

„Funktionelle Störungen in der allgemeinen medizinischen Praxis“

Eckhard Schiffer, Quakenbrück
 Referat am 25.09.08 im Ärztehaus Oldenburg
 Auf Einladung des Ärztevereins Oldenburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlichen Dank für die liebenswürdige Einladung nach Oldenburg, der ich gerne gefolgt bin.

Die somatoformen Störungen, die heute Abend unser Thema sind, beziehen sich auf Krankheitsbilder, die als Einzige in der ICD 10 als diagnostisches Kriterium die Arzt-Patienten-Beziehung mit einschließen:

„Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“

Ich darf kurz daran erinnern, die somatoformen Störungen umfassen

- die Somatisierungsstörung (F 45.0)
- die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1)
- die hypochondrische Störung (F 45.2)
- die somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.30 bis F 45.37)
- die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4).

Wegen großer inhaltlicher Nähe werden außerhalb des ICD-10-Kapitels noch folgende Krankheitsbilder zu den somatoformen Störungen gerechnet:

- dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversionsstörungen, F 44.4 - 7)
- Neurasthenie (F 48.0)¹.

In ätiopathogenetischer Hinsicht sind die somatoformen Störungen einerseits abzugrenzen gegen depressive Syndrome im Sinne einer somatisierten Depression bzw. eines (vorwiegend „endogenen“) depressiven Syndroms mit vegetativen Störungen und multiplen funktionellen Organbeschwerden. Sehr beliebt war in dieser Hinsicht Anfang der siebziger Jahre, als ich mit meiner Facharztweiterbildung begann, die Kategorie der durch körperliche Symptomklagen maskierten oder *Larvierten Depression*. Dieser Begriff ist von der Pharmaindustrie wohlwollend gesponsert worden, weil es ja nicht falsch sein konnte, erstmal ex iuvantibus diagnostisch weiterzukommen und dadurch teure apparative diagnostische Maßnahme zu sparen.

Die andere Kategorie, von der die somatoformen Störungen unterschieden werden müssen, ist natürlich die Organerkrankung. Wobei aus der Sicht des niedergelassenen Arztes in der Regel die differentialdiagnostische Expedition ihren Ausgang von den Organerkrankungen nimmt. Erst wenn das übliche organzentrierte diagnostische Inventar keine positiven Ergebnisse bringt, gehen die Überlegungen in Richtung somatoforme Störung oder somatisierte Depression. –

¹ Rudolf, G. u. Henningsen, P. (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. Z Psychosom Med Psychother, 49, 3 – 19.

Verhältnismäßig übersichtlich ist Ihr Fragenkatalog, wenn Sie nach einer somatisierten Depression fahnden sollten:

- Erstmanifestation der Beschwerden meist nach dem 35. Lebensjahr
- auch in der erweiterten Familienanamnese Manifestation depressiver Syndrome, auch Suizid
- sehr oft findet sich auch ein Morgentief mit Antriebsstörungen und verstärkter Depressivität des Morgens, ebenso ist die Intensität der körperlichen Symptome am Morgen und am Vormittag oft stärker als am Abend
- oft finden sich Begleitsymptome wie: Reduzierung der Libido, des Appetits
- es finden sich Durchschlafstörungen, oft mit nächtlichem Erwachen gegen 2 Uhr und langem Wachliegen oder frühzeitiger Beendigung des Schlafes gegen 4 bis 5 Uhr.

Wenn Sie sich dann probatorisch für ein Antidepressivum entschließen sollten, fahren Sie immer noch recht erfolgreich – und preiswert – mit Amitriptylin in einschleichender Dosierung (!), ggf. mit Amitriptylin Tropfen zur Nacht. Dies aber nur, sofern kardial nichts dagegen sprechen sollte. Ansonsten kommen die neueren Antidepressiva infrage wie Remergil, Cipralext oder auch Trevilor. Falls eine nosophobisch-wahnhaft Komponente mitschwingen sollte, empfiehlt sich bis zum Alter von sechzig Jahren Zyprexa in niedriger Dosierung, z. B. 2,5 bis 5 mg (im höheren Alter: Zeldox). Bei Therapieresistenz – die kann man allerdings frühestens nach zwanzig Tagen ausreichend aufdosierter medikamentöser Therapie annehmen – wechseln Sie das Antidepressivum oder kombinieren die bisherige Therapie mit einem weiteren Antidepressivum. Sinnvoll kann auch die Kontrolle des Serumspiegels sein – allein schon deswegen, weil viele Patienten wegen der Nebenwirkungen oder auch aus Vorbehalt Antidepressiva lieber regelmäßig in den Ausguss als in den Rachen schmeißen. (cave: die Kombination von Amitriptylin mit Fluoxetin kann durch Hemmung des Abbaus des Amitriptylins zu einem überproportional hohen Serumspiegel des Amitriptylins führen.) Und noch eines: Antidepressiva sind keine „Streikbrecher“!

