

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (6)

- **Teil 6: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

Im 6. und letzten Teil dieser kleinen Serie über die S3-Leitlinien zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden geht es um die Therapeut-Patient-Beziehung mit den speziellen Aspekten Beschwerde-Präsentation und Empfehlungen an den Therapeuten. Beispiele: Freundlichkeit, Respekt, Verbindlichkeit, Zuversicht, aber auch Transparenz schaffen, psychosoziale Aspekte erfragen, das Beschwerdebild nicht relativieren etc. Das leuchtet ein, hat aber seine Grenzen in bestimmten Patient-Therapeut-Situationen, auf die nachfolgend konkreter eingegangen wird. Dazu kurze Hinweise zum Thema: Welche Gefühle löst der Patient beim Therapeuten aus, welche Rolle weist der Patient dem Therapeuten zu und wie soll man sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren adäquat berücksichtigen?

Erwähnte Fachbegriffe:

Teil 6: Heils-Erwartungen des Patienten – idealisierende Hoffnung – Enttäuschungs-Gefahr – Unsicherheiten des Therapeuten – Beschwerde-Präsentation des Patienten – Therapie-Notwendigkeiten – Therapie-Gefahren – professionelle Distanz – konkrete Praxis-Tipps – primärer und sekundärer Krankheitsgewinn – primärer und sekundärer Behandler-Gewinn – Kollusions-Gefahr – Zufriedenheits-Fälle – rechtliche Absicherung – Tendenzen – Gefühls-Reaktion des Therapeuten – u.a.m.

DIE THERAPIE NICHT-SPEZIFISCHER FUNKTIONELLER UND SOMATOFORMER KÖRPER-BESCHWERDEN

Die Therapeut-Patient-Beziehung und ihre Bedeutung

Grundlage, ja Voraussetzung für eine ziel-führende Diagnostik und erfolgreiche Behandlung ist gerade bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden eine Therapeut-Patient-Beziehung, die auf die vielfältigen Denk- und Verhaltensweisen sowie Einstellungen beider Seiten Rücksicht nimmt. Oder mit den Worten der Experten der S3-Leitlinie: „Der Beachtung des Interaktions-Verhaltens der Patienten und der Behandler-Patient-Beziehung kommt beim Verständnis und Management von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoforme Körper-Beschwerden eine zentrale Bedeutung zu.“

Leider entwickelt sich aber dieser wichtige zwischenmenschliche Bereich bisweilen zu einer Negativ-Spirale in Form eines „typischen Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkels“. Warum?

- Zum einen hat der **Patient** große Heils-Erwartungen gegenüber (s)einem mächtigen Helfer, nämlich dem Therapeuten, der die Körper-Symptome ja Kraft seiner medizinischen Kompetenz verstehen und beseitigen soll. Doch diese Erwartung bleibt fast regelmäßig unerfüllt. Der Grund ist einfach: Der Therapeut findet „nichts“, denn es gibt keine objektivierbaren Befunde.

Damit schlägt die idealisierende Hoffnung in Enttäuschung, Resignation und Frustration um. Und zwar solange, bis schließlich ein neuer Hoffnungsträger auftaucht - und das Ganze wiederholt sich. Und dies in zweiter und dritter Folge schon deshalb, weil der Patient zwar sein Leid klagt, aber frühere Untersuchungen und Behandlungen, vor allem Therapie-Abbrüche und den (häufigen) Therapeuten-Wechsel verschweigt.

- Aber auch der **Therapeut** ist in Gefahr, denn die überhöhten Erwartungen seines Patienten können dazu führen, dass er den Anspruch an seine Leistungsfähigkeit gleichsam anpasst - und damit offene oder latente Versprechungen macht, die später nicht einzulösen sind.

Auch das frustriert, ja verärgert und führt dazu, dass „dieser Kranke“ nicht nur als anstrengend, anspruchlich und schließlich vorwurfsvoll erlebt wird, sondern auch beim Therapeuten unangenehme Gefühle auslöst. Das kann von der eigenen Ratlosigkeit und Unsicherheit bis zur Frustration und Verärgerung gehen und sich in ganz unterschiedlicher Form äußern: Zum einen eine fort dau-

ernde oder sogar invasive Mehrfach-Diagnostik bis hin zu größeren Eingriffen auf der einen Seite, aber auch zu einer verminderten Aufmerksamkeit, wenn nicht gar stigmatisierenden Einstellung auf der anderen.

