

# Psychosomatische Aspekte

GABRIELE EMMERICH, DARMSTADT

Als Augenärzte beobachten wir bei den Patienten mit chronischen Augenerkrankungen, wie zum Beispiel einer rezidivierenden Uveitis, einem Offenwinkelglaukom mit fortschreitendem Gesichtsfeldausfall, bei einer Retinitis pigmentosa oder einer schweren diabetischen Retinopathie folgende Phasen:

**In der ersten Phase:** ein „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ der Diagnose dieser Erkrankung und eine „Isolierung“ des Kranken von seiner Umwelt.

**In der zweiten Phase:** „Zorn“ und Aggressivität.

**Die dritte Phase** der Krankheitsverarbeitung bei schweren chronischen Erkrankungen besteht aus einem „Verhandeln“ mit der Umwelt und evtl. dem Arzt: Ob diese Diagnose korrekt ist und welche Therapie die Bestmögliche sei.

Der Patient mit einer zunehmenden Sehverminderung und Angst vor Erblindung kann dann in die **vierte Phase**, in eine Depression hinein gleiten. Zorn und Depression sind für den Augenarzt in der Therapie des Patienten sehr schwer zu managen.

Bevor der Patient in die **Phase der Zustimmung** und einer weiteren Lebenshoffnung gelangen kann, benötigt er häufig eine kompetente Behandlung entweder eines gesprächs-geschulten Augenarztes oder auch psychotherapeutische fachliche Hilfe.

Das heißt also für den behandelnden Augenarzt (2):

- Was tue ich, wenn ein Patient seine Erkrankung verdrängt oder nicht wahrhaben will?
- Wie spreche ich die Zukunft der Erkrankung an?
- Wie gehe ich mit einem Patienten

Chronische Augenerkrankungen sind häufig begleitet von erheblichen Visusverlusten und Gesichtsfeldeinschränkungen. Wie in einer kürzlich durchgeführten Studie mit der Time Trade Off Methode (1) festgestellt werden konnte, wird der Wert des Sehens häufig verkannt. Je schlechter das Sehen im Laufe von chronischen Erkrankungen wird, kann dies einem Schlaganfall gleich empfunden werden oder einer schweren bettlägerigen Erkrankung mit Körperpflege. Die Beeinträchtigung eines Menschen durch Sehbehinderung und Erblindung ist enorm. Studien konnten zeigen, dass die Auswirkungen des Sehverlustes auf die Lebensqualität – selbst von Augenärzten – häufig unterschätzt werden. Bei einem Sehverlust von 0,8 bis 1,0 entspricht dies einer vergleichbaren Erkrankung: Insulinabhängiger Diabetes mellitus, bei einem Visusverlust auf 0,4 – 0,6 einer Inkontinenz nach Prostataresektion, bei einem Visusverlust auf 0,2 – 0,3 einer schweren Angina pectoris.



■ Dr. Gabriele Emmerich

ten um, der aggressiv und zornig ist?

- Wie lange kann ich einen Patienten mit einer depressiven Phase begleiten? Ist eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten ab einem gewissen Zeitpunkt angezeigt?

Mittels des Instrumentariums der Positiven Psychotherapie können psychische und physische Ge-

benheiten des Menschen besser und leichter angesprochen werden. Anhand des Balance- und Konfliktmodells von *Peseschkian* besteht die Möglichkeit, auf die jeweilige Phase des Patienten gezielt einzugehen, indem wir zunächst die Situation des Patienten beobachten, dann seine Fähigkeiten herauskristallisieren und ihn in dieser Situation bezüglich der Fähigkeiten mit

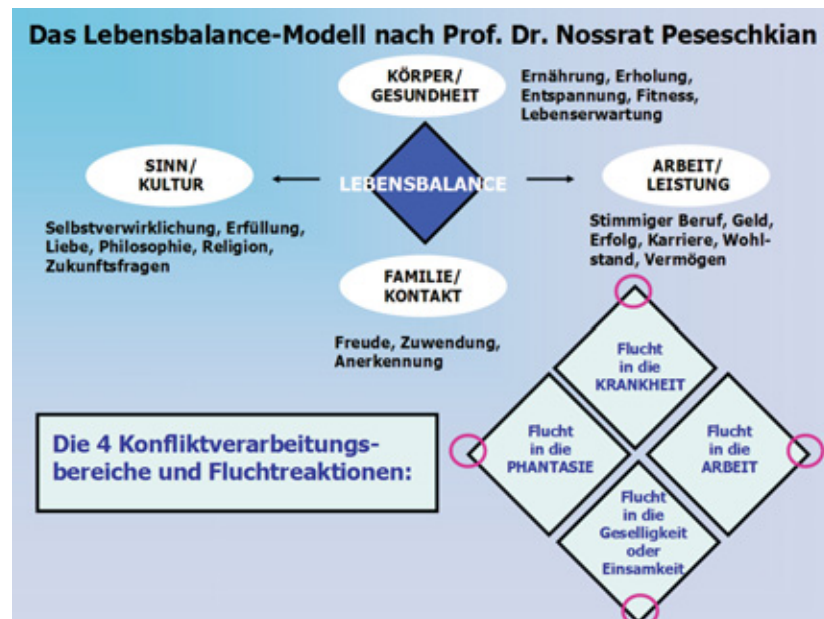


Abb. 1: Das Lebensbalance-Modell nach Prof. Dr. Nossrat Peseschkian.

der Krankheit umgehen zu können, ermutigen. Im Fall einer chronischen Augenerkrankung ist nicht nur ein defizit-orientiertes Denken, sondern auch ein ressourcen-orientiertes Vorgehen wichtig.