Ich erinnere mich noch sehr gut an den erfolgreichen Prokuristen, der in eine rabenschwarze Depression mit vielfältigen körperlichen Symptomen abstürzte, als er endlich sein Traumziel erreicht hatte, nämlich die Übernahme der Firma – in der er schon seit zwanzig Jahren gearbeitet hatte – weil sich in der Familie des Firmeneigners kein Nachfolger fand.

Von der Primärpersönlichkeit her war unser Prokurist ein sehr feinsinniger Mensch mit einem ausgeprägten Harmonieideal, gleichzeitig aber auch mit einem ausgeprägten Pflicht- und Leistungsideal ausgestattet. Aber dafür interessierten sich die Kollegen erst, als er nach zunächst erfolgreicher antidepressiver Therapie erneut abstürzte. Nun bequemte man sich, ihn auf seine Lebensgeschichte hin in einen Dialog einzubinden. Deutlich wurde, dass er in einem Riesenkonflikt stand, nämlich dem, sein komplettes Leben einschließlich der Beziehungen zu seiner geliebten Familie an seine Firma mit auszuliefern. Sehr schmerzlich litt er unter der Entfremdung von seiner Frau. Aber die Schulter-Nackenschmerzen wurden halt als Teil der somatisierten Depression aufgefasst und nicht als symbolisierter Ausdruck dessen, dass er sich zuviel aufgebuckelt hatte.

Die zweite Therapie war dann erfolgreicher. Innerhalb dieser Therapie konnte er sein Leistungs- und Pflichtideal relativieren, gleichzeitig auch im Rahmen von Partnergesprächen seine Objektverlustängste mildern. Dabei ging es auch um seine Autonomie und sein Bestreben, dass ihm nicht immer wieder jemand in sein Tun hineinredet. Er konnte sich dann doch entschließen, einen weiteren gut bezahlten Partner mit in die Geschäftsleitung hineinzunehmen. Dies ging zwar nicht ohne

äußere Konflikte ab, diese waren aber nicht so existentiell und vor allen Dingen besser verhandelbar als die impliziten Konflikte zwischem seinem Harmonieideal und Leistungsintroyekt.

Lange Rede, kurzer Sinn: auch wenn ein Antidepressivum erfolgreich zu sein scheint, heißt das nicht, dass kein Gesprächsbedarf besteht.

Oft reichen kurze Interventionen, die sich auch aus einer Fünf-Minuten-Begegnung heraus ergeben können. Michael Balint nannte solche Interventionen „*flash*“.

„Die ‘Flash-Methode’ besteht darin, dass aufgrund eines tiefen Einvernehmens zwischen Patient und Arzt der Arzt die Mitteilungen des Patienten so beantwortet, dass dieser sich ganz verstanden fühlt, wobei ‘die gewöhnliche Bewertung der Worte nur eine untergeordnete Bedeutung’ hat. Es handelt sich also hier um eine sowohl verbale wie averbale Kommunikation. Ein wichtiger Punkt ist dabei ferner, dass der Arzt, wie Balint sagt, nicht die Rolle des ‘Detektivs’ spielt, also ständig bohrende Fragen stellt, um irgendwelche verborgene Konflikte oder bisher unbekannte anamnestische Daten zu eruieren.“² „Erfunden“ und erprobt wurde die Flash-Methode erstmals von Michael Balint und seinen Mitarbeitern für niedergelassene Ärzte, um diesen in den gewöhnlich nur kurzen Kontakten mit ihren Patienten während der ärztlichen Sprechstunde ein tieferes Verstehen zu ermöglichen. Grundsätzlich ist die Flash-Methode aber überall da anwendbar, wo es bei begrenzten zeitlichen Möglichkeiten um das Wahrnehmen und Verstehen eines Menschen geht.

