhin ist es gelungen, das Stiftungsvermögen zwischenzeitlich zu verdoppeln.

Mit Hilfe einer Förderung durch die Krankenkasse BKK konnten wir letztlich in einem zweijährigen Kurs an insge-

samt zwölf Wochenenden zehn Frauen mit MS zu Berater*innen (Peer Counselor*innen) weiterbilden. Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Zeit war, dass die Frauen unabhängig von ihren zunehmenden Fähigkeiten zum klientenzentrierten Beraten nach unserer Beobachtung gleichzeitig eine Phase des inneren Wachstums erlebten.

Solch eine Erfahrung müssten alle Menschen mit MS machen können, dachten wir uns und entwickelten in einem ersten Schritt, unterstützt durch die Selbsthilfeförderung des Bundesministeriums für Gesundheit, ein Curriculum für ein Empowerment-Training. Es folgten zwei Durchgänge des Empowerment-Trainings, das für die jeweilige Gruppe an vier Wochenenden in einem Zeitraum von neun Monaten stattfand. Auch diese Trainings wurden durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert. Dank einer Mischung aus Selbsterfahrungsanteilen, kreativen und kulturellen Übungen entpuppte sich dieser Ansatz als recht erfolgreich: Subjektiv und entsprechend der Auswertung eines Fragebogens zeigten sich gute Ergebnisse.

Wir vergaben zwar keine gelddotierten Forschungspreise mehr, haben aber aufgrund der wiederkehrenden Berichte von Menschen mit MS über kränkende Bemerkungen von Ärzt*innen und medizinischem Personal den symbolischen Negativpreis „Destruktivin“ für die verheerendsten Killersätze ausge-

schrrieben. Als Jury fungierten die zehn Frauen, die wir zu Peer Counselor*innen weitergebildet hatten. Auf den ersten Platz kam der Satz „Wenn Sie Mitoxandron nicht nehmen, sitzen Sie nächstes Jahr im Rollstuhl“, den ein Neurologe an einer Uniklinik zu einer 28-jährigen Frau mit MS sagte. Sie nahm seither kein Medikament mehr, kaufte sich ein Pferd und sitzt nicht im Rollstuhl. Mitoxandron ist ein Medikament, das in der Krebstherapie eingesetzt wird und erhebliche Nebenwirkungen hat.

Unsere Arbeit erledigten wir hauptsächlich ehrenamtlich. Natürlich haben wir Layout, Druck und Versand von FORUM PSYCHOSOMATIK bezahlt und auch die Trainer*innen bei der Peer Counseling-Weiterbildung und bei den Empowerment-Trainings. Aber beispielsweise der Redakteur von FORUM PSYCHOSOMATIK, H.-Günter Heiden, hat all die Jahre ehrenamtlich gearbeitet.

Inzwischen ist es etwas selbstverständlicher und akzeptierter geworden, körperliche, psychische und soziale Aspekte bei einer Krankheit und bei kranken Menschen gemeinsam zu betrachten. Somit hat sich ein Stiftungsziel laut Satzung »Förderung einer ganzheitlichen Sicht der Erkrankung MS« zwar nicht erledigt, es ist aber nicht mehr ganz so exotisch wie 1991 bei Stiftungsgründung. Da wir außerdem keine Nachfolger*innen fanden, die die viele Arbeit weiterhin ehrenamtlich leisten



Foto: Enno Hurlin

25-Jahr-Feier 2016 – die beiden Stifterinnen Susanne Same, geb. Wolf (links) und Sigrid Arnade (rechts) mit dem Redakteur von FORUM PSYCHOSOMATIK (mitte)

wollen, haben wir vor gut zehn Jahren beschlossen, die Stiftung LEBENSNERV in eine Verbrauchsstiftung umzuwandeln. Als Endpunkt definierten wir den 31.12.2026. Dann hat die Stiftung 35 Jahre lang gewirkt, und wir beiden Stifter*innen, die wir zu Stiftungsbeginn 35 Jahre alt waren, sind dann 70 Jahre alt. Verbrauchsstiftung bedeutet, dass das Stiftungsvermögen verbraucht wird. Bei niedrigen Zinsen und nachlassender Spendenfreudigkeit haben wir das Stiftungsvermögen in den letzten Jahren zur Finanzierung von FORUM PSYCHOSOMATIK eingesetzt.

Die geplante Veranstaltung am 9. Oktober 2026 soll also zwei Zielen dienen: Einerseits wird ein Schlusspunkt

hinter 35 Jahre Stiftung LEBENSNERV gesetzt, andererseits sollen inhaltlich neue Perspektiven eröffnet werden. Um diese Perspektiven, die aufzeigen, wohin die Reise gehen könnte, möglichst vielen Menschen zugänglich zu machen, planen wir eine Dokumentation der Veranstaltung sozusagen als letzte Amtshandlung der Stiftung LEBENSNERV.

Freuen Sie sich mit mir auf die Veranstaltung am 9. Oktober 2026, bei der ich hoffentlich viele von Ihnen persönlich oder virtuell treffe!

Ihre

A handwritten signature in cursive script, reading "Sigrid Arnade".

Dr. Sigrid Arnade

Einladung zum Symposium
**Neue Wege in
Ein integriertes Modell und die Handlungs**
Freitag, 9. Oktober 2026
in Präsenz

PROGRAMM

Einführung und Rückblick auf 35 Jahre Stiftungsarbeit

Dr. Sigrid Arnade
Stiftung LEBENSNERV

**Die Bedeutung der neuen Psychosomatik der
Körperbeschwerden für Menschen mit MS**

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie an der TU München

Zum Konzept der Selbstwirksamkeit

Petra Stephan

**Peer Counseling und Empowerment
als Unterstützungsangebote**

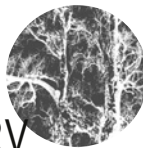
Kerstin Wöbbeking und Ines Spilker

Empowerment – eine zentrale Erfahrung

Michael Bochnig

Anschließend Diskussion

Video der Stiftung LEBENSNERV: „Schluss mit lustig!“



der Stiftung LEBENSNERV der Psychosomatik möglichkeiten für Menschen mit MS in Berlin von 16 – 20 Uhr sowie online

**Ende des Online-Teils gegen 18 Uhr
beim Präsenzteil: kleine Feier bis ca. 20.00**

Die Teilnahme am Symposium ist kostenlos.

ORT

Hotel Aquino
Hannoversche Str. 5b, 10115 Berlin-Mitte
www.hotel-aquino.de



ANMELDESCHLUSS

Freitag, 18. September 2026.

Bitte verwenden Sie den gelben Anmeldebogen in der Heftmitte.

Wenn Sie **online teilnehmen**, wird Ihnen der Zugangslink einige Tage vor der Veranstaltung per Mail zugesandt. Bitte geben Sie deshalb in Ihrer Anmeldung Ihre E-Mail-Adresse gut lesbar an, danke!

Best-of FORUM PSYCHOSOMATIK

Die Stiftung LEBENSNERV wird 35 und dies ist nun auch der Jahrgang 35 unserer Stiftungszeitschrift FORUM PSYCHOSOMATIK. Runde 70 Ausgaben mit insgesamt etwa 2.800 Seiten haben wir Ihnen in diesen 35 Jahren per Post oder per E-Mail nach Hause oder ins Büro geliefert. Zum Ende der Stiftungsarbeit wollen wir Ihnen in der Nummer 1-2026 eine Best-of-Ausgabe präsentieren. Deshalb haben wir Ihnen im vorliegenden Heft zehn wichtige Texte aus FORUM PSYCHOSOMATIK aus den letzten 20 Jahren zusammengestellt: Darin geht es um die Vorteile der Psychotherapie, über Fortschritte in der Psychoneuroimmunologie, die Bedeutung der Anamnese, um eine gelingende Kommunikation oder die Wichtigkeit der Selbstfürsorge – wir hoffen, dass Ihnen unsere Auswahl gefällt!

Alle angegebenen Links wurden am 11.06.2026 geprüft.

MS als Anfang eines neuen Kapitels

Eine Buchbesprechung von Sigrid Arnade

Um es vorweg zu sagen: Dieses Buch gehört zu den besten Büchern zum Thema MS, die ich kenne. Ich kann es guten Gewissens allen Menschen mit MS empfehlen. Vor allem kann es für diejenigen hilfreich sein, die sich neu mit der Diagnose auseinandersetzen müssen. Zu den positiven Elementen des Werkes, die mich zu dieser Empfehlung veranlassen, komme ich später.

Zunächst die Warnhinweise, denn meine Empfehlung erfolgt mit Einschränkungen: Da ist zunächst einmal der Titel. Nehmen Sie ihn nicht zu wörtlich. »MS und Gesund« bedeutet nicht, dass Sie auf alle Fälle symptomfrei werden oder bleiben, wenn Sie alle Empfehlungen der Autorin beachten. Es ist nicht Ihre Schuld, wenn sich Ihre MS eigenwillig zeigt und Ihnen trotz eines gesunden Lebenswandels neue Symptome beschert. Am Titel störte mich auch, dass die promovierte Autorin dort mit ihrem Titel als »Dr. Claudia Brunner« erscheint, was unüblich ist und bei mir die Frage aufwirft, warum sie das nötig hat. – Auch die Überschrift des Rücktitels »Lebe selbstbestimmt – auch mit Multipler Sklerose« bedarf meiner Meinung nach eines Kommentars. Ich selbst behaupte von mir, mit MS selbstbestimmt zu leben, mittlerweile seit 36 Jahren als Rollstuhlfahrerin. Und ich kenne Men-

schen, die 24 Stunden am Tag auf Assistenz angewiesen sind und ein selbstbestimmtes Leben führen, weil sie alles selbst bestimmen. Ein selbstbestimmtes Leben mit MS ist also möglich, unabhängig von den Symptomen. Das meint die Autorin aber nicht, sondern ein weitgehend schub- und symptomfreies Leben, wie sie selbst es nach ihren Worten derzeit hat. – Unangenehm aufgestoßen ist mir auch einiges in dem Kapitel »Hilfreiches für Angehörige«, beispielsweise die Überschrift »Wer trägt die Last?«. Auch wenn sich niemand die MS ausgesucht oder herbeigesehnt hat, kann doch auch die Frage gestellt werden »Was ermöglicht die MS?« Außerdem klingt das Verhältnis zwischen der angehörigen Person und dem Menschen mit MS in diesem Kapitel immer, als sei es eine hierarchische Beziehung, jedenfalls keine auf Augenhöhe.

Nun aber genug der Kritik und zu den lesenswerten Inhalten des Buches. Die Autorin ist promovierte Wirtschaftswissenschaftlerin und lebt selbst seit über 13 Jahren mit MS. Sie hat hunderte Studien zu MS gelesen und ihre Qualität und Aussagekraft bewertet. Parallel hat sie sich weiter wissenschaftlich fortgebildet, um dieser Aufgabe bestmöglich gerecht zu werden. Ihre Erkenntnisse an der Schnittstelle von Schulmedi-

zin und Lebensstilmedizin hat sie in diesem umfassenden Werk zusammengetragen.

Das Buch lässt sich leicht lesen und verstehen. Es ist in einer verständlichen Sprache verfasst und enthält immer wieder Zusammenfassungen in eigens gekennzeichneten Kästchen. Hintergrundinformationen für Interessierte sind ebenso markiert wie Empfehlungen der Autorin. Claudia Brunners eigene Erfahrungen hat sie des Öfteren in den Text eingestreut, aber auch als solche kenntlich gemacht.

Schwerpunktmäßig beschäftigt sich Brunner in ihrem Buch auf über 200 Seiten mit Lebensstilmaßnahmen. In den Kapiteln »Sonnenexposition und Vitamin D«, »Schlaf«, »Sport – Bewegung«, »Meditation und Stressmanagement«, »Ernährung«, »Fasten«, »Umgang mit Genussmitteln«, »Psychologie – Therapie, Netzwerke«, »The Power of Connection – Soziales Leben«, »Kognition – Lebenslanges Lernen« stellt sie jeweils die Studienlage dar, fasst die Ergebnisse in Zwischenschritten zusammen, streut eigene Erfahrungen ein und beschließt das jeweilige Kapitel mit ihren Empfehlungen.

Einen sehr breiten Raum nehmen die Ausführungen zum Thema Ernährung ein. Kein Wunder, gibt es doch gerade zu diesem Thema eine fast unübersichtlich große Zahl von Vorschlägen und Empfehlungen. Brunner bespricht acht einzelne Diäten, die für Menschen



Claudia Brunner:

MS UND GESUND.

**WISSENSCHAFTLICH BELEGTE
EMPFEHLUNGEN FÜR EIN AKTIVES
LEBEN MIT MULTIPLER SKLEROSE.**

488 Seiten, tredition GmbH, Hamburg,

Softcover: 24,90 Euro,

Hardcover: 35,90 Euro,

E-Book: 9,99 Euro

mit MS empfohlen werden, stellt sie vor und bewertet sie anhand von vorliegenden Studienergebnissen. Sodann geht sie auf einzelne Lebensmittel wie »Milch und Milchprodukte« ein und referiert die wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu. Das Kapitel endet wieder mit Brunners Empfehlungen.

