



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Ulrich Lamparter ■ Hans Ulrich Schmidt

Wirklich psychisch bedingt?

Somatische Differenzialdiagnosen in der
Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Ulrich Lamparter ■ Hans Ulrich Schmidt

Wirklich psychisch bedingt?

Somatische Differenzial-
diagnosen in der
Psychosomatischen Medizin
und Psychotherapie

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover unter Verwendung eines von Fotos von © Photographee.eu – www.stock.adobe.com und eines Fotos von © Lilli – www.stock.adobe.com

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-43135-3

Lektorat: Dipl.-Biol. Martina Kunze, Ehringshausen

Projektmanagement: Dr. Gisela Heim, Dr. Nadja Urbani

Auch als E-Book erhältlich

Anschriften

Herausgeber

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter

Rothenbaumchaussee 71

20148 Hamburg

ulamparter@t-online.de

Dr. med. Hans Ulrich Schmidt

Ambulanzzentrum

Fachbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Eppendorf

Martinistraße 52

20246 Hamburg

uschmidt@uke.de

Autoren

PD Dr. med. Marcus Oliver Ahlers

CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf

Falkenried 88

20251 Hamburg

Oliver.Ahlers@CMD-Centrum.de

Prof. Dr. med. Christian Arning

Praxis für Neurologie

Mittelweg 123

20148 Hamburg

neuro@dr-arning.de

Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Beil

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ambulanzzentrum Endokrinologie

Martinistraße 52

20246 Hamburg

beil@uke.de

Dr. med. Alexandra Bussopulos-Orpin

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
bussopulos@uke.de

Dr. med. Mathias Gelderblom

Kopf- und Neurozentrum, Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
m.gelderblom@uke.de

Thomas Haalck

Ambulanzzentrum, Fachbereich Dermatologie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
t.haalck@uke.de

Prof. Dr. med. Hans-Christian Hansen

Klinik für Neurologie und Psychiatrie
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
Friesenstraße 11
24534 Neumünster
hc.hansen@fek.de

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Hölzer

Sonnenberg Klinik gGmbH
Fachklinik für analytische Psychotherapie
Christian-Belser-Straße 79
70597 Stuttgart
hoelzermichael@sonnenbergklinik.de

Dr. med. Matthias Janneck

Zentrum für Innere Medizin
III. Medizinische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
janneck@uke.de

Priv.-Doz. Dr. med. Christof Iking-Konert

Zentrum für Innere Medizin
III. Medizinische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
c.iking-konert@uke.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

IPU Berlin
Stromstraße 3b
10555 Berlin
horst.kaechele@ipu-berlin.de

Dr. med. Thomas Kahlert

Theodor-Storm-Straße 7
25355 Barmstedt
th-kahlert@versanet.de

Prof. Dr. med. Uwe Kehler

Klinik für Neurochirurgie
Asklepios-Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
u.kehler@asklepios.com

Dr. med. Hans Klose

Onkologisches Zentrum
Sektion Pneumonologie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
klose@uke.de

Dr. med. Ingo Krenz

Praxis für Innere Medizin und Nephrologie
Blankeneser Bahnhofstraße 21–23
22587 Hamburg
ik@dr-ingo-krenz.de

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter

Rothenbaumchaussee 71
20148 Hamburg
ulamparter@t-online.de

Dr. med. Tomas Müller-Thomsen

Maria-Louisen-Straße 57
22301 Hamburg
praxis-dr-tmt@gmx.de

Dr. med. Fritz Reinecke

Hartungstraße 15
20146 Hamburg
fritz.reinecke@googlemail.com

Dr. med. Andreas Sadjiroen

Maria-Louisen-Straße 57
22301 Hamburg
andreas@sadjiroen.de

Dr. med. Helmut Schaaf

Tinnitus-Klinik Dr. Hesse am Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
hschaaf@tinnitus-klinik.net

Dr. med. Hanno Scherf

Söbendieken 20
22609 Hamburg
hanno.scherf@web.de

Dr. med. Hans Ulrich Schmidt

Ambulanzzentrum, Ärztliche Psychotherapie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
uschmidt@uke.de

Dr. med. Stefan Schmiedel

Zentrum für Innere Medizin
I. Medizinische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
sschmiedel@bni-hamburg.de

Priv.-Doz. Dr. med. Hans Strenge

Blücherplatz 16
24105 Kiel
hstrenge@gmx.de

Prof. Dr. med. Karsten Sydow

Klinik für Kardiologie, Herz- und Gefäßzentrum
Albertinen-Krankenhaus
Süntelstraße 11a
22457 Hamburg
karsten.sydow@albertinen.de

Cosima Vieth

Hallerstraße 8
20146 Hamburg
Cosima@viethworld.net

Prof. Dr. med. Andreas De Weerth

Klinik für Innere Medizin, Darmzentrum
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
Hohe Weide 17
20259 Hamburg
deweerth@adew.de

Prof. Dr. med. Eberhard Windler

Universitäres Herzzentrum
Allgemeine und interventionelle Kardiologie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
windler@uke.de

Dr. med. Christopher Wirtz

Gastroenterologie Praxis Altona
22765 Hamburg
Ottenser Hauptstraße 5
christopher_wirtz@web.de

Inhalt

Einführung	1
Allgemeiner Teil	9
1 Der Begriff »psychogen« als diagnostischer Fehler	11
1.1 Welche Art von Fehler ist gemeint?	11
1.2 Rahmenbedingungen	11
1.3 Holismus und Dualismus als Quellen diagnostischer Denkfehler in der Psychosomatik	12
1.4 Wie kann man den Leib-Seele-Zusammenhang heute klinisch relevant konzeptualisieren?	13
1.5 »Somatogen« und »psychogen« in der klinischen Situation	15
1.6 »Psychogen« bedeutet nicht »psychisch« und bedeutet auch nicht »psychosomatisch«	16
1.7 Zur Definition und Entstehung psychogener Störungsbilder	18
1.8 Der Fehler »psychogen« in der Differenzialdiagnostik – eine Übersicht	19
1.9 Konsequenzen für die praktische Diagnostik	31
1.10 Überlegungen zur Fehlervermeidung	33
2 Fehldiagnosen in der Psychotherapie – eine Fallgeschichte	34
2.1 Die Fehlerproblematik in der Psychotherapie	34
2.2 Erstbericht an den Gutachter	34
2.3 Katamnese	39
3 Mustererkennung und diagnostische Fehler	44
3.1 Fehler im diagnostischen Prozess	44
3.2 Mustererkennung	45
3.3 Krankheitspräsentation	46

3.4	Widerstände gegen analytisches Denken	47
3.5	Vereinfachte Lösungswege (Heuristiken) ermöglichen uns, aus einem komplexen Problem ein einfaches zu machen	47
3.6	Wir überschätzen systematisch unsere Kompetenz	48
3.7	Eine Fehldiagnose ist häufig eine Folge von systematischen Denkfehlern	48
3.8	Methoden zur Fehlerminimierung	51
	Spezieller Teil	53
4	Symptome und Syndrome	55
4.1	Schmerz	55
4.1.1	Schmerz und seine klinische Analyse	55
4.1.2	Kopfschmerzen	65
4.1.3	Bauchschmerzen	72
4.1.4	Rückenschmerzen	76
4.1.5	Sonstige Schmerzen	79
4.2	Erschöpfung und Müdigkeit	82
4.3	Depression	90
4.4	Angst	93
4.5	Bewusstseinsstörungen	96
4.5.1	Quantitative Bewusstseinsstörungen	96
4.5.2	Qualitative Bewusstseinsstörungen	98
4.6	Sinnesstörungen	101
4.6.1	Riechen (olfaktorisch)	101
4.6.2	Schmecken (gustatorisch)	102
4.6.3	Sehen (optisch)	103
4.6.4	Hören (akustisch)	104
4.6.5	Tasten/Fühlen (sensorisch)	105
4.7	Schlafstörungen	106
4.8	Motorische Schwäche und Lähmungen	108
4.9	Gefühlsstörungen	112
4.10	Schwindel	115

4.11 Herzbezogene Beschwerden	121
4.11.1 Angina pectoris	121
4.11.2 Herzrhythmusstörungen	124
4.12 Verdauungsstörungen	125
4.12.1 Obstipation/Verstopfung	125
4.12.2 Diarrhoen	126
4.12.3 Übelkeit und Erbrechen	128
4.13 Sexuelle Funktionsstörungen	129
4.14 Chronischer Unterbauchschmerz der Frau	134
4.15 Symptome bei Allergien und Unverträglichkeiten	139
4.15.1 Allergie vom Soforttyp/Typ-I-Reaktion nach Coombs und Gell	140
4.15.2 Typ-IV-Reaktion (allergisches Kontaktekzem)	143
4.15.3 Arzneimittelüberempfindlichkeitsreaktionen	145
4.16 Fieber	147
5 Krankheitsbilder	151
5.1 Kopf, Gesicht und Hals	151
5.1.1 Schlaganfall durch zerebrale Ischämie	151
5.1.2 Schlaganfall durch intrazerebrale Blutung	154
5.1.3 Schlaganfall durch Subarachnoidalblutung	156
5.1.4 Sinusvenenthrombose	158
5.1.5 Zerebrale Vaskulitis	160
5.1.6 Hydrocephalus	162
5.1.7 Hirntumor	165
5.1.8 Enzephalopathien und enzephalitische Syndrome	167
5.1.9 Parkinson-Syndrom	173
5.1.10 Multiple Sklerose	176
5.1.11 Amyotrophe Lateralsklerose	181
5.1.12 Dystonien	183
5.1.13 Myasthenie	187
5.1.14 Myopathien (Muskelerkrankungen)	191
5.1.15 Epilepsie	194
5.1.16 Demenzen	202

5.1.17 Organische Depression und organisch bedingte Psychosen	205
5.1.18 Intoxikationen	207
5.1.19 Migräne	210
5.1.20 Kopfschmerzen vom Spannungstyp	213
5.1.21 Clusterkopfschmerz	217
5.1.22 Riesenzellarteriitis (Arteriitis temporalis, Horton-Magath-Brown-Syndrom)	219
5.1.23 Trigeminusneuralgie (»Tic douloureux«)	221
5.1.24 Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)	223
5.1.25 Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	230
5.1.26 Einseitiger Gleichgewichtsausfall	236
5.1.27 Morbus Menière	239
5.1.28 Vestibuläre Migräne (Basilaris-Migräne)	245
5.1.29 Tinnitus	248
5.1.30 Akustikusneurinom	251
5.1.31 Hörstörungen	252
5.1.32 Schluckstörungen	256
5.2 Brustraum	259
5.2.1 Asthma bronchiale	259
5.2.2 COPD/Lungenemphysem	263
5.2.3 Lungenkarzinom	266
5.2.4 Sarkoidose (Morbus Boeck)	269
5.2.5 Arterieller Hypertonus	272
5.2.6 Koronare Herzerkrankung	275
5.2.7 Herzinsuffizienz	279
5.2.8 AV-Knoten-Reentry-Tachykardie	283
5.3 Bauchraum	286
5.3.1 Ösophagitis (Speiseröhrentzündung, Refluxerkrankung)	286
5.3.2 Ösophageal bedingte Schluckstörungen	287
5.3.3 Gastritis	289
5.3.4 Ulcusleiden	292
5.3.5 Cholezystitis	294
5.3.6 Gallensteinleiden	295
5.3.7 Pankreatitis	297
5.3.8 Tumoren und Karzinome im oberen Verdauungstrakt	299

5.3.9	Appendizitis	301
5.3.10	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	303
5.3.11	Darmkrebs	307
5.3.12	Divertikulitis	310
5.3.13	Nierensteinerkrankung	312
5.3.14	Nierenzellkarzinom	314
5.3.15	Prostataerkrankungen	315
5.3.16	Harnwegsinfektionen	322
5.3.17	Überaktive Blase	324
5.3.18	Urothelkarzinom	326
5.3.19	Erkrankungen des äußeren Genitale des Mannes	328
5.3.20	Sexuell übertragbare Erkrankungen	333
5.3.21	Myome/Uterus myomatosus	338
5.3.22	Endometriose	341
5.3.23	Erkrankungen der Vulva und der Vagina mit chronischen Beschwerden	344
5.3.24	Emesis und Hyperemesis gravidarum (Erbrechen in der Schwangerschaft)	348
5.4	Rücken	351
5.4.1	Lumbaler Bandscheibenvorfall	351
5.4.2	Spondylodiscitis	353
5.4.3	Tethered Cord (gefesseltetes Rückenmark)	355
5.5	Extremitäten	357
5.5.1	Myopathien	357
5.5.2	Nervenkompressionssyndrome (Engpass-Syndrome)	360
5.5.3	Subclavian-Steal-Syndrom (Perfusionsstörungen)	363
5.5.4	Erkrankungen des peripheren Nervs (radikuläre Störungen, Plexusläsion, Neuropathie)	364
5.6	Haut	371
5.6.1	Hyperhidrose	371
5.6.2	Chronischer Pruritus	373
5.6.3	Lupus erythematoses	375
5.6.4	Dermatomyositis	378
5.6.5	Neurodermitis (atopisches Ekzem/atopische Dermatitis)	380
5.6.6	Urtikaria	382
5.6.7	Psoriasis (Schuppenflechte)	385
5.6.8	Nahrungsmittelunverträglichkeiten	388

5.7	Infektionskrankheiten	390
5.7.1	HIV-Infektion/AIDS	390
5.7.2	Andere chronische Virusinfektionen	393
5.7.3	Pilzkrankungen (Systemmykosen)	394
5.7.4	Borreliose	396
5.7.5	Slow-Virus- und Prionen-Erkrankungen	399
5.7.6	Hepatitis	401
5.7.7	Syphilis	402
5.7.8	Subphrenische und andere chronische Abszesse	404
5.8	Entzündliche rheumatische Erkrankungen	406
5.8.1	Rheumatoide Arthritis	408
5.8.2	Spondarthritis (entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen)	411
5.8.3	Kollagenosen	414
5.8.4	Vaskulitiden	417
5.9	Stoffwechselerkrankungen	420
5.9.1	Diabetes mellitus	420
5.9.2	Adipositas	424
5.9.3	Organisch bedingte Differenzialdiagnosen der Anorexia nervosa	427
5.9.4	Primäre und sekundäre Nahrungsmittelunverträglichkeiten	432
5.9.5	Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit)	436
5.10	Endokrine Störungen	439
5.10.1	Hyperthyreose	439
5.10.2	Hypothyreose	442
5.10.3	Hypophysenadenom	444
5.10.4	Primärer Hyperparathyreoidismus	447
5.10.5	Cushing-Syndrom (Hypercortisolismus)	449
5.10.6	Morbus Addison (primäre Nebenniereninsuffizienz)	451
5.10.7	Phäochromozytom	454
5.11	Genetisch bedingte Syndrome mit ihren psychischen Implikationen am Beispiel des Marfan-Syndroms	456
5.12	Medikamentöse Ursachen einer psychischen Störung	459
5.12.1	Lithiumintoxikation	459
5.12.2	Depressive Verstimmung unter Pharmaka	461

5.13 Sphinxen der Diagnostik	463
5.13.1 Morbus Whipple	463
5.13.2 Chronische Hyponatriämie	465
5.13.3 Takayasu-Arteriitis	467
5.14 Ausgewählte Krankengeschichten	469
5.14.1 Angstkrankheit, Depression, Schmerzkrankheit, Burn-out, Hypochondrie oder?	469
5.14.2 Psychogenes Erbrechen?	471
5.14.3 Kopfschmerzen, Übelkeit, Sehstörungen, Herzstolpern, Schwitzen?	471

Einführung

Ulrich Lamparter, Hans Ulrich Schmidt

Warum dieses Buch?

Das vorliegende Buch mag den einen oder anderen die erstaunte Frage stellen lassen, ob Psychosomatik und Psychotherapie sich nun etwa selbst infrage stellen wollen? War denn nicht jahrzehntelang das fundamentale Anliegen in vielen psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungen, den ärztlichen Blick für die Bedeutung des Psychischen zu öffnen? Wird denn nicht immer noch anhaltend an der Verfeinerung diagnostischer Instrumente gearbeitet, um psychische Störungen rasch zu erkennen und lange Patientenkarrieren zu vermeiden? Gibt es denn nicht immer noch viele Patienten, die von Arzt zu Arzt geschickt werden, ohne dass erkannt wird, dass das eigentliche Problem im Seelischen zu suchen ist? Geht es denn nicht gerade darum, diese Patienten rasch einer Psychotherapie zuzuführen, und sie nicht »durch die Mühle der körperlichen Diagnostik zu drehen«? Kommt es denn nicht gerade dann zu iatrogenen Fixierungen auf das Somatische?

Verzeichnen wir nicht gerade eine erfreuliche Zunahme der Zielgenauigkeit und Geschwindigkeit, mit der psychosomatisch oder psychisch Erkrankte in eine psychotherapeutische Behandlung weiterverwiesen werden und beobachten eine über viele Jahre gewachsene höhere Akzeptanz der Psychotherapie in der Gesellschaft, bei den betroffenen Patienten und nicht zuletzt bei den primär somatisch orientierten Mediziner*innen?

Versuchen nicht seit vielen Jahren höchst erfolgreich für das Psychische offene Ärzte in Balint-Gruppen der Geschichte hinter den Beschwerden ihrer Patienten auf die Spur zu kommen und ihre Fähigkeiten in Kursen zur psychosomatischen Grundversorgung zu verbessern?

Dieses Buch soll diese – durchaus erfreulichen – Entwicklungen in keiner Weise infrage stellen, sondern sie vielmehr um eine Blickrichtung ergänzen, die gerade den interdisziplinären Stellenwert der Psychosomatik und Psychotherapie weiter vertiefen kann. Bei aller Offenheit für die Welt des Psychischen und die Zusammenhänge von Lebensgeschichte, Lebenssituation und Krankheit gilt es jedoch, den Fehler zu vermeiden, körperliche Krankheiten fälschlich als »psychisch bedingt« zu diagnostizieren.

Störungen, die in den Lebensumständen der Patienten ihre Wurzeln haben, werden in ihrer seelischen Dimension oft nicht ausreichend erkannt. Nicht selten sind ihre Wege, wenn sie psychotherapeutische Hilfe suchen, lang. Dies gilt besonders für Menschen aus den weniger gebildeten Schichten, für sog. Problempatienten oder solche, die in Regionen leben, die immer noch medizinisch oder gar psychotherapeutisch weniger gut versorgt sind. Als langjährig gemeinsam Tür an Tür tätige Diagnostiker in der psychosomatischen Ambulanz, im Konsultations- und Liaisondienst einer Universitätsklinik und in unseren eigenen Pra-

xen haben wir jedoch auch andere Erfahrungen gemacht: Gerade bei seltenen und wenig bekannten primär somatischen Krankheitsbildern oder Problemen werden die Symptome eines Patienten fälschlicherweise als psychisch bedingt aufgefasst. Dadurch kommen diese Patienten auf die »falsche Schiene«, und es wird wertvolle Zeit verloren. An Stelle einer medikamentösen Behandlung oder sogar einer notwendigen Operation wird der Patient in eine psychosomatische Klinik oder ambulante Psychotherapie geschickt. Nicht allzu häufig, aber doch gelegentlich hört man von derartigen »Horrorgeschichten«. Gerade weil die Medizin glücklicherweise nicht mehr auf dem seelischen Auge blind ist und vermehrt psychosoziale Aspekte berücksichtigt, gilt umso mehr die grundsätzliche Empfehlung von Weiss & English (1943), die zu den Gründungsvätern der psychosomatischen Medizin zählen, dem Körper nicht weniger, sondern der Psyche mehr Beachtung zu schenken. *Nota bene*: dem Körper nicht weniger.

Das Problem des »psychogenen Fehlers«

Die Fehldiagnose »psychogen statt somatogen« ist *sicherlich seltener* als die umgekehrte schnelle Nostrifizierung von Symptomen durch die Körpermedizin.

Umso *gravierender* kann jedoch das Versäumnis sein, im Zuge einer vorschnell auf ein psychogenes Konzept fokussierten Diagnose wichtige körperliche Behandlungsmöglichkeiten zu versäumen. Als ein klassisches Beispiel mag hier die Fehldeutung einer Hyperthyreose als Angststörung stehen. Nicht selten wird dann im weiteren Krankheits- und Behandlungsprozess, gerade auch in einer psychotherapeutischen Behandlung, dem Patienten das (scheinbare) Festhalten an Körpersymptomen als Widerstand gegen die Psychotherapie ausgedeutet. Gravierender noch ist es, wenn eine fehlende, eigentlich angezeigte weiterführende somatische Diagnostik eine möglicherweise kurative oder zumindest die Beschwerden lindernde medikamentöse, evtl. auch stärker invasive Behandlung verhindert. Im Extremfall führt dann z. B. eine zu früh eingeleitete, möglicherweise jahrelange Psychotherapie nicht zu einer Rückbildung der Symptomatik, um deren Willen die Psychotherapie ja eigentlich begonnen wurde. Manche unserer Fallgeschichten können diesen Aspekt gut illustrieren.

