

B. LUBAN-PLOZZA

Begegnung als Therapie

Encounter as Therapy

Zusammenfassung

Was kennzeichnet die therapeutische Beziehung, wie kommt sie zustande, und wie wirkt sie sich auf das Behandlungsergebnis aus?

Begegnung als Therapie kann die Chance eröffnen, ein selbstregulatorisches Kräftefeld in Gang zu setzen, das durch die «Krankheit» blockiert zu sein scheint. Der Begriff «Krankheit» impliziert den Begriff «Therapie». Eine echte Begegnung erfordert von allen Beteiligten (Ärzten und/oder Therapeuten genauso wie Patienten) Vertrauen und Verantwortung, Uneigennutz und die Bereitschaft zum Risiko. Die Gegenworte Misstrauen und Verantwortungslosigkeit, Eigennutz und mangelnde Bereitschaft zum Risiko markieren die andere Seite der Begegnung, des Interaktionsprozesses. Begegnung oder Interaktionsprozess finden immer in Zeit und Raum statt, und Personen definieren eine Situation. Regeln und Rollen, Muster und Ausnahmen sind weitere Strukturmerkmale einer Situation.

Schlagwörter: Begegnung – Therapie – psychosozial – psychosomatisch – Beziehungsdiagnose und Therapie

Psychosoziale Medizin – wohin?

Jede Zeit ruft nach der begrifflichen Darstellung ihrer Charakteristika in ihren verschiedensten Aspekten. Der Bereich der Medizin ist dabei ebenso zeittypisch vertreten wie jeder andere. *Bleuler* hat dies mit den folgenden Worten dargestellt: «Wir wissen heute, was die persönliche Hilfe des Arztes für den Kranken bedeutet. Davon reden und schreiben wir ständig; aber die Tendenz unserer Epoche bringt es mit sich, dass der Graben zwischen

Summary

What are the typical aspects of a therapeutic relation, how does it develop and in what manner might it influence the therapeutic result?

Encounter as therapy may open the chance to initiate self regulating forces that seem to be blocked by the 'disease'. The term 'disease' implicates the term 'therapy'. A real encounter demands trust and responsibility, unselfishness and readiness for risks from all persons involved (physicians and/or therapists as well as patients). The opposite terms, lack of trust, lack of responsibility, selfishness and lacking readiness for a risk mark the other side of the encounter, of the process of interaction. Encounter or the process of interaction always take place in time and space while persons define a situation. Rules and roles, patterns and exceptions are further structural characteristics of a situation.

Key words: meeting – therapy – psychosocial – psychosomatic – relation of diagnosis and therapy

Pflicht und Können, zwischen Wort und Tat, zwischen Sein und Scheinen immer breiter wird.»

Eine Erklärung, welche der Arzt dem Patienten in bezug auf dessen Krankheit gibt, erzielt verschiedene Effekte – je nachdem, wie sie gegeben wird. Seine Worte können einer Sprengladung gleich Berge seelischen Druckes versetzen, und zwar in jeder Beziehung. Sie können druckvergrößernd, erleichternd oder gar befreiend wirksam werden.

Die Art und Weise, dem Patienten ein Medikament zu verordnen, ist oft bei-

nahe so bestimmend wie das, was verschrieben wird. Es ist der Arzt selbst, dem es gelingen sollte, zur Medizin zu werden, und zwar zur entscheidendsten.

Das Bestreben der Ärzte ist es, einer weiteren Mechanisierung der Praxisarbeit entgegenzuwirken. Es gilt, die Arzt-Patient-Beziehung zu vertiefen.

Was erwartet der Patient von seinem Arzt? Wünscht er ihn kalt und reserviert oder betont warmherzig, freundlich? Soll er autoritär über dem Patienten thronen oder vertrauenswürdig wie ein guter Onkel sein? Soll er mit seinen Patienten herumalbern oder sogar durch praktische Beteiligung an der Krankenpflege seine Besorgnis zur Schau tragen? Allenfalls wird das Verhalten des Arztes im Einklang mit seiner Persönlichkeit stehen müssen, um echt zu sein.

Diesen offenen Fragen stehen allgemeingültige Anforderungen gegenüber. Der Arzt soll seine Zuständigkeit beweisen, indem er die Souveränität eines Kompetenten ausstrahlt, der im Dienste der Heilkunst möglichst umfassend die Mittel kennt und einsetzt, die dem Zwecke seines Auftrags dienen. So wie er selbst als Medizin wirkt, kann er auch andere Fachkräfte in die therapeutische Aufgabe einbeziehen, im vollen Bewusstsein seiner ärztlichen Verantwortung.