Der „Flash-Augenblick“ ist aber kein ausschließlich isoliert betrachtbares Ereignis, sondern ist sowohl in die Vor-Geschichten der daran Beteiligten als auch in deren Folgebegegnungen eingebunden.

Mit anderen Worten: Das, was von ihnen in der Sprechstunde als flash verbalisiert wird, speist sich intuitiv aus der mehr oder minder langen Begegnungserfahrung mit eben diesem Patienten heraus.

Die somatoformen Störungen

In dem nosologischen Feld der somatoformen Störungen treffen wir hingegen häufiger Patienten, die auf ihrer Odyssee unverhofft in unsere Sprechstunde kommen. Aber auch da gibt es Möglichkeiten, in einem „moment of meeting“ auch in der nicht-fachpsychotherapeutischen Praxis etwas zu bewegen. Immer wieder erzähle ich gerne die Geschichte, die ich von einem Kollegen vor Jahren von diesem in der Balint-Arbeit erfahren habe. Ich erzähle diese Geschichte so gerne, weil sie sehr deutlich werden lässt, was unter einer akuten Auslösesituation und unter Affektabwehr zu verstehen ist, wobei dann von der Emotion nur noch der physiologische Teil übrig bleibt und als Symptom erscheint.³

Es geht um einen Polizisten, der sich vor Angst beinahe in die Hose gemacht hätte: In die Urologische Fachpraxis kommt ein Polizist in Uniform und klagt über heftige Miktionsbeschwerden, die bislang allen medikamentösen Behandlungsversuchen

² Loch, W. (1973): Die Balintgruppe, Möglichkeiten zum kontrollierten Erwerb psychosomatischen Verständnisses. In: Nedelmann, C. & Ferstl, H. (Hrsg.) Die Methode der Balintgruppe Stuttgart: Klett-Cotta

³ Schiffer, E. u. Süßke, R. (1991): Psychosomatische Grundversorgung als Wiedergewinnung ärztlicher Kunst. Niedersächsisches Ärzteblatt 64, Nr. 16, 5 – 8.

einschließlich Antibiotika getrotzt hätten. Auch diesmal ergeben die einschlägigen Untersuchungen der Prostata und des Urins keinen pathologischen Befund. Auf die Frage des Kollegen, ob der Patient selber eine Vermutung habe, womit die Beschwerden zusammenhängen könnten, antwortet der Polizist, dass er da schon eine Vermutung habe, diese halte er jedoch für total verrückt. Bislang habe er sich aber nicht getraut, irgend jemandem davon zu erzählen, aus Angst, ausgelacht zu werden.

Ermutigt durch die Autorität des Arztes gibt er folgenden Bericht: Anlässlich seiner ersten Bereitschaft wird er zu einem schweren Unfall gerufen, bei dem ein PKW mit vier jungen Leuten gegen einen Baum geprallt ist. Die vier jungen Leute waren herausgeschleudert worden und auf der Stelle tot. Bei dem Bild des Grauens, das sich bei ihm dargestellt habe, verbunden mit dem Gefühl absoluter Hilflosigkeit, habe sich bei ihm sogleich ein stechender Schmerz im Unterleib bemerkbar gemacht, verbunden mit dem imperativen Drang, Wasser lassen zu müssen, was ebenfalls mit heftigen Schmerzen verbunden gewesen sei. In den nächsten Diensten hätten sich die Beschwerden erneut mit zunehmender Intensität und Häufigkeit eingestellt, insbesondere auch bei Dienstfahrten über Straßen, die mit ihren Baumreihen der Straße ähnelten, auf der sich der Unfall ereignet hatte.

Der ärztliche Kollege äußert sich dahingehend, dass ein schreckliches Ereignis wie dieser Unfall schon das Vegetativum durcheinanderbringen und einen mit so heftigen Beschwerden verkrampfen lassen könne – das sei nichts Außergewöhnliches. Es sei aber sehr wichtig, dass der Patient darüber geredet habe. Medikamente wolle er bis auf ein „leichtes entkrampfendes pflanzliches Medikament“ nun keine mehr verordnen. Die Beschwerden waren nach dieser ersten Begegnung vollständig rückläufig und bislang noch nicht wieder aufgetreten.