Hier ist also der Therapeut gut beraten, gleich zu Behandlungsbeginn die eigene „End-Idealisierung“ zu akzeptieren und konsequent durchzuhalten - und damit die Erwartungen zu relativieren. Gleichzeitig aber muss natürlich die Selbst-Verantwortung des Patienten nicht nur betont, sondern auch gestärkt werden.

Wie aber gerät man als Therapeut in eine solche „Falle“ bzw. auf was muss man achten? Dafür haben die Experten der S3-Leitlinie im Schattauer-Verlag einige Hinweise zusammen getragen (siehe Kasten).

Beschwerde-Präsentation des Patienten, die aufhorchen lassen sollte

- plastische und gefühlsbetonte Sprache
- rein bio-medizinische Erklärungsversuche
- Beschreibung erheblicher emotionaler (gefühlbetonter) und sozialer Beeinträchtigungen durch die Beschwerden
- Bezugnahme auf andere als Gewährleute für die Schwere der Beschwerden
- Kritik und Verweigerung
- Präsentation komplexer Beschwerdemuster, die sich der Erklärung widersetzen
- und anderes mehr

Auswahl nach S3-Leitlinie

Solche, unbewussten „Strategien“ setzen den Therapeuten ggf. unter Druck und schränken seine fachliche Reaktionsfähigkeit ein. Denn was immer der Behandler auch macht, wenn sich der Patient letztlich nicht verstanden bzw. angenommen fühlt, neigt er erst einmal zu einer Verdeutlichung seiner Schilderungen. Das äußert sich beispielsweise darin, dass er sein Beschwerdebild ausweitet und noch detaillierter, ja ausufernd darlegt. Damit bringt er aber den Behandler möglicherweise noch stärker unter Druck, was beispielsweise die Palette körperlicher Diagnose-Verfahren noch mehr auszuweiten vermag. So vereinen sich also Patienten-Darlegung und Therapeuten-Reaktion ggf. zu einer ungünstigen Behandler-Patient-Interaktion, und zwar nicht nur beim Erstkontakt, sondern auch im Verlauf der weiteren Behandlungs-Sitzungen.

Nun mangelt es seitens der Therapeuten aber nicht an entsprechenden Handlungs-Anweisungen zum Umgang mit „medizinisch unerklärlichen Krankheitszeichen“. Sie alle leuchten auch ein. Beispiele:

- Den Patienten ernst nehmen, an ihn glauben, zu ergründen suchen, nicht nur wie, sondern vor allem was der Patient darstellen will.
- Auch ohne hinreichende Erklärungs-Möglichkeiten das Befinden zu verstehen suchen.
- Und schließlich der für einen Therapeuten nicht ganz einfache Kompromiss: „Manchmal liegt die einzige „Therapie-Notwendigkeit“ in einer guten, kontinuierlichen, lang andauernden Behandler-Patient-Beziehung“. Das heißt also auch beruhigen, Befürchtungen zerstreuen, trotzdem die möglichen Beschwerde-Ursachen nicht aus den Augen verlieren, und schließlich immer wieder erklären, statt zu „normalisieren“ oder gar zu verharmlosen.

Das alles hört sich natürlich einleuchtend, konstruktiv, erfolgsversprechend an, kann aber beispielsweise bei ständigen Spannungskopfschmerzen, bei Fibromyalgie, prämenstruellem Syndrom, chronischem Müdigkeits-Syndrom (CFS), ständigen Allergien u. a. schon zur Belastung werden, nicht nur für den Patienten.

Was ist konkret zu tun?

Durch entsprechende Schulung lassen sich zwar die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden selber nicht wirkungsvoll beeinflussen, doch die Kompetenz des Behandlers wird gestärkt und die Beziehungsqualität zwischen Patient und Therapeut verbessert.

So wird den Therapeuten empfohlen eine gelassene, empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungs-orientierte Grundhaltung anzustreben. Das allerdings erfordert sowohl Einfühlung als auch (professionelle) Distanz, zudem ein richtiges Maß an Zurückhaltung und Echtheit. Oder mit einem Satz: „Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein“ (S3-Leitlinie).

Auf jeden Fall scheinen sich bestimmte Aspekte grundsätzlich als positiv zu erweisen, nämlich

- Freundlichkeit (grundsätzliche Achtung des Anderen)
- Respekt (Ausdruck von Wertschätzung für ein spezifisches Individuum)
- und Engagement (Verbindlichkeit).