Es genügt deshalb nicht, sich nur die Theorie der Psychosomatik anzueignen. Der gewissenhafte Arzt wird in ständiger Fortbildung auch die praktische Handhabung gezielter Heilmittel erlernen, um diese dann sinnvoll einsetzen zu können, wozu unter anderem auch die Befähigung zur zweckmässigen Zusammenarbeit zählt. Arzt

Korrespondenzadresse: Prof. B. Luban-Plozza, Casa Incontro, 6612 Ascona

PRAXIS

und Arznei stehen schliesslich als Identität zur Sprache: der Arzt als Arznei (und nicht als «Droge»!)? Wo immer es zu Schwierigkeiten in der persönlichen Begegnung zwischen Arzt und Patient kommt, sind Vertrauensprobleme und Besonderheiten des ärztlichen Verhaltens mehr oder weniger eingeschlossen. *Vertrauen und Verhalten* sind kultivierbare Elemente ärztlichen Tuns.

Krankheit als Weg: Handwerkliches

Es heisst sogar: «Die Hand ist das Werkzeug meiner Seele.» Das eigentliche Bewegungsorgan des Menschen ist die Hand, das Organ der tastenden Gestalterfassung und Gestaltbildung. Wir «denken» oft mit den Händen, wenn der Arzt palpiert, aber auch wenn wir «umsichtig» ein beispielsweise kristallenes Glas anfassen oder hinstellen, wenn wir schreiben oder zeichnen, wenn wir Klavier spielen, ja schon, wenn wir dem Mitmenschen die Hand reichen.

Durch dieses Handwerkliche kommt ein besonderer Dialog zustande, besonders während der Untersuchung durch den Arzt.

«Hand oder Wort?» heisst die Frage. «*Sprechen in der Medizin*» – ist das überhaupt ein Thema, über das man *sprechen* muss und über das sich zu *sprechen* lohnt?

Eine 30jährige Frau mit Schwindel und Kreislaufbeschwerden konnte nach zweijähriger «Patientenkarriere» (so der Fachausdruck!) auf mindestens ein Dutzend Diagnosen zurückblicken. Sie waren so verschieden wie die medizinischen Fachgebiete, deren Vertreter sie um Rat fragte. Man verordnete ihr Medikamente mit acht unterschiedlichen *Wirkmustern*, gab ihr widersprüchliche Empfehlungen (z. B. «körperliche Schonung», «viel Sport») und blockierte durch massive «Medikalisierung» ihrer leichten Beschwerden die Selbsthilfekräfte.

Unzähligen Patienten mit ganz verschiedenen Symptomen geht es so wie dieser Frau. Viele chronisch Leidende haben eine grosse Zahl teurer und teilweise belastender Untersuchungen und Behandlungen hinter sich, ehe man vielleicht auch einmal an krankmachende seelische Faktoren denkt. Diese *Patienten, die lange von Arzt zu*

Arzt wandern, ohne dass ihnen geholfen wird, sind Opfer des «real existierenden Dualismus» unserer medizinischen Versorgung, ein Wort, das *Thure* von Uexküll prägte, der Nestor der deutschen Psychosomatik. Wir haben, so meint er, eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine für Seelen ohne Körper. Beide werden dem kranken Menschen nicht gerecht, der ja nicht einen Körper und eine Seele «hat», sondern ein Leib-Seele-Kontinuum «ist».

Gleich beim ersten Kontakt zwischen Patient und Arzt können die Weichen falsch gestellt werden: Mit ärztlicher Autorität wird der Kranke durch immer neue Untersuchungen und Behandlungen darin bestärkt, seine psychischen Probleme auf den Körper zu verlagern und die Verantwortung für seine Beschwerden an den Arzt zu delegieren – der damit ungewollt «Beihelfer zur Krankheit» statt Helfer zur Gesundheit werden kann.

Körperliche Dimension

Das Allgemeingültige unserer Hilfe ist das strukturelle Element der «*dialogischen Beziehungsstruktur*, welche einen lebendigen zwischenmenschlichen Austausch erlaubt. Dies sogar, wenn sich das entscheidende Geschehen vorwiegend in der körperlichen Dimension ereignet.

Das Beispiel einer 48jährigen Patientin, die uns mit einer kosmetisch störenden Rötung im Gesicht von einem Dermatologen zugewiesen wurde, zeigt, wie man blitzschnell von einem scheinbar im Vordergrund stehenden körperlichen Symptom auf die wahren Probleme kommen kann. Bei der Untersuchung (im Zentrum der Psychosomatik muss immer die *Behandlung* stehen, die Untersuchung mit der Hand des Arztes) stellt der Arzt eine Verspannung im Rücken fest. Darauf angesprochen, bricht es aus der Frau heraus: «Herr Doktor, mir fehlt das Leben.»

Wichtiges kann also in kurzer Zeit geschehen.

Wenn wir die *Arzt-Patient-Beziehung* als Angebot des Kranken an seinen Arzt und als Gegenangebot des Arztes an seinen Patienten formulieren, so ist darin bereits ein Verständnis für Symptom und Krankheit enthalten. Die Bedeutung der emotionalen Bezie-

hung des Arztes zum Patienten kommt im Bündnis zwischen Arzt und Patient – in der Allianz – zum Ausdruck. Dann heisst es nicht mehr «Was hat dieser Kranke?», ebensowenig «Was fehlt diesem Menschen?», sondern vielmehr «Was ist in diesem Menschen noch potentiell zu entfalten?». Dies auch im Sinne der modernen Salutogenese (*Antonowski*).