Ungewöhnlich deutlich wird die Autorin beim Thema Rauchen: »Wenn Sie rauchen, hören Sie auf, sobald es nur irgend möglich ist. ...« heißt es in den Empfehlungen am Ende des Kapitels zum Umgang mit Genussmitteln und weiter: »Für Ihre Gesundheit und ein langes, gesundes Leben mit MS gibt es keinen wichtigeren Schritt als diesen.

Es wurde bisher kein einziger modifizierbarer Faktor gefunden, der einen größeren Einfluss auf die Prognose bei MS hätte.«

Beim Kapitel »Psychologie – Therapie, Netzwerke«, das für uns als Stiftung LEBENSNERV von besonderem Interesse ist, fehlt leider der Verweis auf die vorhandenen Studien zum Thema. Stattdessen heißt es etwas lapidar, die Forschung würde sich verschiedentlich zum Wert und der Bedeutung von Psychotherapie äußern. Aus gutem Grund übernehmen die Krankenkassen heutzutage die Kosten für verschiedene Therapien. Es folgen ein Interview mit einer Therapeutin, Ausführungen zu eigenen Erfahrungen und schließlich die Empfehlungen, die hier in Gänze wiedergegeben werden sollen:

- »MS ist eine schlimme Diagnose. Es ist vollkommen normal zu leiden, Ängste zu haben oder zu trauern.
- Haben Sie keine Angst davor, sich professionelle Hilfe zu suchen.
- Psychotherapie/Gesprächstherapie etc. ist nachgewiesener Maßen sehr hilfreich.
- Trauen Sie sich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen!«

Empfehlung meinerseits an die Autorin, Claudia Brunner: Sollten Sie eine zweite Auflage des Werkes planen, recherchieren Sie doch bitte zu diesem Thema ähnlich gründlich, wie Sie es bei den Diäten oder Cannabis etc. getan haben. Immerhin erinnere ich mich an eine Stu-

die, der zufolge psychotherapeutische Interventionen die bislang erfolgreichsten Therapien bei MS sein sollen. Mich verwundert es, dass die Autorin gerade diesen Aspekt so stiefmütterlich behandelt. Traten ihre ersten MS-Symptome doch auf, als der 26-jährigen Brunner in einem Personalgespräch »wenig charmant verkündet worden« war, »dass ich meinen Job verlieren sollte«.

Zurück zum Buch: Die Autorin weiß, wie schwer es sein kann, Gewohnheiten zu ändern und gute Vorsätze zu realisieren. Also gibt sie Tipps, wie das gelingen kann.

Dann folgt auf den nächsten 90 Seiten die Schulmedizin. Die Autorin erläutert die Bedeutung von Schubtherapie, verlaufsmodifizierender und symptomatischer Therapie, erklärt den Unterschied zwischen absolutem und relativem Nutzen und widmet sich dann einzelnen Medikamenten. Detailliert geht Brunner auf neun derzeit gängige Medikamente zur verlaufsmodifizierenden Therapie ein, alles gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse.

Auf den letzten rund 100 Seiten des Werkes finden sich die Quellen, auf die sich die Autorin bezieht, sowie die Endnoten.

Abschließend soll Claudia Brunner nochmals selbst zu Wort kommen: »MS ist nicht das Ende, es ist der Anfang eines neuen Kapitels!«

Psychotherapie kann Multiple Sklerose bremsen

Stressvermeidung ist für Menschen mit Multipler Sklerose wichtiger als gedacht. Denn die seelische Belastung fördert die Entstehung neuer Krankheitsherde im Gehirn. Ein gezieltes Programm zur Stressbekämpfung kann dies jedoch verhindern. Das zeigt erstmals eine Studie US-amerikanischer Forscher an 121 MS-Patienten. Drei Viertel derjenigen, die eine wöchentliche Psychotherapie absolvierten, blieben ein halbes Jahr lang ohne neue Entzündungsherde. Bei den Patienten ohne therapeutische Hilfe waren es nur rund die Hälfte. Die Wirkung des Stressmanagements sei damit mit der von neuen medikamentösen Therapien vergleichbar, die zurzeit in klinischen Studien getestet würden, berichten die Forscher im Fachmagazin „Neurology“.

„Zum ersten Mal haben wir gezeigt, dass Psychotherapie die Entstehung neuer Entzündungsherde bei Multipler Sklerose hemmt“, sagt Studienleiter David Mohr von der Northwestern University Feinberg School of Medicine in Chicago. An diesen Entzündungsherden greift das körpereigene Immunsystem die

Nervenhüllen an und schädigt dadurch die Signalleitung. Neu entstehende Herde gelten daher als typisches Merkmal für einen akuten Krankheitsschub und ein Fortschreiten der MS. Die neuen Funde seien der bisher stärkste Beleg dafür, dass Stress das Fortschreiten dieser Autoimmunerkrankung fördere, konstatieren die Forscher.

Nach Ansicht der Wissenschaftler zeigen ihre Ergebnisse, dass gezielte Hilfen zur Stressbewältigung die medikamentösen Therapien bei MS ergänzen und wirksamer machen könnten. Bevor man aber konkrete Empfehlungen für eine Psychotherapie abgebe, müsse man die Ergebnisse erst in einer größeren klinischen Studie bestätigen. Sie soll dann auch zeigen, ob das Stressmanagement die Symptome der Erkrankung langfristig bessern kann.

Im Rahmen der Studie absolvierte eine Hälfte der 121 MS-Patienten ein psychotherapeutisches Stressbewältigungsprogramm. Im Rahmen der Psychotherapie lernten die Patienten unter anderem Entspannungstechniken, sowie Strategien, um Probleme und Konflikte stress-

freier zu lösen und mit ihren Ängsten umzugehen. „Wenn Menschen ein Problem überbewerten oder ihre Fähigkeit unterschätzen, mit einer Situation umzugehen, löst dies Stress und Angst aus“, erklärt Mohr. Die Therapie helfe ihnen dabei, solche Situationen realistischer zu sehen und dadurch den Stress zu vermeiden. Insgesamt absolvierten die Patienten 16 jeweils knapp einstündige therapeutische Sitzungen im Laufe von sechs Monaten. Die andere Hälfte der Studienteilnehmer erhielt keine Therapie und diente so als Vergleichsgruppe.

Nach Ende der Behandlungszeit untersuchten die Forscher bei allen Patienten, ob sich im Gehirn neue, akute Entzündungsherde gebildet hatten. Mediziner unterscheiden bei solchen MS-Herden zwei Typen, die durch jeweils unterschiedliche Kontrastmittel sichtbar gemacht werden können. Bei 77 Prozent der mit Psychotherapie behandelten Teilnehmer waren keine neuen Herde des ersten, sogenannten Gadoli-

nium-Typs entstanden, wie Mohr und seine Kollegen berichten. In der Kontrollgruppe seien 55 Prozent ohne solche Entzündungsstellen geblieben. Beim zweiten Typ von Krankheitsherden fiel der Unterschied nach Angaben der Forscher sogar noch deutlicher aus: 57 Prozent der Patienten mit Anti-Stress-Therapie blieben herdfrei, in der Kontrollgruppe waren es nur 30 Prozent.

Eine Nachuntersuchung 24 Monate später zeigte allerdings, dass die positive Wirkung nur für die Dauer der rund sechsmonatigen Therapiezeit anhielt. „Das zeigt, dass wir Behandlungen entwickeln müssen, die nachhaltiger und über längere Zeiträume hinweg wirken“, sagt Mohr. Denn es sei weder zeitlich noch finanziell zumutbar, diese Patienten für den Rest ihres Lebens jede Woche einmal in Therapie zu schicken. Eine Alternative könnten aber Programme sein, die die Patienten über Computer oder Smartphone absolvieren.

(Neurology, 12.07.2012 - NPO)

<http://scinexx.de/wissen-aktuell-14932-2012-07-12.html>

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2013

Wenn Leib mit Seel ...

ein (Miss-)Verständnis der Psychosomatischen Medizin

VON PETER HENNINGSSEN

In der Debatte um Long Covid und verwandte schwerere Erschöpfungssyndrome scheint es neuerdings ein Schmuttelkind zu geben, mit dem nun wirklich keiner spielen soll: igitt, das darf doch nicht psychosomatisch sein! Wenn die Beschwerden, die schwere Erschöpfung, die Schmerzen, die Luftnot psychosomatisch seien, dann hieße das so viel wie: das ist »nur« psychisch, ja: das ist »bloß eingebildet«. Und damit würde das Leiden der Betroffenen nun in keinsten Weise ernst genommen, denn das ist ja echt! Und ein echtes Leiden kann nur eines sein, das vollständig auf biologische Faktoren, eine gestörte Immunantwort, ein krankhaft verändertes Gerinnungssystem oder wenigstens auf veränderte Gene zurückgeführt werden kann. Der Widerstand gegen die Anerkennung auch nur einfachster psychischer Einflüsse auf Beschwerdeintensität und -verlauf, seien es zum Beispiel Ängste oder vermehrte Aufmerksamkeit, ist nicht nur unter Betroffenen groß, sondern auch unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich der Erforschung jener biologischen Faktoren verschrie-

ben haben. Studien, die belegen, dass psychosoziale Risikofaktoren wie erhöhte Depressivität oder Vorbelastungen mit körperlichen und psychischen Beschwerden erheblichen Einfluss auf Entstehung und Verlauf von Long Covid und verwandten Syndromen haben, lassen sich trotz guter Qualität nur schwer publizieren. Manche gehen auf Nummer sicher und verhindern sogar die bloße Messung psychosozialer Beschwerden und Belastungen bei Long Covid Betroffenen – so geschehen und publiziert vor kurzem in Großbritannien: Cancel Culture in der Wissenschaft.

Wer solche Debatten für Glasperlen-spiele hält und einwendet, dass es in der Medizin doch darauf ankomme, was heilt: der hat recht. Doch erstaunlicherweise geht mit der Fixierung auf rein biologische Ursachen bislang keinerlei seriös evidenzbasierte, auf biologischen Faktoren fußende Therapie zum Beispiel mit Medikamenten einher – hier gibt es nur die (immer grundsätzlich berechnete) Hoffnung auf weitere Forschung. Die vielen Belege dagegen, dass Psychotherapie bei schweren Er-



Prof. Dr. med. Peter Henningsen ist Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum rechts der Isar der TU München und gehörte der Jury der Stiftung LEBENSNERV an, solange es Preisverleihungen gab

schöpfungs- und anderen Körperbeschwerdesyndromen direkt hilft und nicht nur bei begleitender Angst und Depressivität, werden mit heftigsten Mitteln abgewehrt – aus der irregeleiteten Idee heraus, nachgewiesene Wirkung von Psychotherapie belege psychische Ursachen.

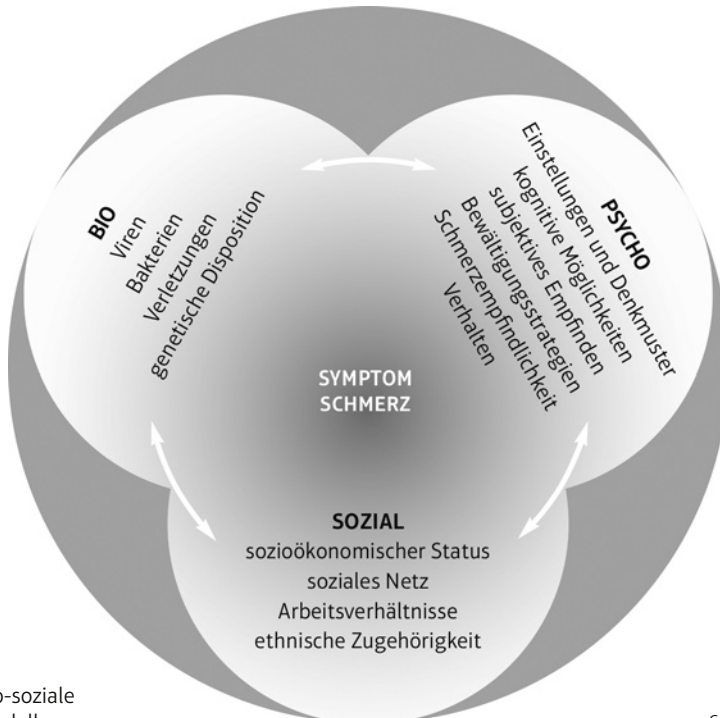
Wider das Einigeln im biologistischen Reduktionismus

Woher kommt diese Blickverengung, dieses Einigeln im biologistischen Reduktionismus? Natürlich spiegelt sich hier zunächst einmal etwas in der ganzen Medizin bis heute Charakteristisches: sogar die WHO (und mit ihr viele Chefarzt-Sonntagsredner) propagieren zwar schon seit Jahrzehnten das biopsychosoziale Erklärungsmodell in der Medizin, also die x-fach belegte Tatsache, dass bei allen insbesondere chronischen Erkrankungen immer biologische, psychologische und soziale Faktoren bei Entstehung, Ausprägung und Verlauf zusammenwirken. Trotzdem ist der Mainstream medizinischer Forschung in Zeiten von Präzisionsmedizin, Genomics und KI mehr denn je einseitig auf die biologische Seite des Geschehens ausgerichtet. Das verstärkt die Tendenz, psychosoziale Faktoren als wissenschaftlich irrelevant anzusehen und liefert damit auch eine Steilvorlage, das Psychische am menschlichen Kranksein insgesamt zu vernachlässigen und zu stigmatisieren.

