

WENN DER ARZT NICHTS FINDET

Dass seelische Spannungen auch den Körper in Mitleidenschaft ziehen können, steht heute außer Zweifel. Doch nur weil der Arzt nichts findet, sind die Beschwerden nicht automatisch psychosomatisch. –

Eine Polemik aus leidvoller Erfahrung

VON ANDREAS PÜTTMANN

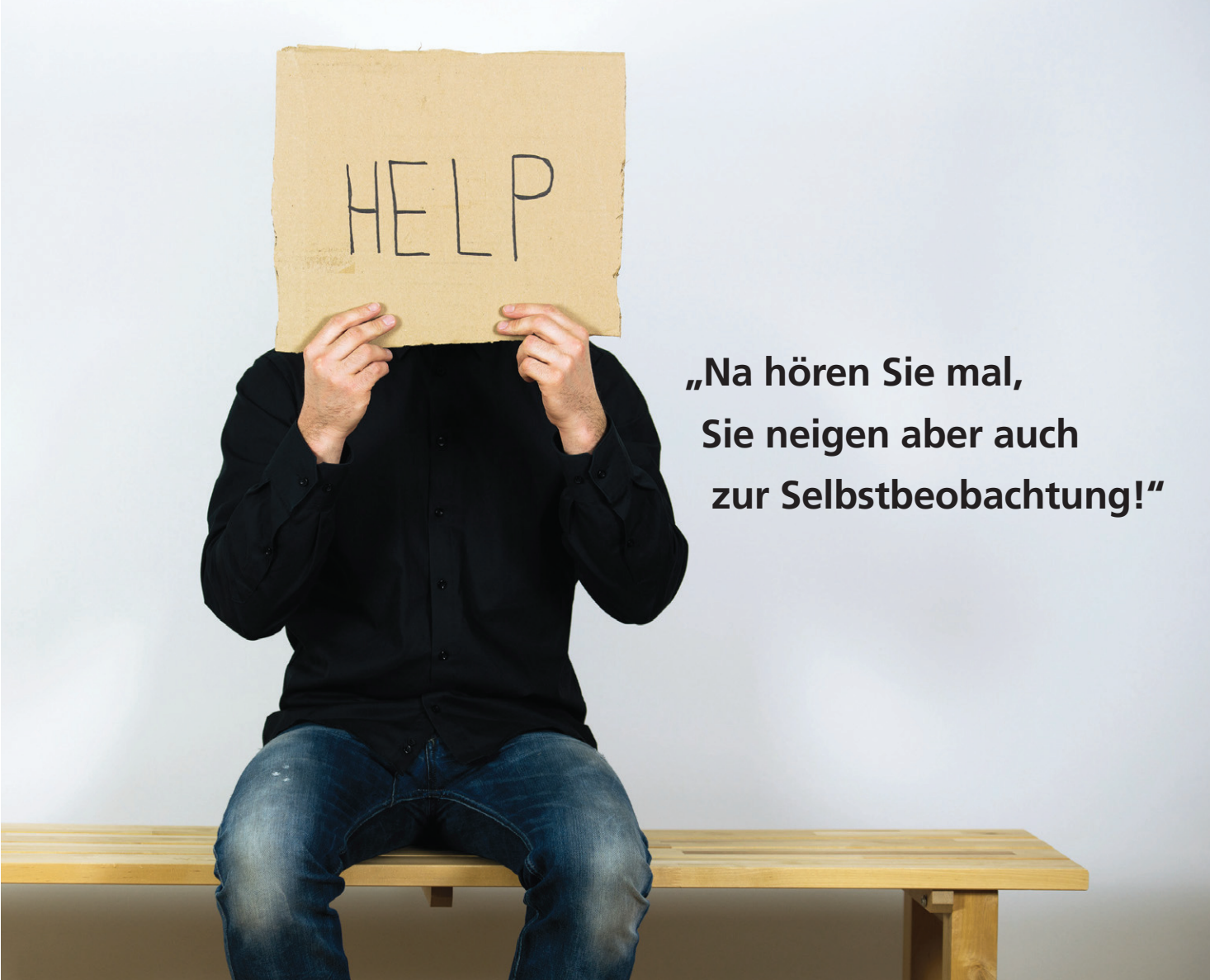
Wir sind Weltmeister! Zumindest in einer Disziplin: Wussten Sie, dass es in Deutschland mehr psychosomatische Klinikbetten gibt als auf dem ganzen übrigen Erdkreis? Die hierzulande ungebrochene Beliebtheit psychosomatischer Diagnosen und Deutungen hat wohl mit spezifisch deutschen Wertigkeiten zu tun, mit Denkmustern und geistigen Reflexen.