Der *Körper* des Kranken wird gewissermassen zum «Schüttelbecher» der Angst (oder sogar zum «Abfallimer») und entwickelt eine eigene «Körpersprache». Mittels dieser Sprache versuchen die Patienten, ihre Symptome so lange zu verstärken, bis wir sie endlich hören. Wir müssen frühzeitig die Fähigkeit entwickeln, mit dem «*dritten Ohr*» zu hören und mit dem «*dritten Auge*» zu sehen. Als Ärzte werden wir nämlich zu stark als Detektive und zuwenig als Dolmetscher ausgebildet.

«Tierärzte haben es leichter. Die werden wenigstens nicht durch Äusserungen ihrer Patienten irregeführt.» So lamentierte einer der Pioniere der neuzeitlichen Medizin, *Louis Pasteur*. Neben den «*holy seven*» der klassischen Psychosomatik (Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie, rheumatoide Arthritis, Hyperthyreose, Neurodermitis, Asthma bronchiale) sind es eine Vielzahl von funktionellen und somatischen Störungen der unterschiedlichsten Organsysteme, bei denen psychosomatische Überlegungen wichtig werden.

Das limbische System ist die Verarbeitungszentrale für Erleben und Vegetativum. Bei Überbelastung kann Dekompensation zu falscher Weichenstellung führen. Es kommt – bildlich gesprochen – zur Entgleisung im Rangierbahnhof der Emotionen (= Elixire des Lebens).

Ein paar abgewetzte Stühle in ihrer Praxis hatten die Herzspezialisten *Friedman* und *Roseman* zum Beispiel auf die Spur eines neuen Risikofaktors für Koronarkrankheiten geführt. Als diese Stühle neu bezogen werden sollten, wies der Polsterer darauf hin, dass eigentlich nur die vordere Sitzkante abgenutzt und zerschissen war. Offensichtlich hatten sich die Patienten nie richtig hingesetzt, und sie schienen selbst beim Arztbesuch beständig auf dem Sprung gewesen zu sein. Ungeduldig und angespannt

PRAXIS

müssen sie auf der Sitzkante herumgerutscht sein. Es sind nicht nur die klassischen Risiken – Übergewicht, Hypertonie, Rauchen, Erbfaktoren, Veränderungen des Lipidstoffwechsels und geringe Glukosetoleranz –, die zu Erkrankungen führen können. Auch ein bestimmtes allgemeines Verhalten, eine bestimmte Persönlichkeit scheint charakteristisch für betroffene Menschen zu sein: das sogenannte «Typ-A-Verhalten». *Rosenman* (1968) beschreibt es als ungeduldig und impulsiv, gespannt und zwanghaft, gekennzeichnet durch geistige und psychische Beweglichkeit, hastige Lebensweise, Streben nach Erfolg und sozialer Billigung.

Zwar war unter Ärzten und Krankenschwestern, Ärztinnen und Pflegern schon immer davon die Rede gewesen, dass man einen Herzinfarkt und eine Lungenembolie «macht»; aber für die Kranken war doch klar gewesen: einen Herzinfarkt und eine Lungenembolie, erst recht einen Krebs «hat» man, «erleidet» man, «es» trifft und erwischt einen.

Dank drei sehr moderner dimensionaler Untersuchungsmethoden lässt sich der Körper quasi durchblättern.

Man befürwortet eine psychosomatische Erschliessung der letzten weissen Flecke auf der *Karte des menschlichen Körpers*: Bereits beim Schnupfen entsteht beim Betroffenen und bei seinen Nächsten der Verdacht auf tiefere Zusammenhänge. Die Angina des Pfarrers am Ende der Ferien will ebenfalls etwas bedeuten: Eigentlich möchte er am nächsten Sonntag – und viele weitere Sonntage – nicht mehr predigen. Der Hexenschuss kann nicht einfach projektiv verusserlicht werden – um so mehr als Hexen auch nicht mehr das sind, was sie einst waren –; der Getroffene muss davon ausgehen, dass er sich selber angeschossen hat. Durchfall – häufig Folge psychovegetativer Auswirkungen von Angstzuständen – lässt sich auch als Wunsch des Kranken deuten, zu warten, bis anstehende Probleme «sich von selbst gelöst haben». Wer sich mit den Folgen eines Augenleidens auseinandersetzen hat, muss sich all jenen stellen, die in wohlmeinender Besorgtheit verstehen lassen, er habe wohl zu wenig (oder zuviel) geweint, zu viel (oder auch zu wenig) «wahrgenommen». Das weckt Hoffnung: Wenn ich er-

krankte, brauche ich Heilung nicht nur von der Kunst der Experten in Weiss zu erwarten. Ich kann selbst aktiv zu meiner Gesundheit etwas beitragen. Ja ich kann Erkrankung möglicherweise durch entsprechendes Verhalten vermeiden. Dies macht Verantwortlichkeit möglich: Krankheit wird verstanden als eine Art, auf die Herausforderungen meiner Existenz zu antworten. Damit verbunden ist ein Zuwachs an Freiheit: Ich bin nicht einfach nur Gefangener meines Krankenschicksals. Ich kann dieses Schicksal aktiv beeinflussen. Das eröffnet eine neue, vieldimensionale Sicht von Gesundheit und Krankheit, die in ihrer Differenziertheit nur begrüsst werden kann.