In der heftigen Abwehr einer möglichen psychosomatischen Perspektive auf körperliches Leiden äußert sich aber mehr als dieser allgemeine Bio-Bias, die einseitige Bevorzugung der biologischen Erklärungsfaktoren in der Medizin. Es steckt darin auch die Abwehr einer Vergangenheit, eines bis vor etwa 60 Jahren von der Psychosomatik tatsächlich häufig vertretenen, letztlich unhaltbaren Anspruchs: dass komplexe Krankheitsbilder mit schweren Körperbeschwerden rein psychischer Ursache sein können. Dieser spiegelbildliche Psycho-Bias ließ sich empirisch nie beweisen; er teilt mit dem Bio-Bias die

Verhaftung in einem dualistischen Entweder-Oder-Denken (»psychisch oder organisch«), das schon seit Beginn der Neuzeit nicht neutral war, sondern die materialistische Seite, das Organische, privilegierte und dem Geistigen, der Psyche, nur sekundären Status gab.

Das förderte die naturwissenschaftliche Seite der Medizin, trug aber bis heute zum Verkümmern der geisteswissenschaftlichen Komponente der »Human«medizin bei. Weniger bekannt als dieser Umstand sind aber die Schwachstellen auch des bio-psycho-sozialen Medizinmodells. Werden nämlich, wie so oft in der Praxis, die einzel-



Das
bio-psycho-soziale
Medizinmodell

Grafik: Enno Hurlin

nen Faktoren einfach addiert, also bio (z. B. Immunstörung) plus psycho (z. B. depressives Erleben) plus sozio (z. B. Armut), statt sie konzeptuell wirklich integrativ auf ein und denselben kranken Menschen zu beziehen, bleibt das Modell Teil des Problems und nicht der Lösung, denn mit der Addition impliziert man auch die Fiktion, man könne Psycho und Sozio von Bio lösen – und das öffnet den Biologen die Tür, beides wegzulassen.

Ein integriertes Verständnis ist erforderlich

Wie sieht also heutige Psychosomatische Medizin aus, die sich auf ein integrierteres bio-psycho-soziales Modell stützt? Sie geht davon aus, dass das für das Kranksein zentrale Erleben belastender Körperbeschwerden immer und von Anfang an eine untrennbare Mischung darstellt, mit wechselnd starker Ausprägung seiner Anteile. Es ist ein Resultat einerseits von biologischen Faktoren, wie der Reizung von Schmerz- und anderen Körperrezeptoren zum Beispiel durch Entzündungen, und andererseits der Prägung durch Vorerfahrungen, Erwartungen und Kontexte, was den Umgang mit dem Körper angeht. Die letzteren erzeugen Erwartungs- und Kontexteffekte, die isoliert betrachtet, auch als positiv wirkende Placebo- und schädlich wirkende Nocebo-Phänomene beschrieben werden. Über diese vermitteln sich

dann auch soziokulturelle Einflüsse auf das Beschwerdeerleben, immerhin unterscheiden sich Körperbeschwerdemuster und die zugehörigen subjektiven Erklärungsmodelle erheblich nicht nur in fernen Ländern, sondern auch innerhalb Europas (Deutschland ist zum Beispiel viel mehr als andere ein Rückenschmerzland).

Dieses integriertere Verständnis gilt in den Fällen, in denen klar nachweisbare Organschäden als eine (!) Grundlage der Beschwerden nachweisbar sind genauso wie in jenen, in denen das nicht so ist, wie meist bei Long Covid. Es beruht auf einer Sicht der Gehirnfunktion, die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnt: das Gehirn nicht als Computer, als passive Informationsverarbeitungsmaschine, sondern als aktives Vorhersageorgan. Im ständigen Abgleich von erfahrungsgeprägten Vorhersagen mit den tatsächlichen Sinnesreizen entsteht Wahrnehmung der Außenwelt wie des Körpers – hartnäckige optische Illusionen zeigen die Bedeutung der Erwartung am Beispiel der visuellen Wahrnehmung. Die Gehirnaktivität ist so direkt eingebettet in die übergeordneten Ziele des Organismus: dem Erhalt seiner Funktionsfähigkeit auch über eine möglichst vorhersagende Anpassung an seine Umwelt oder über deren aktive Prägung. Diese ökonomische und durchaus biologische, aber nicht verengt biologistische Sicht macht verständlich, warum es im Um-

gang mit Körperbeschwerdesyndromen wie bei Long Covid so wichtig ist, nicht nur die notwendige Erforschung immunologischer und anderer biologischer Krankheitsfaktoren voranzutreiben. Genauso wichtig ist es, Vorerfahrungen, Erwartungen, das Selbsterleben insgesamt der Betroffenen zu erheben und klinisch wie forschend zu berücksichtigen. Dabei muss – auch sozial und medial – darauf geachtet werden, dass diese Erwartungen nicht unfundiert mit negativem Bias geprägt werden (»Long Covid ist immer chronisch«, »gesteigerte Aktivierung schadet immer«) – denn derartige Prägungen beeinflussen, ja, verschlechtern direkt das Erleben der Körperbeschwerden, und sie erschweren therapeutische Fortschritte.

Therapeutisch geht es ja grundsätzlich darum, das belastende subjektive Erleben von Erschöpfung und Schmerzen und die damit einhergehende Funktionsbeeinträchtigung positiv zu beeinflussen. Wenn dazu künftig immunmodulierende Medikamente beitragen, ist das genauso gut als wenn das durch die psychotherapeutische Modifikation von Erwartungen und Gefühlen gelingt. Das sind dann alles, einschließlich hier noch unerwähnter sozialer Faktoren, Einzel-

komponenten in einem Erklärungs- und Therapienetzwerk, kein einzelner Faktor ist DIE Ursache oder DIE eine Therapie. Alexander Mitscherlich hatte von dem Ziel gesprochen, eine neue geschichtliche Biologie zu entwerfen und auf die Krücken zweier getrennter (psychischer und physiologischer) Regelungskreise zu verzichten. Die moderne Psychosomatische Medizin ist, mit Teilen der Neurowissenschaften und der Psychologie als Partner, auf dem wahrhaft »human«medizinischen Weg dorthin schon weiter als andere Bereiche der Medizin – das sollte kein Grund sein, sie in die Schmutzdecke schieben zu wollen. Wir sollten stattdessen gemeinsam und ohne Scheuklappen nach den besten Wegen suchen, den zum Teil schwerst betroffenen Patienten und Patientinnen zu helfen.

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2023

Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie

Interview mit Professor Dr. Christian Schubert

Nerven-, Hormon- und Immunsystem beeinflussen sich wechselseitig, und damit haben auch Psyche und soziales Umfeld Einfluss auf das Immunsystem. Professor Christian Schubert (Leiter des Labors für Psychoneuroimmunologie an der Medizinischen Universität Innsbruck) erläutert im Interview unter anderem, wie traumatische Erlebnisse das Immunsystem im Hinblick auf die Entstehung von Krankheiten beeinflussen können und welches Potenzial zur Heilung in psychotherapeutischen Interventionen steckt. Im Schattauer Verlag hat Christian Schubert das viel beachtete Buch „Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie“ veröffentlicht, dessen 2. Auflage am 20. Mai 2015 erschienen ist.

Was sind Ihrer Meinung nach momentan die wichtigsten Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie?

Schubert: Die Psychoneuroimmunologie zeigt eindeutig, dass Psyche und körperliche Messdaten miteinander in Verbindung stehen. Dadurch erhält die psychosomatische Medizin sozusagen Rückendeckung. Das Immunsystem ist ein Vermittler zwischen dem Körper und negativen Umwelteinflüssen. Damit hat ein wesentlicher Schritt in Richtung Überwindung des Dualismus – also der Trennung zwischen Körper und Geist – stattgefunden, der in vielen Arztpraxen leider noch immer die Regel ist.

Die Psychoneuroimmunologie basiert auf jahrzehntelanger Grundlagenforschung, die Wechselwirkungen zwi-

schen den wesentlichen Subsystemen unseres Organismus – Immunsystem, Nervensystem, Hormonsystem – empirisch nachgewiesen hat. Ein zentrales Konstrukt der psychoneuroimmunologischen Grundlagenforschung ist die sogenannte gemeinsame biochemische Sprache, die die angesprochenen Subsysteme untrennbar miteinander verbindet. Beispielsweise finden sich Rezeptoren an den Zelloberflächen der Nervenzellen, die auf die ankommenden Immunsignale reagieren. Das heißt, das Nervensystem kann jederzeit die Informationen der Immunstoffe (Zytokine) dechiffrieren und sie in Nervenaktivität umwandeln. Umgekehrt kann das Nervensystem Neurotransmitter freisetzen und diese Information wird vom Immunsystem gele-

sen. Der Austausch funktioniert in beide Richtungen. Und wir wissen, dass das Nervensystem eng mit der Psyche verbunden ist. Somit sind wir schon bei der Psycho-Neuro-Immunologie angekommen.

Wir wissen aber heute auch, dass die Aktivität des Immunsystems beispielsweise im Zusammenhang mit Krankheiten in Gehirnaktivität übersetzt wird und somit die Blut-Hirn-Schranke überbrückt wird. Wir reagieren sozusagen auf Krankheit psychisch und verändern unser Erleben und Verhalten, um uns ein Stück weit an diese Krankheit anzupassen. Wir schlafen zum Beispiel mehr und ziehen uns zurück, um Kräfte zu sammeln, damit wir wieder gesund werden können.

Das ist ein ganz wesentlicher Erkenntnisfortschritt, der auch für eine Überwindung des Dualismus steht. Psyche und Körper sind als Einheit zu sehen und sollten medizinisch in Diagnose und Therapie entsprechend behandelt werden.

Warum sollten die Ergebnisse der Psychoneuroimmunologie verstärkt berücksichtigt werden?

Um das Desaster, das bei den chronischen Erkrankungen in Klinik und Forschung momentan besteht, zu verändern und zu verbessern. Die derzeitige Medizin ist von mindestens zwei nicht lebensnahen philosophischen Strömungen geprägt: dem Dualismus mit der

unsäglichen Trennung von Körper und Geist, mit seiner der Vorstellung vom „Maschinen-Menschen“, der wie eine seelenlose Maschine funktionieren soll und angeblich entsprechend repariert werden kann. Wir Menschen sind aber wesentlich komplexer.

Dann gibt es noch den Reduktionismus der biologischen Psychiatrie. Hier geht man davon aus, entzifferte man das Gehirn so gut wie möglich in all seinen biochemischen und neuronalen Aktivitäten, Synapsenverbindungen und so weiter, dann verstünde man auch die Psyche vollständig. Das ist im wahrsten Sinne des Wortes Unsinn.

Die Psychoneuroimmunologie hat durch den Nachweis der deutlichen Verbindung von Psyche und Immunsystem gezeigt, dass diese Wirkrichtung eigentlich nicht die ist, mit der die Medizin hauptsächlich konfrontiert ist. Es ist eher anders herum: Top down. Der wesentlich größere Einfluss wird von höher komplexen, psychischen, psychosozialen Beziehungsebenen hinunter auf die molekulare Welt ausgeübt.

Im Akutbereich, wenn es um Traumatisierung im Körperlichen geht, Chirurgie etc. ist der Maschinen-Mensch-Ansatz sehr effizient, versagt aber dort, wo man mit der gleichen Idee an chronische Erkrankungen herangeht. Hier sollte auch die Psyche des Patienten und seine psychosoziale Beziehungswelt Berücksichtigung finden, da dort die chronischen Erkrankungen entstehen,

aufrechterhalten werden und auch geheilt werden können.

Inwieweit arbeiten Ärzte bereits mit diesen Erkenntnissen?

Es gibt Bereiche in der Medizin, die zunehmend die Notwendigkeit von Veränderungen erkannt haben und sich mit höchst erfolgreichen Ergebnissen gegen dieses Maschinenmodell des Menschen wenden: zum Beispiel psychosomatische Medizin, Komplementärmedizin, Alternativmedizin. Der Rest arbeitet – und das ist für meine Begriffe der größte Teil – biomedizinisch weiter und sieht diese Verbindungen nicht, will sie nicht sehen, ist auch gar nicht in diese Richtung ausgebildet. Der Medizinstudent von heute ist genauso mit Biomedizin, Maschinen-Mensch-Modell, Reduktionismus, Materialismus und Dualismus konfrontiert wie vor zehn, zwanzig, dreißig Jahren. Da hat sich nur sehr wenig verändert. Die Medizinrevolution muss vom Patienten kommen und sie kommt vom Patienten.

Man muss allerdings auch bedenken, dass es sehr viele Erkrankungen gibt, bei denen die psychische Problematik und Störung vom Patienten selbst nicht gesehen werden will, weil sie einfach zu belastend ist. Ich spreche hier von den Somatisierungsstörungen – funktionellen Erkrankungen, die einen großen Teil der Medizin einnehmen. Hierzu könnten auch die Autoimmunerkrankungen zählen. Diese werden heu-



Foto: Foto Hofer Innsbruck

Professor Dr. Christian Schubert

te als „stress-assoziierte“ Erkrankungen bezeichnet und lassen sich – wie die Somatisierungsstörungen auch – immer deutlicher auf Traumatisierungen, Misshandlungen oder Vernachlässigungen in der Kindheit zurückführen. Und mit dem Wissen, dass Immunzellen vom Nervensystem versorgt und von Hormonen umschwemmt werden, die stark mit Gehirnaktivität in Verbindung stehen, könnte man in der Tat soweit gehen und annehmen, dass die Autoimmunerkrankungen zum somatoformen Spektrum der psychischen Erkrankungen zählen könnten.

