

# Die Seele mitdenken

## Psychosomatik in O und U

Die Orthopädie beschäftigt sich mit degenerativen, entzündlichen und destruierenden Veränderungen des Bewegungsapparates, mit Fehlstellungen sowie mit Funktionsstörungen der Muskeln und Sehnen; die Unfallchirurgie mit Verletzungen des Körpers. Das alles hat etwas mit „Soma“ zu tun, da müssen wir uns doch nicht auch noch mit der „Psyche“ beschäftigen?



© Jürgen Fächle / stockadobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

**Die Auswirkungen der Seele auf den Körper und die von körperlicher Krankheit auf die Seele zu erkennen und einzuschätzen, das ist auch eine Aufgabe der Fachärzte für O und U.**

**D**ie meisten Patienten, die in eine Arztpraxis kommen, klagten in irgendeiner Form über „Schmerzen“. Akute Schmerzen: „Heute Morgen habe ich einen Karton gehoben, da hat's im Kreuz geknackt, und seitdem tut's da weh!“ – Chronische Schmerzen: „Seit Jahren tut mir der gesamte Rücken weh, von oben bis unten!“ – Oder etwas dazwischen: „Ich habe immer schon leichte Rückenschmerzen, aber seit vier Wochen ist es schlimmer geworden.“

„Pain is an unpleasant sensory and emotional experience (...)“, so die Definition der Internationalen Gesellschaft zur Erforschung des Schmerzes (International Association for the Study of Pain – IASP). „Emotional“ – hat das nicht etwas mit Psyche zu tun? Es gibt niemanden, der das Erlebnis „Schmerz“ noch nicht kennengelernt hat, und es gibt niemanden, der behaupten kann, dass dieses Erlebnis nicht irgendeinen Einfluss auf seine Laune, seine Stimmung und seine Lebensfreude gehabt hätte. Wie können wir, die Fachleute für die Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates, diesen Aspekt des Schmerzerlebens ausblenden?

Es kommen Patienten, die einen Schmerz aufgrund einer definierten Gewebsschädigung empfinden: Meniskus-schaden, Muskel gezerrt, Knochen gebrochen. Da steht der somatische Aspekt an erster Stelle. Aber steht er alleine? Der Meniskusriß, der die geplante Radtour mit Freunden verhindert; die Muskelzerrung, die zur Sportpause während eines Wettkampfs zwingt; der Knochenbruch, der eine Operation nötig macht und die Planungen der nächsten Wochen über den Haufen wirft – alles das beeinflusst den Affekt, die Stimmung, die Seele.

Manchmal müssen wir unsere Patienten auch mit Diagnosen konfrontieren, die keine gute Prognose haben. Wir alle wissen nur zu gut, wie schwer das Patientengespräch fällt, wenn wir nicht mehr heilen können. Das ist hohe ärztliche Kunst: Patienten auch dann beizustehen, wenn die kurative Medizin zu Ende ist, und mit ihnen so zu kommunizieren, dass sie die Chance bekommen, ein Schicksal anzunehmen und seelisch zu verarbeiten.

### Schmerz ist keine Einbildung

Denken wir auch regelmäßig an die Folgen unserer Maßnahmen? An die Jugendlichen mit Skoliose, die in ihrer Peergroup im Abseits stehen wegen dieses fürchterlichen Monstrums namens „Korsett“, das sie in einem Alter tragen sollen, in dem sie ein Verhältnis zu ihrem Körper und zu ihrem Selbst entwickeln sollen? Was bedeutet die verordnete Langzeit-Sportpause für den Jugendlichen mit Morbus Schlatte?

Nicht nur zu Ärzten für Psychosomatik kommen Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung: Deren Schmerz ist real, nicht eingebildet! Aber er entsteht eben nicht durch eine Gewebsschädigung, sondern ist Ausdruck einer Fremdsprache: der Sprache des Körpers, die weder der Patient noch der ausschließlich somatische Arzt versteht. Die Seele sprach zum Körper: „Sag Du es ihm, auf mich hört er nicht!“ Wie soll der Arzt damit umgehen? „Simulant!“ ist manchmal die Reaktion. „Nochmal ein Kernspin“, eine andere. „Zum Psychologen“ eine dritte – und keine wird dem Patienten gerecht. Der Arzt für Psychosomatik wäre der richtige Ansprechpartner, aber die Aufgabe für den Orthopäden ist, die entsprechende Diagnose zu stellen – und dafür muss er erst einmal etwas über das Krankheitsbild wissen. Wird in der heutigen klinischen Ausbildung zum Facharzt für O und U regelmäßig gelehrt, eine somatoforme Störung zu erkennen?

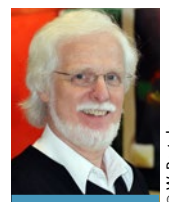
### Andere Kulturen, andere Schmerzäußerung

Eine weitere Herausforderung des Arztberufs nimmt derzeit zu: Wir haben immer mehr Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund. Da gibt es die Sozialisation, in der niemand eine Schwäche zeigen darf! Die Dissimulation ist wie mit der Muttermilch eingesogen, und wenn ein solcher Patient affektlos und logisch sagt, „hier tut's weh“, dann hat er möglicherweise bereits massive Schmerzen. Oder der Schmerz ist der erlaubte Ausdruck eines Leidens, das primär im psychischen Bereich liegt.

Auf der anderen Seite sind da die Menschen aus Kulturen, in denen lautes Klagen bei Befindlichkeitsstörungen zur normalen Lebensäußerung gehört.

Wenn solche Patienten erzählen, „es ist wie ein Messer, das dort hinten hinein gestochen wird, dann fließt der Schmerz wie ein Feuer hinauf zum Gehirn, und er fällt dann herab über meinen ganzen Körper bis zu den Füßen!“, dann haben wir in unserem Land gelernt: Solch eine affektbeladene Schilderung ist ein deutlicher Hinweis auf einen Schmerz, bei dem die Psyche im Vordergrund steht. Aber muss das wirklich so sein? Woanders wird anders über seine Empfindungen gesprochen, woanders ist die Sprache blumiger, und es ist durchaus möglich, dass ein Einheimischer bei gleichem subjektivem Erleben gesagt hätte: „Ich habe einen stechenden Schmerz im Kreuz, der zieht dann zum Nacken, und ich kann mich dann nicht mehr schmerzfrei bewegen.“ Ist es richtig, den ersteren Patienten „zum Psychologen“ zu schicken, den letzteren zum „MRT“?

Wir Fachärzte in O und U müssen keine Expertise haben, die Seele zu behandeln, aber wir müssen lernen, die Auswirkungen der Seele auf den Körper und die Auswirkung von körperlicher Krankheit auf die Seele zu erkennen und einzuschätzen. Wir sollten wahrnehmen können, wann unsere Patienten die Fachleute brauchen, die das Behandeln der Psyche gelernt haben. Wir sollten uns auch in unsere Patienten hinein-fühlen können, um zu begreifen, welchen Platz die Erkrankung im Leben dieses Menschen einnimmt.



**Wolfgang Bartels**  
Düren  
Leiter der AG Psycho-  
somatik DGOU

© W. Bartels