Der »psychogene Fehler« ist nicht leicht zu erkennen

Unbestritten: Manchmal sind unsere Patienten an einer vorschnellen Psychogenie-Zuschreibung nicht unbeteiligt. So, wenn sie uns hochmotiviert für eine Psychotherapie begegnen und wir unsererseits erfreut, mitunter auch hocherfreut darüber sind, endlich mal wieder einen Patienten nicht in mühsamen Vorgesprächen von möglichen psychischen Zuflüssen zu etwaigen Körpersymptomen oder gar einem primär psychogenen Hintergrund überzeugen zu müssen. Doch dies darf nicht dazu führen, die Wachsamkeit gegenüber dem Seltenen zu verlieren.

Besonders schwierig ist die oft schleichende Entwicklung primär somatogener Erkrankungen zu erkennen, wenn sich der Patient bereits in der Psychotherapie

befindet. In einer *psychotherapeutischen Behandlung* kommt es zu einer Konzentration auf das psychische Geschehen, und es wird »vom Körper weg« gedacht. So wird ein geschildertes Körpersymptom (z. B. Kribbeln) eher als Angstäquivalent eingeschätzt werden, als dass der Gedanke an den Beginn einer Multiple-Sklerose-Erkrankung oder einer Polyneuropathie aufkommt. Zu fern liegt dann der Gedanke, es könnte sich bei den Beschwerden des Patienten um eine körperliche Störung handeln, besteht die Aufgabe der psychotherapeutischen Behandlung ja gerade darin, den Patienten »vom Körper wegzubringen«.

Werden Gedanken an eine somatische Differenzialdiagnose in *Fallbesprechungen bereits laufender Psychotherapien* geäußert, wird dies in der Regel nicht goutiert. Der Psychologische Psychotherapeut kann dazu ins Feld führen, dass der Patient ja vor Aufnahme der Psychotherapie bereits ärztlich untersucht worden sei. Der Allgemeinarzt, der in der Richtlinienpsychotherapie die Indikation konsiliarisch bestätigen muss, ist in der schwierigen Lage, dass ihm oft, mangels feinerer diagnostischer Möglichkeiten, alternative somatogene Erklärungen nicht ohne Weiteres zur Verfügung stehen oder er bereits von vorherein »psychogen« orientiert und gebahnt ist.

In vielfältigen Settings wird versucht, den Risiken vorschneller Ausdeutung des Krankheitsgeschehens als »psychisch bedingt« Rechnung zu tragen. So »sondiert« etwa die fachgerechte *Indikationskonferenz* in einer psychosomatischen Poliklinik oder eine Schmerzkonferenz in beide Richtungen. *Psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute* integrieren in das Setting der Behandlungsindikation/-planung sog. Zweitsichten, insbesondere immer dann, wenn die Behandler Psychologen und nicht Ärzte sind. Potenzielle Psychotherapiepatienten werden hier vor einer psychotherapeutischen Behandlungsaufnahme somatisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten vorgestellt, um das Risiko einer psychogenen Fehldiagnose zumindest einzuschränken, ggf. ein fachärztliches Konsil oder Laborbefunde einzufordern bzw. vorzuschlagen. In der *ambulanten Versorgung* ist bei der Stellung des Kassenantrags durch Psychologische Psychotherapeuten vor Aufnahme einer Psychotherapie eine Beifügung einer *ärztlichen Konsultation und Stellungnahme* zu der geplanten Psychotherapie vorgeschrieben. Solch eine gute rechtzeitige Sichtung, bevor mit dem Patienten eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen wird, ist von immenser Wichtigkeit – und zwar für Patient wie Behandler. Je sicherer und fachgerechter vorab in Richtung etwaiger somatischer Faktoren sondiert wird, desto freier werden Therapeut und Patient sich dem psychotherapeutischen Beziehungsgeschehen widmen können. Das gilt insbesondere dann, wenn Körpersymptome im voranschreitenden psychotherapeutischen Prozess eine Widerstandsfunktion erhalten (etwa bei Patienten mit somatoformer oder histrionischer Symptomatik) oder einen Beziehungswunsch ausdrücken können (etwa bei Psychosomatosen). Es gilt aber auch für jedweden Fall, in dem die behandelnden Psychotherapeuten noch unerfahren sind und sich gerade auf diesem Hintergrund darauf verlassen müssen, dass etwaige körperliche Ursachen der geklagten Symptomatik ausgeschlossen wurden.

Abhilfe und Hilfestellungen

Für diesen *Problembereich des »psychogenen Fehlers«* will das Buch Abhilfe schaffen und Hilfestellungen geben. Es stellt Wissen zusammen und vermittelt notwendige diagnostische Kenntnisse und Assoziationen. Diese im entscheidenden Moment in der klinischen Situation zur Verfügung zu haben, erscheint uns als *zentrales Moment der Fehlervermeidung* essenziell. Mit diesem Ansatz entsteht eine ungewöhnliche Perspektive. Es geht bei diesem Buch nicht um Vollständigkeit der Wissensvermittlung, denn dafür gibt es hervorragende Lehrbücher. Vielmehr geht es in erster Linie um die Vermittlung klinischer Erfahrung unter dem Aspekt der Vermeidung eines bestimmten kategorialen Fehlers. Bereits Sigmund Freud hat bei der Analyse des Initialtraumas der Psychoanalyse, dem Traum von »Irmas Injektion«, das Problem klar beschrieben: *»Ich erschrecke im Gedanken, daß ich doch eine organische Affektion übersehen habe.«* Wie man mir gerne glauben wird, eine nie erlöschende Angst beim Spezialisten, der fast ausschließlich Neurotiker sieht und der so viele Erscheinungen auf Hysterie zu schieben gewohnt ist, welche andere Ärzte organisch behandeln ...« (Freud 1900 GW II/III, S. 114).

Freud war, wie unser Lehrer Adolf-Ernst Meyer schrieb, einer der naturwissenschaftlich bestausgebildeten Ärzte seiner Zeit. Er konnte auch neurologische Diagnosen stellen (wenngleich er sich auch gelegentlich geirrt hat). So litt »Emmy v. N. aus Livland«, dargestellt in den »Studien über Hysterie«, wahrscheinlich an einem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, wie eine kritische Nachbetrachtung (Pappenheim 1989) zeigt.

Seit Freud haben sich die Kenntnisse in der Medizin fundamental erweitert, und damit auch ihre diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Besonders die mittlerweile breit zur Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren und biochemischen Untersuchungen in der klinischen Diagnostik geben oftmals rasch tiefen Einblick in das körperliche Geschehen. Doch nicht wenige körperliche Krankheiten entziehen sich dem leichten diagnostischen Zugriff und fordern den Kliniker heraus, der in eine schwierige Lage kommt und letztlich auf seine klinische Erfahrung angewiesen ist. Gibt es nach umfassender körperlicher Abklärung keinen richtungsweisenden Befund, ist es »o. B.« oder wurde »alles gemacht«, *wie schnell liegt dann die Einschätzung bereit, die Beschwerden des Patienten seien »psychisch bedingt«*, ohne dass diese Einschätzung im Gespräch mit dem Patienten weiter substantiiert wird! Nicht wenige Indikationen für eine Psychotherapie beruhen auf diesem Ausschluss-Paradigma.

Während so auf der einen Seite das Wissen permanent und exponentiell wächst und man heute Krankheiten leicht feststellen kann, für deren Diagnose man früher viel Zeit gebraucht hätte, falls sie überhaupt möglich gewesen wäre, so geht damit zwangsläufig eine Spezialisierung einher: Kaum jemand kann das medizinisch-diagnostische Spektrum ganz überblicken, und fast jeder Arzt hat zwangsläufig Lücken des Wissens, der Erfahrung und Handlungskompetenz.

Umso dringender wird der Spezialist gesucht, doch er muss gefunden werden – und hier wird es schwierig: Gerade bei der Zuweisung zu einem bestimmten Spezialisten wird die grundsätzliche Einordnung eines Krankheitsbildes

wichtig. Denn oft ist sein Arbeitsbereich so hochspezialisiert, dass gerade auch er diese Einordnung nicht mehr vollziehen kann, weil ihm der Gesamtüberblick fehlt. So kann der Patient in der ausdifferenzierten modernen Medizin, die zur Verfügung steht, zum »Irrläufer« werden, der zwischen den Fachgebieten hin- und hergeschickt wird. Er entwickelt eine komplizierte Krankengeschichte, bis sich jemand endlich gründlich der Sache annimmt, ganz neu nachdenkt. Ein Zufallsbefund kann dann zur Aufklärung führen, oder ein ungünstiger Verlauf endlich unvermutet die wahre Ursache einer Erkrankung zum Vorschein bringen. Solche Prozesse gibt es auch in großen Kliniken, wenn durch die Beteiligung zu vieler Spezialisten und bei mehrfachen Verlegungen der Überblick über die klinische Gesamtsituation verloren geht. Ein weiteres Problem tritt hinzu: Immer mehr *ältere und multimorbide Menschen* nehmen heutzutage psychotherapeutische Hilfe in Anspruch: Auch in diesen Behandlungen ergibt sich das Problem einer richtigen Kausalattribution von Körperbeschwerden, denn auch hier ist nicht alles psychogen, was vielleicht psychogen erscheinen mag: So mag ein ängstlicher Patient mit besonders nachts auftretender Angst vor Stürzen als »psychogen« angesehen werden, doch man übersieht, dass eine laufende Medikation mit β -Rezeptoren-Blockern wegen »Herzrhythmusstörungen« seinen Blutdruck in der Nacht viel zu weit abgesenkt hat oder eine beginnende Polyneuropathie sich in der Dunkelheit durch den Wegfall der visuellen Kontrolle besonders auf das Gleichgewicht auswirkt.

Gewiss: Das Häufige ist häufig und das Seltene ist selten, diese Grundregel der klinischen Diagnostik gilt auch im 21. Jahrhundert, doch was geschieht mit dem Seltenen, dem Unerwarteten, dem sich nicht an die typischen Regeln haltenden körperlichen Geschehen? Hier kommt es auf »verbreitetes Wissen« an, fächer- und disziplinübergreifend. Vor diesem Hintergrund muss man *gerade das Seltene bedenken und wertschätzen*, um im entscheidenden Moment nicht unvorbereitet zu sein.

Das *erforderliche Wissen für die somatische Differenzialdiagnose* psychischer und psychosomatischer Störungen soll in diesem Buch zusammengestellt werden. Wir haben überlegt, wen wir fragen würden, wenn wir in diesem oder jenem Fachgebiet »ein Problem mit einem Patienten« hätten und diese Kolleginnen und Kollegen um einen Beitrag für das Buch gebeten. Dabei war Herausgebern wie Autoren Anschaulichkeit und Kliniknähe ein besonderes Anliegen und Prinzip der Darstellung. Ausdrücklich wurden die Autoren – alle in ihrem Fachgebiet hochoberfahren in der Patientenversorgung und oftmals in der Forschung tätige Ärzte, überwiegend aus dem Umfeld des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg – ermutigt, ihre persönlichen Erfahrungen einzubringen, denn die »*Fehldiagnose: psychogen*« *vollzieht sich in der Regel am Einzelfall* und bleibt vor allem als singuläres Ereignis und als besondere Krankengeschichte im Gedächtnis des Arztes haften.

Das Buch versucht nicht nur, prägnant im Sinne eines Kompendiums wichtige Fakten zusammenzutragen. Es behält durchgängig die Perspektive der Fehlervermeidung bei und soll dabei durch die Darstellung komplexer realer Fälle aus langjähriger klinischer Praxis die Gefahr des »psychogenen Fehlurteils« (genauer:

der falschen Attribution als »psychogen oder psychisch bedingt«) anschaulich machen.

Zum Aufbau des Buches

Zunächst werden in einem »**Allgemeinen Teil**« grundsätzliche Aspekte der somatopsychischen Differenzialdiagnostik und ihrer möglichen Fehler abgehandelt.

Im »**Speziellen Teil**« wird zusammenstellt, was man im Feld der Psychotherapie über die Differenzialdiagnose von somatischen Beschwerden und Erkrankungen wissen sollte.

Der **erste Abschnitt**, »*Symptome und Syndrome*«, geht dabei von der *primären Leitklage* eines Patienten aus, die systematisch unter dem Aspekt einer möglichen somatischen Ursache und der Vermeidung diagnostischer Fehler betrachtet wird.

Der **zweite Abschnitt** stellt anschließend »*von Kopf bis Fuß*« systematisch und kurz *Krankheitsbilder* dar, deren Kenntnis uns wichtig erscheint und die man diagnostisch im assoziativen Repertoire haben sollte. Die Darstellungen werden meist durch anschauliche Fallbeispiele illustriert. Diese Schilderungen aus der Praxis machen oft erst deutlich, wie wichtig die Vermeidung der Fehldiagnose »psychogen« sein kann.

Wie kann man das Buch gebrauchen?

Das Buch lässt sich als *Lesebuch* verwenden, um altes und oft verschüttetes Wissen zu aktualisieren. Dies gilt bei Ärzten besonders für das Spezialwissen in fachfremden Gebieten und für Psychotherapeuten, die einen vertieften Einblick in die somatische Medizin gewinnen können. Das Buch will weiter helfen, *ausgehend von der Leitbeschwerde des Patienten* oder von der *Lokalisation der geklagten Störung (vom Kopf bis Fuß)*, zu neuen Überlegungen bezüglich einer möglichen somatischen Ursache zu kommen, wenn sich etwa die Diagnostik festgefahren hat oder mangelnde Besserung ein neues Nachdenken erzwingt.

Zu guter Letzt darf folgender wichtiger Hinweis nicht fehlen: Es würde den Charakter unseres Buches sprengen, alle möglichen somatischen Differenzialdiagnosen aufzuführen und zu erörtern. Im Einzelfall wird also der Diagnostiker nur Anregungen erfahren und bleibt auf eigenes Nachdenken und eigenes Studium angewiesen. Die Herausgeber freuen sich im Übrigen sehr, wenn ihnen Nutzer des Buches einschlägige Fallgeschichten mitteilen oder Hinweise für Ergänzungen oder Korrekturen geben.

Danksagung

Unser über Jahre gewachsenes Anliegen wurde von allen Autorinnen und Autoren und nicht zuletzt vom Leiter des Schattauer Verlags, Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram, und der Projektleitung, namentlich Frau Dr. med. Gisela Heim und Frau Dr. phil. Nadja Urbani, konstruktiv und stets ermutigend aufgegriffen. Dafür sind wir sehr dankbar. Frau Dipl.-Biol. Martina Kunze hat mit großer Sorgfalt und höchst kenntnisreich die Beiträge lektoriert. Wir danken auch allen unseren Autorinnen und Autoren, die sich schnell auf das Anliegen des Buches und seine Perspektive eingestellt haben und trotz ihres dicht gedrängten Berufsalltags Zeit genommen haben, ihren Beitrag zu erarbeiten. Dankbar sind wir nicht zuletzt unseren Kolleginnen und Kollegen aus der langjährig von Adolf-Ernst Meyer geleiteten Psychosomatischen Abteilung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die vielen Falldiskussionen, die wir in unserer gemeinsamen Zeit mit ihnen führen konnten, besonders Friedrich-Wilhelm Deneke, Antje Haag, Andreas Sadjiroen und Ulrich Stuhr. Mit ihnen standen wir über viele Jahre täglich immer wieder neu vor dem Problem, im Spannungsfeld von »Psyche« und »Soma« richtige Diagnosen zu stellen und therapeutische Wege zu finden. Herrn Prof. Bernd Löwe danken wir für die Ermutigung, das schon lange angedachte Buchprojekt in den letzten Jahren wieder aufzugreifen und damit unsere klinischen Erfahrungen an die nächste Generation der Ärzte und Psychotherapeuten weiterzugeben.

Literatur

Freud S. Die Traumdeutung. Gesammelte Werke aus dem Jahr 1900. Bd. II/III. Frankfurt a. M.: S. Fischer 1942.

Pappenheim E. Freud und Gilles de la Tourette. *Psyche* 1989; 43: 921–951.

Weiss E, Spurgeon EO: Psychosomatic Medicine. The clinical application of psychopathology to general problems. Philadelphia und London: Saunders 1943.

Allgemeiner Teil

1 Der Begriff »psychogen« als diagnostischer Fehler

Ulrich Lamparter, Hans Ulrich Schmidt

1.1 Welche Art von Fehler ist gemeint?

Dieses Buch beschäftigt sich *nicht* mit allen denkbaren und vermutlich auch real vorkommenden Fehlermöglichkeiten im Grenzbereich zwischen Medizin und Psychotherapie. Es geht vielmehr und vor allem *einer bestimmten* Fehlermöglichkeit nach, der *Verkennung einer körperlich bedingten Erkrankung als »psychogen« oder als »psychisch bedingt«*. An den Notwendigkeiten und Möglichkeiten zur Vermeidung dieser »psychogenen Fehldiagnose« orientiert es sich inhaltlich: Dazu notwendiges Wissen soll praxisnah zusammengestellt werden, um die Sicherheit des Diagnostikers – vor allem dann, wenn er vorwiegend »sprechend« tätig ist – zu verbessern und ihm praktische Hilfe zu bieten. Doch keineswegs soll diese prononcierte Denk- und Fragerichtung die substanziellen Erkenntnisse der psychosomatischen Medizin relativieren oder gar grundsätzlich infrage stellen.

Eine kleine Auswahl von Beispielen mag vor Augen führen, dass die psychosomatische Medizin zu Recht ihren Platz in der Medizin einnimmt. Die Begriffe »Somatisierungsstörung« und »Somatoforme Störung« sind in den modernen diagnostischen Klassifikationssystemen verankert. Die psychosomatische Medizin hat für viele Erkrankungen Ursprünge oder Zuflüsse aus einer psychosozialen Belastung aufgezeigt und charakteristische Lebensbelastungen und Affektkonstellationen herausgearbeitet, die mit einem erhöhten Risiko für körperliche Krankheiten einhergehen. Selbst bei klar definierten körperlichen Krankheiten, wie z. B. dem Herzinfarkt, sind in der psychosomatischen Forschung viele psychische und soziale Faktoren beschrieben worden, die im Hintergrund der Erkrankung stehen, diese mitbedingen und sogar akut auslösen können, was sich mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen in der ICD-10 durch die Zusatzklassifikation F54 kennzeichnen lässt. Viele niedergelassene Ärzte nehmen die »psychosomatische Grundversorgung« ernst und in vielen Bereichen der »Körpermedizin« arbeiten Ärzte mit Psychologen und Sozialarbeitern eng zusammen.

1.2 Rahmenbedingungen

Und doch ist die praktische Gestaltung einer »integrierten Medizin«, die gleichberechtigt körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt, noch immer eher ein Fern-, möglicherweise Idealziel fortschrittlicher, langjähriger und weiter anhaltender Bemühungen, deren Realisierung noch lange nicht erreicht ist.

Seit längerer Zeit scheint sich nach unseren Beobachtungen die institutionelle, professionelle und gedankliche Kluft zwischen einer technologischen, am unmittelbar Körperlichen orientierten Medizin einerseits und einer sprechenden, für das Seelische zuständigen Psychotherapie andererseits eher wieder zu verbreitern. Neue hoffnungsvolle praktische Reformansätze in Richtung auf eine psychosomatische Medizin, die körperliche und seelische Aspekte gleichwertig erfasst und gleichrangig integrierend behandelt, sind derzeit nach unseren Eindrücken eher »Fehlanzeigen«. Sie wurden unter der fortlaufenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht weiter verfolgt und drohen jetzt wieder in Vergessenheit zu geraten. Weder die Fallpauschalen der Krankenhäuser noch die Vergütungssysteme im ambulanten Sektor bieten gesundheitsökonomisch hinreichende Anreize, im einzelnen Behandlungsfall »tiefer zu graben«, wirklich »psychosomatisch« zu denken und zu behandeln und dabei die erforderliche Ressource »Zeit für Gespräche und zuwendende Interaktion« nach Maßgabe der unmittelbaren Notwendigkeit einzusetzen. Ebenfalls werden gerade für den Bereich der Psychosomatik weder ein interdisziplinäres noch ein den ambulanten und stationären Sektor verbindendes Denken und Handeln durch gesundheitsökonomische Anreize gefördert. Um Missverständnissen vorzubeugen: Wir meinen hier nicht die Welt der psychosomatischen Kliniken, sondern diejenigen Kliniken, in denen körperlich Kranke behandelt werden und die sich durch ein »Fehlen der Seele« auszeichnen. Hier ist die Forderung von Adolf-Ernst Meyer, dass es an jeder großen Klinik eine psychosomatische Abteilung geben sollte, die in ihrer Größe mindestens der jeweiligen Anästhesie entspricht, noch lange nicht umgesetzt.