Gelegentlich kann bei der Symptomauflösung die das Symptom unterhaltende Psychodynamik erfasst werden. Voller Stolz berichtete eine Patientin von Prof. *Rechenberger*, dass sie sich nur ganz wenige Prurigopapeln für den «seelischen Notfall», wie sie es nannte, konserviere.

Bei *Symptomen* unterscheiden wir drei Stufen:

1. Symptomentstehung
2. Symptommanifestation
3. Symptomauflösung

Psychosomatische Störungen als Beziehungsstörungen

Im Zusammenhang mit der Balint-Arbeit haben wir die Begriffe «Beziehungsdiagnose» und «Beziehungstherapie» eingeführt.

Die *Familie* – ein sehr komplexes Gebilde – wirkt als «Risikofaktor». Der Elternberuf, obwohl er der schwierigste ist, wird ohne jede «Ausbildung» ausgeübt. Das «Symptomkind», als eigentlicher (gesunder) Vertreter der kranken Familie, entspricht einem *Appell*, die diesbezüglichen Verhältnisse zu verstehen. Das häufige Auftreten von *somatischen* Erkrankungen bei den Kindern kann ebenfalls auf gestörte Interaktionen hinweisen. Es geht aber nicht darum, «Schuldige» abzustempeln. Frühe Schäden, deren Ursache in einer Entfremdung von natürlichen Beziehungsimpulsen liegt, führen bekanntermassen zu Formen von «psychischer Anästhesie». Der *Beziehungsaspekt in der Therapie* cha-

rakterisiert das therapeutische Klima. Der Therapeut wird eigentlich zum *Übersetzer und Dialogermöglicher* der verschlüsselten Mitteilungen, die dem Familienunbehagen entsprechen. In einer Art von doppeltem Dialog sucht er einen gemeinsamen Code emotionaler Gesten für und mit dem Patienten.

In der Klinik benützen wir gerne den Begriff der sogenannten «*Röntgenmethode*» als Hilfe für Durchblick und Erhellung. Nach zwei Wochen Klinikaufenthalt erstellt der Therapeut ein «*Röntgenbild*» des psychosomatisch Kranken, wodurch er mit Hilfe des «*dritten Auges* und des *dritten Ohres*» die bis dahin erkannten unbewussten Kräfte, die dem Leben des Patienten den «*Stempel*» geben, aufzeigt.

Wir legen dem Patienten dieses «*Bild*» vor und besprechen es mit ihm – jedoch vielleicht noch ohne volle Gewähr für eine eindeutige Diagnose. Ungefähr zehn Tage später erfolgt eine «*Röntgennachkontrolle*»: im psychologischen Sinne eine Art «*Schirmbildaufnahme*» zwecks Gegenüberstellung der Resultate. Durch diese aktive therapeutische Methode, die ich von *Erich Fromm* kenne, kommt etwas in Bewegung. Wir können geradezu sehen, wie sich die Widerstände des Patienten gegen die Offenlegung seiner verdrängten Impulse entfalten und verändern.

Wir erinnern an den Brief von *Metternich* an seinen intellektuellen Assistenten, der viel kränkelte. Es bestand Gefahr für sein Leben. Da schrieb *Metternich*: «*Vor allen Dingen üben Sie sich im Mute*, denn davon hängt Ihr Leben ab.»

Ärzte mussten doch schon immer mit ihren Patienten sprechen. Was hat sich geändert, dass dieses Sprechen zu einem Problem wurde, für das wir nach Lösungen suchen müssen? Nur wenn wir wissen, was sich geändert hat, können wir uns über das Problem Rechenschaft geben und auch über die Frage, ob die Methoden, die zur Lösung dieses Problems entwickelt und vermittelt werden, adäquat sind. Wir können von einer Erfahrung ausgehen, die wahrscheinlich jeder macht, der mit einer Gruppe von Medizinstudenten in einem Anamnese- oder Interviewkurs Sprechen mit Patienten übt. Dabei wiederholt sich für die Teilnehmer der Gruppe immer

PRAXIS

wieder etwas sehr Überraschendes und Beunruhigendes: die anfängliche Überzeugung, man müsse sich in diesem Kurs nur spezielle Techniken des Befragens aneignen. Sprechen mit Patienten brauche man nicht zu üben; sprechen könne man mit allen Menschen. Diese Überzeugung weicht einer Betroffenheit und Verunsicherung aus. Man stellt fest, dass Sprechen schwierig ist.