Zumal der Psychosomatikboom für Mediziner von mancherlei Vorteil ist – zunächst als Arbeitsbeschaffungsprogramm, hauptsächlich aber im Praxisalltag: Alles, worauf sich unsere Fünf-Minuten-Fließband-Medizin samt ihrem (übrigens ebenfalls weltmeisterlichen) röntgenwütigen Darstellungszwang und Messbarkeitswahn keinen Reim machen kann, lässt sich in dieser Rubrik prima abladen. Wer bei einem chronisch Schmerzkranken, Verdauungsgestörten, Herzkaspernden, Tinnitusterrorisierten, Dauererschöpften oder Schlaflosen keine krassen morphologisch oder labormedizinisch sichtbaren Normabweichungen feststellen kann und die

symptomunterdrückenden Standardpräparate durchprobiert hat, dem kommt eine auch für das breitere Publikum überaus subtil klingende Erklärung des Unerklärlichen als diagnostische Allzweckwaffe sehr gelegen: psychosomatisch.

Mit einer psychosomatischen Diagnose wird der Spieß der Bringschuld behände umgedreht: Nun muss nicht mehr der Arzt kurieren, sondern der Patient hat seine Lebensumstände in Ordnung zu bringen, notfalls mithilfe eines Psychiaters oder Psychologen. Und diese machen dem Bonmot „Wer einen Hammer besitzt, der betrachtet bald jedes Problem als Nagel“ alle Ehre. In gewissem Sinne sogar zu Recht: Ist nicht bei jedem zumindest eine kleine Neurose zu finden? Bei den unerklärlich körperlich Leidenden bevorzugt die anankastische: „Sie neigen aber auch zur Selbstbeobachtung!“

Was soll ein Schmerzpatient darauf noch sagen? Er kann froh sein, wenn er ohne die schon mitschwingende Diagnose Hypochondrie davonkommt. Ein Patient, der es wagt, der psychischen Deutung zu widersprechen, bestätigt damit nur ihre Richtigkeit. Die Unentrinnbarkeit liegt quasi in der Natur der



**„Na hören Sie mal,
Sie neigen aber auch
zur Selbstbeobachtung!“**

Sache. Falsifizierbar ist die Psychodiagnose fast nie. Und die somatisch zuständigen Mediziner sind mit der Überweisung an den Seelenfachmann aus dem Schneider: Der Nächste bitte!

Leidtragende sind die dergestalt etikettierten kranken Menschen. Im Extremfall sehen sich krebserkrankte Frauen mit dem Rat konfrontiert, den Knoten ihrer vermeintlichen oder realen Lebensprobleme psychotherapeutisch zu durchschlagen, dann würden sich auch keine weiteren Knoten in der Brust entwickeln und noch vorhandene lösen lassen. Ein Tumor als logische Konsequenz, als Quittung für versäumte private oder berufliche Grundentscheidungen, als Rebellion der Seele mit körperlichen Mitteln, solche Spekulation ist nicht nur unter Esoterikern populär. (Zugegeben: Ob die Psyche beim Entstehen von Krebs überhaupt eine Rolle spielt, ist auch in der psychosomatischen Medizin sehr umstritten.)