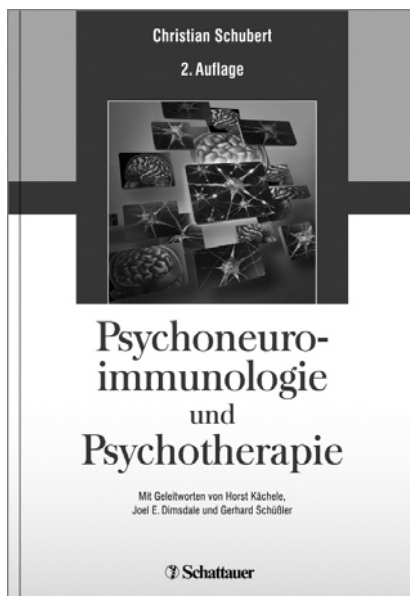
Das ist eine gewagte Hypothese, aber wir verfügen über erste empiri-

sche Hinweise in diese Richtung und wissen bereits so viel mehr als früher über die Vernetzung zwischen Nervensystem und Immunsystem. Ein riesiger Bereich der internistischen Medizin könnte so plötzlich in den Bereich der psychosomatischen Medizin kommen. Denn bei den Autoimmunerkrankungen ist das Desaster der internistischen Medizin eigentlich am augenfälligsten.

Aber auch die Onkologie sollte kritischer gesehen werden: Wir wissen, dass Krebszellen neural versorgt werden. Und wenn sie innerviert werden, dann monitort das Gehirn den Krebs und der Krebs kann jederzeit Informationen ans Gehirn schicken, so dass wir also auch hier eine starke Vernetzung zwischen Gehirn und Krebszellen annehmen können. Damit sind wir natürlich nur wenig entfernt von der Überlegung, dass Krebs sowohl psychisch entstehen, als auch durch psychische Mittel wieder vergehen könnte.

Inwiefern könnte man vor dem Hintergrund der Psychoneuroimmunologie stärker auf Medikamente verzichten?

Die Verbindung von Immunsystem und Psyche macht deutlich, dass von der Psychotherapie eine Kraft ausgeht, die in ihrer Gesamtheit und in ihrer Tiefe für meine Begriffe nur zum Bruchteil erkannt ist. Das heißt psychosomatische Psychotherapie könnte viel weiter gehen als eine reine Unterstützung und



Begleitung der medikamentösen Therapie im Sinne von Stressreduktion zu sein.

Ich bin überzeugt, auch aus meiner täglichen Arbeit mit körperlich kranken Personen heraus, dass man mit psychotherapeutischen Einsichten und mit Mitteln der Psychotherapie körperliche Erkrankungen heilen und verhindern kann.

Dieser Umstand sollte auch stärker bei der Ausbildung zum Psychotherapeuten berücksichtigt werden, denn bislang wird das Wissen der Psychoneuroimmunologie in der Psychotherapie nur seltenst thematisiert. Dadurch ließe sich eindeutig auch die Medikamentengabe reduzieren.

Inwieweit könnte Psychotherapie vielleicht sogar körperliche Beschwerden kurieren?

Die Verbindungen sind von den Grundlagenforschern so deutlich gezeigt worden, dass sich für mich die Frage gar nicht stellt, dass Psychotherapie körperliche Erkrankungen nicht heilen könnte. In der Zukunft müssen die Psychotherapeuten ihr komplexes Arsenal allerdings besser aufrüsten – im Sinne ihrer Techniken und Möglichkeiten, und ihrer Einsicht in psychosomatische oder psychoneuroimmunologische Prozesse. Dazu gehört noch viel Forschung, um diese ganzen komplexen Zusammenhänge noch besser zu begreifen. Wir sind eigentlich erst am Anfang.

Bei welchen Krankheiten ist der Zusammenhang zwischen frühkindlichem Stress, Psyche, Gehirn und Immunsystem genauer untersucht?

Vor allem bei Asthma. Die Psychoneuroimmunologie des Asthmas ist ein unglaublich elaborierter Bereich, der hauptsächlich Forschung an Kindern betreibt. Er hat sensationelle Ergebnisse bezüglich der Immunentwicklung und ihrer Störung gezeigt. Das beginnt schon beim Fötus im Mutterleib, der durch eine gestresste Mutter selbst gestresst ist, Traumatisierungen und entsprechend schwere Störungen vor der Geburt erleben kann und dann bereits mit einem psycho-immunologischen Defizit auf die Welt kommt. Das Immun-

system ist somit in eine fehlgebaute Richtung gelenkt. In belasteten Familien hört der Stress nach der Geburt meist nicht auf, sondern ist chronisch und verschlimmert sich nun erst recht. Das Immunsystem ist weiterhin sozusagen in dysfunktionale und schädigende Lebensaspekte eingebunden. Entsprechend treten dann die ersten schweren Erkrankungen auf und dazu gehört Asthma.

Es ist klar belegt, dass die T-Helfer-Typ 2 (TH2)-Aktivität nach der Geburt noch physiologisch erhöht ist. Verschiedene Umweltreize, darunter auch normale infektiöse Kinderkrankheiten trainieren dann die T-Helfer-Typ 1 (TH1)-Immunaktivität, was zur Ausbalancierung von TH1 und TH2 führt. Die früh geschädigten Kinder jedoch, die weiter unter Stress existieren müssen, haben ihr TH2 immer erhöht und TH1 leider weiterhin erniedrigt. Damit sind sie besonders anfällig für virale Erkrankungen (TH1) und werden in diese atopisch-asthmatischen Erkrankungen hineingetrigger (TH2).

Und das ist der Beginn einer funktionsgestörten Entwicklung des Immunsystems, vergesellschaftet mit dem Auftritt von Erkrankungen, der dann bis ins Erwachsenenalter hinein reicht. Ständige Entzündungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter führen in der Folge zu entsprechenden Veränderungen im Organismus, zum frühen Auftreten von Entzündungserkrankungen, sei-

en es Herz-, Kreislauferkrankungen, Autoimmunerkrankungen etc. Nachweislich sterben Menschen früher, die in der Kindheit traumatisiert/misshandelt wurden.

Von frühster Entwicklung bis ins Erwachsenenalter hinein läuft dann eine sehr tragische Geschichte ab, die man eigentlich frühzeitig unterbinden sollte und nicht erst später mit irgendwelchen Raucherentwöhnungs- oder anderen Programmen, für die es eigentlich schon zu spät ist. Man muss ganz früh anfangen, diese Entwicklungen einzudämmen.

Krebs ist ebenfalls eine dieser Erkrankungen, die besonders elaboriert erforscht wurde und die mit einer gestörten Immunentwicklung zusammenhängt. Aber wir wissen aufgrund der hohen Komplexität noch nicht ganz genau, ob die Entstehung psychisch bedingt sein kann. Die Studienlage ist inkonsistent. Klar bestätigt ist allerdings, dass ein Krebsrückfall stressbedingt sein kann. Menschen nach der Primärdiagnose und -therapie sind in der Übergangszeit in der Tat anfälliger, wenn sie ihre chronischen Stressoren nicht beseitigen – das ist aus prognostischer Sicht natürlich ziemlich ungünstig.

Angst ist zudem einer der wesentlichen Faktoren, wenn es um Rückfälle bei Krebserkrankungen geht. Wir wissen heute, wie massiv Angst in Verbindung mit biologischen Prozessen, Ver-

änderungen der zirkadianen Rhythmik des Cortisols, zum Beispiel Schlafstörungen oder depressiven Erkrankungen, steht. Das hat klare negative Folgen für die Immunabwehr, lässt sich aber auch therapieren.

Das heißt, wenn hier mehr supportive Therapie (zur Angstreduktion, zur Depressivitätsreduktion, zur Stressreduktion im Allgemeinen) angeboten werden würde, könnte man zumindest in dieser Hinsicht eine Umgebung schaffen, in der der Krebskranke eine bessere Prognose bekommen könnte. Davon bin ich überzeugt und das zeigen auch die Daten der Psychoneuroimmunologie deutlich auf.

Warum belastet Stress scheinbar den einen mehr und den anderen weniger?

Das ist eine sehr komplexe Frage, weil man dafür zwischen einer rein symptomorientierten Therapie und einer kausal orientierten Therapie differenzieren muss. Es ist in der Medizin leichter Symptome zu verändern und das Leid vordergründig zu reduzieren, in seltenen Fällen lassen sich jedoch wirklich Heilungen hervorrufen.

Und ähnlich ist es auch in der Psychoneuroimmunologie. Es gibt Techniken, die es uns ermöglichen, das Immunsystem zu stärken. Aber auch hier arbeitet man in vielen Fällen eigentlich nur symptomorientiert. Damit meine ich zum Beispiel Entspannungstechniken, gewisse problemlösungsorientier-

te beziehungsweise verhaltensmodifikatorische Ansätze, die für meine Begriffe in vielen Fällen die wahre Tiefe von Erkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen eigentlich nicht erfassen können und an der Oberfläche bleiben. Veränderungen in der Krankheit können beispielsweise über Schlafhygiene, Ernährungs- und körperliche Aktivitätsveränderungen oder andere Verhaltensveränderungen erzielt werden. Die Verbindung zwischen psychischer Störung und körperlicher Störung sitzt aber möglicherweise tiefer.

Hier gibt es in der Psychotherapie entsprechende Ansätze, die für meine Begriffe weitergehen, wie zum Beispiel psychoanalytische, psychodynamische Ansätze, die diese Aspekte zumindest in ihrem theoretischen Rahmen mitbedenken, wenngleich sie auch noch viel zu wenig gezielt psychosomatisch orientiert sind.

Welche Stressbewältigungsfähigkeiten bringt man mit?

Eine Stressdefinition geht davon aus, dass sich jene Menschen in einer belastenden Situation weniger gestresst fühlen, die von Haus aus mehr Stressbewältigungsfähigkeiten mitbringen. Sie haben schneller den Eindruck, mit Stressoren und belastenden Faktoren in ihrem Leben umgehen zu kön-

nen, haben die nötigen Instrumente parat und sind resilienter. Es gibt andere Menschen, die haben weniger Instrumentarien zur Verfügung und lassen sich stärker durch Stressoren beunruhigen. Sie durchleben Handlungsunfähigkeit, Kontrollverlust und Ohnmacht.

Eine andere kausaler, tiefergehende Stressdefinition würde viel individualisierter vorgehen. Hier werden die Bedeutungszusammenhänge, die Verbindungen zwischen den in der individuellen Biografie erlebten Konflikten und dem Leben im Hier und Jetzt stärker berücksichtigt. Hier hört überhaupt jede Form der Verallgemeinerung für meine Begriffe auf. Verallgemeinerung ist übrigens auch ein Konstrukt der Biomedizin, die den Menschen als seelenloses Wesen betrachtet. In dem Moment, wo wir komplexere Entitäten erforschen wie Psychisches und Psychosoziales, müssen wir uns auch von der herkömmlichen Form der Verallgemeinerung verabschieden, davon bin ich überzeugt. Lebensnahe Forschung und Therapie brauchen Beziehung und Zeit, um subjektive Bedeutung zu erfassen und zu schaffen, und das ist es, was für meine Begriffe heilsam ist.

Das Interview führte Stefanie Engel-fried vom Schattauer-Verlag.

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2015



Ärztliche Anamnese

Auszüge aus dem Festvortrag von Wilhelm Rimpau (1997)

Kranksein ist eine notwendige Form unseres Lebens. Als Pfle-
gende, Therapeuten und Ärzte neh-
men wir Anteil am Prozeß des indi-
viduellen Lebens unter der notwen-
digen Bedingung des Krankseins.
Krankheit ist Krise im Leben eines
Menschen mit biographischen Be-
dingungen und Folgen. Es gilt Le-
ben unter besonderen Umständen
zu gestalten. Die Anamnese ist der
Einstieg in diese Gestaltung. [...]