1.3 Holismus und Dualismus als Quellen diagnostischer Denkfehler in der Psychosomatik

Mit dem Begriff »psychogen« wird ein äußerst *schwieriges philosophiegeschichtliches Terrain* betreten, welches durch das *Leib-Seele-Problem* bestimmt ist. Hier prägen neben existenziellen Grundannahmen und religiösen Lehren zwei wichtige abendländische Denktraditionen bis heute unsere heutigen Denkgewohnheiten.

Die *dualistische Konzeption* des Leib-Seele-Problems geht auf **Descartes** (1596–1650) zurück. *Res extensa* (dazu gehört der Körper) und *Res cogitans* (dazu gehört die Seele) gehören verschiedenen Substanzwelten an, die lediglich an einem umschriebenen Ort miteinander (nach Descartes in der Zirbeldrüse) interagieren. Die Begriffe psychogen versus somatogen verweisen auf diesen Dualismus und einen fundamentalen Unterschied zwischen somatischem und psychischem Geschehen.

In einer *holistischen Auffassung* des Leib-Seele-Zusammenhangs, die sich auf **Spinoza** (1632–1677) bezieht, ist dagegen fast jede Erkrankung psychosomatisch begründet oder hat somatopsychische Folgen. Körper und Seele sind im beseelten Leib voneinander durchdrungen (Identitätstheorie des Leib-Seele-Problems),

und es hängt eher vom Beobachter ab, was er wahrnimmt. Sowohl Dualismus als auch Holismus, als Denktraditionen im Diagnostiker unweigerlich lebendig, können in die Irre führen, wie folgende Beispiele veranschaulichen:

Fallbeispiele

Fall 1

Die »dualistische« Betrachtung eines schwer behandelbaren rezidivierenden Harnwegsinfekts einer Ende 40-jährigen, souverän wirkenden Geschäftsfrau sucht »auf der somatischen Schiene« nach immer neuen, schwer nachweisbaren Erregern oder setzt neue Antibiotika ein. Sie verfehlt jedoch in einer »Einengung auf das Somatische« die Erkenntnis, dass die Patientin angstvoll ahnt, dass sie von ihrem Ehemann und Geschäftspartner finanziell ausgenutzt wird und dieser »seinen Absprung vorbereitet«. Als die Patientin dann einmal etwas von Ängsten berichtet, wird eine »komorbide Angststörung« diagnostiziert, doch der Zusammenhang zwischen der Angst und dem Harnwegsinfekt wird nicht gesehen. Gefangen im »dualistischen Denkkorridor« könnte der behandelnde Arzt dann auch noch der Auffassung sein, es sei kein Wunder, wenn die Patientin angesichts des schwer behandelbaren und lästigen Harnwegsinfekts Angst entwickle. Ein spezifischer ätiopathogenetischer Zusammenhang wird aber nicht in Betracht gezogen oder für möglich gehalten, da Harnwegsinfektionen in der Regel erregerbedingt oder in anderen körperlichen Ursachen zu suchen sind. Die Patientin gesundet aber erst, als ihr der Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation klar wird, sie den Harnwegsinfekt als »Ausdruck« ihrer latenten Verzweiflung an ihrer ehelichen Situation erkennt und zur Klärung ihrer Situation zielführende Schritte einleitet.

Fall 2

Die »holistische« psychosomatische Betrachtungsweise eines schweren Asthma-Anfalls, der beim gemeinsamen Kaffeetrinken im größeren Familienkreis auftrat, sucht zu sehr und eingengt nach untergründigen seelischen Spannungen und Abgrenzungsproblemen des Patienten und versäumt dabei die konsequente Suche nach einem Allergen, das sich in der Nusstorte befand. Die Entdeckung dieses Allergens ist für die Patientin jedoch vital notwendig.

1.4 Wie kann man den Leib-Seele-Zusammenhang heute klinisch relevant konzeptualisieren?

Angesichts der philosophiegeschichtlichen, sprachkulturellen und medizin-geschichtlichen Zusammenhänge um den Begriff »psychogen« scheint es zwar einerseits vermessen, aber andererseits doch notwendig, an dieser Stelle eine kurze moderne Konzeption¹ des Leib-Seele-Zusammenhangs zu versuchen. Zum einen soll damit für das vorliegende Buch eine *Arbeitsgrundlage* hergestellt werden, zum anderen erscheinen eine Orientierung und eine Verständigung über

1 Dieser Abschnitt nimmt Gedanken von Friedrich-Wilhelm Deneke auf, dem wir viele Einsichten und klinische Orientierungen verdanken.

diese Grundlagen für den Austausch der verschiedenen ärztlichen und psychologischen Fachdisziplinen wichtig und vielleicht sogar unerlässlich.

Heute gilt das *Gehirn* als der »gestaltende« Ort der psychomentalen Abläufe: Was wir als psychische Aktivität erleben, ist an das Gehirn gebunden und von diesem »organischen Substrat« nicht unabhängig. Die Konzeption einer unabhängigen und getrennt vom Körper existierenden Seele entspricht nicht dem heutigen naturwissenschaftlichen und medizinischen Weltbild. Eine substanzielle Unterscheidung zwischen einer somatischen und einer psychischen Sphäre ist ebenso wenig haltbar. Alle psychischen Abläufe (z. B. Gedanken und Gefühle, subjektive Willensakte) sind vielmehr hirnorganisch gebunden, repräsentieren sich auch im unmittelbaren Körpergeschehen (Muskeltonus, Hormone, vegetatives Nervensystem) und sind daher nicht »rein psychisch«.

Die psychische Welt eines Menschen, seine »Seele«, existiert nicht präexistent vor dem Körper, sondern baut sich vielmehr im Rahmen seines individuellen biologischen Lebens auf. Durch sie wird der Mensch zum einzigartigen Subjekt. Was und wie der einzelne Mensch denkt und fühlt, stellt keine Eigenfunktion des Gehirns dar, sondern ist erfahrungsabhängig und geschieht immer mehr unter dem übergeordneten Einfluss eines sich Selbst bewussten Subjekts, eines Ich-Selbsts, das sich als übergeordnete Regulationsstruktur ausbildet. Seine lebensgeschichtliche Ausprägung ist psychologischen Gesetzmäßigkeiten der *Erfahrungsrepräsentation* und der *psychischen Strukturbildung* unterworfen. Dabei werden im Sinne eines lernenden Systems aus Erlebnissen und Erfahrungen wiederum erlebens- und erfahrungsverarbeitende Strukturen angelegt und verändert (Ausbildungen von neuronalen Netzwerken innerhalb des Gehirns, Genregulation). Letztlich wird im Zuge der Entwicklung der allgemeinen psychomentalen Abläufe die besondere Individualität des einzelnen Subjekts erzeugt, da jeder Mensch etwas anderes erlebt, andere Strukturen der Erfahrungsrepräsentation bildet und nicht zuletzt aus der Welt des Geistigen weitere Regulations-elemente heranzieht: Religion, Kultur, präformierte Einstellungen, die über die Medien transportiert werden oder als kulturabhängige Sozialisationsmuster (z. B. generationstypische Leiterfahrungen) in die Individualität des Subjekts Eingang finden.

Diese »innere Welt eines Menschen« (= die Psyche) organisiert sich dabei unter verschiedenen Prinzipien, die freilich zueinander widersprüchlich sind (Sicherheit versus Lust, Reizzufuhr gegen Reizschutz, Erhaltung der Art gegen Erhaltung des Einzelnen usw.), sodass sich ein permanentes inneres Konflikt- und Regulationsgeschehen ausbildet: Die Repräsentationen dieses komplexen, ständig sich in Bewegung befindlichen Ausgleichs- und Konfliktgeschehens der inneren Organisationsbildung, die sich vor dem Hintergrund unserer täglichen Erfahrung vollzieht, nehmen wir selbst als unser Seelenleben wahr. Durch die *organisierende Macht der Sprache* können wir es selbst in einem *Reflexionsmodus bearbeiten* und in einzelne Gedanken zerlegen. Dabei wird das selbstbeobachtende und übergeordnet regulierende *Ich-Selbst* zu einer *Instanz eigener Bedürftigkeit*, die als »Narzissmus« massiv ihre Interessen in das allgemeine innerseelische Regulationsgeschehen einbringt und – mehr und mehr die Befriedigung der vita-

len Bedürfnisse überformend – zu einem für die Gestaltung des Lebens zentralen Regulationsziel wird.

Unter den Bedingungen der modernen Zivilisation ist dabei die *Regulation von Affekten*, insbesondere Angst und Wut, sowie von aggressiven Strebungen fundamental.

Das Gehirn nimmt im Rahmen des »zerebralen Regulationsgeschehens« auch die *Funktion eines Speichers* wahr. In verschiedenen Strukturen »merken« sich das Gehirn bzw. das Nervensystem insgesamt stattgehabte starke Reize oder bestimmte Erlebnisse. Krankheit kann daher auch als Resultat eines Lernvorgangs oder als »Wiederholung des Vergangenen« auftreten. Kompliziert wird das Ganze durch den psychodynamischen Vorgang der *Abwehr*: Um seine Regulationsaufgaben erfüllen zu können, ist das Gehirn – oft dysfunktional – darauf »angewiesen«, sich bestimmter Inhalte oder Prozesse zu »entledigen«, seien sie nicht zu ertragen, nicht gedacht, nicht denkbar oder nicht sprachfähig. So wird gerade das sehr frühe Erleben *nur im Körpergedächtnis* erinnert und »eingeschrieben« (Embodiment), oder durch sich im Körper »niederschlagende« oder dort aufzufindende Erfahrungen versuchsweise »ausgedrückt«, es bleibt aber dem eigenen introspektiv-aufsuchenden Nachspüren des Ich-Selbst-Systems entzogen. Krankheitskonzepte der psychosomatischen Medizin von der »Organneurose«, der Alexithymie, der zweiphasigen Abwehr, der Somatisierung, *Pensée opératoire* bis hin zum »psychosomatischen Phänomen«, zur »mangelnden Mentalisierung« usw. verweisen auf einen konstitutiven Zusammenhang zwischen dem Nichtfühlen und Nichtsprechen (können) und der entsprechenden Entwicklung (psycho-)somatischer Krankheitsbilder.

Alle diese psychischen Prozesse finden im Gehirn statt und sind an *neuronale Netzwerke* gebunden, die einer natürlichen *Alterung* ausgesetzt sind. Das Gehirn als Organ ist als biologisches System vielen körperlichen Prozessen ausgesetzt und an ihr Funktionieren gebunden (Durchblutung, Stoffwechsel, Funktion der Nervenzellen, Synapsen usw.). Hier ist der Mensch wieder »ganz Körper«.

1.5 »Somatogen« und »psychogen« in der klinischen Situation

Die *Ausbildung einer körperlichen Krankheit* markiert einen kritischen Punkt innerhalb eines ansonsten kaum merklichen immunologischen und reparativen Prozessgeschehens, mit dem unser Körper seine Gesundheit erhält. Eine neue Situation ist eingetreten. Zu der Behebung von Krankheit und der Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit sind oft gezielte Maßnahmen »von außen« erforderlich, da die körpereigenen »Hilfssysteme« (Inaktivität, Immunsystem, Fieber) nicht ausreichen oder sich sogar kontraproduktiv auswirken. *Dabei spielt der Faktor Zeit eine große Rolle*: Je früher die Diagnose der Erkrankung gestellt wird und je früher die Behandlung beginnt, desto besser sind in der Regel die Heilungsaussichten. Seelische Hintergrundfaktoren, wie z. B. eine berufliche Überlastung oder aktuelle Begleitumstände, wie z. B. Angst, müssen erst einmal

auf die Seite gedrängt werden, bis die Diagnose gesichert ist, denn von ihr hängt alles Weitere ab. Dies führt in der üblichen medizinischen Praxis zu einem primären Zuschnitt auf das körperliche Geschehen. Seine Natur muss erkannt werden, damit Gegenmaßnahmen gegen die Krankheit nicht versäumt werden. Diese Fokussierung auf das Körperliche bringt mit sich, dass zunächst von einer somatogenen Ätiologie ausgegangen wird. *Somatogen* heißt in diesem Zusammenhang und vom Wortsinn her, dass die Krankheit des Patienten aus dem Körper entstanden ist (griech.: Soma = Körper; Genese = Entstehung). Hier liegende Ursachen (Blutungen, Entzündungen mit bestimmten Erregern, Strukturdefekte, Tumoren) müssen erkannt und behandelt werden.

Dies macht in der *klinischen Situation* die kategoriale Zuordnung »psychogen« (griech.: Psyche = Seele) zunächst zu einer Ausschlussdiagnose. Ein psychogenes Problem (z. B. die Herzangst bei der sog. Herzneurose) ist nicht so gefährlich wie ein Herzinfarkt. *Cum grano salis*: An einem psychogenen Problem kann man – abgesehen vom Suizid – nicht schnell sterben.

Ordnet man jedoch den entscheidenden und klinisch relevanten Grund einer körperbezogenen Störung der psychischen Welt des Patienten zu, d. h. der Welt seiner Gedanken, seiner Gefühle, seiner Antriebe oder seine Zwecke, ist dies schwerwiegend und auf vielen Ebenen (Patientenrolle, Art der Diagnostik und der Behandlung) richtungsentscheidend: Mit der Zuordnung »psychogen« ist ein **fundamentaler Wechsel** verbunden. Der Patient wird »zurückgeworfen« auf sein eigenes seelisches Funktionieren und auf seine persönliche Subjektivität. Der somatisch tätige Arzt sieht sich in der Regel an der Grenze seiner Rollenkompetenz. In der Behandlung psychogener Störungen sieht er oft nicht mehr seine genuin (fach-)ärztliche Aufgabe und sucht sich dessen – dabei ja oft durchaus im Sinne des Patienten denkend und handelnd (!) – durch Überweisung an die »Psychofachgebiete« zu entledigen. Denn in der Tat: Seelische Vorgänge lassen sich durch klassische ärztliche Maßnahmen nur in engen Grenzen beeinflussen, hier braucht es die Methoden der Psychotherapie und damit eine andere Herangehensweise an das Problem. Auf der Seite des Patienten stößt die Zuordnung »psychogen« nicht immer auf Akzeptanz. Wenn er nicht schon selbst, vielleicht für sich im Geheimen, entsprechendes vermutet hat, muss er oft sein erlerntes, traditionell körperorientiertes Krankheitskonzept umstellen.

1.6 »Psychogen« bedeutet nicht »psychisch« und bedeutet auch nicht »psychosomatisch«

1. »Somatogen« und »psychogen« sind nicht gleichbedeutend mit »somatisch« und »psychisch«.

Während die Begriffe »somatogen« und »psychogen« den *Ursachenbereich* einer Symptomatik, einer Störung oder einer Erkrankung bezeichnen, wird durch das Adjektiv »somatisch« oder »psychisch« der *Ort* der Erkrankung erfasst. Es wird näher bezeichnet, wo die Krankheit sich ausgebildet hat und damit eine Zugehörigkeit erfasst.

Zur Illustration der Unterschiede seien folgende **Beispiele** genannt: So führen manche *hirnorganisch bedingten Erkrankungen* zur Veränderung des Erlebens oder der Affekte (z. B. zur typischen Affektlabilität). Hier handelt es sich dann um psychische Symptome. Sie werden im Bereich der Psyche manifest, verändern die psychomentalen Abläufe und greifen auch in die subjektive Welt der Erfahrungsrepräsentation über, aber sie sind eben nicht psychogen, sondern somatogen. Bei der durch hirnorganische Abbauprozesse bedingten Affektlabilität handelt es sich demgemäß um ein somatogenes psychisches Symptom.

Eine *Depression* wäre dagegen eine psychische, aber nicht unbedingt eine psychogene Erkrankung, da die Natur der Erkrankung und ihre Ätiologie im diagnostischen Prozess erst bestimmt werden müssen.

Es gibt auch somatogene Depressionen, z. B. nach der Einnahme von bestimmten Medikamenten oder bei endokrinen Störungen. Bei manchen Depressionsarten ist die Ätiologie strittig und unbekannt, so bei der ehemals sog. endogenen Depression. Psychogen wäre z. B. die narzisstische Depression eines an seinen Lebenszielen gescheiterten Menschen.

2. »Psychogen« ist auch nicht mit »psychosomatisch« gleichzusetzen.

Indes hat das Wort »psychosomatisch« mehrfache voneinander abgrenzbare Bedeutungen:

»Psychosomatisch« dient zunächst der *Bezeichnung einer ganzheitlichen Perspektive* auf eine Erkrankung, ihre Ursachen und ihren Verlauf. So kann man etwa sagen: »Aus einer psychosomatischen Perspektive erscheint die chronische Lungenentzündung von Herrn E. als die Folge einer schweren Kränkung«. Die psychosomatische Perspektive verbindet grundsätzlich eine bestimmte Erkrankung und die Person des Kranken.

Als Adjektiv kennzeichnet »psychosomatisch« bei einer Krankheit oder einer körperlichen Funktionsstörung, dass hier *seelische und körperliche Aspekte* eng miteinander *verbunden* sind oder in einem kaum trennbaren engen *Wechselverhältnis* stehen. So kann man etwa sagen, dass es sich bei funktionellen körperlichen Beschwerden, die als Affektäquivalent (z. B. von Angst, Ärger oder Wut) auftreten, um psychosomatische Störungen handelt.

»Psychosomatisch« oder »somatopsychisch« finden darüber hinaus Verwendung als *Bezeichnung für Ursachen-Folge-Beziehungen*, welche sich von der Seele auf den Körper oder von dem Körper auf die Seele auswirken. So kann man z. B. bei der Colitis ulcerosa von einem psychosomatisch-somatopsychischen Zirkel sprechen. Nach dieser Vorstellung liegt der Anfang der Störung in der Psyche (z. B. eine Überforderung in einer Trennungssituation bei unzureichender Objekt Konstanz), die mangels angemessenen Affektausdrucks via Somatisierung zu einem Körpergeschehen im Dickdarm (Entzündung) führt; die damit verbundenen Schmerzen, Einschränkungen und körperlichen Folgen bedingen eine hochgradige Irritierbarkeit im sozialen Kontakt, eine zunehmende Fokussierung auf das eigene Körpergeschehen und sozialen Rückzug.

3. Die **diagnostischen Kategorien in der ICD-10** vermeiden ohnehin sowohl die Begriffe »psychogen« wie auch den Begriff »psychosomatisch«.
- Für die funktionellen Störungen (psychosomatische Störungen ohne Gewebeschädigung) werden die Klassifikationen »Somatoforme Störungen« bzw. »Somatisierungsstörungen« verwendet. Körperliche Erkrankungen, die früher als »Psychosomatosen« bezeichnet wurden (psychosomatische Erkrankungen mit der Struktur der Körpergewebes betreffenden Störungen), werden zusätzlich zur Klassifikation der körperlichen Erkrankung in der ICD-10 mit der Kategorie F54 bezeichnet: Damit wird angezeigt, dass »psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse« in der Ätiologie der Erkrankung eine größere Rolle spielen, als dies bei körperlichen Erkrankungen üblich ist, und die psychischen Symptome vergleichsweise gering ausgeprägt sind.

1.7 Zur Definition und Entstehung psychogener Störungsbilder

Was sind dann psychogene Störungsbilder und wie entstehen sie? Wann ist der Gebrauch des Begriffes gerechtfertigt und richtig?

Wenn wir die alten griechischen Vorstellungen zur »Psyche« (mit dem Begriff »Psyche« war Atem und Bewegung verbunden) hintanstellen und Psyche mit dem deutschen Wort »Seele« gleichsetzen, bedeutet eine Störung oder Krankheit als »psychogen« zu bezeichnen, genau genommen zweierlei: Die Beschwerden eines Patienten haben ihren wesentlichen Ursprung in der Psyche. Gleichzeitig bedeutet es aber auch, dass sie in ihrer Erscheinungsform letztlich in der Sphäre des »Psychischen« verbleiben, auch wenn dafür die »Bühne« des Körpers benutzt wird. Mit »Psyche« ist, wie oben beschrieben, im Wesentlichen die subjektive Welt der Erlebensrepräsentation eines Menschen gemeint. Dazu gehören seine Affekte und Emotionen, Erinnerungen und Gedanken, Wünsche und Ziele und die dort vorherrschenden Eigengesetzlichkeiten des Verhaltens und Erlebens. Indem es in diesem zwar hirngengebundenen, aber im Wesentlichen durch die eigene Lebensgeschichte und Repräsentationen funktionell strukturierten Hirnbereich zu Störungen durch Unverträglichkeiten, Überlastungen, Konflikten kommt, die über *Innervationen im somatischen (nicht vegetativen) Nervensystem* auf den Körper als »Folgeorgan« oder »Ausdrucksorgan« zugreifen, kommt es zur Entwicklung »psychogener Störungen«. Es handelt sich also um eine relativ kleine, spezielle Gruppe von Krankheitsbildern.