Ein sehr häufiger Nebeneffekt der einseitigen Suche nach organischen Leiden und der Vernachlässigung der seelischen Seite ist die *Somatisierung*. Wir verstehen darunter den Prozess, in dessen Verlauf der Patient die Überzeugung gewinnt, dass hinter allen Beschwerden und Symptomen ein verborgener organischer Kern stecken muss. *Hans Strotzka* schreibt dazu: «Die dann angewandten organischen *Behandlungsmethoden* können zwar auf der Basis von suggestiven Einflüssen manchmal wirksam sein, versagen aber doch in der Regel, besonders auf längere Sicht. Sie bedingen ein *Wandern* von Arzt zu Arzt oder zum Kurpfuscher im Sinne des *Ulysses-Syndroms*.»

Kann Kranksein auch gesund sein? Die Antwort von *Dieter Beck*: «Krankheit kann eine kreative Leistung des menschlichen Körpers sein, die wie ein Kunstwerk anzusehen und zu würdigen ist. Körperliche Krankheiten stellen oft den Versuch dar, eine seelische Verletzung auszugleichen, einen inneren Verlust zu reparieren oder einen unbewussten Konflikt zu lösen. Körperliches Leiden ist oft ein seelischer Selbstheilungsversuch.»

Blickwendung und Grundbedürfnisse

«*Erkranktes Leben, kranker Leib*» hiess das Thema des 20. Internationalen Balint-Treffens in Graz 1992.

Die *Person des Therapeuten* muss selbst ins Zentrum der beruflichen Weiterbildung gerückt werden; «der Arzt als Arznei» muss wirksam werden.

Die patienten- und praxisbezogene Methode will dem Arzt und auch schon dem Medizinstudenten helfen, die «*Blickwendung nach innen*» zu erlernen, die ihm den Abbau der eigenen Ängste in seiner Rolle als Thera-

peut und vor den Erwartungen des Patienten erleichtert.

Entscheidend ist, *das Alte in einem neuen Licht* zu sehen.

Es gibt eine *Kunst des Liebens* und eine *Kunst des Lebens*. Die Kunst des Lebens entspricht dem *Vivere bene* und bedeutet Freude, *nicht Zerstreuung*.

Kunst heisst auf lateinisch *ars*, auf griechisch *techné*. Aber *ars* kommt von «*arare*». Auf deutsch heisst es pflügen, «umbrechen» = auflockern, empfänglich machen – auch in der Medizin. Mit *Erich Fromm* durfte ich jahrelang über die Kunst des Zuhörens (*ars colloqui*) diskutieren.

Wenn das Wissen um Technik nicht angewendet wird, bleibt es unfruchtbar, rein lexikalisch. Der Umgang mit solchem lexikalischem Wissen hängt von der persönlichen Befähigung ab, und die tätige Person wird auch als Persönlichkeit verstanden.

Der Patient kann *herzkrank oder krank am Herzen* sein (*F. Nager*).

Erst im Laufe der Gruppenarbeit macht der Arzt einen *Entwicklungs- und Läuterungsprozess* durch, der ihm eine neue Sicht zu seinem Patienten eröffnet.

In der ärztlichen Arbeit unterscheiden wir erstens die *Sachebene*, zweitens die *Informationsebene*, drittens die *Handlungsebene* und viertens die *Beziehungsebene*.

Der Patient bekundet dem Arzt sein Vertrauen, indem *er ihm seine Klagen «uneingeschränkt» vorbringt*. Dabei soll er Gelegenheit finden, auch seine Probleme zu formulieren. Der Arzt bemüht sich, einführend auf die Klagen des Patienten einzugehen und diese nicht nur auf ihren medizinischen Sachverhalt, sondern auch auf ihren psychischen und sozialen Hintergrund zu prüfen und zu akzeptieren. So kommt zwischen den beiden Partnern eine echte menschliche *Wechselbeziehung* zustande – mit Beziehungsdiagnose und Beziehungstherapie.

In diesem Sinne rief mir ein Patient bereits von der Türe aus zu: «Herr Doktor, ich habe Tranquilizers gehabt, schon alle Nummern...»

Angst und Vertrauen

Oft wird den Menschen gesagt: «Du musst nur auf Gott vertrauen!» Aber wie kann dies geschehen, wenn ein

Mensch nie oder mindestens zuwenig Vertrauen erfahren hat? Für mich ein Ding der Unmöglichkeit. Zusammengefasst möchte ich sagen, dass ich Ängste erst dann angehen kann, wenn ich genügend Vertrauen in mich selbst und meine Umwelt habe. Ich möchte auch eine Erläuterung abgeben, *wie ich meine eigenen Ängste angehe, mit ihnen umgehe*. Zuerst musste ich lernen – und das muss ich immer wieder –, meine Ängste ernst zu nehmen und sie zu akzeptieren, mir zuzugestehen, dass ich nun einmal Angst habe, sei es nun eine definierbare oder eine undefinierbare Angst.