Krankheiten bedeuten Krisen im
Leben eines Menschen; oft sind sie
Ausdruck einer Krise. Dies bedeutet
zunächst einmal Wendepunkt im
Leben oder Aufforderung, das Le-
ben in dieser oder jener Hinsicht zu
ändern. Das Pathische ist ein Teil
unserer Existenz: Das Leben ist
nicht nur ein Vorgang, sondern wird
auch erlitten. Die ontische und pa-
thische Seite des Lebens sind prak-
tisch die zwei Seiten einer Medaille.
Leben wird nicht nur gestaltet, son-
dern auch erlitten. Aktive und pas-
sive Momente stehen in gegenseiti-
gem Wechselspiel, mal überwiegt
das Ontische, mal das Pathische. Im
Krankheitsfall überwiegen pathi-
sche Kräfte. Viktor von Weizsäcker

hat 1919 fünf Kategorien des Le-
bens benannt, die wir in der Anam-
nese entwickeln können: bei der
Untersuchung eines Ereignisses, ei-
nes Symptoms oder einer Krise läßt
sich fragen, ob dieser Mensch da-
mit etwas will, kann, darf, muß oder
soll – oder auch das Gegenteil von
alledem. Beim Zuhören dessen, was
der Kranke erzählt, bewährt es sich,
bei jedem einzelnen berichteten
Ereignis dieses »pathische Penta-
gramm« anzuwenden. Damit lassen
sich dynamische Faktoren, also die
Kräfte abschätzen, die zu diesem
oder jenem Ereignis oder Symptom
geführt haben. Das Anamnesege-
spräch kann auch versiegen, Arzt
und Kranker wissen nichts mehr zu
fragen oder zu sagen. Es können
auch Widersprüche auftreten oder
es fällt die Auswahl dessen auf,
worüber der Kranke berichtet oder
worüber er nicht zu sprechen wagt.
Hier lohnt es sich nach sogenann-
ten »Lötstellen« zu forschen: im
menschlichen Leben gibt es immer

bestimmte Konstellationen, die das Risiko zu Konflikten in sich bergen und zu Krisen werden können. Das vorhin gezeigte Diagramm der kränkenden und heilenden Kräfte in allen Lebensbereichen kennzeichnet auch solche Bezüge. So sind z. B. Pubertät, Menopause und Berentung latente Konfliktfelder allein aus dem Lebenslauf heraus. Typische und konkrete Zusammenhänge, die Menschen immer wieder in ähnlicher Weise verstrickt sein lassen, werden deutlich, wenn Themen angesprochen werden, die die Familie, Partnerschaft, Geschlechtlichkeit, Beruf, Geldangelegenheiten, Politik und Religion berühren.

Der jüngst verstorbene Arzt Aaron Antonovsky hat in seiner Kritik am bio-psycho-sozialen Modell, welches Sie z. B. mit Thure von Uexküll verbinden, gemeint, daß mit gesund und krank ein künstlicher Dualismus, wie der von Leib und Seele (Descartes) aufrechterhalten wird. Danach wird Gesundheit als Normalzustand und Krankheit als Abweichung davon beschrieben. Auch die Weltgesundheitsorganisation definiert Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit. Antonow-

sky sieht fließende Übergänge von gesund und krank und fragt mit seinem Salutogenesekonzept nach den Kräften im menschlichen Leben, die dieses trotz Gefährdungen gesund erhalten, wie die Pathogenese die Mechanismen aufdeckt, die zur Krankheit führen. In der Anamnese lassen sich also auch positive Merkmale aufdecken, die über längere Wegstrecken des Lebens jemanden gesund erhalten haben, wenn diejenigen negativ genannt werden sollen, die zur Krankheit führen. Es lohnt sich also auch im Krankheitsfalle nach solchen individuellen gesunderhaltenden Faktoren Ausschau zu halten, die Motivation und Anknüpfungspunkte für die Therapieplanung bedeuten können.

Anamnese ist der Beginn von Therapie. Eine Beziehung von Arzt und Patient ist entstanden. Auf Beziehungen kann man aufbauen. Beurteilen, Werten, Wichten des gemeinsamen in der Anamnese Erreichten wird der vertrauensvolle Boden sein, aus dem heraus Therapiekonzepte entspringen können. Therapie treue – modern auch Compliance genannt – heißt mitmachen: machen, was man selbst in Übereinstimmung mit seinem Arzt für notwendig hält. Das läßt sich nie nur über den Kopf bewirken, sondern ist immer auch zu vermitteln über



Wilhelm Rimpau 1997

richtig verstandene Erlebnisse und Erfahrungen.

Uexküll hat der Medizin den Vorwurf gemacht, im Streben nach technischer Perfektion den Menschen aus dem Auge verloren zu haben. Die Medizin habe es unterlassen, ihr wichtigstes Instrument, das ärztliche Gespräch mit dem Kranken zu vervollkommen. Watzlawick sagt: »Leben heißt kommunizieren; wir können nicht mehr kommunizieren«. [...]

Ich möchte Sie mit noch einem Satz auf- oder anregen: Medizin ist psychosomatische Medizin – oder sie ist keine Medizin. [...]

Mich bedrückt die derzeitige Entwicklung, die gewissermaßen eine Fachdisziplin »Psychosomatik« hervorgebracht hat und von sogenannten Psychosomatosen spricht. Dem eigentlich überfälligen Descartes'schen Dualismus von Leib und Seele folgend, werden Erkrankungen künstlich in psychogen bzw. somatogen eingeteilt. Im engeren Sinne gibt es natürlich psychogene Erkrankungen auch mit Körperstörungen, die einer Psychotherapie bedürfen. Aber muß man eigentlich etwas, was selbstverständlich ist,

nämlich daß Krankheit mit Leiden einhergeht und immer auch familiäre und berufliche, seelische und soziale Konsequenzen hat, nur deswegen »psychosomatisch« nennen – eben weil es so ist? Oder könnten wir nicht zu einer Selbstbestimmung der Humanmedizin kommen, die neben dem Lehrbuchtypischen einer Erkrankung auch das Individualtypische des kranken Menschen erkennt und berücksichtigt? Für die Medizin kann allgemein gelten, daß etwa die Anamnese grundsätzlich ärztliche Kunst ist und nicht allein Psychotherapeuten vorbehalten bleibt. Eine Reform der ärztlichen Ausbildung wird nur dann zu einer wirklichen Reform, wenn nicht allein ein Gegenstandskatalog an den 43 medizinischen Fächern und 98 Subdisziplinen entwickelt wird und im Gießkannenprinzip über den Studierenden sechs Jahre lang herabrieselt. Das Medizinstudium muß sich an Grundfertigkeiten orientieren, die jeder Arzt beherrschen sollte. Eine davon ist die Kommunikationsfähigkeit. Bezüglich seiner zukünftigen Patienten bedeutet das die Fertigkeit, eine Anamnese und ein ärztliches Gespräch zu gestalten. Wenn ich mit Ihnen zusammen für die Entwicklung der Psychosomatik eintrete, so nicht deshalb, weil ich es für sinnvoll halte, ein neues Fach zu

begründen, sondern weil es mir darum geht, Psychosomatik fachübergreifend zu entwickeln. Dem einseitigen naturwissenschaftlichen Paradigma von Krankheit muß die eher geistes- und gesellschaftswissenschaftliche Qualität beiseite gestellt werden, die menschliches Leben unter der Bedingung des Krankseins erforscht, lehrt und im ärztlichen Alltag berücksichtigt.

Lassen Sie mich enden mit einem Appell: Anamnese ist eine Kultur, die wir gemeinsam – Ärzte und Patienten pflegen sollten, wenn wir medizinische Wissenschaft und ärztliche Kunst miteinander verbinden wollen.

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2024

Welche Heilmittel braucht die Medizin?

VON MECHTHILDE KÜTEMEYER

1. **Die Medizin braucht ein Anti-Hybris-Mittel.** Sie muss lernen, dass man nicht alles durchleuchten, aufklären, nicht alles heilen kann, dass Krankheiten nicht Defekte sind, die repariert werden müssen, sondern einen Sinn und eine Bedeutung haben für den Betroffenen und seine Umgebung.

2. **Die Medizin braucht Übersetzer der Körpersprache,** die verstehen, was an die Nieren geht, auf den Magen drückt, das Herz schwer macht, Kopfzerbrechen bereitet. Da muss gesprochen werden: über Erinnerungen, Geheimnisse, unterdrückte Wünsche, gefesselte Gefühle.

3. **Die Medizin braucht eine Aufwertung der Sprechstunde,** sie braucht Fachärzte für Erinnerungs- und Befreiungsmedizin.

4. **Die Medizin braucht eine »moralische« Physiologie und Pathologie,** eine Lehre von der Wirkung pathogener Ideale, der Wirkung verleugneter Gefühle, Denkverbote und erstickter Triebe auf die Körperfunktionen, auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten. Die bisherige Nutzphysiologie bedarf einer lustbiologischen Ergänzung.

5. **Die Medizin, auch die medizinische Forschung, braucht eine Aufwertung der »weiblichen« Methoden:** Die »männlichen« Methoden, das Eindringen, Durchleuchten, Spritzen und andere invasive Maßnahmen, dürfen an Bedeutung zurücktreten, Wahrnehmen, Einfühlen, Empathie und Verstehen an Bedeutung zunehmen.

6. Für die Verfeinerung der Wahrnehmung brauchen wir nicht die schnelle und aktive Medizin, sondern eine **Medizin der Langsamkeit.**

7. **Die Medizin braucht Abrüstung**, weniger »apparative Hochrüstung« in den Kliniken (die viel Personal schluckt); statt dessen Personal, das Zeit hat, abwarten, zweifeln, Fragen stellen und offen lassen kann und für Kommunikation ausgebildet ist.

8. **Die Medizin braucht Laien** und von Krankheit Betroffene, die bei Entscheidungen mitreden und mitbestimmen. Es fehlen die Schöffen und Geschworenen in der Medizin.

9. **Die Medizin braucht eine Heilungslehre**, sie muss wieder lernen zu beobachten, was wirklich hilft. Im neuen Lehrbuch der Therapie dürfen Medikamente wie Sprache®, Erinnerung®, Äußerung®, Befreiung® – und die Beschreibung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen – nicht fehlen.

10. Eine Medizin, die solche ärztlichen Prinzipien und **Heilungsgesetze** kennt und respektiert, kann sich viel Mühe, Hektik und Kopfzerbrechen, viele Kostenexplosionen ersparen und viele Diskussionen über die Kostensenkung.

aus: Ärztliche Praxis Nr. 44, 1993

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2018

Corona, MS und die ganze Medizin

Ein Plädoyer für transparente Kommunikation

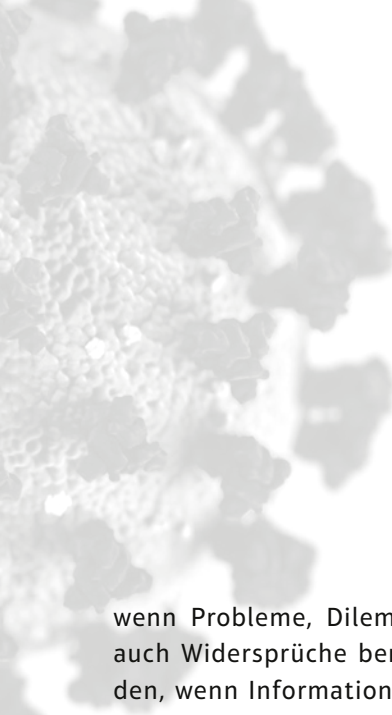
SIGRID ARNADE

Alle reden von Corona – wir auch. Ob, wie und warum Menschen mit MS bei einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus besonders gefährdet sind oder nicht, hängt vermutlich von einer Vielzahl von Faktoren ab, unter anderem von der individuellen Medikation. Über das neue Corona-Virus sowie hemmende oder fördernde Einflüsse weiß man derzeit noch viel zu wenig, um dauerhaft belastbare Aussagen treffen zu können. Manchmal habe ich den Eindruck, dass die Erkenntnisse, die heute in einer Studie publiziert werden, von den Studienergebnissen der kommenden Woche widerlegt werden. Über individuelle Risiken spricht bei Bedarf am besten jede*r Einzelne mit einer Ärztin oder einem Arzt ihres oder seines Vertrauens.

Was können wir trotzdem aus der Pandemie, aus dem umfängli-

chen Nichtwissen, der allgemeinen Verunsicherung und der meist suboptimalen Kommunikation in diesem Zusammenhang lernen? Irgendwann in den letzten Wochen hatte ich den Eindruck, dass sich die ganze Menschheit momentan in einer Situation befindet, die Menschen mit MS sehr gut kennen: Da ist etwas Bedrohliches, das zwar einen Namen hat (MS oder Corona, je nachdem), von dem man einiges weiß, das meiste aber nicht. Vor allem weiß man nicht, warum es mal leichtere, mal schwerere Verläufe gibt, wie welche Medikamente das Krankheitsgeschehen beeinflussen und ob und wann es ein Heilmittel oder einen Impfstoff geben wird.

Als hilfreich erlebe ich in der Corona-Krise eine transparente, sachliche, ehrliche Kommunikation, die es immerhin manchmal gibt. Denn ich fühle mich ernstgenommen,



wenn Probleme, Dilemmata und auch Widersprüche benannt werden, wenn Informationen als das bezeichnet werden, was sie sind: als sichere Erkenntnisse, wichtige Hinweise, Vermutungen, reine Spekulation oder Wunschdenken. Dann werde ich mitgenommen auf dieser Reise durch die Krise und kann vielleicht auch die überraschenden Wendungen oder den teils feststellbaren Schlingerkurs der Politik besser verstehen.

Kommunikation bei MS

Eine vergleichbare transparente Kommunikation hätte ich mir auch in Bezug auf meine Erkrankung an MS gewünscht: Was weiß man wirklich, wie lauten gängige Hypothesen, welche Therapieoptionen mit welchen Resultaten gibt es? Stattdessen habe ich immer wieder Neurolog*innen erlebt, die sich ihrer Sa-

che, beispielsweise ihrer Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn einer immunmodulatorischen Therapie, erstaunlich sicher waren. Ohne Bedenken setzen sie junge Menschen einem erheblichen Eingriff in ihr Immunsystem mit belastenden Nebenwirkungen und ungewissen Resultaten aus, obwohl niemand weiß, ob sie nicht ganz ohne Therapie einen harmlosen Verlauf haben könnten.