Klassische Beispiele sind die Entwicklung psychogener Taubheit, psychogener Blindheit, psychogener Lähmungen und psychogener Anfälle. Gern wird zu ihrer Erklärung das Konzept der Dissoziation herangezogen. Meistens handelt es sich um ein unmittelbares Ausdrucksgeschehen oder auch die Hemmung von Impulsen. In dieser sehr engen Definition einer psychogenen Störung entspricht diese der früheren Auffassung der »Konversionsneurose«.

Fallbeispiel

Eine ältere, fein und gepflegt wirkende Dame wird mit einer akuten Lähmung der rechten Hand in die Notfallaufnahme gebracht. Sie zeigt eine schlaaffe Lähmung des ganzen Arms, die Finger sind allerdings ansatzweise zur Faust geballt. Es handelt sich um eine psychogene Lähmung. Sie hatte den fast unbezwingbaren Impuls, ihrer Schwester, über die sie sich sehr geärgert hatte, einen Faustschlag zu versetzen. Sie konnte dies nur vermeiden, indem fast die gesamte Motorik des Arms »stillgelegt« wurde.

Die Diagnose einer so verstandenen psychogenen Störung wird – neben einer somatischen Ausschlussdiagnostik – durch Nachweis bzw. Rekonstruktion des psychischen Entstehungszusammenhangs gestellt. Klassischerweise bildet sich eine solche Symptomatik unter einer Hypnose zurück.

Diese psychogenen, auf dem Wege einer Konversion oder Dissoziation entstandenen Störungen sind vergleichsweise selten. Darüber hinaus findet man auch einen weiteren und weniger scharf abgegrenzten Begriff von »psychogen«, bei dem auf das Merkmal »die Störung verbleibt im Bereich der psychischen Welt« verzichtet wird.

»Psychogen« soll dann besagen, dass das psychische *Ursachenbündel überwiegt*, der Körper dabei eher nur das Erfolgsorgan psychischer Abläufe darstellt. Dann sind in den Bereich des »Psychogenen« auch funktionelle Störungen einbezogen, die über das vegetative Nervensystem vermittelt werden, z. B. funktionelle Bauchschmerzen als Angstäquivalent.

Gerade in der Klinik und im Konsilwesen wird »psychogen« dann in diesem weiteren Sinne gebraucht, in dem sich der Unterschied zum Begriff »psychosomatisch« wieder verwischt. »Psychogen« heißt dann: »überwiegend psychisch bedingt«. Manchmal wird auch etwas unscharf von »psychogenen Anteilen« gesprochen. Richtiger wäre es, im Sinne der hier entwickelten Argumentation von einer »psychischen Mitbeteiligung« zu sprechen.

1.8 Der Fehler »psychogen« in der Differenzialdiagnostik – eine Übersicht

Vor dem Hintergrund dieser Betrachtungen soll nun eine **Systematik der Fehlermöglichkeiten** um den »psychogenen Fehler« versucht werden. Allgemein wird bekanntlich bei einer medizinischen Untersuchung so vorgegangen, dass ein Symptom zunächst als körperlich bedingt angenommen wird. Das grundsätzliche Vorgehen kann folgendermaßen skizziert werden: Aus dem Bild der Symptome (1), der berichteten Anamnese (2) und der erhobenen Untersuchungsbefunde (3) wird eine klinische Diagnose (4) als erstes Arbeitsmodell gestellt. Es werden weitere Untersuchungen (5) durchgeführt, welche die Diagnose bestätigen, präzisieren oder verwerfen (6). Die Stellung der zutreffenden Diagnose (idealerweise die Zuordnung zu einem bekannten, möglichst umschriebenen und in seiner Ätiopathogenese bekannten Krankheitsbild) ermöglicht die Einleitung einer Therapie (7).

Auf jeder Stufe dieses Prozesses können wir hypothetisch psychogenetische Aspekte/Zuflüsse annehmen – die zutreffen können –, die uns aber auch in eine falsche Richtung führen können. Die Gründe für die Annahme einer psychischen Mitbeteiligung an einer zur Diskussion stehenden Erkrankung soll nun im Folgenden für jede Etappe des diagnostischen Prozesses im Einzelnen näher betrachtet werden. Dazu sollen aus unserer Erfahrung typische *Fehlermöglichkeiten* beschrieben werden.

1. Die Ebene der Symptombilder und der Symptompräsentation

- *Gründe für die Annahme einer »Psychogenie«:* Die Symptome wirken als solche nicht körperlich, sondern psychisch bedingt. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn der Patient dies selbst meint, bei ihm eine psychische Störung bekannt ist oder das Symptom dem Arzt »merkwürdig« vorkommt, schwer einzuordnen ist oder der Patient insgesamt »komisch« wirkt.
- *Fehlermöglichkeiten:*
 - Viele »merkwürdige« Symptome sind wegen ihrer relativen Seltenheit dem Arzt in ihrer besonderen Charakteristik nicht bekannt oder nicht unmittelbar geläufig: z. B. ein intermittierendes Zusammenkneifen der Augen (Blepharospasmus), ein Zittern in jungen Jahren (essentieller Tremor), ein Zucken kleiner Muskelgruppen (Faszikulationen) bei Nervendegeneration, Schilderungen von epileptischen oder narkoleptischen Anfallsereignissen.
 - Dazu gehört die Verkennung eines Krankheitsbildes als psychogen, weil man die Symptome nicht einordnen kann, diese einem gewöhnlichen Muster widersprechen (z. B. »Ziehen des Kopfes« bei beginnendem Torticollis spasmodicus) oder eine situative Gegebenheit des Auftretens der Symptomatik eine psychogene Interpretation nahe legt (z. B. Kopfschmerzen beim Geschlechtsverkehr, die jedoch Hinweis auf eine drohende Subarachnoidalblutung bei intracranialer Druckerhöhung sein können).
 - Dazu gehören auch falsche Schlüsse, die aus der Variabilität des Symptoms unter seelischen Einflüssen gezogen werden (Beispiel: Am Wochenende geht es besser, nach der Trennung wurde es schlimmer, Stress provoziert), die scheinbar auf eine psychische Ätiologie verweisen, die Symptomatik jedoch nur unspezifisch moduliert haben. So kann eine Ursache ganz anderer Art (z. B. ein rein hochgradiger Vitamin-B₁₂-Mangel) übersehen werden. Viele körperlich bedingte extrapyramidale Bewegungsstörungen verstärken sich unter emotionaler Anspannung, ohne dass dies den Rückschluss auf eine »Psychogenie« rechtfertigt.
 - Nicht zuletzt wird oft aus Eigenheiten und Ungewöhnlichkeiten der Symptompräsentation (»Auffälligkeiten«, »komisches Verhalten«, »forderndes Verhalten«) auf eine psychogene Ätiologie geschlossen. Doch mag ein Patient in einer ganz bestimmten, fast bizarr anmutenden Haltung verharren, weil nur diese den Druck auf die Nervenwurzel durch die Bandscheibe vermindert. Zu auffälligen Symptompräsentationen kann es auch kommen, wenn der Patient (zu Recht) der Auffassung ist, da »müsse doch etwas sein«, doch immer wieder damit »abgelehnt« wurde, und der Patient sich

scheinbar auf die Beschwerde versteift und fixiert. Nicht zuletzt kann der Patient aber auch in seiner Persönlichkeit »einfach so sein, wie er eben ist«, ohne dass seine besondere persönlichkeitsbedingte Art, mit sich, seinem Körper oder der Welt umzugehen, in einem kausalen oder funktionellen Zusammenhang zu seinen Beschwerden steht.

Fallbeispiel

Ein 40-jähriger Patient wird wegen lokaler Rückenschmerzen in einer neurologischen Ambulanz vorgestellt. Er schildert einen starken Schmerz, der nur mit Opiaten aushaltbar sei. Die den Patienten begleitende Schwester des Patienten nimmt hinter dessen Rücken mit dem Arzt Kontakt auf und weist auf seinen hohen Schmerzmittelgebrauch hin. Es entsteht der Verdacht auf eine Substanzabhängigkeit, umso mehr, als die erhobenen neurologischen Befunde unauffällig sind. Erst später stellt sich eine Entzündung der Bandscheibe (Discitis) heraus.

- Im weiteren Sinne gehört zum psychogenen Fehler auf der Symptomebene auch die Fehlinterpretation von Auswirkungen körperlicher Einschränkungen und Symptome auf das psychische Erleben und Verhalten, indem hier auffallende »Merkwürdigkeiten« dann (fälschlicherweise) als Beleg für eine psychogene Ätiologie herangezogen werden. So müssen Patienten mit einer Colitis ulcerosa immer die nächste Toilette im Blick haben, sind so auf ihren Stuhlgang »fixiert« und daher auch »eingeschränkt« in den sozialen Kontakten. Migränepatienten machen die Erfahrung, dass die strenge Einhaltung regelmäßigen und gleichmäßigen Lebens die Anfallsfrequenz senkt und wirken daher »überkontrolliert«, »wenig spontan«. Der Rückzug ins dunkle Zimmer dient dem Ziel des Reizschutzes bei einer anfallsbegleitenden Überempfindlichkeit gegenüber Licht und Geräuschen und stellt keine »depressive Reaktionsform« dar, die sich als Hinweise auf eine psychogene Ätiologie werten ließe. Beim Störungsbild der Fibromyalgie kann die Berührung des Körpers sehr schmerzhaft sein, was zärtliche Umarmungen erschweren und Eheprobleme nach sich ziehen kann.
- ## 2. Die anamnestischen Angaben und die Betrachtung der Vorgeschichte
- *Gründe für die Annahme einer »Psychogenie«:* Die Anamnese wirkt »insgesamt psychisch«. Dies ist besonders der Fall bei einer belasteten Vorgeschichte oder krisenhaften Lebenssituation: Es wird über belastete Kindheiten mit Stress, Trauma, Depressionen oder Ängsten berichtet, oder gegenwärtig besteht vielleicht eine instabile Lebenssituation mit vielen Belastungen. All dies kann ja wirklich auf eine psychische oder psychosomatische Erkrankung hinweisen. Die Wirkzusammenhänge sollten im Einzelnen aufgedeckt und mit dem Erleben und der Selbsteinschätzung des Patienten abgeglichen werden.
 - *Fehlermöglichkeiten:*
 - Es kommt zu einem zu schnellen Bezug oder einer Fehlattribuierung der Körperbeschwerde zu den anamnestischen Vorgaben. Es wird zunächst

nicht unabhängig, interpretationsfrei gedacht. Es dann wird im Einzelnen nicht mehr kritisch nachrekonstruiert, wie sich die jetzt vorgetragenen Körperbeschwerden entwickelt haben, indem diese unbesehen in das bereits bekannte »psychische Bild«, z. B. einer Depression, eingeordnet werden.

Fallbeispiel

Ein Mitte 60-jähriger Patient kommt zum psychotherapeutischen Arzt auf Veranlassung seiner ärztlichen Golf Freunde, denen aufgefallen ist, dass er nicht mehr so gut spielt wie früher. Die Freunde haben den Eindruck, dass der Patient depressiv sei. Er selbst füllt die beiden ersten Interviewstunden mit Schilderungen einer anhaltend schwierigen Ehesituation, aus der er sich nicht mehr befreien könne. Es liegt nahe, angesichts dieser Belastung dem Eindruck der Golf Freunde zu folgen und einen »depressiven Einbruch« zu vermuten. Die parallel durchgeführte organmedizinische Diagnostik ergibt jedoch eine Amyloidose mit raschem Verlauf. In der Rückschau musste der psychotherapeutische Arzt (UL) sich eingestehen, dass ihm zwar das »alles noch nicht richtig eingeleuchtet« hatte, dass er aber von sich aus den Charakter einer anlaufenden schweren organischen Erkrankung mit Hirnbeteiligung in der Erstbegegnung mit dem Patienten nicht erkannt hatte und womöglich auch im weiteren Verlauf zunächst nicht erkannt hätte.

- Mit dem Unerwarteten, Unbekannten und Neuen wird nicht gerechnet.
- An dieser Stelle sei auf den zuweilen fast inflationären Umgang mit dem Begriff des »Traumas« hingewiesen, auf das nicht selten rekurriert wird, ohne überhaupt die tatsächliche Bedeutung etwaiger entsprechender Vorgänge mit dem Patienten einigermaßen adäquat zu erfassen.

Fallbeispiel

In der psychosomatischen Ambulanz wird aus der Rehabilitationsabteilung einer großen Klinik ein Ende 40-jähriger Patient vorgestellt. Er war Opfer eines schweren Raubüberfalls in seiner Wohnung, er wurde dabei gefesselt und halb bewusstlos geschlagen und hatte Todesangst.

In der Reha fällt ein »Ringen nach Luft« auf. Dies führt zu der Überlegung, der Patient habe vielleicht den Überfall seelisch nicht überwunden und deswegen Asthmabeschwerden entwickelt. Das Zimmer des Untersuchers liegt im zweiten Stock und ist nicht über einen Fahrstuhl zu erreichen. Der Patient keucht beim Treppensteigen und zeigt eindeutig die Zeichen einer belastungsabhängigen Dyspnoe. Es wird eine neuerliche pulmologische Diagnostik veranlasst. Die Bronchoskopie findet einen kleinen Hühnerknochen im Bronchialsystem, der für die Reizzustände des Patienten verantwortlich war. Der Patient hatte eine entsprechende Mahlzeit zu sich genommen, als er überfallen wurde, und sich offenbar dabei verschluckt.

3. Die Ebene der körperlichen Untersuchungsbefunde

- *Gründe für die Annahme einer »Psychogenie«:* Der Schluss auf eine psychische Ätiologie geschieht aus dem Fehlen positiver, die körperliche Störung erklärender Untersuchungsbefunde. Dieser Schluss entspricht z. B. dem üblichen und typischen – pragmatisch geprägten – Vorgehen bei der konsiliarischen Zuweisung psychosomatischer Patienten in der Klinik.

Hier kann man unterscheiden:

- Es lassen sich keine pathologischen körperlichen Untersuchungsbefunde erheben.
- Die erhobenen körperlichen Untersuchungsbefunde erklären die berichteten Beschwerden nicht oder nicht ausreichend.
- Etwaige doch gefundene körperliche Untersuchungsbefunde werden als psychogen interpretiert.
- Die bei der körperlichen Untersuchung erhobenen Befunde sprechen sogar für eine psychogene Ätiologie. Meist geht es dabei um Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben des Patienten einerseits und den in der Untersuchungssituation erhobenen Befunden. So können Patienten etwa sagen, sie würden ab der Höhe des Bauchnabels abwärts nichts mehr spüren, aber diese Grenze entspricht nicht der Grenze der Dermatome, auf die es dabei ankommt. Entsprechendes gilt für die Lokalisation von Beschwerden nach der »Kleiderordnung«. Offenkundig diskrepant ist ein Mangel an Zeichen einer Muskelatrophie bei länger bestehender Parese. Auch ein »tadelloses EKG« mag Zweifel an der organischen Dignität einer geklagten Rhythmusstörung wecken.

Diese Grundkonstellationen liegen als »Evidenzgründe« bei vielen Überweisungen in das psychosomatische oder psychotherapeutische Fachgebiet vor. Streng genommen handelt es sich freilich bei der Abwesenheit von körperlichen Untersuchungsbefunden um eine notwendige, nicht jedoch um eine hinreichende Bedingung für eine psychogene Erkrankung.

● *Fehlermöglichkeiten:*

- Das Fehlen körperlicher Untersuchungsbefunde erklärt sich nicht aus einer psychogenen Ätiologie, sondern daraus, dass die körperliche Krankheit keine leicht wahrnehmbaren Befunde erzeugt (z. B. eine langsam beginnende Autoimmunerkrankung, die sich irgendwo im Körper entwickelt).
- Die körperlichen Untersuchungsbefunde werden fälschlicherweise als Folgen von »psychischer Unruhe« interpretiert, (z. B. Entzündungen des Nagelbetts, die vom »nervösen Kratzen« kämen, es liegt jedoch eine Psoriasis vor).
- Auch wenn die Befunde scheinbar überzeugend auf eine psychogene Ätiologie hinweisen, kann es sich um eine psychische Überlagerung eigentlich somatisch bedingter Symptome handeln, gerade bei klinischen Sensibilitätsuntersuchungen (selbstunsichere oder am eigenen Körper schlecht orientierte Menschen).

4. Die Diagnose wird im psychischen Raum verortet.

- *Gründe für die Annahme einer »Psychogenie«:* Aus einer Gesamtschau aller Beobachtungen und Befunde wird eine somatische Ursache der Beschwerden für (extrem) unwahrscheinlich gehalten.
- *Fehlermöglichkeiten:*
 - Dies kann vorschnell und ohne Nachdenken oder von vornherein geschehen, ohne dass wirklich die Zusammenhänge kritisch geprüft werden. Es

wird dann eine psychische Diagnose gestellt, die »irgendwie passt«. Oft wird eine häufiger vorkommende psychische Erkrankung gewählt. Dabei werden jedoch die diagnostischen Grenzen gelegentlich überdehnt (z. B. bei der Depression). Bestimmte Störungen werden gerne gewählt, und schon in mancher diagnostischen Frage an den Patienten verpackt: »Könnte es sein, Herr X., dass Sie in der letzten Zeit – auch ohne fassbaren Grund – ein wenig niedergedrückt sind?« – und schon ist der diagnostische Weg zur »Depression« offen. Gerade die Diagnosen »Depression« und »Angststörung« bieten sich hier in besonderer Weise an, da sie nicht zuletzt pharmakologische Therapieoptionen haben und man so »etwas tun« kann.

- Zum Spektrum möglicher Fehler auf dieser Ebene gehören das *vorzeitige Beenden der körperlichen Diagnostik* und ein *zu frühes Zusammendenken der Befunde* bei Depressionsverdacht, beim Verdacht auf eine »Angststörung« oder beim Vorliegen offenkundiger psychosozialer Belastungen. Dies soll kein Plädoyer dafür sein, alles zu untersuchen, was »geht«, und erst dann die Fragen einer psychischen Mitbeteiligung zu stellen. Eine extensive, nicht unbedingt hypothesengesteuerte Diagnostik kann auch zu einer Fixierung eines Patienten auf eine rein körperliche Ursache führen und einen psychotherapeutischen Zugang erschweren oder gar verunmöglichen. Doch sollte man weiter an das Seltene denken, die Fragen offen halten und evtl. noch anstehende körperliche Untersuchungen als Ausschlussuntersuchungen zur Verbesserung der diagnostischen Sicherheit dem Patienten und sich selbst gegenüber verstehen und grundsätzlich befürworten.
- Zu dem hier abgehandelten »Verortungsfehler« gehört im weiteren Sinne das Nichternstnehmen der *körperlichen Folgen einer Suchterkrankung*, die nicht ausreichend diagnostiziert werden.
- Weiter mag man als in der Psychotherapie Tätiger das Faktum zu wenig berücksichtigen, dass der Mensch *grundsätzlich ein biologisches Wesen* ist und viele exogene Faktoren auf sein Befinden einwirken (Bewegung, Licht, Wetter, Ernährung), und eben nicht nur das psychomentele Geschehen.
- Schließlich wäre hier ein Fehler zu nennen, der sich durch den *Gebrauch der modernen Klassifikationssysteme* vermittelt, die zu Unrecht auch eine weitgehende »Definitionsmacht« über nosologische Fragen erlangt haben. Dieser »Fehler« ist bereits tief im ärztlichen Denken verwurzelt und ihm soll daher etwas ausführlicher nachgegangen werden:
Auch wenn die Entwicklung der international gültigen diagnostischen Systeme der Krankheiten einerseits als großer Fortschritt gelten kann, gilt es aber andererseits gerade im Bereich der psychischen Störungen festzuhalten, dass es sich dabei keineswegs um eine Nosologie (Krankheitslehre mit voneinander abgegrenzten Krankheitsbildern mit je eigener Ätiologie und Pathogenese) handelt. Es handelt sich vielmehr um eine vor allem symptomorientierte Klassifikation. Die sich daraus ergebenden impliziten Fehlermöglichkeiten sollen am Beispiel der derzeit international gebräuch-

lichen »International Classification of Diseases« in der 10. Auflage (ICD-10) gezeigt werden, die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde. Die Klassifikationen im Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) zielen im Grundsatz vor allem auf die operationale Zuordnung von Symptomen zu diagnostischen Klassifikationen, nicht zu bestimmten Erkrankungen. So finden wir unter F32.0 die Diagnose »leichte depressive Episode«, ohne dass eine solche »Episode« einer bestimmten Krankheitsentität, wie z. B. einer neurotischen Depression oder einer endogenen Depression, zugeordnet werden kann. Damit ist die Erkenntnisbildung in Richtung auf die wahren ätiologischen und pathogenetischen Zusammenhänge hintangestellt bzw. verunmöglicht und nicht mehr in erster Linie diagnostisch relevant. Wenn nun die diagnostischen Klassen der ICD als Krankheiten im Sinne umschriebener Krankheitsbilder verkannt werden, indem die diagnostischen Klassen als nosologische Entitäten behandelt werden und die bestehenden fundamentalen Unterschiede innerhalb der diagnostischen Klassen in der Alltagspraxis eingeebnet werden, bilden sich letztlich »*epistemologisch falsche Diagnosen*« heraus. Sie haben zur Folge, dass Arzt, Patient und Medizinsystem gar nicht mehr anders können, als sich fehlerhaft zu verhalten. Die ICD-10-gestützte Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) ist dafür ein anschauliches Beispiel.