Das Erkennen salutogener Ressourcen wird durch folgende Fragen erleichtert (3):

- Welche Bedeutung sehen Sie in Ihrer gegenwärtigen Situation?
- Wie glauben Sie, mit der momentanen Situation umgehen zu können?
- Welche Hilfen glauben Sie zu benötigen?
- Welche Erfahrungen der Problemlösung haben Sie in früheren ähnlichen Situationen gesammelt?
- Haben Sie eine Lebensphilosophie?
- Was möchten Sie erreichen? Was wäre der nächste kleine Schritt?

Pathogenetisch orientiert sich der Arzt an der Krankengeschichte und aus salutogenetischer Sicht ist die Biographie des Patienten bedeutsam. Dem Nachweis von Risikofaktoren steht das Erkennen von Verhaltensmustern in der Salutogenese gegenüber. Während pathogenetisch der Krankheitsverlauf – also das „Defizit“ – dokumentiert wird, interessiert salutogenetisch die Erfahrung mit bisheriger Selbsthilfe, d.h. die Ressourcen.

Selbsthilfe ist dem Patienten leichter möglich herzustellen, wenn er vollständig in seinen Lebensbereichen beraten wird:

- Wie wirkt sich die Erkrankung auf Körper und Sinne aus?
- Wie schaffen Sie es trotz Erkran-

### Die rettende Dunkelheit

Ein Beduine saß abends bei Kerzenschein in seinem Zelt. Er nahm sich mit Appetit eine Dattel, öffnete sie, sah einen Wurm und warf sie angewidert weg. Er öffnete eine zweite Dattel und sah wieder einen Wurm. Nachdem er auch in der dritten Dattel einen Wurm gefunden hatte, löschte er das Licht und begann die Datteln voller Genuss im Dunkeln zu essen. (4)

kung noch Leistung zu zeigen und am Beruf teilzuhaben?

- Wie verhalten Sie sich zur Familie / zur Lebensgemeinschaft?
- Welche Zukunftspläne sind nicht mehr möglich?

Mit diesen Fragen können weitere neue Ressourcen des Lebens zukunftsweisend mit einbezogen werden.

Wichtig für den behandelnden Arzt ist es, ein logisch strukturiertes, empirisches und transkulturelles Therapiekonzept zu kennen, das den Menschen/Patienten mit Denken, Verständnis, Erleben und Handeln einbezieht. So kann der Patient dem Arzt in einem anderen Verhältnis gegenüber stehen und wird in die Hilfe mittels Selbsthilfe einbezogen.

Die vier Lebens-Bereiche (Abb. 1) geben Aufschluss über das Verständnis des Patienten von seiner Balance. Wir können durch alltagsbezogene Arbeits- und Interventionsschritte über eine fortlaufende Dokumentation auch die einzelnen Phasen des Patienten erkennen und

im Gespräch begleiten. Es ist sinnvoll, den Menschen nicht nur von seiner Psychopathologie, sondern auch von seinen Fähigkeiten her zu verstehen und ihn zu ermutigen, die in der Behandlung gewonnenen Einsichten in eine neue Realität umzusetzen.

Anhand der Symbolbedeutung von Sprichwörtern oder auch Lebensweisheiten können die so angesprochenen Patienten zu einer veränderten, positiveren Sichtweise geführt werden. In der von Peseschkian begründeten Positiven Psychotherapie, einem tiefenpsychologischen Verfahren, wird dabei anhand von Märchen und Parabeln aus dem orientalischen und anderen Kulturkreisen das Selbsthilfepotential eines Menschen zu erkennen und zu fördern gesucht.

Falls der so angesprochene Patient, der unter einer chronischen Augenerkrankung leidet, nicht zur Selbsthilfe mittels seiner eigenen Kraft und mit Hilfe seines sozialen Umfeldes motiviert werden kann, ist es sinnvoll, erfahrene Fachpersonen (ärztliche Psychotherapeuten oder psychologische Psychotherapeuten) mit in diesen Behandlungsprozess einzuschalten.

### Literatur bei der Verfasserin

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriele M. Emmerich  
Fachärztin für Augenheilkunde/  
Psychotherapeutin  
Ohlystraße 52, 64285 Darmstadt  
post@lichtwiese.de  
www.lichtwiese.de

## Deutsche Website zum Weltkongress der Augenheilkunde online WOC 2010 – See you

Mit dem World Ophthalmology Congress (WOC) beherbergt die deutsche Hauptstadt vom 5. bis 9. Juni 2010 den weltweit größten Fachkongress zum Thema Augenheilkunde. Im Vorfeld der internationalen Kurse wird auch die Augenärztliche Akademie Deutschland AAD vom 3. bis 6. Juni 2010 unter dem Dach des Weltkongresses im Berliner ICC stattfinden. Das wissenschaftliche Programm des WOC wird das gesamte Spek-

trum der Ophthalmologie – von der Glaukomdiagnostik und -therapie über chirurgische Eingriffe an Linse und Hornhaut bis hin zu Netzhauterkrankungen – umfassen. Im Internet können sich Interessierte unter [www.woc2010.de](http://www.woc2010.de) ab sofort auch in deutscher Sprache über den Weltkongress informieren.

„Eine Woche lang steht Berlin vollständig im Zeichen der Augenheilkunde. Für deutsche Augenärzte bietet sich damit

die einmalige Gelegenheit, von dem hochkarätigen wissenschaftlichen Programm eines Weltkongresses zu profitieren und zudem in gewohnter Weise die Fortbildungsveranstaltungen der AAD zu besuchen,“ sagt Professor Dr. med. Gerhard K. Lang, Kongresspräsident der WOC 2010 und Direktor der Universitäts-Augenklinik Ulm.