Meiner Ansicht nach sollten im Gegensatz zur gängigen Praxis die Betroffenen über alle bekannten Daten zu Verläufen und Therapien sachlich informiert werden, statt ihnen mit Sprüchen wie »wenn Sie die Therapie absetzen, garantiere ich für nichts« oder »ohne Medikamente sitzen Sie in einem Jahr im Rollstuhl« zu drohen. Gut informiert könnten Menschen mit MS dann selber die Entscheidungen über ihre Therapie treffen und sich bei Bedarf neu entscheiden.

Für Transparenz im Nichtwissen

Genau genommen sehen sich doch weite Teile der Medizin mit einem Nichtwissen konfrontiert, wie wir es derzeit bezüglich des neuen Corona-Virus erleben. Auch wenn viele Krankheiten heutzutage therapierbar sind und vor allem die Chirurgie große Fortschritte verzeichnet, blei-

ben wesentliche Fragen nach wie vor ungeklärt: Was sind die Ursachen von Volkskrankheiten wie Rheuma, Krebs oder Demenzerkrankungen? Wer ist besonders gefährdet, wer nicht? Welche Therapieoptionen helfen am besten? Wann ist endlich mit wirkungsvollen Heilmitteln zu rechnen? Hier gibt es mehr Fragen als Antworten.

Ein offener transparenter Umgang mit all dem medizinischen Nichtwissen würde meines Erachtens allen Beteiligten guttun: Ärzt*innen könnten erläutern, was man weiß und was man alles nicht weiß. Gemeinsam mit den Betroffenen könnten Entscheidungen für oder gegen die eine oder andere Therapie getroffen werden. Ärzt*innen wären nur manchmal Heiler*innen und sehr oft Begleiter*innen von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die die gemeinsamen Entscheidungen mit verantworten und damit die Ärzt*innen auch ein Stück weit entlasten. Die Betroffenen würden sich sicherlich besser aufgehoben fühlen, wenn ehrlich und auf Augenhöhe mit ihnen kommuniziert würde. Dann wäre vielleicht auch gemeinsames Trauern über so viel Nichtwissen möglich.

Wenn die Corona-Krise dazu beiträgt, die Kommunikation in der Medizin zu optimieren, dann hätte sie am Ende eventuell doch etwas Gutes gehabt. Immerhin kämpfen viele Ärzt*innen und andere Fachleute seit Jahrzehnten meist vergeblich für gelingende Gespräche im Gesundheitswesen. Was können wir angesichts dieser ernüchternden Bilanz durch Corona lernen? Derzeit erleben wir alle, was gute Kommunikation bewirkt, zum Beispiel im NDR-Podcast »Das Coronavirus-Update«. Hoffen wir, dass diese Erfahrung uns auch nach Corona erhalten bleibt und zu nachhaltigen Verbesserungen der Kommunikation in der gesamten Medizin führt!

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2020

Kommunikation

– nicht nur in der Diagnosemitteilung

VON H.- GÜNTER HEIDEN

»Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte und sein Verhalten.«

Dieses Zitat aus der Gründungsschrift der American Medical Association aus dem Jahr 1847 fand ich in einer älteren Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes¹ und meines Erachtens passt dies sehr gut zum Schwerpunkt dieser Ausgabe. Wie aus dem vorangegangenen Text zu den »Killersätzen« deutlich wird, hat sich anscheinend nicht sehr viel in den letzten 150 Jahren verändert. Immerhin gibt es in jüngster Zeit etwa von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder von Landesärztekammern (zum Beispiel der Ärztekammer Nordrhein) vielversprechende Ansätze in Form von Schulungsangeboten für die Ärzteschaft. Ein strukturiertes Modell einer Diagnosemitteilung oder der Kommunikation in schwierigen Situationen ist das in den USA entwickelte SPIKES-Modell². Spikes kennen die meisten eher vom Autofahren, wobei kleine Metallstifte in den Reifen mehr Festigkeit auf schneeglatte Straße bieten sollen. In unserem Falle ist Spikes die Abkürzung für eine sechs-Schritt-Methode in englischer Sprache: *Setting – Perception – Invitation – Knowledge – Empathy – Strategie and Summary* und diese Methode hilft auch dabei, im Gespräch nicht auf »Glatteis auszurutschen«. Was verbirgt sich aber genau dahinter?

Setting: In dieser Phase erfolgt die inhaltliche Vorbereitung auf das Gespräch inklusive der Vorbereitung eines geeigneten Raumes ohne Störungen (Zeitbudget), im Sitzen und auf Augenhöhe. Eventuell ist auch die Einladung einer weiteren Bezugsperson sinnvoll.

Perception, auch Patients Perception: Nun soll herausgefunden werden, wie die Wahrnehmung des/der Patient*in der eigenen Erkrankung ist. Dies betrifft sowohl den Informationsstand als auch die subjektive Krankheitstheorie. Hilfreich ist darauf zu achten, mit wel-

¹ Klinkhammer, Gisela: Arzt-Patienten-Kommunikation. Verbesserung des Heilerfolgs durch die richtigen Worte. In: Dtsch. Ärztebl. 2008 105(50): (107)

² Ärztekammer Nordrhein (2015): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. www.aekno.de

chen Worten und Begriffen der/die Patient*in die Erkrankung schildert (die narrative Medizin hat herausgearbeitet, wie bedeutsam die Erzählungen von Patient*innen sind). Aktives Zuhören und Rückfragen wie »Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie glauben/meinen...?« sind ebenfalls wichtig.

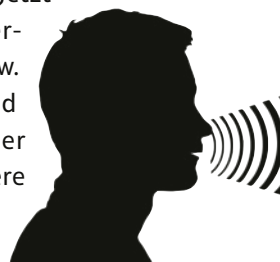
Invitation: In diesem Schritt erfolgt die Einladung zur Bereitschaft des/der Patient*in, eine medizinische Nachricht (Diagnosemitteilung) aufzunehmen. Dabei ist es auch okay, wenn der/die Patient*in nicht alles wissen möchte.

Knowledge: Jetzt ist die Phase der Wissens- und Informationsvermittlung an der Reihe. Der Arzt/die Ärztin teilt in verständlicher Sprache seine/ihre Erkenntnisse mit. Also ohne lateinische Fachbegriffe (zum Beispiel nicht: »Es handelt sich um eine Encephalomyelitis Disseminata.«), aber mit Rückfragen, ob

seine/ihre Informationen verstanden worden sind.

Empathy: Wie sind die Gefühlsreaktionen des/der Patient*in auf diese Mitteilung? Mitgefühl zeigen und empathische Rückmeldungen / Unterstützungen sind an dieser Stelle angesagt.

Strategy and Summary: Jetzt wird noch einmal wiederholt, was geschehen bzw. vermittelt worden ist und gemeinsam mit dem/der Patient*in wird die weitere Behandlungsstrategie besprochen. Welche Schwierigkeiten könnte es geben, welche Schritte sind gemeinsam zu gehen? An dieser Stelle setzt eigentlich schon die sogenannte »Gemeinsame Entscheidungsfindung« (Shared Decision Making – SDM) ein.



Wie gelingt Kommunikation?

Das SPIKES-Modell richtet sich zwar in erster Linie an die kommunikativen Fähigkeiten der Behandler*innen, aber auch für die andere Seite, die Patient*innen, ist es hilfreich, Grundkenntnisse im Funktionieren von Kommunikation zu haben, damit sie auch im Gesundheitswesen gelingt. Dazu helfen zwei Modelle weiter, die vielleicht schon

vielen Leser*innen bekannt sind, die aber an dieser Stelle noch einmal kurz rekapituliert werden sollen. Das erste Modell stammt von Paul Watzlawick, einem Kommunikationswissenschaftler und Psychologen aus den USA³. Er hat die sogenannten fünf Axiome oder Grundregeln in der Kommunikation entwickelt. Die beiden ersten und bekann-

³ <https://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>

testen Regeln sind »Man kann nicht nicht kommunizieren« und »Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.« Die erste Regel klingt zunächst etwas unverständlich, besagt aber, dass menschliches Verhalten IMMER auch Kommunikation ist, auch wenn man sich nicht verbal äußert: Gestik, Mimik, Körpersprache oder

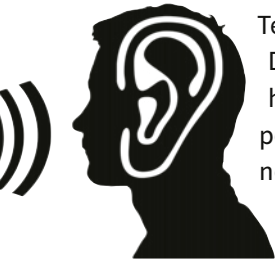
auch Kleidung sind immer Teile von Kommunikation.

Die Trennung von »Inhalts- und Beziehungsaspekt« verdeutlicht, dass es neben der reinen Vermittlung einer Sachinformation auch immer darum

geht, wie die Personen miteinander agieren und wie ihre Beziehung zueinander ist – das kann zum Beispiel auch durch den Tonfall ausgedrückt werden.

Die weiteren drei Grundregeln sind weniger verbreitet, aber genauso wichtig: »Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung«: Es erfolgt eine Reaktion nach der Aussage und darauf wiederum eine Reaktion und so weiter. Nach Watzlawick kann dies unbegrenzt in einer Art Kreislauf (was auch in einem »Teu-

felskreis« bestehen kann) immer weiter fortgesetzt werden und findet nur durch äußere Faktoren ein Ende (ins Bett gehen o.Ä.). Die vierte Grundregel lautet: »Jede Kommunikation hat digitale und analoge Aspekte«. Mit den digitalen Aspekten sind verbale Äußerungen in Schrift und Sprache gemeint. Analoge Kommunikation erfolgt durch Körpersprache oder Mimik, bei der nicht auf den ersten Blick klar ist, was damit ausgedrückt werden soll. Das fünfte und letzte Axiom ist gerade in unserem Zusammenhang bedeutsam, wenn Watzlawick sagt »Kommunikation ist entweder symmetrisch oder komplementär«. Wenn sich zwei Freund*innen über ihre Hobbies unterhalten, so wird das in den meisten Fällen als »symmetrisch« bezeichnet werden können – sie sprechen auf der gleichen Ebene. »Komplementär« sind Kommunikationssituationen, wenn es Hierarchien gibt: etwa Lehrer*in und Schüler*in oder eben auch »Arzt/Ärztin« und »Patient*in«. Es handelt sich in der Regel zwar auch um zwei erwachsene Personen, jedoch besteht eine Gefälle- oder Abhängigkeitssituation.



Das Kommunikationsquadrat

Ergänzend zu den Axiomen von Watzlawick ist an dieser Stelle noch das sogenannte »Kommunikationsquadrat« zu nennen, das vom Psychologen Friede-

mann Schulz von Thun entwickelt wurde⁴. Es ist einfach und komplex zugleich, da jede Person mit »vier Zungen oder vier Schnäbeln« spricht und auch

⁴ <https://www.schulz-von-thun.de/>

mit »vier Ohren« hört. Und diese vier Ebenen lassen sich wunderbar durcheinanderbringen. Viele komische Situationen können auf diese Weise bewusst konstruiert werden und manche Slapstick-Drehbuchautor*innen nutzen die Kenntnis und die Vermischung dieser Ebenen gezielt für ihre Gags. Worum handelt es sich aber bei diesen vier Ebenen? Die ersten beiden Ebenen erinnern an Watzlawick: Da haben wir die Ebene der **»Sachinformation«** (worüber ich informiere) und die Ebene der **»Beziehungsinformation«** (wie ich zu einer Person stehe). Soweit, so gut. Spannend wird es bei den weiteren Ebenen: der Ebene der **»Selbstreferenz«**, also was ich damit über mich selbst aussage und von mir zu erkennen gebe und schlussendlich die **»Appell-Ebene«**, also das, was ich mit meiner Aussage erreichen will. Wenn ich also ganz bewusst mein »Appell-Ohr« verschließe, wird der Appell nicht an mich herandringen.

Dazu ein konkretes Beispiel aus eigenem Erleben in einer sportorthopädischen Praxis in Berlin, die ich im Jahr 2006 mit Anfang 50 aufsuchte, um mich für weitere Marathonläufe vorsorglich untersuchen zu lassen, denn ich spürte Beschwerden im rechten Knie. Nach intensiven Untersuchungen wurde mir vom untersuchenden Orthopäden mitgeteilt: »Sie haben das Knie eines 70-jährigen!« Auf der Sachebene vermittelte er mir damit den Knorpel-

schwund in meinem rechten Knie, auf der Beziehungsebene war er der Sender einer zutiefst unempathischen Botschaft, auf der Selbstauskunftsebene bedeutete dies »ich bin der Fachmann und im Besitz einer unumstößlichen Wahrheit« und auf der Appell-Ebene meinte er, dass ich mit dem Marathon-Laufen aufhören sollte. Auf meiner Seite nun war das Beziehungs-Ohr ganz groß und es traf mich mit Wucht – ich war am Boden zerstört. Mein Informations-Ohr hatte die Diagnose eigentlich schon irgendwie geahnt und war nicht weiter überrascht. Mein Selbstauskunfts-Ohr war total dicht und mein Appell-Ohr verstand nur »das kann er doch nicht ernst meinen«. Niedergeschmettert verließ ich die Praxis ohne weitere Diskussion.

Was bedeutet dies alles nun? Obgleich alle Wirkungsweisen menschlicher Kommunikation seit langem bekannt und ihre Faktoren weithin verbreitet sind, werden sie in der täglichen Praxis oftmals nicht verwendet oder sogar ignoriert. Und wenn ich mir einige Lehrpläne der Ärzteschaft ansehe, so könnte es sein, dass die Kommunikation in einer Art heimlichem Lehrplan immer noch komplementär gedacht wird – die unbedingte Autorität des Arztes/der Ärztin also nicht in Frage gestellt und lediglich auf die Compliance (Mitwirkung) ihrer Patient*innen gezielt wird.