Mein nächster Schritt ist dann die Frage: «Was ist geschehen, das mir Angst macht, oder *wovor* habe ich Angst?» Wenn ich diese Frage lösen kann, versuche ich, trotz meiner Angst etwas zu tun. Wenn ich beispielsweise Angst vor einer neuen Situation habe, was sehr oft vorkommt, dann gebe ich mir die Angst vorerst zu, gehe dann aber trotzdem in sie hinein und versuche sie nach momentaner Möglichkeit zu lösen.

Wenn ich Angst zugebe, verliert sie meistens die Spitze; verdränge ich sie aber, vergrössert sie sich. Kann ich aber Situationen nicht lösen, so dass Ängste bestehenbleiben, oder handelt es sich um eine Angst, der ich nicht auf die Spur komme, so versuche ich sie einer *tiefern Dimension* zu übergeben. Ich stelle mir dann eine Schale vor, in die ich meine Ängste lege und sie dieser Dimension entgegenhalte, ihr übergebe. Mit diesem Übergeben verliert die Angst an Gewicht, und ich muss sie nicht mehr alleine tragen. Und wenn ich in diese Dimension steigen kann, dann bin ich so voller Vertrauen, dass sich irgendeinmal eine Lösung ergeben wird, und wenn nicht, dass ich die Kraft erhalten werde, durchzustehen, was mir ebenso wichtig scheint wie Lösungen. Ich möchte nochmals betonen, dass meine Ängste dann nicht verschwunden sind, aber an Gewicht und zerstörerischer Kraft verlieren. Ich übergebe Angst, ich lasse Angst los, ich lasse sie mir wegnehmen – im Vertrauen auf . . . , dafür finde ich jetzt keine Worte.

Ich spreche von einer *andern Dimension*. Nach meinen ganz persönlichen Erfahrungen gibt es im Menschen noch eine andere Dimension als nur dieses sichtbare Leben – sie liegt tie-

PRAXIS

fer als das Unterbewusstsein. Wenn ich in diese Tiefe hinuntersteigen kann, was wiederum Geschenk und keine Willenssache ist, dann spüre ich, dass es Wichtigeres gibt – ich weiss nicht, ob dies das richtige Wort ist – als dieses zeitliche Leben. Durch dieses Bewusstsein verliert vieles an Gewicht, was mir oft so, wichtig erscheint, mich im Grunde aber blockiert. Aus dieser Tiefe schöpfe ich immer wieder Vertrauen.

Ich möchte noch eine andere meiner Ängste kurz ansprechen, nämlich die Angst, immer alles vollkommen tun zu müssen, was dann mit Überforderung meiner selbst zu tun hat. Sobald ich spüre, dass ich mich wieder überfordern will, versuche ich auch hier, mich in der Haltung zu bewegen. Ich tue nach meinem besten Wissen, was ich kann, den Rest überlasse ich dieser andern Dimension, einer andern «Instanz». Ich betone jedoch, dass ich versuche. Ich glaube, dass Angst und Vertrauen sehr miteinander im Zusammenhang stehen.

Tschopp schreibt: «Nur wer das Unmögliche versucht, erfährt, was möglich ist.»

Intuition und Philosophie des Arztes spielen eine wesentliche Rolle. Die «*affectus animi*» der alten Scholastiker werden heute «*psychosoziale Grundsituationen*» genannt und werden als «*Risikofaktoren*» systematisiert: Angst, Zwang, Neid, Frustration, Aggression.

Im Gegensatz dazu werden sie aber auch als Heiterkeit und Vertrauen empfunden, als die *Hoffnung* auch, die *Hans Schaefer* genannt hat: «*Eine der stärksten Aktivkräfte der menschlichen Seele, deren sozialmedizinische Konsequenz noch völlig ungeklärt ist.*» Mit diesen so natürlichen Grundbedürfnissen all unserer Leidenschaften und Freuden stehen wir an sich in konkreter Gemeinschaft: Angst und Hass, Neid und Sorge, aber auch Hoffnung und Freude; sie alle entzünden sich an anderen und zielen auf ein anderes – sie transzendieren unseren banalen Alltag auf einen höheren Lebenssinn. In all diesen Punkten gemeinsamer Lebensführung sind wir, daran kann kein Zweifel sein, sehr persönlich angesprochen, herausgefordert, zur Stellungnahme aufgefordert, zu täglicher Entscheidung vielleicht! – sogar verantwortlich.

Nach *Laotse*: «Es ist besser, das winzige Lämpchen anzuzünden, als die Dunkelheit zu betrauern.»

Familienkontext

Ob eine Familie erkrankt sein kann, in einer Medizin, die auf Individuen ausgerichtet ist? Anhand der Typisierung nach *Stierlin* und *Richter* antwortet *Ritschl* vorsichtig: «Ja, sie kann als Verband erkranken. Wir sprechen dabei von der gebundenen Familie, die nur auf sich selbst fixiert ist. In der gespaltenen Familie dreht sich alles um einen Elternteil.»

Bei *Richter* sind es angstneurotische Familien, die eine «Sanatoriumssituation» arrangieren, paranoide Familien mit «Festungscharakter» und hysterische Familien mit einer dramatisch anmutenden Rollenverteilung.