- Ein Klassifikationskriterium in der ICD-10 ist zudem in einer psychiatrischen Perspektive das »*auffällige Verhalten*«. So ist definitionsgemäß für die Diagnose einer »Somatoformen Störung« erforderlich, dass der Patient an einer organischen Verursachung seiner Beschwerden festhält und sinngemäß dadurch »auffällig« wird. Einem Patienten, der von sich aus sagt, seine Magenbeschwerden hingen wahrscheinlich damit zusammen, dass er es »im Betrieb und in der Familie nicht mehr auf die Reihe bekommt«, wird jedoch in der klinischen Alltagspraxis ebenfalls die Diagnose einer »Somatoformen Störung« zugeordnet, ohne dass das Kriterium der Fortdauer der Klage als somatisches Symptom erfüllt ist. Solche konzeptionellen *Ungenauigkeiten* machen das begriffliche diagnostische Instrumentarium unscharf und bringen *falsche Zuschreibungen* mit sich.
- Gerade mit der psychiatrisch geprägten Orientierung am »auffälligen Verhalten« ist mit den klassifikatorischen Diagnosen der ICD-10 eine *psychosomatische Denkschule*, wie z. B. die integrierte psychosomatische Medizin im Sinne Th. v. Uexkülls, *ins Abseits* gestellt worden, die letztlich einer holistischen Perspektive verpflichtet ist.
- Für den damit verbundenen klinischen Wissensverlust mag das *Beispiel der sog. Somatisierungsstörung* herangezogen werden. Diese Diagnose beinhaltet heute (nur noch) das anhaltende Klagen von vielfältigen körperlichen Beschwerden und leichten Funktionsstörungen beim Fehlen erklärender Befunde nach bestimmten Zeit- und Ausprägungskriterien. Damit ist jedoch das *grundlegende und ursprüngliche Konzept*, das sich mit der Somatisierung, d. h. der »Verkörperlichung« von Affekten, verbindet,

dem diagnostischen Denken entzogen, und der klinische Begriff der Somatisierung ist innerlich ausgehöhlt. Nun stellt aber der Abwehr- bzw. Bewältigungscharakter der »Somatisierung« nach vielfältiger klinischer Erfahrung nicht selten den Versuch des betroffenen Patienten dar, sich einer unerträglichen Spannung zu entledigen, die andernfalls dazu geführt hätte, dass der Mensch es in seiner Situation nicht mehr ausgehalten hätte. Somatisierung ist damit eines der vielfältigsten und klinisch relevantesten Bewältigungs- und Abwehrphänomene. Ihr Gewinn besteht gerade darin, dass es gelingt, wenngleich um den Preis einer körperlichen Beschwerde, eben gerade nicht psychisch auffällig zu werden. Diese feinen, aber klinisch hochrelevanten Zusammenhänge werden durch die diagnostische Begrifflichkeit der Somatisierungsstörung in der ICD-10 verwischt bzw. nicht abgebildet. So bleibt im Ergebnis der Begriff der Somatisierungsstörung eher auffälligen und nicht »einsichtigen« Patienten vorbehalten, während sich bei vielen der eigentliche dynamische Vorgang in der Entwicklung von funktionellen Körperbeschwerden der begrifflichen diagnostischen Erfassung entzieht. So wird die »Somatisierungsstörung« nach ICD-10 letztlich zum *Einfallstor für falsche diagnostische Beurteilungen* im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma. Falsche Begriffe können falsche Praxis nach sich ziehen.

5. Die Ebene der zusätzlichen Untersuchungen und der »Ausschlussdiagnostik«

- *Gründe für die Annahme einer Psychogenie:* Die eingeleitete »Ausschlussdiagnostik« ergibt keine wegweisenden Befunde, welche die Annahme einer körperlichen Erkrankung rechtfertigen.
- *Fehlermöglichkeiten:*
 - Angesichts der offenkundigen Evidenz einer vorrangig psychisch bedingten Störung wird überhaupt keine weitere Ausschlussdiagnostik eingeleitet. Diese kann weiter zu diffus sein oder zu wenig mit dem Ehrgeiz betrieben werden, auch das Seltene aufzuspüren. Eine gute Diagnostik sollte zielgerichtet sein, ohne den Blick für mögliche Raritäten zu verlieren. Es findet meist nur der, der weiß, wonach er sucht.
 - Aber auch die Grenzen von z. B. Laborbefunden oder einzelner bildgebender Verfahren müssen reflektiert werden. Natürlich ist die heutige Aussagekraft der Laborchemie und der Bildgebung eindrucksvoll, aber sie hat eben Grenzen. Es ist ein offenkundiger gedanklicher Fehler, wenn die Feststellung »es ist alles gemacht« als zwingendes und nicht bloß hinweisendes Argument für »Psychogenie« verwendet wird. Gerade wenn auch die Organdiagnostik an ihre Grenzen stößt oder vielleicht auch den entscheidenden Befund nicht darstellen konnte, so muss dies nicht »Psychogenie« bedeuten.

Fallbeispiel

In diesem Fallbeispiel geht es zwar nicht um »Psychogenie« im engeren Sinne, es mag aber doch veranschaulichen, wie es im Umfeld des Begriffes »Psychosyndrom« zu diagnostischen Einengungen und Fehlern kommen kann. Auf die gerontopsychiatrische Station eines großen psychiatrischen Krankenhauses wird ein knapp 70-jähriger Patient mit einem »unklaren Psychosyndrom« verlegt. Man habe in der Aufnahmestation »alles gemacht«. Die Liste der vorgenommenen diagnostischen Maßnahmen ist in der Tat eindrucksvoll. Allerdings sind sie in der Krankenakte nur mit o. B. bezeichnet. Nun müsse der Patient erst einmal weiter beobachtet werden. Auf der peripheren Station sind die diagnostischen Möglichkeiten und Erfahrungen begrenzt. Es wird noch eine Lumbalpunktion vorgenommen und an eine seltene Enzephalitis gedacht. Niemand sieht die Notwendigkeit, den Patienten in eine Hochleistungsklinik zu verlegen. Erst als er dann immer mehr verfällt und schließlich unter der Entwicklung massiver Temperaturen akut dekompensiert, wird deutlich, dass er an einem unerkannten subphrenischen Abszess leidet, der sich der Bildgebung im Computertomogramm und dem Oberbauchsonogramm entzogen hat. Das nicht mehr zu steuernde septische Geschehen führt zum Tod des Patienten.

- Schwerwiegende Fehler können aus einer zu laxen alltagspraktischen Einstellung entstehen, sich mehr oder weniger blind darauf zu verlassen, dass alles Organische schon ausgeschlossen sei, etwa in dem Gedanken: »Der Patient war ja schon da und da«, und »die werden es schon gemacht haben«. Damit wird die Verantwortung für die konkrete klinische Situation des Patienten nicht mehr voll übernommen, was zu schweren Fehlern führen kann. Das Nachdenken über die Ursachen von Störungen kann nicht fachspezifisch bezogen bleiben. Natürlich hat jeder Grenzen seines Wissens und seines fachspezifischen Zugangs, die auch beachtet werden müssen. Dennoch bleibt jeder heilkundlich Tätige dem gesamten Gesundheitszustand des Patienten verpflichtet und kann sich hier nicht auf dem Wege einer Rollenexklusion (z. B. »Es ist nicht meine Aufgabe als Psychotherapeut, mich um körperliche Fragen zu kümmern, das ist die Aufgabe der Ärzte.«) frei machen.
- Manches Mal wird bewusst auf weitere diagnostische Maßnahmen verzichtet, um die »somatische Schiene« nicht einzuschleifen, um dem »Krankheitsbedürfnis« des Patienten nicht weiter nachzukommen, weil sowieso »alles klar« ist, weil »die meisten Beschwerden in der Allgemeinpraxis psychisch bedingt« sind oder aus »Kostengründen«. Als einzige diagnostische Maßnahme wird eine Überweisung zum psychiatrischen oder psychotherapeutischen Spezialisten ausgestellt, die gleichzeitig mit einer Überweisung zur Therapie oder sogar der Bitte darum verbunden ist: Wenn der psychotherapeutische Diagnostiker der Auffassung ist, die Krankheit behandeln zu können, dann soll er es auch tun. Damit ist aus der diagnostischen Maßnahme bereits die Einleitung einer Therapie geworden, bevor noch die Beurteilungen des psychotherapeutischen Diagnostikers und späteren Behandlers einer kritischen Reflexion durch den überweisenden Arzt unterworfen wurden. Dagegen wäre nichts zu sagen, wenn darin nicht eine Fehlermöglichkeit stecken würde. Sie resultiert dar-

aus, dass die kritische Beurteilung der Einschätzung des psychotherapeutischen Spezialisten vor dem Hintergrund der ursprünglichen Beobachtungen und Befunde des Zuweisers unterbleibt. Der zuweisende Somatiker kommt dadurch zu schnell »aus dem Spiel«. Oft bekommt er keine Rückmeldung und verliert den Fall aus dem Blick. Er fühlt sich nicht mehr zuständig. Seinerseits fordert er die Kommunikation mit dem psychotherapeutischen Spezialisten aber auch nicht ein. Dadurch geht das Korrektiv der »allgemeinen ärztlichen Erfahrung« oder des »ärztlichen Blicks« verloren, das den psychotherapeutischen Diagnostiker und Behandler vor der Enge des eigenen Horizontes und den damit verbundenen Indikations- und Behandlungsfehlern bewahren kann.

6. Ebene der Zusammenschau der Befunde

- *Gründe für die Annahme einer »Psychogenie«:* Alle Beobachtungen und Befunde sprechen dafür, dass keine körperliche Erkrankung vorliegt. Die eingehende Beschäftigung mit der Erkrankung und der Person des Patienten verweisen auf eine psychisch bedingte oder psychogene Erkrankung.
- *Fehlermöglichkeiten:*
 - Es findet keine zusammenschauende Hypothesenüberprüfung der beteiligten Diagnostiker statt. Die Diagnose »psychisch mitbedingt« oder »psychogen« wird in der Regel nicht mehr im interkollegialen Austausch überprüft.
 - Ist der Patient erst einmal beim psychotherapeutischen Spezialisten gelandet, wird er in der Regel dort auch bleiben (wollen). Die Zeiträume der psychotherapeutischen Behandlung sind in der Regel lang. Man rechnet von vornherein mit längeren Zeiträumen, bis positive Veränderungen so umfassend sichtbar werden, dass sich die Diagnose auch »ex iuvantibus« bestätigt.
 - Umgekehrt stellt sich auch die Erfolglosigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung erst im Lauf der Zeit heraus. So wird oft zu spät deutlich, wenn eine psychotherapeutische Behandlung auf der Grundlage einer Fehldiagnose erfolgte.

7. Ebene der Therapie

Die Einleitung einer Psychotherapie ist bei »psychogenen Störungen« grundsätzlich indiziert und folgt den fachimmanenten Regeln der Indikationsstellung (z. B. Motivation des Patienten, verfahrensbezogene Eignung, zu erwartender Erfolg).

- *Fehlermöglichkeiten:*
 - Sie bestehen zunächst im Versäumen anderer sinnvoller, weniger aufwändiger Therapiestrategien: Abwarten, Entlastung, Eingriff in den Alltag, z. B. bei belastenden Pflegesituationen, Beratung. Ungenaue Indikation von Entspannungstrainings, Akupunktur oder anderen Hilfsangeboten.
 - Unmittelbar auf den Körper bezogene Hilfemöglichkeiten können ver-

säumt werden: teils, weil sie vielleicht zu trivial erscheinen (z. B. Empfehlung von mehr Bewegung als Antidepressivum); teils, weil sie als unangemessen und übertrieben empfunden werden (z. B. Botulinum-Injektionen bei Hyperhidrose).

- Manches Mal wird auch zu schnell und nicht reflektiert eine Psychotherapie empfohlen ohne genaue Vorstellung, ob eine Therapie wirklich sinnvoll sein kann: »Da müssen Sie zum Psychotherapeuten, da müssen Sie einmal gründlich etwas machen.«
- Besonders wichtig und häufig zu Fehlern führend ist die Tatsache, dass es – selbst wenn bei einer psychosomatischen oder psychischen Erkrankung korrekt eine Psychotherapie eingeleitet und durchgeführt wurde – unter der Therapie zum Auftreten einer körperlichen Erkrankung kommen kann. Wenn auch eine laufende Psychotherapie durchaus einen auch körperlich gesundheitsstabilisierenden Effekt hat, so schützt sie keinesfalls vor dem Auftreten einer neuen körperlichen Erkrankung. Die Einbeziehung der Möglichkeit einer somatischen Erkrankung auch in den therapeutischen Dialog kann jedoch notwendig und hilfreich sein.
- Ist ein Patient erst einmal in einer psychotherapeutischen Behandlung angelangt, gerät typischerweise die Frage seines seelischen Ergehens immer mehr in den Interpretationsrahmen der therapeutischen Beziehung. Dies kann zu Verwicklungen führen und zu einer »Blindheit« des Therapeuten gegenüber einer sogar offenkundigen somatischen Erkrankung. Gerade bei der häufigen Begegnung wie bei hochfrequenten Analysen können schleichende und langsame Prozesse der Beobachtung entgehen. Bei der Behandlung im Liegen ist zudem der persönliche Blickkontakt eingeschränkt und meist auf den relativ kurzen Augenkontakt zu Beginn und am Ende der Stunde begrenzt.
- Auch sonst besteht ja in der Psychotherapie eindeutig eine Fokussierung auf psychische Prozesse. Dies gilt auch für die Selbstanalyse von Gegenübertragungsreaktionen. Der Gedanke an die Möglichkeit einer somatischen Erkrankung liegt allenfalls nur am Rande des Assoziationsspektrums des Psychotherapeuten. All dies macht anfällig für den »psychogenen Fehler«, wie die folgenden Fälle veranschaulichen.

Fallbeispiele

Fall 1

Dem in Familie und Beruf viel belasteten jungen Arzt geht es seit 2 Wochen nachhaltig schlecht. Er fühlt sich depressiv, schwunglos, hat zu nichts Lust und beklagt Konzentrationsmängel. Woran es liegen könnte, wird in der Psychotherapie nicht so recht klar. Deutungen laufen ins Leere, bis das Auftreten von typischen Hauterscheinungen im Sinne von Röteln evident macht, dass der Patient selbst als Kind keine Röteln gehabt hat und sich nun bei seinem kleinen Sohn angesteckt hat. Die psychische Symptomatik entpuppt sich so als »pseudoneurasthenisches Vorstadium« einer viralen Infektionserkrankung.

Fall 2

Der 37-jährige Schauspieler kommt mit den Zeichen einer depressiven Verstimmung zur psychotherapeutischen Behandlung. Er ist ratlos-traurig, depressiv und gereizt, weil er von der neuen Intendanz nicht mehr seinen Fähigkeiten entsprechend besetzt wird. Er, ehemals ein kommender Star, befürchtet einen unwiderruflichen Karriereknick. Im Verlauf der Therapie, die unter der Vorstellung einer narzisstischen Krise begonnen wird, zeigen sich heftige Stimmungseinbrüche mit fast manifomen Phasen. Das Körpergewicht nimmt zu, offenkundig isst der Patient viel zu viel. Sonst entwickelt er sich gut, wird realistischer und beziehungsfähiger. Doch es kommt zu erneuten Verschlechterungen, als sich die berufliche Situation nicht bessert. Der Patient verliert häufiger die Kontrolle, schreit in den Sitzungen und ist nur schwer zu halten. Sein Gangbild wird etwas schlurfend, und er vernachlässigt sich. Er berichtet einzunässen. Erst (zu) spät wird eine fachärztliche neurologische Diagnostik eingeleitet. MRT und Liquor zeigen die Zeichen einer Multiplen Sklerose.

Fall 3

Nach mehreren Zusammenbrüchen unter dem Bild einer Erschöpfungsdepression wird eine knapp 50-jährige selbstständige, beruflich erfolgreiche Fotografin über mehrere Jahre mit einer Psychoanalytischen Psychotherapie mit drei Wochenstunden behandelt (UL). Es kommt zunächst zu einer Stabilisierung, aber dann zu einem relativen Stillstand in der Therapie. Die Patientin baut die Analyse in ihren Tag ein, schützt sich dadurch vor Überlastungen und »hält sich über Wasser«, ohne dass es auf der Beziehungsebene zu einer wirklich befriedigenden Veränderung kommt. Der Therapeut schwankt zwischen Geduld und Resignation, die er nach Kräften zu kontrollieren versucht. Eines Tages sagt die Patientin von der Couch her: Ob sie Parkinson habe, sie habe so ein komisches Zittern. Da das Zittern nur leicht ist und unrhythmisch, kann ich diese Frage verneinen. Ich versäume jedoch, von mir aus auf eine somatische Diagnostik zu drängen, ich denke einfach nicht daran. Das »Zittern« wird dann längere Zeit zwar gelegentlich erwähnt, wird aber auch nicht richtig zum Thema. In der letzten Stunde vor der Weihnachtspause teilt mir die Patientin mit, sie habe ihre Allgemeinärztin aufgesucht, die eine Hyperthyreose diagnostiziert habe (Hashimoto), die Werte seien aber »nicht ganz sicher«. Nun solle sie die Weihnachtstage abwarten und in 14 Tagen wieder in die Praxis kommen. Das Zittern sei auch wieder ganz schlimm. Sie sei auch erschöpft und völlig fertig. Ich erschrecke und bitte, dass sie mir ihre Schilddrüsenwerte nennt: Sie sagt, sie wisse es nicht so genau, es sei aber das Doppelte oder Dreifache der Norm. Sie hebt die Hände hoch und zeigt einen massiven Tremor. Gemeinsam bestimmen wir die Pulsfrequenz, die in Ruhe 120 Schläge pro Minute beträgt. Am Ende der Stunde wird deutlich, dass es so nicht über die Weihnachtstage bleiben kann. Es gelingt über die Aktivierung kollegialer Kontakte, einen endokrinologischen Spezialisten einzubinden, der die Patientin kurzfristig erfolgreich thyreostatisch behandelt.

Fall 4

Der o. g. Kollege (► Fall 1), der mittlerweile selbst als Psychotherapeut arbeitet, hat seine »Röteln-Erfahrung« auf der Couch nicht vergessen. Als ein Patient ihm über ähnliche Symptome klagt und dies mit einer zu befürchtenden Depression in Verbindung bringt, bietet er an, es könne sich auch um einen Infekt handeln, das gäbe es. In der Woche darauf kommt der Patient mit den sichtbaren Zeichen eines – harmlosen – Infekts der oberen Luftwege zur Therapiestunde, und die Depression ist verfliegen. Der Vertrauensgewinn für den Therapeuten ist groß.

1.9 Konsequenzen für die praktische Diagnostik

Um den »psychogenen Fehler« (d.h. den aus der irrtümlichen Annahme einer »Psychogenie« entstehenden Fehler) zu vermeiden, erscheint folgende Grundorientierung hilfreich: **Grundsätzlich gilt es, die psychosomatische »holistische Betrachtungsweise« ständig präsent zu halten und im konkreten Einzelfall den klinischen Ertrag dieser Perspektive zu prüfen, gleichzeitig gilt es, den Dualismus praktisch zu denken und der Entscheidung »psychogen« versus »somatogen« nicht auszuweichen.**

Die folgende Übersicht veranschaulicht diese Grundorientierung und ermöglicht eine Systematik der Beurteilungsfehler. Die schematische Abbildung (► Abb. 1-1) zeigt in einer holistischen Perspektive einen eher somatischen und einen eher psychischen Pol, je nach dem Vorherrschen der vorliegenden Bedingungsfaktoren, und gleichzeitig in einer dualistischen Perspektive die Pole der somatogen versus psychogenen Ätiologie. Damit eröffnet sich ein Zuordnungsfeld, in dem jede Krankheit verortet werden kann.