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 2-2023

Doktor Internet?

Wie hilfreich ist das Netz bei der Patient*innen-Information?

Interview mit Dr. Jutta Scheiderbauer



Viele Menschen haben sich längst daran gewöhnt, sich ihre Fragen durch das Internet beantworten zu lassen. Spezielle Medizin-Homepage liefern sogar Antworten, wenn man Diagnosen eingibt. Was halten Sie davon?

Für Betroffene ohne medizinische Vorkenntnisse ist eine Einordnung von Internetinformationen zur MS sehr schwer, und so besteht die Gefahr, dass hier Ängste unnötig verstärkt werden oder Zusammenhänge falsch hängen bleiben. In einer idealen Welt würde ich es favorisieren, dass man die wesentlichen Informationen von seinem behandelnden Arzt aufnimmt statt aus Internetseiten. Doch leider verläuft die Informationsweitergabe von Neurologen an MS-Betroffene heutzutage meist nicht zufriedenstellend, sowohl was das „wie“, die Art der Arzt-Patienten-Kommunikation, als auch das „was“, die Aussagekraft und Ausführlichkeit, angeht. Die KoMS-Studie („Kommunikation bei Multipler Sklerose“) hat aktuell ergeben, dass bei 42% der Studienteilnehmer die Diagnoseübermittlung nur maximal fünf Minuten gedauert hatte, bei 30% im Mehrbettzimmer in Gegenwart unvertrauter Bettenachbarn stattfand und dass 45% dem Arzt die Noten „mangelhaft“ oder „ungenügend“ für dieses Gespräch ausstellten. Mit so einem Erlebnis gleich zu Erkrankungsbeginn ist es sehr gut nachvollziehbar, dass man lieber nach anderen Informationsquellen greift, zu denen man Zugang hat.



Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass MS-Symptome im Internet richtig gedeutet werden?

Von einzelnen Symptomen via Internetsuche auf das Vorliegen einer bestimmten Krankheit zu schließen, ist medizinisch nicht möglich. Ganz prinzipiell können Symptome über das Internet nicht sicher zugeordnet wer-



Foto: privat

Dr. Jutta Scheiderbauer

den, weil zur Diagnostik einer Erkrankung immer ein komplexes Gesamtbild gehört, das die Krankengeschichte, die Durchführung von Untersuchungen und den klinischen Verlauf mit einschließt. Aus der Ferne kann man allenfalls einen Verdacht äußern, der der weiteren ärztlichen Abklärung bedarf.



Welche Informationen müssten Neubetroffenen im Arzt-Patienten-Gespräch Ihrer Ansicht nach gegeben werden?

Neben der Übermittlung der Diagnose sind es altbekannte Informationen zur Prognose, die im Arzt-Patienten-Gespräch zur Zeit nur stiefmütterlich abgehandelt werden. So werden gegenüber Neuerkrankten die möglichen MS-Verläufe, wenn überhaupt, eher oberflächlich besprochen, bevor dann sofort zur Therapie übergegangen wird. Vielen Betroffenen ist deshalb gar nicht bewusst, dass Untersuchungen zum Spontanverlauf gezeigt haben, dass die meisten Betroffenen im Verlauf ihrer MS auch unbehandelt längere Phasen ohne Schübe und ohne Fortschreiten der Behinderung erleben werden, dass die Schubhäufigkeit mit Dauer der Erkrankung ohnehin abnimmt, und dass stabile Phasen auftreten, sich Behinderungen auch zurückbilden können.

Therapeutische Optionen müssten in Form so genannter evidenzbasierter Patienteninformationen erklärt werden, die Wirkungen und Nebenwirkungen von Immuntherapien in einer Art und Weise gegenüberstellen, dass man die Wahrscheinlichkeit eines individuellen Nutzens für die eigene Situation ermessen kann. Speziell für die MS-Immuntherapien erstellte, evidenzbasierte Patienteninformationen, die diesen Namen auch verdienen, wurden in Deutschland von der MS-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf unter der Federführung von Prof. Christoph Heesen erstellt.

Ganz wesentlich wäre es, Betroffene gleich zu Beginn über die essentielle Bedeutung von Sport und Krankengymnastik für die Rückbildung von Beeinträchtigungen sowie Vorbeugung beziehungsweise Kontrolle von Fatigue und Depression aufzuklären.



Wenn der Nutzen einer Therapie belegt werden soll, muss der Hersteller eines Medikamentes zahlreiche Studien vorlegen. Kann ich die auch im Internet vorgelegten Studien eigentlich selbst gut genug interpretieren, um mir ein eigenes Bild machen zu können?

Medizinische Laien haben zu den eigentlichen Informationsquellen, den Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften, meist gar keinen Zugang. Klinische Studien zu interpretieren erfordert wissenschaftsmethodische Kenntnisse, woran auch viele Ärzte schon scheitern. Besonders Internetdarstellungen mit kommerziellem Hintergrund, die Seiten pharmazeutischer Hersteller genau wie die Seiten über „alternative“ Therapieverfahren, argumentieren oft mit wissenschaftlichen Trugschlüssen und geben gerne Studien an, die angeblich den Nutzen der jeweiligen Therapieempfehlung belegen können, ohne jedoch auf die methodischen Beschränkungen der Studien hinzuweisen.



Unzählige Seiten befassen sich mit Multipler Sklerose. Woran erkennt man eine verlässliche Quelle?

MS-Therapien, und zwar sowohl die immunmodulatorischen Medikamente als auch Therapien der „alternativen“ Angebote, sind ein Riesengeschäft geworden. Leider ist es meist nicht offensichtlich, ob eine Meldung aus kommerziellen Gründen lanciert worden ist. Die Methoden, einen falschen Anschein von Neutralität zu vermitteln, sind ausgefeilt und trickreich. Entsprechendes gilt für zahlreiche Webseiten, die alternative Verfahren an-

bieten. Im Grunde muss man sich auf einem Gebiet schon sehr gut auskennen, um die Fallstricke zu erkennen. Selbst wenn eine Quelle eigentlich als seriös gilt, wie zum Beispiel medizinische Fachzeitschriften oder Patientenorganisationen, schließt das nicht sicher aus, dass Inhalte dort tendenziös sind, etwa wenn Meinungsführer nicht unbeeinflusst sind.



Weil noch nicht wirklich feststeht, was MS auslöst, gibt es auch zahlreiche naturheilkundliche, beziehungsweise homöopathische Therapieansätze. Was halten Sie davon?

Es gibt bisher keinen Therapieansatz außerhalb der naturwissenschaftlichen Medizin, der eine positive Wirkung auf den MS-Verlauf, mit wissenschaftlichen Methoden nachprüfbar, erwiesen hätte. Man kann im Umkehrschluss zwar nicht grundsätzlich sagen, dass alle nicht genug geprüften Verfahren Unsinn sind, sollte aber an den Wirkungsnachweis der therapeutischen Angebote, schulmedizinisch und nicht-schulmedizinisch, gleiches Maß anlegen. Sollte man als Betroffene/r sich für das eine oder andere Angebot aus diesem Bereich entscheiden, so ist immer wieder zu überprüfen, ob es einem mit dieser Therapie wirklich besser geht.



Im Internet findet man ebenfalls häufig Hoffungsberichte, positive Krankheitsverläufe einzelner, zurückgeführt auf einen individuellen Behandlungsansatz, meist verbunden mit einer Änderung des persönlichen Lebensstils. Können Sie das für uns einordnen?

Schwere Lebensereignisse lösen in Menschen oft das Bedürfnis aus, etwas in ihrem Leben zu verändern, manchmal, weil es nicht anders geht, wenn man einen bestimmten Lebensstil zum Beispiel behinderungsbedingt gar nicht aufrecht erhalten kann, manchmal, weil das schwere Lebensereignis zum Auslöser für eine Änderung wird, die man schon lange vor sich hergeschoben hatte. Es ist auch eine Folge der schlechten Arzt-Patienten-Kommunikation zu Erkrankungsbeginn, die MS-Betroffene in dem Glauben lässt, ihre MS würde unbehandelt immer bergab gehen, dass sie später alle positiven Entwicklungen auf ihren individuellen Behandlungsansatz zurückführen. Denn wenn Schübe und Behinderungsprogression unter Durchführung einer bestimmten Maßnahme, sei es Immuntherapie, sei es eine Diät, ausbleiben, wird das als Beweis für eine Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens erlebt. Menschlich ist das nachvollziehbar, und es kann ja auch tatsächlich im Einzelfall so sein, aber das ersetzt keinen wissen-

schaftlichen Beleg. Ob und gegebenenfalls welche Lebensstiländerungen hilfreich sein können, ist derzeit nicht wissenschaftlich erwiesen, sondern das kann nur jeder einzelne Betroffene für sich selbst entscheiden. Auch hier gilt, dass man, sollte man sich für diesen Ansatz entscheiden, immer wieder überprüfen sollte, ob es einem tatsächlich darunter gut geht.



Foto: Enno Hurlin



Wenn man auch die Wirksamkeit solcher Therapieformen bezweifelt – gibt es auch nicht-schulmedizinische Verfahren, von denen Sie konkret abraten?

Manche ungeprüften Therapieformen können konkret physischen Schaden anrichten, zum Beispiel MMS-Tropfen oder invasive Eingriffe. Andere Methoden schaden vor allem dem Geldbeutel. Schaden kann es aber auch, sich aus prinzipiellen Erwägungen kategorisch gegen MS-Präparate und die naturwissenschaftlich basierte Medizin auszusprechen, etwa weil man „keine Chemie“ will. Schulmedizinische Verfahren haben ja tatsächlich eine Wirkung bei einem Teil der Studienteilnehmer in klinischen Studien erbracht, und es könnte bei jedem Betroffenen dazu kommen, dass man zu dem Kreis derjenigen gehört, die davon profitieren können. Auch wenn eine Wirkung der Immuntherapien auf die langfristige Behinderung nicht ausreichend gesichert ist, so können Betroffene mit vielen und/oder behindernden Schüben sehr wohl von einer Verringerung der Schubhäufigkeit profitieren. Zudem könnten MS-Betroffene auch Zweiterkrankungen entwickeln, die einer guten Behandlung mit klassischer Medizin bedürfen. Damit diese nicht mit MS-Symptomen verwechselt werden, braucht man die Kenntnisse des Neurologen. Man sollte keinem Heilpraktiker oder „Alternativmediziner“ unbesehen vertrauen, der seine Grenzen nicht kennt.

Foto: Enno Hurlin



Stefanie Schuster,
Journalistin



Die Medizin macht ständig weitere Fortschritte – ist in der nächsten Zeit mit einem Durchbruch auf dem Markt der MS-Medikamente zu rechnen?

Das ist ein weites Feld. Zwar fließen tatsächlich hohe Summen in wissenschaftliche Aktivitäten im MS-Bereich, doch ist die Forschung schlecht koordiniert und folgt allzu häufig kommerziellen Interessen. So fehlt es an Anwendungsforschung, nachdem ein Medikament erst einmal zugelassen wurde. Dazu kommt, dass Therapien, die in Ansätzen vielversprechende Ergebnisse gezeigt haben, aber nicht kommerziell interessant sind, nicht weiter untersucht werden. Und leider wird den Nebenwirkungen und Spätfolgen der Therapien zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. MS-Betroffene und MS-Spezialisten meinen vermutlich auch nicht dasselbe, wenn sie von Durchbruch reden. Während der Arzt sich über eine neue Behandlungsmöglichkeit mit begrenzter Wirkung freut, so geht es Betroffenen um eine substanzielle Besserung ihres MS-Verlaufs mit Rückbildung vorhandener Beeinträchtigung ohne die Gefahr schwerwiegender Nebenwirkungen. Zur Zeit ist nicht absehbar, ob und wann so etwas eintreffen könnte.

Das Interview führte Stefanie Schuster

aus FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2017

Die 10 Säulen der Selbstfürsorge

VON MALTE KLAR – PSYCHOLOGISTS / PSYCHOTHERAPISTS FOR FUTURE (PSY4F)

Diese Liste ist eine kompakte Erinnerungshilfe, was man für sich tun kann, um sich zu regenerieren, die Stimmung, den Antrieb und die Leistungsfähigkeit zu verbessern, sowie um Rückfällen vorzubeugen. Bei Belastung können diese 10 Säulen stabilisieren und einen Einbruch verhindern.

Anleitung: Lege dieses Blatt neben das dazugehörige Arbeitsblatt (siehe Textende) und notiere Dir dort für jeden der 10 Punkte einzeln und möglichst konkret, was Dir jeweils wichtig ist, was bereits gut läuft, worauf Du achten willst, was du ausbauen willst. Gönn Dir hierfür 30–60 Minuten Zeit, um zu überzeugenden Lösungen für Dich zu kommen. Nimm Dir das Arbeitsblatt immer wieder hervor und ergänze es bei Bedarf.

1 Struktur

gute Tagesstruktur inklusive Selbstfürsorge und echtem Feierabend

Regelmäßige Mahlzeiten und Schlafenszeiten, Ruhe- und Aktivitäts-Phasen bringen emotionale Stabilität.