Drei Fälle krasser Fehlbehandlung

Insbesondere bei schweren Infektionskrankheiten – einer lange verharmlosten und wachsenden Gefahr – kann sich diese

Art von Seelendiagnostik für die Betroffenen fatal auswirken. Allein drei Beispiele krasser Fehlbehandlung erlebte Familie S.

Zuerst und am glimpflichsten traf es Susanne S.: Sie hatte plötzlich mit hartnäckigen Magenschmerzen und Verdauungsstörungen zu kämpfen. Chronische Magenschleimhautentzündungen galten damals, in den 1980er Jahren, meist als „stressbedingt“. Da die fast Fünfzigjährige zuvor nach jahrzehntelanger Pause einen beruflichen Wiedereinstieg als Dozentin in der Berufsschule gewagt hatte, lag die psychosomatische Erklärung für den nervösen Magen auf der Hand.

Vielleicht wäre aus der Dauergastritis wie bei manch anderem schicksalhaften Verlauf auch noch ein Magengeschwür oder gar Karzinom geworden, wenn nicht der Zufall in Gestalt einer medizinwissenschaftlichen Entdeckung zu Hilfe gekommen wäre: Zwei australischen Forschern, dem Pathologen Robin Warren und dem Mikrobiologen Barry Marshall, war es 1983 gelungen, aus Biopsiematerial der Magenschleimhaut ein spiralförmiges Bakterium zu kultivieren: *Helicobacter pylori*. Die orthodoxe Schulmedizin weigerte sich zunächst, da-

Seelische Ursachen kann man sich aus nahezu jeder Biografie leicht zusammenreimen

von Kenntnis zu nehmen, und akzeptierte die übrigens nicht nur für den Magen krankmachende Wirkung der tausendstel Millimeter kleinen Mikrobe erst nach einem aufsehenerregenden Selbstversuch Warrens. Fortan rückte man dem Magenbakterium mit einer antibiotischen Kombinationstherapie zu Leibe. Schlagartig war es auch mit den vermeintlich stressbedingten Magenproblemen der Susanne S. vorbei. Glück gehabt.

Schlimmer erging es ihrer jüngeren Schwester Hilde S.: Als die lebensfrohe, sozial engagierte, gesundheitlich bis dahin robuste Familienmutter lange nach ihren Wechseljahren über zunehmende Abgeschlagenheit, Missempfindungen, Brummen im Kopf, Schlafstörungen, Harndrangattacken und Durchfälle klagte und auch Stimmungsschwankungen stärker als früher spürbar wurden, waren Familienmitglieder und Ärzte mit der Erklärung schnell bei der Hand: Psychosomatisch! Das sind die Nerven! Seelische Ursachen konnte man sich wie aus nahezu jedermanns Biografie leicht zusammenreimen. Die budgetfixierte Routinediagnostik schaffte es gerade noch, einen leichten Diabetes festzustellen und mit diesem wiederum die Polyneuropathie zu erklären (welche eigentlich weniger Diagnose als Begriffsplakette für ein Beschwerdespektrum ist).

Damit erschien der Fall plausibel subsumiert: psychosomatische Genese mit diabetesbedingter Polyneuropathie. Nur diskret erhöhte Leberwerte wurden von der Hausärztin – einer Internistin! – konsequenzlos registriert. Erst nach etlichen Jahren zunehmender Beschwerden der gar nicht wehleidigen, inzwischen 69-jährigen Patientin hatte ein Klinikneurologe die längst überfällige Idee: Er testete das Blut auf Hepatitis und fand Antikörper gegen einen Virustyp C. Der Zeitpunkt für eine aussichtsreiche Interferontherapie schien in diesem Krankheitsstadium und Lebensalter angesichts des Nebenwirkungspotenzials verpasst.