Dabei ist das Feld der rein »psychogenen Störungen« klar abgegrenzt. Viele andere Krankheiten (Beispiele sind der Abbildung 1-1 zu entnehmen) sind in einer holistischen Perspektive zumindest in einem psychosomatischen bzw. somatopsychischen Übergangsfeld verortet. Beispiele für eine reine somatogene Körpererkrankung wären anlagebedingte Erkrankungen, wie z. B. eine erbliche Muskelerkrankung, ein konnataler Herzfehler oder eine Wanderniere.

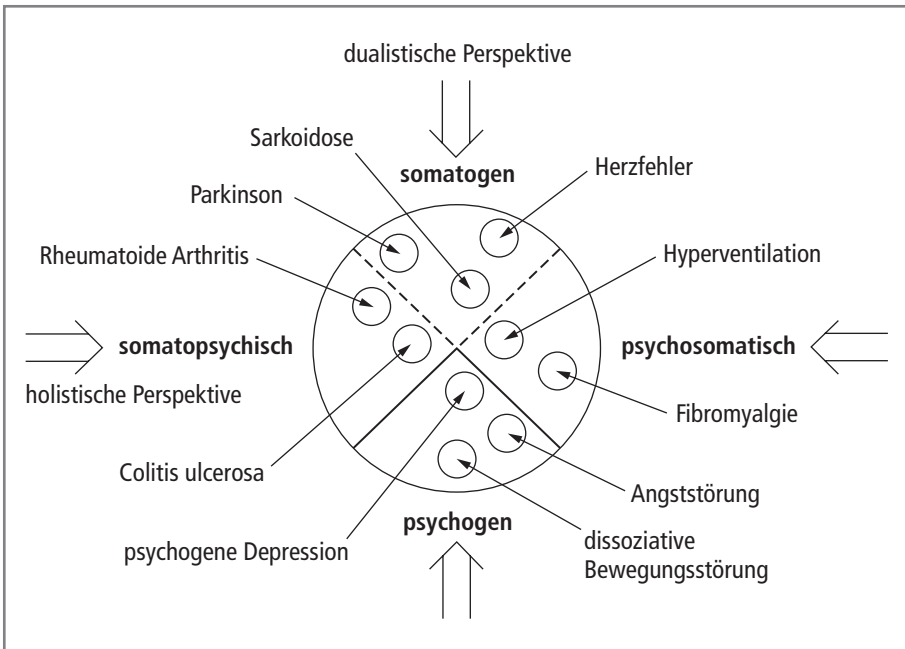


Abb. 1-1 Dualistische und holistische Perspektive in einer Zusammenschau

Auf der Grundlage dieses Schemas lässt sich zwanglos eine *Fehlersystematik* erarbeiten.

Das »**psychogene Fehlurteil**« (**Fehlurteil einer Psychogenie**) besteht in der falschen Zuordnung eines somatischen Zustandes in den unteren »psychogenen« Quadranten (Beispiel: Hartnäckige Kopfschmerzklagen, die als seelische Spannungsäquivalente bzw. als psychogener Schmerz eingeschätzt werden, gehen auf leichte Gehirnblutungen bei einer Dysplasie der Gefäße zurück).

Im weiteren Sinne gehört dazu: Offenkundige somatische ätiologische Faktoren werden nicht adäquat klinisch eingeordnet und angemessen berücksichtigt, indem fälschlicherweise ein rein psychischer Ursachen- und Funktionskreis geschlossen wird (z. B. die Nichtberücksichtigung von genetischen Zusammenhängen, körperlichen Faktoren bei psychischen Erkrankungen wie der Depression oder der Schizophrenie). Diese Krankheiten werden dann fälschlicherweise dem unteren »psychogenen« Quadranten zugeordnet, sind aber ihrer Natur gemäß eher dem linken Quadranten »somatopsychisch« zugehörig.

Auch *andere Beurteilungsfelder* werden in der Übersicht differenzierbar: Das »**somatogene Fehlurteil**« wäre dann in der Umkehrung die Verkennung eines psychogenen Zustandes als somatisch bedingt. Beispiele: Eine psychogene Körperschmerzklage, die reinen Ausdruckscharakter hat, wird als körperlich bedingt eingeschätzt; psychogene Krampfanfälle werden als hirnorganisch bedingtes Anfallsleiden eingeschätzt; eine psychogene Querschnittslähmung wird als Rückenmarkserkrankung aufgefasst.

Dazu gehört im weiteren Sinne ein klinischer Beurteilungsfehler, der auf die mangelnde Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte in der holistischen Perspektive zurückgeht: Hier wird fälschlicherweise ein in sich geschlossener Ursachen- und Funktionskreis ausschließlich somatischer pathophysiologischer Faktoren gedacht und damit die »wahre Natur« einer Erkrankung verfehlt. Störungen und Krankheiten, die eigentlich in den mittleren Quadranten »psychosomatisch« bzw. »somatopsychisch« liegen, werden dabei fälschlicherweise dem oberen Pol »somatogen« zugeordnet. Dieser Beurteilungsfehler dürfte in der praktischen Medizin immer noch sehr häufig, wenn nicht der häufigste in diesem Zusammenhang sein.

Dazu gehören folgende Beispiele:

- Verkennung eines psychosomatischen Krankheitsbildes mit hohen funktionellen Anteilen als primär somatisch bedingt. *Beispiel:* somatoforme und Somatisierungsstörungen, z. B. »Reizblase«.
- Nichtbeachtung eines psychosomatischen Zusammenhangs bei körperlichen Krankheiten. *Beispiel:* Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern) können in biografischer Krisensituation unter starken Affekten ausgelöst oder verstärkt werden.
- Verkennen einer Somatisierung oder einer psychosomatischen Reaktion. *Beispiel:* Ein Hörsturz wird als »Durchblutungsstörung« eingeordnet, dabei wird außer Acht gelassen, dass die Erkrankung in einer spezifischen Situation (»unter Stress«) aufgetreten ist.

- Ganz allgemein lässt sich sogar die Nichtberücksichtigung des allgemeinen ärztlichen und psychosomatischen Wissens (Krankheit tritt in Lebenskrisen auf) diesem Fehler zuordnen.

1.10 Überlegungen zur Fehlervermeidung

Was steht im Hintergrund des »psychogenen Fehlers«?

Aufgrund des beruflichen Rahmens in der jeweiligen ärztlichen und psychotherapeutischen Spezialisierung und einer sich immer stärker einstellenden Routine ist das in Betracht gezogene Ursachenspektrum zu eng, und die diagnostische Attribuierung erfolgt mehr und mehr nur im Denk- und Assoziationsbereich des eigenen Tätigkeitsschwerpunkts. Ein sich über die Berufsjahre entwickelndes »stabiles Nichtwissen« über die Welt der anderen Disziplinen mag latent zu der Haltung führen: »Was ich kenne, berücksichtige ich, was ich nicht kenne, kann es nicht sein«. Differenzen der Profession können zu einem Gefühl der Überlegenheit führen, das sich aus einer beidseitig latent empfundenen Unterlegenheit speist: Der Körpermediziner mag eine heimliche, oft abgewehrte Hochachtung vor dem sprachlich gewandteren und »tiefer blickenden« Psychotherapeuten haben. Umgekehrt spürt der Psychotherapeut eine Unterlegenheit gegenüber dem schnell zugreifenden und effektiv handelnden Arzt. Fast immer gilt: Im Gedächtnis des Fachs und im Kreis der Fachkollegen wird in der Regel das abgespeichert, was den eigenen Zugang und die Relevanz der eigenen Disziplin bestätigt. Fehler werden gern vergessen, wenn sie den eigenen Zugang zum Problem oder die eigene Weltsicht infrage stellen. Offene und rückhaltlose Fehlerdiskussionen sind zudem wegen gefürchteter juristischer Folgen schwierig.

Besonders wollen wir warnen vor der Zuschreibung »psychisch bedingt« als Verortung für das Unbekannte und Nichterklärbare, das mit Krankheit und Tod auch in unserer modernen Zeit immer noch verbunden ist (z. B. Theorien über die psychogene Natur der Krebsentstehung, für die es bislang keinen ausreichenden Beleg gibt). Auch die mit jeder schweren Krankheit einhergehende »Sinn-suche« sollte nicht mit der Vorstellung einer psychogenen Ätiologie vermengt werden.

Literatur

Deneke FW. Psychodynamik und Neurobiologie. Dynamische Persönlichkeitstheorie und psychische Krankheit. Stuttgart: Schattauer 2013.

2 Fehldiagnosen in der Psychotherapie – eine Fallgeschichte

Horst Kächele, Michael Hölzer

2.1 Die Fehlerproblematik in der Psychotherapie

Alle ethische Prinzipien wie Respekt vor der Autonomie des Patienten, Schadensvermeidung, Handeln zum Wohle des Patienten und das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness können durch Fehlentwicklungen betroffen sein (Caspar & Kächele 2017). Die Gründe für das Scheitern von Therapien können unterteilt werden, z. B. nach:

- psychotherapeutischer Technik
- persönlichen Merkmalen des Psychotherapeuten
- Störung und anderen Merkmalen des Patienten
- Beziehungen und anderen Aspekten der Umgebung

Es ist allerdings selten, dass nur eine Ursache im Vordergrund steht; oft geht es um eine Konstellation von Aspekten, z. B. ein Nicht-Passen der psychotherapeutischen Technik zur Störung oder zu interpersonalen Merkmalen des Patienten. Wenn Albani et al. (2010) in einer repräsentativen Untersuchung fanden, dass 10 % der nach einer Therapie befragten Patienten sagten, sie hätten die Therapie wegen Zweifeln an der Kompetenz des Therapeuten abgebrochen, ist das zunächst eine ernst zu nehmende Zahl. Sie weist darauf hin, wie wichtig es ist, die Sicht von Patienten direkt zu erkunden. In einem zweiten Schritt muss man sich aber klar machen, dass diese Zahl sowohl aus anderen Gründen überkritische Patienten einschließen kann als auch möglicherweise Patienten *nicht* einschließt, die Grund zu einem Abbruch wegen mangelnder Therapeutenkompetenz gehabt hätten, aber den Fehler z. B. eher bei sich selber suchen.

In den einschlägigen Veröffentlichungen zur Fehlerproblematik in der Psychotherapie fehlt indes durchgängig eine Kategorie: Fehldiagnose.

Ein besonders trauriges Beispiel möchten wir im Folgenden darstellen.

2.2 Erstbericht an den Gutachter

Angaben über den Patienten:

- erwachsener 40-jähriger Patient
- erlernter Beruf: Industriekaufmann
- ausgeübte Tätigkeit, Stellung: Verkaufsleiter
- Kinder: keine

Bericht zu folgenden Punkten:● **Beschwerden:**

Der Patient war bereits im Frühjahr 1993 wegen somatisch abgeklärter chronischer Kopfschmerzen von einem Neurologen hierher zur Psychotherapie überwiesen worden, konnte damals aber das Psychotherapieangebot nicht aufgreifen und brach die eingeleitete Psychotherapie nach 9 Sitzungen ab. Jetzt erneute Überweisung zur Psychotherapie, diesmal von einem Internisten, der die somatische Ausschlussdiagnostik vorgenommen hat.

Seit ca. 15 Jahren leidet der Patient unter Kopfschmerzen sowie zeitweise auch unter Schwindel. Seit ca. 5 Jahren wird von ihm »Mattigkeit« und Abgeschlagenheit wahrgenommen, die ihn insbesondere an der Ausübung seines anstrengenden Berufes hindern. Der Kopfschmerz wird als ein andauernder Spannungskopfschmerz beschrieben: »Wie eine Art Helm«. Andererseits: »Manchmal habe ich das Gefühl, mein Kopf fängt an zu platzen«. Gelegentlich hat er auch das Gefühl, dass »jemand von außen mit einem Messer durch meinen Kopf fährt«. Darüber hinaus beschreibt der Patient rezidivierende Schmerzen am Bewegungsapparat, ohne dass er diese genauer lokalisieren könnte. Vor allem die chronische Kopfschmerzsymptomatik, die der Patient auch medikamentös nicht in den Griff bekommen konnte, zermürbt ihn zunehmend. Immer häufiger fühlt er sich niedergeschlagen, depressiv und gereizt, was auch seine Partnerbeziehung gefährdet.

Deutlich wird, dass der Patient unverändert körperliche Veränderungen (wegen derer er sich ganz offenbar bei zahlreichen Ärzten in Behandlung befand/befindet) phobisch verarbeitet. Besonders ängstlich und besorgt betrachtet er seinen Haarausfall, durch den er seine sehr gepflegte äußere Erscheinung, die er hinsichtlich seines beruflichen Erfolgs für unabdingbar hält, bedroht sieht.

– keine Arbeits- oder Berufsunfähigkeit, kein Antrag auf Berentung

– **Psychischer Befund:**

Freundlich und sympathisch wirkender Patient, spricht spontan und offen über seine Beschwerden. Gute Intelligenz, sehr leistungsorientierte Einstellung. Aus Reaktionsbildung resultierende Freundlichkeit beherrscht zunächst das nach außen gekehrte Bild. Ausgesprochene Aggressionshemmung auch im therapeutischen Kontakt. Als Abwehrmechanismen neben Reaktionsbildung und Isolierung vor allem Verdrängung und Verleugnung. Überängstliche Einstellung Körperveränderungen gegenüber, gelegentlich hypochondrisch anmutende Selbstbeobachtung: Insbesondere Körperveränderungen, unter denen seine äußere Attraktivität leidet, beobachtet der Patient ängstlich-kontrollierend. Insgesamt deutlich hysterische Persönlichkeitsstruktur. Gute Ich-Funktionen. Stimmungslage depressiv, was der Patient jedoch nach außen durch betonte Lockerheit zu überspielen sucht. Inhaltliche oder formale Denkstörungen liegen nicht vor.

– **Körperbefund bzw. Attest**

Ein Attest vom überweisenden Internisten wird vom Patienten der Versicherung zugesandt.

– **Frühere psychische oder körperliche Beschwerden oder Erkrankungen**

1986 wurde bei dem Patienten eine Borreliose festgestellt, nachdem er längere Zeit unter einer sich auf den gesamten Bewegungsapparat beziehenden Schmerzsymptomatik gelitten hatte. Diese Borreliose wurde zweimal mit Penicillin behandelt. Jetzt ist nach Aussagen des Patienten bzw. der ihn behandelnden Ärzte kein Borreliose-Titer mehr feststellbar; derzeit bestehende Schmerzen können mit der Vorerkrankung nicht mehr eindeutig in Verbindung gebracht werden.

Auch wegen »büschelweisen Haarausfalls« war der Patient wiederholt in dermatologischer Behandlung. Auch hier konnte keine organische Ursache festgestellt werden.

Anamnestisch sonst keine körperlichen oder psychischen Erkrankungen bekannt.

– **Früher oder jetzt regelmäßige Einnahme von Drogen oder Medikamenten**

Der Patient gibt an, wegen seiner Kopfschmerzsymptomatik verschiedene Medikamente ausprobiert zu haben. »Jetzt nehme ich überhaupt keine Medikamente mehr, da sie samt und sonders nicht wirken.«

– **Frühere ambulante psychotherapeutische Behandlungen**

Nach Trennung von seiner langjährigen Freundin war er wegen »reaktiver Depression« von einem Verhaltenstherapeuten ca. 20 Stunden mit »Entspannungsübungen« behandelt worden. Damals war es ihm »sehr mies« gegangen und die Behandlung hatte zur Stabilisierung seines Zustandes beigetragen. Im Frühjahr 1993 wurde ihm eine ambulante Psychotherapie bei Dr. Hölzer angeboten; diese brach er nach 9 Sitzungen ab, weil er keinen Zusammenhang zwischen seinen Schmerzen und seelischen Situationen sehen konnte.

– Stationäre Behandlung: keine

● **Allgemeine Vorgeschichte**

Der Patient stammt aus äußerst angespannten Familienverhältnissen, seine Eltern ließen sich scheiden, als er (ein Einzelkind) 4 Jahre alt war. Damals hätte er die Wahl gehabt, bei welchem Elternteil er bleiben wollte. Er hätte sich für den Vater entschieden, den er jedoch als einen autoritären, eigenwilligen und völlig auf sich selbst bezogenen Menschen beschreibt. Häufig wurde er geschlagen und verprügelt. Im Verhältnis zu seinem Vater habe er sich nur anpassen und unterwerfen können, um Schwierigkeiten mit ihm aus dem Weg zu gehen. Erst in der Pubertät habe er sich ansatzweise gewehrt, schließlich auf Schläge seines Vaters mit Gegendrohungen reagiert. Als der Vater ihn nicht mehr durch aggressive Drohungen einschüchtern konnte, habe er begonnen, sich stattdessen vorwurfsvoll zurückzuziehen. Monatelang habe der Vater nicht mehr mit ihm geredet.

Aus der zweiten Ehe des Vaters ist wenig bekannt. Insbesondere die Stiefmutter wird nicht erwähnt. Nach der zweiten Scheidung des Vaters habe er noch einige Zeit mit ihm alleine gewohnt, habe aber »schon immer versucht,

auf eigenen Füßen zu stehen, schon in meiner Lehrzeit war ich ziemlich selbstständig«. Die Ablösung vom Vater hat der Patient ganz offenbar mit Macht betrieben; vor allem seine ökonomische Unabhängigkeit vom Vater war ihm wichtig.

Zur Mutter habe er nur gelegentliche Kontakte gehabt. In der Schilderung erscheint die Mutter dem Kind gegenüber ambivalent und eigene Schuldgefühle projektiv abwehrend. Deutlich wird, dass der Patient in seiner Kindheit und Jugend erhebliche Loyalitätskonflikte hatte: Beide Elternteile hatten offenbar versucht, den jeweils anderen zu entwerten und den Patienten auf jeweils ihre Seite zu ziehen. Der Patient betont, dass er in seiner Familie nie einen Halt gesehen hat. Im Gegenteil, schon früh hatte er versucht, sich nach außen zu orientieren. Halt, Sicherheit und Anerkennung habe er vielmehr in der Peergroup gesucht als zu Hause.

Schwellensituationen wurden ansonsten ohne größere Schwierigkeiten gemeistert. Außer adoleszenztypischen Verhaltensweisen werden aus Schule und beruflicher Ausbildung keine Besonderheiten berichtet. Im Beruf überzeugte er seine Vorgesetzten durch eine leistungsorientierte Einstellung, setzte sich sehr für die Interessen der jeweiligen Firma ein. Zu eruierten sind in seinen Arbeitsverhältnissen allerdings Probleme mit Autoritätspersonen. Von Vorgesetzten fühlt er sich immer wieder schikaniert. In daraus resultierenden Konflikten hat er sich nur mangelhaft offen aggressiv abgrenzen können. Die Lösungsmöglichkeiten bestanden entweder in Unterwerfung und resignativer Aufgabe oder in Rückzug durch Kündigung des jeweiligen Arbeitsverhältnisses.

- **Jetzige persönliche und berufliche Situation**

Der Patient lebt derzeit in einer festen Partnerschaft mit einer Frau, von der er sich tendenziell dominiert fühlt. Eine engere Bindung (Heirat, evtl. Kinder etc.) wird vom ihm ängstlich vermieden bzw. latent entwertet. Er hat ganz offensichtlich Schwierigkeiten, sich auf eine verbindliche und dauerhafte Bindung einzulassen. Seine berufliche Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass er in einer Firma im Außenhandel tätig ist; die Aufgabe ist mit einigem Stress (vor allem Hektik durch Reisen) verbunden. In der ihm eigenen, zu Überarbeitung und Überanspannung neigenden Art fällt es ihm schwer, für Pausen zu sorgen. Freizeitaktivitäten (vor allem exzessive sportliche Betätigung) dienen auch nicht der Entspannung, sondern dem ständigen Beweisen von Leistungsfähigkeit und Männlichkeit.

- **Psychodynamik oder Bedingungsgefüge der Erkrankung im Zusammenhang mit Vorgeschichte und aktueller Situation:**

- **Ansicht des Patienten, ggf. der Beziehungspersonen**

Mit dem Patienten konnte in den probatorischen Sitzungen die oben beschriebene Dynamik in ersten Ansätzen erarbeitet werden. Insbesondere der Zusammenhang zwischen latentem Ärger und der Kopfschmerzsymptomatik erscheint einen brauchbaren Zugang zu seinem Erleben darzustellen. Er zeigt sich interessiert und motiviert, an diesem Fokus weiterzuarbeiten.