Z. B. immer freitags Wochenplan für die Folgewoche vorbereiten und dabei Punkte 2, 3 und 4 mit einplanen. Wie sieht die Arbeitsstruktur aus bezüglich Pausen, Überstunden, Unterbrechungen, ...? Sich nicht überfordern: Belastungen mit geplanter Erholung ausgleichen. Weniger ist mehr.

»work-life-balance« mit echtem Feierabend: Klare Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit und Schlaf ziehen.

2 Soziale Kontakte & Soziale Kompetenz

z. B. Nein sagen

Familie, Freunde, Bekannte, Vereine, Selbsthilfegruppe, Kontakte ganz bewusst pflegen, insbesondere wenn man nicht immer ein unterstützender Zeitgenosse sein kann. Bei Depression: Anderen erklären was los ist und Tipps im Umgang mit sich geben. Private und berufliche Konflikte klären oder sich freundlich abgrenzen. Üben von sozialen Kompetenzen (siehe »gewaltfreie Kommunikation« bei Wikipedia). Prioritäten setzen und »Nein sagen« (Angst vor Ablehnung überwinden).

3 Sport & Bewegung

um sich im Körper wohl zu fühlen

Mit anderen zusammen, sonst auch allein. Z.B. (Vereins-)Sportarten, die man früher gern gemacht hat oder schon immer gern kennenlernen wollte. 3 x 30 min pro Woche schwitzen hilft so gut wie ein Antidepressivum. Der Nutzen: Sport baut Stress ab, verbessert die Stimmung und den Schlaf, schützt vor Depression, reduziert Sorgen, hilft, sich im Körper wohl zu fühlen und kann soziale Kontakte ermöglichen.

4 Schönes

Hobbys, Spaß, Genuss, Erholung & Natur

Hobbys, Freizeitaktivitäten allein und mit anderen, kreativ tätig sein, Genießen (mit allen fünf Sinnen), Humor, Kunst, Musik, Stille, Intimität/Erotik (ggf. eher mit einem Fokus auf Nähe anstelle von Lust), Gartenarbeit, Kuscheln (ggf. auch mit Haustieren), Vorfreude auf den langfristig geplanten Urlaub, Erholung (Wie und Wo?), ein Entspannungsverfahren lernen und täglich üben, Unterhaltung, Kino, Theater, Konzerte.

Tägliche Dankbarkeit kultivieren (trotz aller Probleme). Kochen und gesundes Essen: »Du bist, was du isst«.

Besonders zu berücksichtigen: Zeit in der Natur.

5 Sinnstiftendes

nach Werten leben

Anderen Gutes tun, andere unterstützen, anderen etwas beibringen, »sich verschenken« (in einem gesunden, sinnvollen Ausmaß ohne sich »aufzuopfern«), sich eigene Werte bewusst machen und danach leben, ehrenamtliches (soziales/politisches/ökologisches) Engagement, Spiritualität/Religion, Austausch mit Gleichgesinnten über diese Themen. Etwas tun, damit sich das Leben nicht sinnlos anfühlt.

6 Schlaf

Schlafstörungen sind ein wichtiges Frühwarnzeichen, siehe dazu »19 Tipps für gesunden Schlaf« (<https://www.psy4f.org/wp-content/uploads/2023/08/Psy4F-19-Tipps-fc3BCr-gesunden-Schlaf-Juli2019.pdf>)

7 Sorgen- & Grübeldistanzierung

Gelassenheit: achtsam mit Gedanken & Gefühlen

»Fühlen statt Sorgen«: Sorgen sind oft der Versuch, ein Gefühl (zum Beispiel Angst) mit dem Verstand zu lösen oder zu vermeiden. Sorgen als »verkopfte« Selbstberuhigung, um gedanklich Gefühle »wegmachen« zu wollen. Stattdessen wäre es hilfreich, dem Gefühl im Körper mit Vertrauen zu begegnen, es zu erlauben und zu atmen. Tägliche Übung (zum Beispiel in Achtsamkeit/Selbstmitgefühl) hilft, mehr Vertrauen zu entwickeln.

»Glaube nicht alles, was du denkst«: Übertriebene Sorgen und nicht-hilfreiches Grübeln als natürlichen, aber nutzlosen Automatismus erkennen und loslassen. Depression ist eine Grübelstörung. Dem automatischen »Grübel- und Sorgen-Programm« einen albernen Namen (z. B. Kopfkaspar oder Quatschi) geben und immer wieder die Aufmerksamkeit von dem »Quatsch« ablenken und bewusst auf das lenken, was gerade sinnvoll ist: »Weg von dem, was zehrt, hin zu dem, was nährt«. Weniger Zeit im Kopfkino verbringen, stattdessen das Hier und Jetzt fokussieren. Grübelstopp (sich zum Beispiel ein rotes Stoppschild vorstellen). Perspektivwechsel üben, zum Beispiel Redewendungen verinnerlichen (»Nichts wird so heiß gegessen, wie es gekocht wird«).

Planungszeit einrichten (»Sorgenviertelstunde«): Sorgen direkt aufschreiben und verschieben auf eine tägliche, festgelegte Zeit zum strategisch-sinnvollen Planen (statt kreisendem Sorgen): Bereits mit einem konkreten nächsten Schritt werden weitere Sorgen unnötig.

»Selbstfürsorge statt Selbstmitleid«: Immer wieder die hilflos-passive Opfer-Rolle verlassen und eine gelassene Gestalter-Rolle einnehmen: »Wem's schlecht geht, soll gut für sich sorgen«.

8 Selbstüberwindung

Vermeiden vermeiden: Machen ist wie Wollen – nur krasser

Den »inneren Schweinehund« überwinden, um die eigenen Werte und Ziele erfolgreich zu verfolgen: zum Beispiel wöchentlichen festen »Termin mit sich selbst« vereinbaren. Sich dem selbsterstellten Wochenplan »unterwerfen«. Dinge sofort tun statt aufschieben: »Just Do It« als Motto für lustunabhängige Selbstfürsorge. Sich anstelle der »Lust im Moment« immer wieder den langfristigen Nutzen/Schaden vergegenwärtigen. Vorfreude auf das Ergebnis fokussieren. Selbstbelohnungen

schaffen. »Stimuluskontrolle« (zum Beispiel keine ungesunden Lebensmittel kaufen, um nicht verlockt zu werden, sie bei schlechter Stimmung zu essen). Selbstverpflichtungen eingehen, zum Beispiel durch feste Verabredungen mit anderen, sich einen Hund anschaffen. »Selbstüberwindung macht schön!« (sie fördert Selbstvertrauen, Zufriedenheit mit sich selbst, gesunde Ernährung und regelmäßigen Sport). Rechtzeitig und regelmäßig zum (Zahn-/Frauen-/Haus-)Arzt gehen. Siehe auch »Kollegiales Coaching« um sich gegenseitig zu unterstützen, Ziele zu erreichen.

9 Selbsterkenntnis

Auslöser verstehen; sich untenstehende Fragen stellen

Verstehen, wie es zum Einbruch kam und welche Probleme gerade anzugehen sind. Dabei insbesondere verstehen, wo es bei einem Selbst »offene Flanken« gab und was bei einem Selbst dazu beiträgt, dass es vielleicht nicht schneller wieder bergauf geht: Wie setze ich mich selbst unter Druck? Welche übertriebenen Erwartungen und Sorgen habe ich? Ungünstige Einstellungen/Überzeugungen hinterfragen. Sich selbst so gut kennenlernen, dass man mehr Verständnis für sich entwickelt und weiß, wie man so gestrickt ist und wie man selbst mit sich umzugehen hat. Verstehen, dass man eben auch nicht immer aus seiner Haut kann: Was sind meine roten Knöpfe und was tue ich, wenn sie gedrückt werden? Hierbei hilft zum Beispiel Psychotherapie, Tagebuch schreiben/Erfahrungen reflektieren, Rückmeldungen von anderen einholen, Achtsamkeitsübungen.

Weitere Fragen zur Selbstreflexion: Was sind Frühwarnzeichen für einen Rückfall? Was konkret werde ich tun, wenn es mir wieder schlechter gehen sollte? Welche meiner Gewohnheiten sind ungesund, welche möchte ich ablegen? (Rauchen, Frustessen, Fernsehen/Internet, Grübeln/Sorgen, ...) Kriege ich das alleine hin oder brauche ich familiäre, freundschaftliche, therapeutische oder medikamentöse Unterstützung?

10 Selbstmitgefühl und (Selbst-)Akzeptanz

guter Umgang mit sich und Gefühlen)

Geleitete Meditationen zum Selbstmitgefühl helfen, sich selbst eine gute Freundin/ein guter Freund sein. Üben, sich die hier folgenden Sätze vor dem Spiegel zu sagen: Ich will mit mir selbst und meinen Gefühlen so freundlich/wohlwollend/liebevoll umgehen, wie ich es mit anderen nahestehenden Personen tue, denen es schlecht geht. Ich will meinen Körper liebevoll genau so annehmen, wie er ist und mich gut um ihn kümmern (mit Sport, Dehnen, Körperpflege und gesunder Ernährung). Ich will mir zeigen, dass ich mich mag und ich es wert bin, indem ich aktiv gut für mich Sorge.

Ich will in kleinen Schritten üben, unangenehme Gefühle zu akzeptieren und zuzulassen.

Ich will akzeptieren, dass ich nicht nur Stärken habe und auch Schwächen menschlich und erlaubt sind. Ich verzeihe mir Selbstkritik. Ich will mich nicht unter Druck setzen – ich »muss« gar nichts. Ich akzeptiere, dass ich noch nicht am Ziel bin und freue mich, dass ich bereits auf einem guten Weg bin. Meine Schwächen akzeptiere ich, weil ich bereits an ihnen arbeite und ärgern nicht hilft. Ich verstehe, dass alte, Selbstwert-schädigende Grundüberzeugungen (innerer Kritiker: »Du bist nichts wert«, innerer Antreiber: »Du musst funktionieren«, etc.) früher eine Funktion hatten – aber nicht wahr sind, nur weil sie immer wieder abgespult werden. Stattdessen übe ich geduldig, die veralteten automatischen Gedanken durch neue, schönere Überzeugungen zu ersetzen.

Akzeptanz bedeutet das Aufgeben von Widerstand. Ich will aufhören, meine Energie damit zu verschwenden, gegen die Realität zu kämpfen und die Energie lieber dafür zu nutzen, das zu verändern, was ich beeinflussen kann.

Meine persönliche Selbstfürsorge

Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge

- 1 **Struktur:** Worauf möchte ich in meiner Tagesstruktur und Wochenplanung besonders achten? Wann mache ich Feierabend? Was tue ich dann?
- 2 **Soziale Kontakte & Soziale Kompetenz:** Wer ist mir wichtig? Wie häufig will ich wen treffen? Was möchte ich lernen im Kontakt mit anderen?
- 3 **Sport und Bewegung:** Wann und wie oft möchte ich welchen Sport mit wem machen?
- 4 **Schönes:** Welche der genannten Punkte möchte ich beibehalten oder ausbauen? Wie?
- 5 **Sinnstiftendes:** Was ist mir wichtig? Möchte ich dem mehr Zeit widmen?
- 6 **Schlaf:** Worauf möchte ich achten?
- 7 **Sorgen- und Grübeln:** Wie will ich mit Sorgen, Grübeln und den Gefühlen dahinter umgehen?
- 8 **Selbstüberwindung:** Wie möchte ich mich wofür überwinden? (wie oft?)
- 9 **Selbsterkenntnis:** Stärken und Schwächen: Worauf sollte ich bei mir Acht geben?
- 10 **Selbstmitgefühl und Selbstakzeptanz:** Wie übe ich mich in Akzeptanz und Selbstmitgefühl?
- 11 **Sonstiges:** Was ist mir sonst noch wichtig?



3. Nachdruck, 2024

Erscheinungstermin: 1.1.2018

480 Seiten, gebunden, mit zahlreichen teils farbigen Abbildungen

ISBN: 978-3-608-43046-2

*Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc.
Christian Schubert, Arzt, Psychologe,
Psychotherapeut. Leiter des Labors
für Psychoneuroimmunologie an der
Klinik für Medizinische Psychologie
der Medizinischen Universität
Innsbruck.*

Nerven-, Hormon- und Immunsystem beeinflussen sich wechselseitig – hierfür liegen inzwischen zahlreiche Belege vor. Das Ganze ist jedoch viel komplizierter, denn auch Psyche und soziales Umfeld haben Einfluss auf das Immunsystem. Die Vielfalt all dieser Interaktionen formt so ein komplexes Netzwerk, das entscheidend auf die Immunaktivität einwirkt. Ist auf dieser Basis aber auch eine gezielte Beeinflussung der Immunaktivität durch psychologische und psychotherapeutische Interventionen möglich? Eine spannende Frage, die von der Psychoneuroimmunologie mit einem eindeutigen Ja beantwortet wird.

In der Neuauflage geht Schubert darauf ein, dass es einen empirisch belegten Zusammenhang zwischen Missbrauchs-, Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie schweren Entzündungserkrankungen im Erwachsenenalter wie auch einer insgesamt geringeren Lebenserwartung gibt. Er verdeutlicht, dass Psychodiagnostik und -therapie in Zukunft spezifischer als bisher gegen körperliche Erkrankungen eingesetzt werden können.

(Schattauer)

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42

Fax: 030/436 44 42

Mail: info@lebensnerv.de

www.lebensnerv.de