Infektionsmedizinische Ignoranz und Psychologismus waren für Hilde S. ein Problem bis zur richtigen Diagnose; seitdem bleibt sie davon verschont. Es gibt aber mindestens eine gar nicht so seltene Infektionskrankheit, bei der die Betroffenen nicht nur vor, sondern selbst nach der Diagnose noch mit der Psychohypothese traktiert werden: Lyme-Borreliose. Die der Syphilis ähnelnde Spirochäteninfektion durch (häufig unbemerkte) Zeckenbisse kann das zentrale Nervensystem befallen und messmedizinisch schwer objektivierbare neurologische Störungen sowie psychische Wesensveränderungen verursachen.

Ist das Routineblutbild bei schleichend-chronischem Verlauf unauffällig und die Symptomatik wechselhaft und im Einzelnen unspezifisch, dann wird die richtige Diagnose fast regelmäßig erst nach einer Ärzteodyssee gestellt. Dann ist es für eine kurzfristige Heilung durch mehrwöchige Antibiotikatherapien manchmal zu spät, zumal wenn die Erreger durch die Therapie nicht vollständig beseitigt und damit immer widerstandsfähiger geworden sind.

„Trinken Sie ein gutes Weizenbier“

So auch im Fall ausgerechnet des Sohnes von Hilde S.: Im Frühjahr 2001 traten bei ihm Schwächeattacken, Schweißausbrüche, Missempfindungen, Kopf- und Muskelschmerzen, Verdauungs- und Schlafstörungen auf, die er nicht mit einem vorausgegangenen Zeckenbiss in Verbindung brachte, da er von Borreliose nur im Zusammenhang mit Gelenkschmerzen gehört hatte. So ging es offenbar auch den Mediziner: Fünf hintereinander aufgesuchte Internisten gaben die Fehl- oder Nebendiagnosen grippaler Infekt, schwergradige Bronchitis, chronisches Erschöpfungssyndrom, vegetative Dystonie – und unvermeidlich: „psychosomatisches Krankheitsbild“.

Der Hausarzt schickte ihn mit der Bemerkung „Treiben Sie mehr Sport und trinken Sie ein gutes Weizenbier“ nach Hause. Als der sechste Internist die Borreliose im siebten Monat nach der Infektion endlich diagnostiziert hatte, versagte entgegen vollmundiger Arztprognosen die antibiotische Standardtherapie; die Beschwerden kehrten schon nach wenigen Tagen zurück.

Die behandelnden Neurologen erklärten die Krankheit trotzdem für beendet und verordneten Antidepressiva. Der sich nach wie vor malade fühlende Mann wurde nunmehr als Hypochonder und Psychofall, günstigstenfalls als Burnout-Opfer eingestuft. Ein Internist der Universitätsklinik verwies den Patienten an die psychiatrische Ambulanz. Der stationären Aufnahme in die Klappe (wo es nach einer tschechischen Studie etwa doppelt so viele Borrelieninfizierte gibt wie im Bevölkerungsdurchschnitt) entging der umworbene Privatversi-

cherte dank seiner natürlichen Skepsis knapp. Erst durch Internetrecherchen erfuhr er von der Möglichkeit chronischer Verläufe im Spätstadium, von Dutzenden Selbsthilfeinitiativen und von Ärzten, welche die angeblich antibiotisch auskurierte Krankheit intensiv weiterbehandeln.

Bezeichnenderweise klangen dann auch bei einer zweiten, längeren Antibiotikatherapie fast alle Symptome einschließlich der psychischen ab. Nach einem erneuten Rückfall nach Ende der Antibiose sah sich der Patient in einer Rehaklinik erneut mit der psychogenen Fehldeutung seiner Krankheit konfrontiert, da sich die Ärzte diagnostisch auf einen „Zustand nach Borreliose mit persistierender Immunantwort“ versteift hatten, ohne dies belegen zu können. Diese Voreingenommenheit ließ es nicht zu, die „persistierende Immunantwort“ als das eigentlich Naheliegendste zu deuten, nämlich als natürliche Reaktion des Organismus auf eine anhaltende Aktivität des keineswegs abgetöteten Erregers.