– Interpretation des Therapeuten

Sein Wunsch, die ihn sehr belastende Kopfschmerzsymptomatik jetzt psychotherapeutisch zu behandeln, ist im Zusammenhang mit den erheblichen Belastungen und der angespannten beruflichen Zukunft zu sehen. Seine berufliche und private Orientierung an Leistung dient der Kompensation einer tiefer liegenden Selbstunsicherheit, insbesondere eines instabilen männlichen Identitätsgefühls. Sein Vater stellt für ihn ein hoch ambivalent erlebtes Identifikationsobjekt dar. Die praktisch alle Objektbeziehungen prägende Aggressionshemmung dürfte in diesem Zusammenhang auf eine eher negative Identifikation mit seinem Vater im Bereich aggressiver Auseinandersetzungen zu interpretieren sein: Aggressiv-Werden heißt, sich dem verhassten Vaterbild, der negativen Identität, anzunähern. Dem entspricht die Überzeugung des Patienten, am Arbeitsplatz nicht den »Chef« spielen zu wollen, bzw. seine immer wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit Autoritätspersonen. Seine aus der Aktionshemmung resultierenden mangelnden Möglichkeiten der aggressiven Abgrenzung führen im Berufs- wie im Privatleben zu Anpassung und oberflächlicher Unterwerfung. Verdrängte Aggressionen auf sein jeweiliges Gegenüber werden durch Reaktionsbildungen in Schach gehalten. Verschobene Aggressionen führen zur Belastung auch anderer Beziehungen, z. B. auch der zur Partnerin. Dieser steht er auch aufgrund einer tief empfundenen Abhängigkeit und seiner bislang noch fehlenden Möglichkeiten, sich wirklich autonom zu verhalten, ambivalent gegenüber. Wie im Berufsleben reguliert er Spannungen hier mit dem Versuch der Distanzierung, nicht aber durch konstruktive Auseinandersetzungen. In seinem Männlichkeitsgefühl verunsichert, versucht er dieses durch Leistung kompensatorisch zu stabilisieren. Sein Äußeres betreffende Veränderungen (Haarausfall) bzw. seine durch chronische Überlastung bedingte Müdigkeit werden als narzisstische Kränkungen erlebt, auf die der Patient zunehmend depressiv reagiert.

• Diagnose

Chronische Kopfschmerzsymptomatik bei Autonomiekonflikt und selbstunsicherer Persönlichkeit

• Behandlungsplan

Mit dem Patienten soll eine analytische Therapie (2 Std. im Liegen) durchgeführt werden, die insbesondere

- auf ein vertieftes Verständnis für seinen an Autoritätspersonen abgehandelten Autonomiekonflikt führt. Dabei wird insbesondere seine Verleugnung eigener aggressiver Bestrebungen bzw. seine harmonisierende, durch Reaktionsbildung gekennzeichnete Freundlichkeit bearbeitet werden müssen.
- Die vom Patienten überkompensatorisch eingesetzte Leistungsorientiertheit und Daueranspannung beruflicher wie privater Art soll insbesondere in seinen Gefühlen der Verunsicherung und Minderwertigkeit kompensierenden Funktionen bearbeitet und verstanden werden. Dadurch ist zu

erwarten, dass er alltägliche Anforderungen insgesamt als weniger belastend erleben wird.

Die von Selbstunsicherheit gefärbte Persönlichkeitsstruktur des Patienten sollte zunächst in einer Selbstobjekt-Übertragung in die Behandlung einbezogen werden.

- **Prognostische Einschätzung**

Da in den probatorischen Sitzungen im Ansatz mit dem Patienten besprochen werden konnte, weshalb der frühere Therapieversuch scheiterte, zeigt sich der Patient diesmal an der Weiterarbeit motiviert; nach den ersten Sitzungen (Liegunen) scheint eine ausreichend positive Prognose bezüglich einer Reduktion der Kopfschmerzsymptomatik und einer Veränderung der strukturellen Möglichkeiten gerechtfertigt. Dies wird unterstützt durch das ausreichend gute Arbeitsbündnis. Eine hohe Flexibilität der Behandlungsgestaltung im Anfang ist notwendig, um der beruflichen Situation und damit verbundenen besonderen Belastungen Rechnung zu tragen.

2.3 Katamnese

Nach 22 Sitzungen ist der Patient nach den Sommerferien 1997 nicht mehr erschienen; mehrere Anschreiben haben keinen Erfolg gehabt.

Die Ursache des erneuten Abbruches dürfte in dem mangelnden Ansprechen der Behandlung zu sehen. Der Patient verspürte eine steigende Schmerzintensität, ohne dass es möglich war, ihm eine Schmerztagebuchführung erfolgreich nahezu legen.

Für mich als Therapeut war aufschlussreich, dass diese Intensitätssteigerung so dramatisch ausgeführt wurde, dass der Patient sein eigenes Referenzsystem innerhalb von Wochen änderte.

Vielfältige Hinweise auf seine berufliche Situation, ein zunehmendes Verstehen seiner Lebensentwicklung haben keine Auswirkung auf die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung gehabt. So bin ich nicht zu überrascht, dass es mir auch nicht gelungen ist, den Patienten zu halten und ihm eine schmerzlinierende Perspektive zu geben.

Diagnose F45.4 bei selbstunsicherer Persönlichkeit. Abschlussbögen haben wir am 5. 2. 98 zurückerhalten!

Da wohl jedem engagierten Therapeuten das Wohl und Wehe eines Patienten auch nach einem Abbruch der Behandlung durch den Patienten am Herzen liegen dürfte, haben wir uns 1 Jahr später nach dem Befinden des Patienten erkundigt.

Betr. Nachfrage

Ulm, den 19. 1. 99

Sehr geehrter Herr D.,

auch wenn unser Versuch Ihnen zu helfen, nicht geglückt ist, möchte ich doch nachfragen, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist.

Haben Sie einen Weg gefunden, der Ihnen Linderung gebracht hat?

Mit freundlichem Gruß

Horst Kächele

Darauf erfolgte zunächst keine Reaktion. Doch 2 Jahre später erhielt ich ein ausführliches Schreiben des Patienten:

Brief des Patienten, am 15. 1. 2001

Sehr geehrter Herr Prof. Kächele,

vielleicht können Sie sich an mich erinnern. War der Patient mit den einschließenden Schmerzen am Körper und den starken Kopfschmerzen. Sie sagten mir damals, die einschließenden Schmerzen am Körper wären Aufschreie der Seele. Mittlerweise sind die Ärzte durch die Auffälligkeiten, pathologische Liquorwerte, pathologisches PET und SPECT darauf gekommen, dass es sich mit höchster Wahrscheinlichkeit um eine Neuro-Lues handelt. Es fehlt zwar die Beweisführung des Erregernachweises im Blut, aber die Aussage dreier Professoren (darunter Prof. M. aus Z.) sagen aus, dass auch bei fehlendem Erregernachweis eine Neuro-Lues persistieren kann. Dies hängt vom Immunstatus des Patienten ab. Alle auch hinzugekommene Beschwerden, massiver Gedächtnisabbau, Orientierungsprobleme (kenne mich in Ulm nicht mehr richtig aus, weiß Geschehen vom Vortag nicht mehr etc.) sind stärker geworden. Einschließende Schmerzen am Körper und auch sonstige Schmerzen am Körper u. in Organen, sogenannte tabische Schmerzen, Impotenz, Blasenfunktionsstörungen etc. unterstreichen das Bild einer Neuro-Lues.

Vorstellung bei Prof. T. (Psychiatrische Klinik des Ulmer Universitätsklinikum) mit neuropsychologischen Tests in Abständen zeigten eine zunehmende kognitive Leistungsverminderung.

Prof. T. diagnostizierte ein hirnorganisches Psychosyndrom unbekannter Ätiologie. Eine psychische Ursache schloss er mit 100 %iger Sicherheit aus. Mittlerweise bin ich berentet und zumeist bettlägerig krank. Überlege ständig, ob ein Leben so noch Sinn macht, da man von Leben nicht mehr sprechen kann, es ist ein Vegetieren.

Sportliche Tätigkeiten sind seit 1 ½ Jahren nicht mehr möglich, vorher bin ich Halbmarathons in guten Zeiten gelaufen. Auch Radfahren oder Skifahren, selbst kleinere Wanderungen sind nicht mehr möglich, da der körperliche Verfall zunehmend zugenommen hat. Bin zufällig im Freitodforum auf Sie gestoßen und dachte dabei, einfach, mich mal Ihnen mitzuteilen.

Sie waren ja der felsenfesten Meinung, dass ich psychisch krank war, eine Depression hatte und die einschließenden Schmerzen Aufschreie der Seele waren. In Ihrer absoluten Überzeugung haben Sie mir für lange Zeit den Stempel psychisch krank aufgebrannt und viele Ärzte übernahmen Ihre Aussage einfach.

Ein Aufenthalt in der Schmerzlinik in L. bei Prof. H. übertrumpfte Ihre Mei-

nung sogar noch, indem er mit der Diagnose Schizophrenie aufgrund der bizarren Schmerzschilderung Ihre Diagnose noch toppte.

Es ist einfach so, dass man, wenn man irgendwann mal in die Psycho-Ecke geschoben wurde, da nur sehr schwer rauskommt und sehr viele Ärzte gar keine Notwendigkeit mehr sahen, den sich verschlechterten Symptomen weiter nachzugehen. Nun ja, letztendlich war an den Tatsachen wie Liquorveränderungen, auffälligem PET und SPECT (Befunde waren durch mehrmalige Aufnahmen reproduzierbar bei Verschlechterung) nicht mehr vorbeizukommen.

Auch Prof. R. der Dermatologischen Klinik am BWK Ulm schloss sich der Diagnose Neuro-Lues an und behandelte mich mit der adäquaten Penicillin-Therapie. Es ist wahrscheinlich, dass die Erkrankung damit gestoppt wurde; ein Weiterschreiten ist jedoch nicht ausgeschlossen, da die Therapie zu einem sehr späten Zeitpunkt (Mitte diesen Jahres) durchgeführt wurde. Auf jeden Fall sind die aufgetretenen Beeinträchtigungen nicht mehr rückgängig zu machen. Es ist also bestenfalls ein Leben so wie es jetzt ist (sofern man dies noch Leben nennen kann) zu führen. Und dies ist meistens mit Bettlägerigkeit, Einnahme von Opiaten gegen die Schmerzen und mit fehlender Lebensqualität verbunden. Keine Urlaube mehr, kein Snowboarden, kein Mountainbiken, kein Joggen und vor allem keine Arbeiten mehr. Und ich liebte meinen Job und führte ihn mit Passion aus. Gar nicht zu reden von dem finanziellen Absturz. Erwerbsunfähigkeitsrente gegen eine Stellung als nationaler Verkaufsleiter mit einem Jahreseinkommen von 170.000 DM.

Prof. R. sagte mir, dass bei einer Behandlung vor 3–4 Jahren die Krankheit auf diesem Niveau gestoppt hätte werden können, ich also nicht berufs- bzw. erwerbsunfähig geworden wäre. Ich konnte noch bis Mitte 99 arbeiten; dann zwang mich die Erkrankung völlig in die Knie.

Aber bis Anfang 2001 war ich nur in der Psychoschiene. Hieran waren Sie maßgeblich beteiligt, da mich niemand mehr richtig ernst nahm. Ich wollte Sie das wissen lassen, vielleicht sind Sie in Zukunft nicht mehr so in Ihrer Selbstüberzeugung und Verherrlichung. Vielleicht könnte es ja einem anderen Patienten mal ähnlich gehen. Vielleicht sind Sie etwas überlegter in Ihren Aussagen und sei es nur so, dass die Diagnose »Verdacht auf...« heißt, um den Patienten nicht von vorneherein abzustempeln. Ich weiß mittlerweile von einigen Fällen, die zunächst auf psychisch krank behandelt wurden. Ein Fall im Bekanntenkreis wurde ein Jahr lang auf Tennisarm und psychischer Überlastung behandelt, bis dann ein Non-Hodgkin-Krebs rauskam. Ein anderer Bekannter, der das Geschäft der Eltern übernehmen sollte, wurde in die Psycho-Ecke gedrängt mit der Diagnose, dass er sich dieser Anforderung unbewusst nicht gewachsen fühlte und sich ein Schmerzsyndrom (Rücken- und Knochenschmerzen) somatisierte. Eineinhalb Jahre später Diagnose Knochenkrebs. Es ist sicherlich sehr einfach für einen Psychiater eine Diagnose zu stellen, da er ja keiner Beweisspflicht unterliegt bzw. diese gar nicht durch irgendwelche Parameter belegen kann. Ich wollte dies hiermit an Sie loswerden. Es würde mich freuen, hierzu von Ihnen zu hören.

mfg F. D.

21. 11. 01

Sehr geehrter Herr D.,

selbstverständlich kann ich mich an Sie noch erinnern.

Es ist für Sie sehr bedauerlich, dass die wahre Natur Ihrer Erkrankung nicht schon 1993, als Sie das erste Mal bei Dr. Hölzer waren, nicht durch Ihren Hausarzt, bzw. durch den Neurologen erkannt wurde. Es ist in der Tat ein großes Problem der Psychotherapie, dass wir weitgehend auf eine Ausschluss-Diagnostik angewiesen sind, weshalb das Vorliegen organischer Kontrolluntersuchungen vorgeschrieben ist.

Sie haben mein volles Mitgefühl – ich finde dies eine traurige Entwicklung für Sie und für Ihre Frau und kann nur hoffen, dass Sie in der Lage sind, sich damit zurecht zu finden.

Eine Kollegin an der Abteilung hat zu Ihrer Schilderung folgendes geschrieben:

»Im Alltag behandeln wir das Thema dauernd: Wenn die Patienten in die Psychotherapeutische Ambulanz kommen und eine somatische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann (Herz- Neuro- [MS etc.] usw.), werden die Patienten darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich gescheit körperlich untersuchen lassen«.

Die Geschichte, die Sie schildern, ist sehr traurig, und die Ursachen sind aus meiner Sicht sehr komplex. Ich habe für mich gedacht, dass ein Bäcker kein Schnitzel braten kann – kein Psychotherapeut kann sich mit der somatischen Diagnostik so gut auskennen, weil er einfach einen anderen Fokus hat. Eigene Grenzen kennen ist das, was an der Stelle wesentlich ist.

Das andere ist, dass die Patienten manchmal auch »gerne« an psychologische Attribuierung glauben, weil sie dann das Gefühl haben, dass man die Ursachen mit Willen bewältigen kann.

Das dritte, was auch sehr wichtig ist, ist, dass die Mediziner selber dieses dichotomische Denken haben (Entweder-oder, und das »Psycho« als letzte Rettung, oder mal übereilt als erstes, wenn was unklares ist), und man nicht parallel somatisch-psychisch denkt.

Mitzubedenken ist, dass der umgekehrte Fall auch sehr oft passiert, dass eine Depression oder Somatisierungsstörung verkannt und über Jahre als eine körperliche Erkrankung behandelt wird.

Ich glaube, dass dabei nur das Erkennen von eigenen Grenzen und die Kommunikation zwischen »Psychos« und »Somatikern« helfen kann.

Für Sie war es wahrscheinlich zu spät, und das ist sehr sehr schade, aber wir können daraus lernen, aufmerksamer zu sein, auch wenn das eine bittere Lektion ist.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Horst Kächele

Im Dezember 2008 erhalte ich von dem Patienten einen simplen Weihnachtsgruß, den ich prompt beantworte:

10. 1. 09

Lieber Herr D.

jetzt schließe ich mich mal den Weihnachts-Wünschen an, schön konventionell, obwohl das bei Ihrem Zustand keine große Überzeugungskraft haben wird.

In der Tat, ich habe beabsichtigt, Sie anzurufen, und werde dies mal wieder tun; doch heute schreibe ich Ihnen.

In der Tat, in Ihrem Fall war es mit meiner Kompetenz nicht so weit her; nur dass Sie zu mir schon als nicht-organisch vordiagnostiziert kamen. Ich werde mich mit Prof. T. zusammensetzen, und ich möchte nochmals den Ablauf durchgehen.

Dass es Fehler gibt, Fehldiagnosen, nicht rechtzeitige Diagnosen, gehört zu den unerfreulichen Dingen, die auch für den Arzt keine angenehme, sondern eine bittere Erfahrung darstellen. Für den Betroffenen wie Sie, ist es natürlich mehr als bitter.

Und in jungen Jahren bettlägerig zu sein, ist mehr als bitter, weil jüngere Menschen im Frieden noch an das Vorrecht glauben, fast unverwundbar zu sein.

Nun wissen Sie es besser – keiner ist gefeit vor Krankheit – nur wissen die Menschen nicht, wann diese ihnen blüht.

Da hilft dann nur Gottvertrauen, oder Lyrik, oder was auch immer Ihnen innere Kraft zu geben vermag.

Mit freundlichem Gruß an Sie und Ihre Frau

Horst Kächele

Nachtrag 6. 12. 2016

Die Ehefrau des Patienten, die ich als Kunde in ihrem Geschäft über Jahre kenne, berichtet mir, dass ihr Ehemann vor 6 Jahren an seiner Erkrankung verstorben sei. Sie stimme einer Veröffentlichung zu.

Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M et al. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil I: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 2010; 55: 503–514.
- Caspar F, Kächele H. Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb R (Hrsg.). *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*. München: Urban & Fischer bei Elsevier 2017; 631–644.

3 Mustererkennung und diagnostische Fehler

Matthias Janneck, Ingo Krenz

3.1 Fehler im diagnostischen Prozess

Wird über ärztliche Behandlungsfehler gesprochen, dann erweckt dies meist Assoziationen mit verwechselten Infusionen, vergessenen Bauchtüchern, Wund- oder Protheseninfektionen. Zudem hat der Behandlungsfehler den Status des Einzelfalles, des Schuldhaften und erregt häufig ein großes mediales Interesse. Im ärztlichen Alltag sind die o. g. Fehler durch konsequente Qualitätssicherungsmaßnahmen selten geworden. Im Gegensatz zur allgemeinen Wahrnehmung treten relevante und vital bedrohliche Fehler am häufigsten im Prozess der Diagnosestellung auf. Ursache ist meist ein fehlerhaftes ärztliches Denken. Im klinischen Alltag ist je nach Fachgebiet von einer Fehldiagnoserate von mindestens 10% auszugehen (Croskerry 2013). Die Dunkelziffer ist groß, da es hierzu z. B. keine Untersuchungen im ambulanten Bereich gibt. Statistisch betrachtet wird jeder Mensch im Laufe seines Lebens mindestens einmal Opfer einer Fehldiagnose (National Academy of Sciences 2015).

Obwohl die Diagnosestellung die zentrale ärztliche Aufgabe ist, sind die Denkprozesse und möglichen Denkfehler, die hierbei ablaufen, in der Regel unbewusst und bleiben meist unerkannt. Häufig wird angenommen, Diagnosefehler seien durch Erfahrung, Leitlinien, Fachwissen oder eigene Genialität zu vermeiden.

Fehler im diagnostischen Prozess haben folgende Eigenschaften:

1. Sie werden repetitiv und systematisch gemacht.
2. Mangelndes Wissen ist in der Regel nicht die Ursache.
3. Meist wird die richtige Diagnose zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen.
4. Es besteht zum Zeitpunkt des fehlerhaften Handelns ein Gefühl der Sicherheit.

Insofern ist die Frage durchaus berechtigt: »Am I right when I am sure?« (Calvacanti & Sibbald 2014).

Im Folgenden wird versucht, die kognitive Leistung des diagnostischen Prozesses mit seinen typischen Charakteristika und damit verbundenen »Stolpersteinen« darzustellen:

3.2 Mustererkennung

Im Studium und mit wachsender klinischer Erfahrung werden Krankheiten mit ihren dazugehörigen typischen und lehrbuchhaften Manifestationen als Krankheitskripte (*illness scripts*) in einer virtuellen Bibliothek im Gedächtnis abgespeichert. Ziel einer guten Ausbildung muss es sein, möglichst viele Krankheitskripte zu hinterlegen, auf die die Mustererkennung später zurückgreifen kann.

Sobald wir Kontakt mit einem Patienten haben, beginnen wir, den aktuellen Fall mit der Sammlung der hinterlegten Krankheitskripte abzugleichen. So ist zu erklären, dass erfahrene Ärzte einem Patienten schon nach wenigen Sätzen der Anamnese eine Verdachtsdiagnose zuweisen, die tatsächlich häufig richtig ist. Besonders triggernde Formulierungen wie »krampfartige, rechtsseitige Oberbauchschmerzen nach fettigem Essen« (Gallenkolik) oder »Schwellung eines Unterschenkels nach langer Flugreise« (Thrombose) bedienen unmittelbar unsere hinterlegten Muster. Dieser Prozess ist sehr effektiv und ermöglicht ein extrem schnelles Arbeiten (► Abb. 3-1).

Unterstützend helfen uns Intuition und Bauchgefühl, z. B. bei der Frage, welcher Patient kritisch krank ist und wer nicht. Das Bauchgefühl (Gigerenzer 2007) ist in diesem Zusammenhang nichts irrational-esoterisches, sondern der unbewusste Abgleich des aktuellen Falles mit anderen, ähnlichen Fällen aus der Erinnerung. Insofern sollte man das Gefühl, dass »etwas nicht stimmt« oder »etwas nicht passt« unbedingt sehr ernst nehmen.