Simultandagnostik und Familiengespräch

Eine plakative Terminologie in Begriffen wie «schwarzes Schaf», «Symptomträger» oder «Opfer-Täter-Beziehung» kann sinnvoll sein, weil damit der diagnostische Zugang zum familiären Umfeld erleichtert wird. Dies besonders bei der Balintgruppenarbeit und bei den Monte-Verità-Gruppen. Dabei müssen vor allem Essstörungen, Asthma, Erkrankungen der Atemwege und des Magen-Darm-Trakts sowie Migräne im psychosozialen Kontext gesehen werden. Wir weisen bei der praktischen Umsetzung der gültigen Theorien auf das Gleichzeitigkeitsprinzip. Wir sollten während der körperlichen Untersuchung bereits eine Familienanamnese erheben im Sinne der Simultandagnostik. *Ritschl* empfiehlt darüber hinaus die Erstellung eines «Familiogramms», mit Hilfe dessen familiäre Zusammenhänge festgehalten werden. So ergibt sich ausserdem ein Anknüpfungspunkt für die therapeutische Beziehung und für Familiengespräche.

Biophilie und Hoffnung

Das Gegenteil ist die Nekrophilie. Die biophile Orientierung ist ihrem Wesen nach *Liebe zum Lebendigen*. *Der Biophile liebt das Leben, öffnet sich dem Leben!*

Keine «hochfliegende Sache»... Begriff, der von *Fromm* theoretisch aus-

gearbeitet wurde. Zum Anfang einer Beziehung gehört die *Beurteilung des Menschen: biophil oder nekrophil?*

«... eine totale Orientierung, eine alles bestimmende Art zu leben... Der rein nekrophile Mensch ist geisteskrank; der rein biophile Mensch ist ein Heiliger. Die meisten Menschen sind individuell ausgeprägte Mischungen von nekrophilen und biophilen Orientierungen, und es kommt darauf an, welche der beiden Tendenzen dominiert... Sind die richtigen Voraussetzungen nicht vorhanden, dann tauchen nekrophile Tendenzen im Menschen auf und gewinnen die Herrschaft über ihn... Die wichtigste Vorbedingung für die Entwicklung der Lebensliebe beim Kind ist, dass es mit Menschen zusammenlebt, die das Leben lieben. Die Liebe zum Lebendigen ist ebenso ansteckend wie die Liebe zum Toten.»

Bei einem Menschen, der Biophilie durch Liebenswürdigkeit vortäuscht, stellt sich eben die Frage: echte oder unechte Biophilie? Biophilie kann durch das «*Sein*» des Menschen ausgedrückt werden, im Sinne des «*Sein*»-Zustands, auch im Gegensatz zum «*Haben*»-Zustand! Der Biophile ist Medizin! – Der Biophile fordert, begrüsst, geniesst alles Lebendige. Alles sollte liebenswert sein; kein besonderer Verdienst dabei, um es liebenswert zu «machen». Die Frage lautet, wie stark die *Kraft* der Liebe ist, um auch die Feinde zu lieben. Der Mensch *hat* diese Kraft, aber er gebraucht sie leider nicht, weil er viele Kräfte für andere Interessen verschwendet.

Der Biophile ist «offen»: Geben und Aufnehmen sind ihm eigen. Auch die Hoffnung gehört zur Biophilie. *Ohne Hoffnung verkümmert der Mensch*. Empirisch ist es, dass das Wort «hoffnungslos» fast ein psychiatrischer Begriff für einen seelisch kranken Menschen ist. Woher die Hoffnung? – Der Mensch nimmt sie auch aus einer tiefen biologischen Schicht im Sinne eines Wachstumsprozesses. Aber in der seelischen Entwicklung spielt die Hoffnung eine wichtige Rolle. Deswegen ist auch der *alte* Mensch nicht hoffnungslos, wenn sich in ihm neue Visionen, Ziele, Veränderungen gebildet haben.

Der Therapeut ist die Methode. Er sollte ein aktueller Helfer mit nicht nur arbeitsbezogenem Lebensgenuss

PRAXIS

sein. Im Gefolge von *Groddeck* könnten wir versuchen, eine Anleitung zum «künstlerischen Verarbeiten psychosomatischer Probleme» zu geben. Interessant wäre die Integration östlicher (orientalischer) Methoden.

Was eigentlich tut der Therapeut, um seine Sensibilität zu steigern, sein intuitives Verständnis zu pflegen, sein Einfühlungsvermögen zu mehren?

Arztsein ist nicht mehr nur Beruf, sondern auch eine sozial geforderte Lebenshaltung, die sich im sozialen Erleben zum Ausdruck bringt. Gerade diese permanente Entwicklung stellt die Forderung an den Arzt, fachliches Wissen und seine Persönlichkeit im Einklang zu halten.

In unseren Beziehungen stehen wir immer wieder zwischen Angst und Vertrauen, zwischen Nähe und Distanz, zwischen Annahme und Abwehr.