Was aber heißt das konkret?

- Zuversicht vermitteln, jedoch ohne die Ansprüche und Erwartungen zu relativieren. Also auch den Druck oder gar die Idealisierungen des Patienten nicht übernehmen.
- Transparenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen vermitteln, aber das Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen.
- Psychosoziale Aspekte erfragen, die mit dem Beschwerdebild in Verbindung stehen könnten, aber die körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren.
- Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, sondern seine subjektive Krankheits-Theorie erfragen und daran anknüpfen. Aber auch seine Erklärungs-Ansätze nicht voreilig und unkritisch übernehmen.
- Engagement und Verbindlichkeit zeigen, aber sich nicht zu raschem Handeln verleiten lassen.

Hier helfen die S3-Leitlinien dem Therapeuten mit konkreten Praxis-Tipps bzw. hilfreichen Formulierungen im Interesse der geforderten empathischen und balancierten Grundhaltung.

DIE PROBLEME DES THERAPEUTEN IN ENTSPRECHENDEN SITUATIONEN

Jedem bekannt ist der Begriff vom „primären und sekundären Krankheitsgewinn“ bei einem Patienten mit entsprechenden Beeinträchtigungen, aber eben auch Bedürfnissen. Krankheit mit Folgen, nämlich positiven (wenn schon, dann aber auch ...).

Aus der Sicht der Experten gibt es aber auch einen „primären und sekundären Behandler-Gewinn“. Auch er kann die Therapeut-Patient-Beziehung bzw. den gewünschten Erfolg negativ beeinflussen.

- Welches ist nun ein solcher Nutzen namens primärer Behandlungsgewinn für den Therapeuten - wenn auch unbewusst oder uneingestanden?
- Wer wird nicht gerne gelobt oder gar idealisiert. Wenn der Patient also eine solche Strategie fährt, durchaus bewusst (möglicherweise aber auch unbe-

wusst), dann droht schon die Gefahr, eine solche Idealisierung unkritisch anzunehmen. Das kann sogar so weit gehen, dass die vom Patienten angedeutete Abwertung der früheren Therapeuten zuvor mehr oder weniger akzeptiert wird.

Warum? Zum einen eigene und wohl überhöhte Kompetenz-Ansprüche und nicht zuletzt ein Bedürfnis nach Anerkennung, wenn nicht gar Bewunderung. Hier spielen dann uneingestandene therapeutische Eitelkeiten, vielleicht sogar unreflektierte Rivalitäten mit anderen Kollegen eine Rolle.

Das lässt sich vor allem in der ersten Behandlungsphase („Patient-Therapeut-Flitterwochen“) feststellen. So etwas nennt man in Fachkreisen eine „Kollusion“ der Beteiligten (Fachbegriff: der jeweiligen Interaktions-Partner). Gemeint ist mit Kollusion das unbewusst abgestimmte Zusammenspiel von Patient und Therapeut zu einem zunächst nicht erkannten Zweck.

- Nicht selten sind es aber auch eigene Befürchtungen des Therapeuten, z. B. eine körperliche Erkrankung zu übersehen, die man eigentlich problemlos diagnostizieren und behandeln hätte können. So werden dann diagnostische, nicht selten kostspielige technische Kontroll-Untersuchungen angeordnet, die zwar den Therapeuten beruhigen (und rechtlich absichern, was ebenfalls eine Rolle spielt), den Patienten aber bekanntermaßen nicht zufrieden stellen („wieder einmal nichts gefunden, obgleich doch ...“).

- Was sicher kaum diskutiert wird, aber nicht völlig von der Hand zu weisen ist, wäre die Übertragung eigener Krankheits-Ängste auf den Patienten.

- Ebenfalls kaum diskutiert, aber oft nicht zu übersehen, ist das, was die Experten eine „Zufriedenheits-Falle“ nennen: Durch Befriedigung und Förderung passiver Versorgungswünsche wird (unbewusst) versucht, die Sympathie des Patienten zu erhalten. Diese Zufriedenheit äußert sich beispielsweise in einem fortdauernden Behandlungs-Wunsch, weil sich der Patient dort besser aufgehoben fühlt. Sie muss also gar nicht verbis expressis ausgedrückt werden.