Alternativ zu Mustererkennung und Intuition führt der langsamere, analytische **Weg** zur Diagnose (*analytischer Ansatz*, ► Abb. 3-1). Dieser Weg ist der eigentlich »wissenschaftliche«: Aus einer langen Liste von möglichen Differenzialdiagnosen (z. B. zum klinischen Problem »Anämie«) werden verschiedene Arbeitshypothesen generiert, die mithilfe von Tests und Testwahrscheinlichkeiten verifiziert oder falsifiziert werden können.

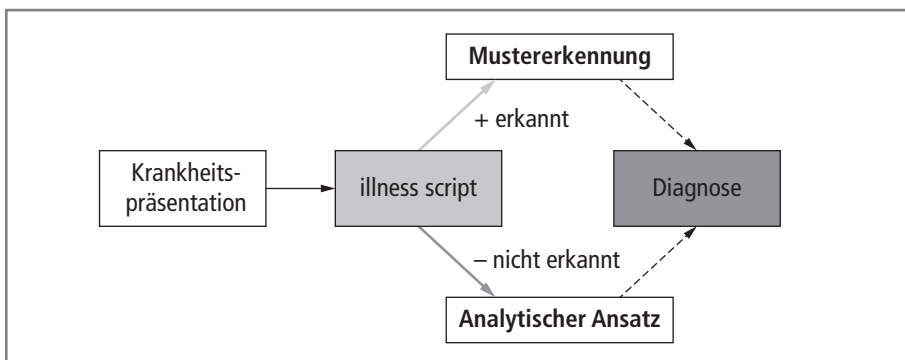


Abb. 3-1 Der Weg zur Diagnose: Schlüsselinformationen aus der Krankheitspräsentation werden mit hinterlegten Krankheitsmustern (*illness scripts*) abgeglichen. Wird das Muster erkannt, erfolgt die Diagnosestellung schnell und effektiv; wird das Muster nicht erkannt, ist ein langsamerer, analytischer Ansatz notwendig (nach Kahneman 2012).

Dieser Weg ist zeitaufwendig und umständlich, liefert jedoch Differenzialdiagnosen, die vorher nicht bedacht wurden oder gänzlich unbekannt waren. Dieser Weg hilft bei der Lösung der Frage: »Wie stelle ich die Diagnose einer Erkrankung, deren Namen ich nicht kenne?«, eine nicht so seltene Herausforderung.

3.3 Krankheitspräsentation

Nachdem wir die Anamnese des Patienten erhoben, eine körperliche Untersuchung durchgeführt und erste oder mitgebrachte Befunde gewürdigt haben, ergeben sich vier grundsätzliche Kategorien einer Krankheitspräsentation in Abhängigkeit von Krankheitshäufigkeit und typischer oder atypischer Manifestation (► Abb. 3-2).

Hierbei ist zu beachten, dass sich die Einschätzungen von »häufig/selten« und »typisch/atypisch« nicht auf absolute Zahlen und Fakten, sondern auf den individuellen Erfahrungshorizont des jeweiligen Arztes beziehen. Dies bedeutet, dass Ärzte je nach Fachgebiet und Erfahrung verschiedene Krankheitspräsentationen gänzlich unterschiedlich kategorisieren würden.

Wie oben ausgeführt, ist das ärztliche Gedächtnis mit Krankheitskripten gefüllt. Viele entstammen der Literatur oder Lehrveranstaltungen, zusätzlich finden sich dort selbst erlebte Fälle. Krankheiten werden mit ihren typischen oder individuell erlebten Manifestationen abgelegt, z. B. der Herzinfarkt: akute, links-thorakale Schmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen bei einem 60-jährigen Raucher (typische Manifestation einer häufigen Erkrankung, Kategorie 1). Ebenso werden seltene Erkrankungen (sofern noch erinnert oder selbst erlebt) als prototypische Muster abgespeichert. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass sich eine Krankheit immer typisch präsentiert. Gerade akut bedrohliche Krankheitsbilder, wie die Aortendissektion oder die Lungenembolie äußern sich häufig mit einer Vielzahl von »atypischen« Symptomen, die das Prinzip der Mustererkennung zur Diagnosefindung erschweren (Kategorie 3, 4).

Verdachtsdiagnosen werden häufig innerhalb von Zehntelsekunden gestellt. Dies führt vor allem bei der atypischen Manifestation einer seltenen Erkrankung (z. B. isolierte Depression als Ausdruck einer Porphyrie, Kategorie 4) fast zwangsläufig zur Fehldiagnose.

1 <i>Typische</i> Manifestation einer häufigen Erkrankung	2 <i>Typische</i> Manifestation einer seltene n Erkrankung
3 <i>Atypische</i> Manifestation einer häufigen Erkrankung	4 <i>Atypische</i> Manifestation einer seltene n Erkrankung

Abb. 3-2
Die vier Kategorien einer Krankheitspräsentation

Ein typischer Mechanismus der Fehldiagnose bei nicht erfolgreicher Mustererkennung ist, dass das Muster einer von den Symptomen her ähnlichen, aber besser bekannten Erkrankung bemüht wird. Relevante Faktoren, die gegen die »Ersatzdiagnose« sprechen, werden ignoriert (*confirmation bias*, ► Kap. 3.7).

3.4 Widerstände gegen analytisches Denken

Im klinischen Alltag begegnet uns analytisches Denken selten. Wir verlassen uns sehr stark auf die Effektivität der Mustererkennung. Dies lässt sich einerseits mit dem allgegenwärtigen Zeitmangel erklären, zum anderen meidet das Gehirn analytisches Denken. Auch bei Fällen, die schon auf den ersten Blick ungewöhnlich sind, wird zunächst die Mustererkennung bemüht. Analytisches Denken wird erst dann eingesetzt, wenn Komplikationen durch eine Fehldiagnose eingetreten sind oder die Behandlung nicht erwartungsgemäß verlaufen ist. Grundsätzlich sollten alle Patienten mit atypischen Krankheitsmanifestationen (Kategorie 3, 4) schon zu Beginn ihrer Behandlung einen analytischen Ansatz zur Etablierung von konkurrierenden Arbeitsdiagnosen durchlaufen. Dem Umschalten auf analytisches Denken setzt unser Gehirn unbewusst enorme Widerstände entgegen – eine Fehldiagnose ist die logische Folge.

3.5 Vereinfachte Lösungswege (Heuristiken) ermöglichen uns, aus einem komplexen Problem ein einfaches zu machen

Ein medizinischer Fall ist fast immer ein komplexes Problem. »Magenschmerzen« nach längerer Einnahme des Schmerzmittels Diclofenac sind meist auf eine Gastritis oder ein Ulcus zurückzuführen, aber auch andere Ursachen müssen bedacht werden (Tumor, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Aortenaneurysma, psychosomatische Ursachen etc.). Da der diagnostische Prozess unter Einbezug aller Differenzialdiagnosen sehr ineffektiv wäre, nutzen wir vereinfachte Lösungswege (sog. *Heuristiken*). So gelingt es, aus einem komplexen Problem ein einfaches zu machen. Die bekannteste Heuristik lautet: »*Häufiges ist häufig*«, d. h., dass wir das Problem dahingehend vereinfachen, dass wir alle selteneren Ursachen zunächst ausklammern. Dies ist ein statistisch sinnvolles Vorgehen, da die häufigeren Differenzialdiagnosen tatsächlich häufiger sind (sie besitzen eine hohe *Prätestwahrscheinlichkeit*). Aber auch seltene Erkrankungen existieren (Kategorie 2, 4) und die Qualität des Diagnostikers bemisst sich u. a. daran, wie frühzeitig er die (möglicherweise zunächst verdeckte) Komplexität eines Falles erkennt und auf analytisches Denken umschaltet.

3.6 Wir überschätzen systematisch unsere Kompetenz

Spezialisten neigen dazu, ihre eigene Kompetenz zu überschätzen. Dies gilt für Börsenexperten und Meteorologen genauso wie für Ärzte. Bei Ärzten kommen sicher der soziale Status und die damit verbundenen hohen Erwartungen der Patienten hinzu. In einer Studie waren 94% einer Gruppe von Hochschulprofessoren der Meinung, zur besseren Hälfte ihres Vergleichskollektivs zu gehören (Gilovich 1991); statistisch ist dagegen eine Gaußsche Normalverteilung der individuellen Leistung anzunehmen. Diese Studie legt nahe, dass auch oder gerade Ärzte unter einer mangelhaften Selbsteinschätzung ihrer diagnostischen Leistungsfähigkeit leiden. Die Mehrheit der Ärzte würde auf die Frage: »Haben Sie im letzten Monat einen relevanten Diagnosefehler begangen?« den Kopf schütteln, obwohl dies statistisch sehr wahrscheinlich ist.

Die Selbstüberschätzung verleitet dazu, auf schwierige Fragen nicht ehrlich unser Nichtwissen einzugestehen, sondern diese Lücke mit einer souveränen, aber möglicherweise frei erfundenen Antwort zu füllen. Der Patient fragt z. B.: »Habe ich die starken Rückenschmerzen von meiner Allergie?«. Die korrekte Antwort wäre hier: »Das weiß ich nicht.« / »Ein Zusammenhang ist mir nicht bekannt.« / »Das muss ich erst nachlesen.« Ärzte neigen stattdessen dazu, dem Patienten Sicherheit und Kompetenz zu vermitteln – nicht zuletzt, um eine Kränkung der eigenen Eitelkeit zu vermeiden.

3.7 Eine Fehldiagnose ist häufig eine Folge von systematischen Denkfehlern

Denkfehler sind in der kognitiven Psychologie gut beschriebene, fehlerhafte Denkweisen oder auch Verzerrungen (*bias*) unseres Urteilsvermögens. Sie führen systematisch zu Fehlentscheidungen oder Fehltritten. Acht im Alltag wichtige Denkfehler sind:

- **Premature closure (vorzeitiger Abbruch des diagnostischen Prozesses)**
Der häufigste diagnostische Denkfehler: Die zu frühzeitige Festlegung auf eine Diagnose, obwohl nicht alle Fakten, die für oder gegen die Verdachtsdiagnose sprechen, ausreichend gewürdigt sind. Die zu frühe Festlegung auf eine einzige Verdachtsdiagnose engt unser Denken ein. Es fällt extrem schwer, sich von dieser Diagnose zu lösen. Dieses Phänomen wird als *anchoring* bezeichnet. Eine wichtige Methode, sich von einer »geliebten«, aber falschen Verdachtsdiagnose zu trennen, ist »murder your darlings«: Das ganz bewusste Streichen einer Diagnose, wenn diese im Zuge des diagnostischen Prozesses zunehmend unwahrscheinlich wird.
- **Availability bias (Verfügbarkeitsfehler)**
Der *availability bias* besagt, dass wir die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose gleichsetzen mit der Leichtigkeit, mit der sie uns einfällt. Es folgt zwangsläufig, dass unsere Differenzialdiagnostik ganz massiv von unserem fachlichen Hintergrund und von kürzlich erlebten, prägnanten Fällen beeinflusst wird.

Ein Infektiologe denkt bei unklarem Fieber an Brucellose, der Kardiologe an Endokarditis und der Rheumatologe an das Still-Syndrom.

Eine weitere Facette des *availability bias* ist, dass außergewöhnliche Erlebnisse eines Arztes Einfluss auf zukünftiges Handeln haben.

So wird ein Hausarzt, der während der winterlichen Grippewelle eine Meningitis übersehen hat, in Zukunft viel mehr Patienten mit Kopfschmerzen stationär einweisen. Statistisch leidet weiterhin die Mehrheit an einem grippalen Kopfschmerz.

- **Confirmation bias (Bestätigungsfehler)**

Dieser wichtige Denkfehler bzw. Bias besagt, dass wir dazu neigen, uns unsere vorgefasste Überzeugung immer wieder zu bestätigen. Wir bewerten systematisch Fakten, die unsere These untermauern, stärker als Fakten, die diese widerlegen. So werden selbst Informationen, die unsere Verdachtsdiagnose ausschließen (z. B. normaler Sonografiebefund bei V. a. akute Cholezystitis), negiert und eher die Qualifikation des Untersuchers angezweifelt, als dass die Verdachtsdiagnose revidiert wird.

Die Tatsache, dass Fakten, die gegen eine Verdachtsdiagnose sprechen, viel schwerer wiegen als bestätigende Fakten, wird weithin missachtet.

- **Search satisfaction bias (Finderglückfehler)**

Auffällige Befunde, insbesondere spektakuläre Befunde, oder Befunde, die ein typisches Krankheitsmuster bedienen, binden unsere Aufmerksamkeit. Die wesentliche Frage, ob der Befund wirklich das Problem des Patienten erklärt, wird nicht gestellt. Wir stoppen vorzeitig den diagnostischen Prozess. So kann der Zufallsbefund einer röntgendichten Raumforderung von 1 cm in der Thorax-Röntgenaufnahme (z. B. ein verkalktes Granulom), die Aufmerksamkeit des Klinikers so absorbieren, dass er die Suche nach einer Ursache der geschilderten Luftnot (richtige Diagnose: Lungenembolie) abbricht. Er fokussiert sich ausschließlich auf die Raumforderung, obwohl diese natürlich nicht verantwortlich für die geschilderte Luftnot sein kann.

- **Framing effect (Darstellungsfehler)**

Der *framing effect* illustriert, dass unser Denken überproportional von der Art der Informationsdarstellung beeinflusst wird. Patienten willigen eher in eine Tumor-OP ein, bei der 50 % Heilung in Aussicht gestellt wird, als dass sie in eine OP mit 50 % Mortalität einwilligen, obwohl kein Unterschied im Outcome besteht. Der »Rahmen« einer Information kann auch weiter ausgelegt werden: Leidet ein Patient unter Gewichtsverlust, Durchfall und Schwitzen als Ausdruck einer Schilddrüsenüberfunktion, so schwinden seine Chancen auf eine korrekte Diagnose massiv, wenn er die Beschwerden im zeitlichen Zusammenhang mit der Rückkehr aus den Tropen schildert. Der *framing effect* schränkt das Denken des Arztes ein. So naheliegende Maßnahmen – wie eine Kontrolle des TSH – werden unter diesen Rahmenbedingungen möglicherweise unterlassen werden. Eine weiterführende Frage in einem Fall mit sehr starkem Rahmen ist: Welche Diagnose würde ich stellen, wenn die Patientin nicht in den Tropen gewesen wäre?

- **Attribution bias (Schuld-haben-immer-die-anderen-Haltung)**
 Lebenserfahrung und Vorurteile sind im klinischen Alltag von großer Hilfe. Wir nutzen dieses Wissen, um die Prävalenz bestimmter Erkrankungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z. B. Leberzirrhose bei Alkoholikern, Hepatitis C bei i. v.-Drogenabhängigen) zugunsten einer effektiven Differenzialdiagnose. Dieses – meist zielführende – Vorgehen hat jedoch eine Kehrseite: Wir übersehen in bestimmten Kollektiven systematisch Erkrankungen, die nicht in unsere Vorstellungswelt passen. Ein Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) als Ursache einer Leberzirrhose bei einem Obdachlosen mit Alkoholproblematik fällt uns nicht ein oder eine HIV-Erkrankung bei einem Privatpatienten im Anzug und Krawatte. Auch neigen wir dazu, unsere eigene diagnostische Unsicherheiten (Luftnot bei einem Raucher) dem Patienten anzulasten. Alle Symptome erklären wir durch den Nikotinabusus, ehe wir an unseren eigenen differenzialdiagnostischen Fähigkeiten zweifeln. Auch das gehört zum Spektrum des *attribution bias*.
- **Base rate neglect (Vernachlässigung der statischen Wahrscheinlichkeit)**
 Das Wissen um die Prävalenz bestimmter Erkrankungen in der jeweiligen Altersgruppe und die jeweilige Verteilung zwischen den Geschlechtern ist von entscheidender Bedeutung für unsere diagnostischen Überlegungen. Die Prävalenz entspricht der Prätest-Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Diese Prätest-Wahrscheinlichkeit wird durch Testergebnisse erhöht oder erniedrigt. Die atypische Präsentation einer häufigen Erkrankung (Kategorie 3) ist immer wahrscheinlicher als die typische Präsentation einer seltenen Erkrankung (Kategorie 2). Häufig suchen wir mit aufwendiger Diagnostik nach besonders einprägsamen Erkrankungen (Phäochromozytom, Morbus Whipple, Goodpasture-Syndrom), obwohl diese allein durch ihre extreme Seltenheit eine äußerst niedrige Prätest-Wahrscheinlichkeit haben. Wir vernachlässigen darüber die eher »banalen« und häufigen Diagnosen.
- **Action bias (Handeln fällt leichter als Nichthandeln)**
 Der *action bias* ist eine in allen Lebensbereichen häufig anzutreffende Haltung. Wir sind davon überzeugt, den Ausgang vieler Situationen durch unser Handeln beeinflussen zu können. Schwer fällt uns, die Ungewissheit des Ausgangs einer Situation auszuhalten. Wir ziehen es vor, uns in eine aktive Handlung zu flüchten, als taten- und machtlos den natürlichen, nicht beeinflussbaren Lauf der Dinge zu verfolgen. Ein *Beispiel*: Während der EHEC-Krise im Mai 2011 in Norddeutschland (Epidemie mit gefährlichen Darmkeimen, die zu einem hämolytisch-urämischem Syndrom führten, vermutlich durch verunreinigte Salatsprossen) wurden hunderte Patienten einem invasiven Plasmaaustausch unterzogen. Es war eigentlich im Vorfeld klar, dass diese extrem aufwendige und risikoreiche Therapie den Heilungsverlauf nicht beschleunigen würde. Trotzdem wurde eine Vielzahl der Patienten so behandelt – ohne Effekt. Der *action bias* kommt in allen Dimensionen vor: schnell noch eine Blutentnahme zur Verlaufskontrolle eines Laborwertes oder die heroische Krebsoperation trotz ausgedehnter Metastasierung.

3.8 Methoden zur Fehlerminimierung

Das menschliche Denken und Entscheiden ist fehleranfällig. Dies betrifft insbesondere die im klinischen Alltag häufige Situation der Entscheidungsfindung unter Ungewissheit. Selten ist der Arzt in der komfortablen Situation, seine Entscheidungen auf gesichertes Wissen stützen zu können. Darüber hinaus gibt es in Deutschland bislang nur punktuell Lehrveranstaltungen, die Studierenden oder jungen Ärzten medizinisches Denken mit den zugrunde liegenden Theorien vermitteln.

Die schwierige Aufgabe für jeden Arzt lautet: »Wie kann ich mein eigenes Denken und Entscheiden überprüfen?«. Hierzu braucht es eine aktive Anstrengung, denn wir sind primär von der Richtigkeit unseres Denkens überzeugt. Hilfreich ist die Offenlegung des Denkprozesses. Das »laute Denken« ist eine gute Übung, Unplausibilitäten des diagnostischen Prozesses aufzudecken.

Die Überprüfung einer Diagnose mithilfe einer **Checkliste** kann jeder Arzt vornehmen:

1. Habe ich mich zu früh auf eine Verdachtsdiagnose festgelegt und gibt es alternative Diagnosen, die die Symptome des Patienten genauso gut oder besser erklären können? (*premature closure*)
2. Haben mich die Umstände der Patientenpräsentation oder Teile der Anamnese überproportional beeinflusst? (*framing effect*)
3. Erklärt die Diagnose alle Symptome des Patienten? Habe ich Befunde, die für meine Verdachtsdiagnose sprechen, genauso gewürdigt wie die Befunde, die dagegen sprechen? (*confirmation bias*)
4. Haben mich mein Fachgebiet oder eigene Patientenfälle überproportional in meiner Differenzialdiagnose beeinflusst? (*availability bias*)
5. Falls pathologische Befunde erhoben wurden, erklären diese überzeugend die Symptome des Patienten? (*search satisfaction bias*)
6. Haben mich das Erscheinungsbild und der sozioökonomische Status oder Sympathie in meiner Differenzialdiagnose beeinflusst? (*attribution bias*)
7. Habe ich die Prävalenz der Erkrankung bezüglich Altersgruppe und Geschlecht des Patienten ausreichend berücksichtigt? (*base rate neglect*)

Literatur

- Cavalcanti RB, Sibbald M. Am I Right When I Am Sure? Data Consistency Influences the Relationship Between Diagnostic Accuracy and Certainty. *Academic Medicine* 2014; 89: 107–113.
- Croskerry P. From Mindless to Mindful Practice – Cognitive Bias and Clinical Decision Making. *N Engl J Med* 2013; 368: 2445–244.
- Gigerenzer G. *Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. Gütersloh: Bertelsmann 2007.
- Gilovich T. *How We Know What Isn't So: The Fallibility of Human Reason in Everyday Life*. Free Press 1991.
- Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. London: Penguin 2012.
- The National Academies of Sciences; Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; Engineering, and Medicine. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US) 2015.