Die Maschine ist nicht fähig zu hören, zu tasten, zu fühlen. Aus diesem Grunde ist der Arzt – auch im Jahrzehnt des Gehirns – mit seiner Beobachtungsgabe noch vermehrt auf die Semiotik angewiesen, auch wenn er die Absicht hat, ganz genaue Angaben in seinem Computer zu speichern.

Sich selbst auf den Arm zu nehmen wäre zwar die schwierigste Turnübung, aber es ist das eigentliche Kriterium echten Humors; es lohnt sich zu üben.

Neubeginn in der Begegnung – keine Utopie

«Einem Menschen zu begegnen, der Verständnis dafür hat, was man eigentlich möchte, und der sich offen gibt, ist so selten im Leben. Genau das ist es aber, was wir für unsere Patienten tun können, und dies ist ein gewaltiger Dienst» (*Michael Balint*).

Ein Arzt ist mehr als ein Mediziner. *Drei Erziehungsziele* sind ihm eigen: erstens fundiertes medizinisches Wissen, zweitens zuverlässige menschliche Haltung, und drittens muss der Arzt durch Beschäftigung mit der Wissenschaft gelernt haben, wie Wissen gewonnen, erweitert und erneuert wird: *Fort- und Weiterbildung*.

Mihaly Csikszentmihalyi ist Professor für Psychologie an der Universität von Chicago. In den frühen sechziger Jahren beobachtete er eine Gruppe von Malern, Bildhauern und Tänzern, deren nahezu fanatische Hingabe an ihre Arbeit ihn faszinierte. *Flow* definiert er als die kreative Herausforderung an das Können und Wissen eines Menschen und seine Absorption durch diese Aufgabe. In den letzten Jahren versuchte er, *Flow*-Möglichkeiten auch im Alltag «gewöhnlicher» Menschen zu finden: Lassen sich Arbeit, Freizeit, Spiel und Kommunikation so organisieren, dass sie «an sich» Freude machen, ohne dass materielle Anreize oder die Anerkennung durch andere nötig sind? Kreatives Tun lässt sich nicht nur diagnostisch und therapeutisch nutzen, es hat auch vorbeugende Wirkung. □

Dank

In dankbarer Verbundenheit Prof. H.-K. Knoepfel postum gewidmet.

Résumé

Qu'est ce qui caractérise une relation thérapeutique, comment se développe-t-elle et quelle est son influence sur le résultat du traitement?

La rencontre comme thérapie peut permettre le développement d'un rapport de force auto-régulateur qui est bloqué par la «maladie». Le concept de «maladie» implique celui de «thérapie». Une rencontre vraie exige de tous ceux qui sont concernés (les médecins et/ou les thérapeutes comme les patients) confiance, responsabilité, altruisme et prise d'un risque. Les contraires: méfiance, irresponsabilité, égoïsme et refus de prise d'un risque représentent l'autre partie de la rencontre, du processus d'interaction. La rencontre ou le processus d'interaction se passent toujours dans une structure spatiale ou temporelle, les personnes définissant une situation. Les règles et les rôles, les exemples et les exceptions sont d'autres caractéristiques structurelles d'une situation.

Mots clés: rencontre – traitement – psychosocial – psychosomatique – diagnostic relationnel et thérapeutique

Bibliographie

Luban-Plozza B, Dickhaut H.-H., Petzold E., Petzold U.: Praxis der Balint-Gruppen. Beziehungsdialyse und Therapie. Neuauflage in Bearbeitung.

Luban-Plozza B., Delli Ponti M., Dickhaut H.-H.: Musik und Psyche – Hören mit der Seele. Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Berlin, 1988, Abdruck 1993, 1995.

Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Laederach K.: Der psychosomatische Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen. 5. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg, Berlin, New York, London, Paris, Tokio, Hongkong, 1989. In zwölf Sprachen übersetzt. Schwabe Verlag, Basel, Neuauflage 1995.

Luban-Plozza B., Knaak L., Dickhaut H.-H.: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 5. Auflage, 1990.

Luban-Plozza B., Dickhaut H.-H.: Schlaf dich gesund! Entspannungswege bei Stress. Anleitungen für das autogene Training und für das psychosomatische Training. TRIAS – Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 8. Auflage, 1993.

Petzold E., Beck V.: Der alternde Mensch und sein Umfeld. Forum Galenus Mannheim – Sonderband Ascona 1993, Universitätsverlag Jena GmbH, 1993.

Luban-Plozza B., Osterwalder R.: Depression – Schwermut – Melancholie. Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft, Zürich, 6. Auflage, 1995.



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

D-896

Schweizerische Rundschau
für Medizin

PRAXIS

Revue suisse de médecine

Herausgeber, Druck und Verlag
Hallwag AG, CH-3001 Bern 1, Nordring 4

Schweizerische Rundschau für Medizin
(PRAXIS) 84, Nr. 31/32, 853-858 (1995)

B. LUBAN-PLOZZA

Begegnung als Therapie

Encounter as Therapy