- Welches sollen nun die häufigsten problematischen Beweggründe für eine unnötig ausgedehnte oder ständig wiederholte Organ-Diagnostik sein? Dazu einige wissenschaftliche Erkenntnisse:

- Entlastung von erlebtem Druck, der (vermeintlich) seitens des Patienten aufgebaut wird. Das gilt in Therapeuten-Kreisen sogar als eine der stärksten Vorhersage-Kriterien für dann eingeleitete diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

- Aggressives Empfinden auf Seiten des Therapeuten wegen persönlich erlebter Hilflosigkeit. Das kommt natürlich weder zur Sprache, noch wird es dem

Betreffendem vielleicht bewusst. Es kann aber zu einem so genannten Aktio-nismus führen, d. h. es muss etwas getan werden, und seien es nur letztlich fragwürdige Maßnahmen, die differentialdiagnostisch nicht weiter bringen. Manchmal können sie aber auch vom Patienten als „Bestrafung“ erlebt werden, selbst wenn sich das paradox anhört („erst soll alles gemacht werden, dann ist es schließlich doch zu viel“).

- Neben diesen „inneren“ Gründen gibt es objektive, „äußere“ Vorteile bei entsprechender Aktivität, was dann als „sekundärer Behandlungs-Gewinn“ bezeichnet wird. Was gehört dazu?

- Vor allem eine (vermeintliche) Zeit-Ersparnis angesichts eines ständig hohen Zeit-Drucks. Der ist zwar überall zu registrieren, führt aber im vorliegenden Falle zu einer besonders negativen Entwicklung, weil sich dadurch kaum eine ausreichende Gesprächs-Zeit zur Klärung psychosozialer(!) Belastungsfaktoren ergibt, die halt oft nur mühsam erinnert und in konkrete Formulierungen gefasst werden können.

- Ein weiteres Motiv ist die schon erwähnte rechtliche Absicherung in Form so genannter „defensiver Untersuchungen und Überweisungen“ angesichts der Furcht vor Klagen und juristischen Auseinandersetzungen.

Das ist in der Tat nicht wegzudiskutieren. Denn in der derzeitigen Rechtsprechung wird das auch unterschiedlich bewertet: Das Übersehen eines körperlichen Befundes gilt als Kunstfehler, das nicht Berücksichtigen psychosozialer Belastungsfaktoren dagegen eher als „Kavaliers-Delikt“. Dass eine nutzlose organische „Über-Therapie“ nicht nur die Gesundheitskosten hochtreibt, sondern auch das Leiden intensivieren, auf jeden Fall aber verlängern kann, steht derzeit dagegen kaum zur Diskussion, vor allem nicht in juristischen Kreisen.

- Ein weiteres Problem ist die Angst, eine nach und nach immer gefährlicher werdende Krankheits-Entwicklung zu übersehen. Das findet sich vor allem durch eine möglicherweise nachlassende Aufmerksamkeit bei jenen Kranken, die immer und immer wieder vorsprechen („der schon wieder“). Und dann vor allem bei theatralisch, hypochondrisch oder hysterisch wirkenden Patienten.

- Auch ein so genanntes Kausalitäts-Bedürfnis ist nicht von der Hand zu weisen. Konkret: endlich bzw. als erster eine letztlich „einfache“, auf jeden Fall naheliegende organische Erklärung für die geklagten Beschwerden zu finden.

- Und natürlich können die fehlenden gesundheitlichen Fortschritte des Patienten vom Therapeuten auch als persönliche Zurückweisung (fehl-)interpretiert werden.

- Denn vor allem die Chronifizierungs-Neigung und die damit verbundene „unangenehme Prognose für manche Kranke kann auch als Hinweis auf die

eigene ärztliche Unzulänglichkeit, wenn nicht gar Machtlosigkeit interpretiert werden.

- Schließlich darf nicht vergessen werden, dass eine intensive Diagnostik und Therapie, die sich vor allem auf körperlicher Ebene manifestiert, einen höheren materiellen Gewinn bedeutet. Im derzeitigen deutschen Rechnungssystem wird die Apparate-Medizin deutlich besser honoriert als die so genannte sprechende Medizin. Ganz zu schweigen von dem Gewinn durch so genannte Ring-Überweisungen und den unkritischen Einsatz von so genannten IGEL-Leistungen.