Ein neurologischer Vertreter dieser ärztlichen Gattung begutachtete den nach Ablauf einer einjährigen Zeitrente immer noch und genauso Kranken als voll arbeitsfähig mit der Bemerkung: „Sie haben eine anankastische Neurose. Sie beobachten sich ständig selbst und rennen von Arzt zu Arzt.“ Der Patient widersprach dem Gutachten, worauf die zuständige Rentenversicherungsanstalt ihn in eine – wir ahnen es schon – psychosomatische Reha schicken wollte. Nur durch beherrschte Interventionen konnte der Bescheid noch in eine neurologische Reha umgeändert werden. Dortiger Befund: auffällige Immunparameter und Hormonwerte, einseitige Sehfeld einschränkung und andere neurologische Störungen, objektivierbare Hirnleistungsdefizite; der psychologische Hypochondrietest fiel dagegen negativ aus.

Ein mühsam errungener Teilerfolg. Doch wie viele Wehrlosere bleiben auf der Strecke, segeln unter diagnostisch falscher Flagge trostlos in die Fehlbehandlung?

Es fehlt an Einfühlung – und Demut

Lautet also die Moral von der Geschichte: Traue der Psychosomatik nicht? Hier soll nicht die alte christlich-anthropologische Kulturweisheit bestritten werden, dass Körper, Seele und Geist in einer engen Wechselbeziehung stehen. Vielen körperlichen Krankheiten scheint durchaus ein langanhaltender emotionaler Stress voranzugehen. Auch bei Dauer und Erfolg von Heilungsprozessen sind seelisch-geistige Ressourcen von wesentlichem Einfluss. Nicht von ungefähr leben Verheiratete länger als Singles und Geschiedene im Durchschnitt am kürzesten. Forschungen der Psychoneuroimmunologie bestätigen die alte Beobachtung, dass seelische Belastungen die Abwehrkräfte schwächen und eine erhöhte Infektanfälligkeit mit sich

bringen können. All diesen Zusammenhängen wird die medizinische Forschung weiter zu Recht auf den Grund gehen.

Doch in jedem Fall bleibt eine Infektion eine Infektion. Sie will entdeckt und behandelt werden. In der Praxis wäre schon viel gewonnen, wenn Ärzte die Klagen ihrer Patienten grundsätzlich ernst nähmen und wenn sie anerkennen würden, dass sich im diagnostischen Gespräch zwei Experten gegenüber sitzen: der Arzt mit seiner hoffentlich breiten, tiefen und aktualisierten Fachkenntnis und der Patient mit seiner Körperwahrnehmung und seiner umfassenden Kenntnis der eigenen Krankheitsgeschichte.

Solches Ernstnehmen hat freilich auch mit geistig-seelischen Ressourcen wie Einfühlungsvermögen oder Verantwortungsbewusstsein zu tun – und nicht zuletzt Demut. Einer Demut, die erstens auch einmal eingestehen kann, dass das eigene Behandlungskonzept gescheitert ist und der Fachmann nicht mehr weiterweiß, ohne den Ball gleich ins Feld des Pa-

Es wäre viel gewonnen, wenn Ärzte die Klagen ihrer Patienten ernst nähmen

tienten, seiner Psyche, Einbildungskraft oder Wehleidigkeit zurückzuspielen. Einer Demut, die sich zweitens immer bewusst bleibt, dass die derzeitige Medizin über die Geheimnisse des menschlichen Organismus und seines biochemischen und mikrobiologischen Innenlebens zwar viel mehr wissen mag als noch vor hundert, fünfzig und selbst vor zehn Jahren, aber doch viel weniger, als sie in zehn, fünfzig und hundert Jahren erkannt haben wird.

PHc