Nachfolgend noch einmal im Kasten eine komprimierte Übersicht zur aktiven Reflexion der eigenen Haltung, wie es in den S3-Leitlinien 2013 durch die beteiligten Experten zusammengefasst wird:

Welche Gefühle kann der Patient beim Therapeuten ggf. auslösen?

Nicht-Wissen, Ratlosigkeit, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Scheitern, Selbstzweifel, Idealisierung, Entwertung, Machtkampf, Gefühle des manipuliert werdens, keine Dankbarkeit, Langeweile, Ungeduld, Genervt-sein, Aggression, Abschalten, Verstimmung, Wut, Ärger, Frustration, Erschöpfung, Ablehnung, Mitleid, Ohnmacht, eigene Erinnerungen, Absetz-Wünsche u.a.m.

Welche Rolle weist der Patient dem Therapeuten zu?

Tröster, Unterstützer, Retter, Anteilnehmender, strenge, ermahnende, abweisende Instanz usw.

An was sollte der Therapeut immer zu denken versuchen?

Höre und verstehe ich, was der Patient mir sagen will? Trage ich möglicherweise unbewusst zur Fortsetzung des Beschwerdebildes bei? Bin ich dem Patienten gegenüber ehrlich, was meine diagnostische Rest-Unsicherheit angeht? Konzentriere ich mich gut genug auf die Verbesserung der Lebensqualität im Alltag? Ist der Patient und ich noch in einem guten Kontakt, „ziehen wir an einem Strang“?

Nach S3-Leitlinie, 2013

Sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren berücksichtigen

Die meisten Ärzte haben eine überwiegend organisch orientierte Einstellung, was für ihre konkrete Aufgabenstellung bzw. Zielgruppe auch wichtig ist. Zunehmend aber wird deutlich, was im Grunde seit jeher berücksichtigt werden

sollte: Der Therapeut muss sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren explorieren, berücksichtigen und in seine Behandlungs-Vorschläge integrieren. Die geläufige Einstellung wie: „Wer nichts Körperliches hat, der hat gar nichts“, oder „alles psycho“, oder etwas freundlicher, aber keineswegs hilfreicher: „Beruhigen Sie sich, das ist alles nur seelisch“, führen nicht weiter und sollten vermieden werden.

Das Problem: Nicht nur die Ärzteschaft hat überwiegend ein einseitiges somatisches Erklärungs-Modell, auch die Patienten haben so etwas immer wieder. Denn „organisch = ernst zu nehmen“ und „psychisch = Einbildung“ ist überall verwurzelt und geht auf das gängige bio-medizinische Konzept zurück. Deshalb auch die Gefahr einer „bio-medizinischen Kollusion“ (also des unbewusst abgestimmten Zusammenspiels von Patient und Behandler zum Zwecke einer beidseits befriedigenden Diagnose und Therapie). Oder konkret: Schmerz ist ausschließlich(!) eine Gewebsschädigung, was den Patienten aber ggf. in einem dann doch letztlich unzulänglichem Schmerz- und Selbstverständnis fixiert.

Zielführender wären deshalb bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle, was zunehmend an Bedeutung und folgenreichen Konsequenzen gewinnt. Das darf aber nicht heißen, jetzt unkritisch auf die andere Seite einzuschwenken. Oder grundsätzlich die Beschwerden entweder als somatisch oder funktionell zu klassifizieren (sprich: entweder begründete Organ-Ursachen oder rein seelische Einflüsse). Vielmehr sollten beide Seiten gleichzeitig berücksichtigt werden, also eine Sowohl-als-auch-Haltung.

Dabei empfiehlt sich ein so genanntes „abwartendes Offenhalten“ (englischer Fachbegriff: watchful waiting). Dann kommt die gezielte Anamnese, d. h. Krankheits-Vorgeschichte mit der Entscheidung für eine entsprechende weiterführende Diagnostik. Natürlich ist der Patient erst einmal verunsichert, doch entscheidet gerade hier die gute Behandler-Patient-Kommunikation mit allen strategischen Überlegungen, wie sie vorangehend geschildert wurden, ob der Patient ratlos und ängstlich wird oder sich trotz des Abwartens gut aufgehoben fühlt.

LITERATUR

Grundlage dieser kleinen Serie über körperliche Beschwerden durch seelische Ursachen ist die S3-Leitlinie

Hausteiner-Wiehle, C., P. Henningsen, W. Häuser, M. Herrmann, J. Ronel, H. Sattel, R. Schäfer (Hrsg.): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013