In der Balint-Gruppenarbeit kreisen zu dem beschriebenen Fall die Einfälle um die Uniform des Polizisten sowie die Uniform des Arztes (weißer Kittel). Genannt wird auch die brüchige Autorität des Polizisten, der sich dem Spott seiner Kollegen ausliefern würde, wenn er seine Geschichte diesen erzählte. Weitere Gedanken kreisten um die sichere Autorität des väterlichen Arztes, die Hilflosigkeit des Polizisten sowie die Hilflosigkeit eines Arztes in den ersten Bereitschaftsdiensten. Weiterhin dachten die Ärzte in der Gruppe über das Erleben von Ohnmacht nach und zwar vor dem inneren und äußeren Auftrag „Ordnung“ – dies auch im Sinne von Gesundheit- wieder herzustellen. Weitere Einfälle waren: sich etwas verkneifen müssen, nicht mehr laufen lassen können und etwas neu gestalten können, (im Erzählen und Erzählenlassen).

Der Begriff Trauma fiel damals noch nicht.

Die Frage des Kollegen, die er mit dieser Fallgeschichte vorbrachte, war übrigens die, ob denn das wahr sein könne, dass durch seine Herangehensweise der junge Polizist „geheilt“ worden sei.

Wie gesagt, die Geschichte ist so schön, weil sie die *Abwehr der psychischen Seite der Emotion* so deutlich werden lässt und nur deren körperlicher Anteil für die erste Wahrnehmung des Arztes präsentiert wird. Die meisten Patienten haben leider nicht eine so fabelhafte eigene Theorie für ihre Krankheit beizusteuern, sondern präsentieren sich eher als „Normopathen“: mir könnte es ja so gut gehen, wenn da nicht die Schmerzen oder der Schwindel wären.

Es gibt nun leider keine allgemeingültigen Erklärungsmodelle für ein spezifisches Auftreten von Symptomen. Jedoch finden wir bei unseren Patienten mit somatoformen Störungen immer wieder einige Gemeinsamkeiten:

Wir finden u. a. sogenannte *operative Sprach- und Denkmodalitäten*. Die eigene Biografie wird eher sachlich-kühl, distanziert beschrieben, ärgerliche und ängstliche Affekte sind allenfalls um das Körpersymptom herum versammelt. In diesem Fall können wir davon ausgehen, dass die Affekte weitgehend abgewehrt werden, sich nur in bestimmten Kontexten zeigen können – so zum Beispiel auch in Ihrer Gegenübertragung auf die Übertragung des Patienten hin. Die Affekte können aber auch fehlen, weil in den impliziten Beziehungserfahrungen des Patienten keine Affektausbildung und –differenzierung möglich war. In diesem Fall sind die operativen Denkmodalitäten eher psychostrukturell verankert und weniger im psychodynamischen Sinne abgewehrt. „Wenn es zu einer Mobilisierung des physiologischen Moduls (der Emotionen, E. S.) ohne gleichzeitige Mobilisierung aller anderen Module (motorisch expressives Modul, willkürmotorisches Modul, Modul der Situationswahrnehmung, Modul für die „Semantik der Affekte“) kommt, spricht man bei den körperlichen Symptomen von „Affektäquivalenten“⁴. Diese operativen Denkmodalitäten sind sehr oft die des Homo faber, des technischen Menschen. Literarisch faszinierend dargestellt im Homo Faber von Max Frisch. Homo Faber leidet an Magenschmerzen, derer er sich mit fast zärtlicher Hypochondrie annimmt. Darüber hinaus leidet er an einer situativen erektilen Dysfunktion.

Nach einer Notlandung in der Wüste muss Homo Faber zur Untätigkeit verdammt auf seine Rettung warten. Dabei gehen ihm folgende Gedanken durch den Kopf:

„Ich habe mich schon oft gefragt, was die Leute eigentlich meinen, wenn sie von Erlebnis reden. Ich bin Techniker und gewohnt, die Dinge zu sehen wie sie sind. Ich sehe alles, wovon sie reden, sehr genau; ich bin ja nicht blind. Ich sehe den Mond über der Wüste von Tamaulipas – klarer als je, mag sein, aber eine errechenbare Masse, die um unseren Planeten kreist, eine Sache der Gravitation, interessant, aber wieso ein Erlebnis? Ich sehe die gezackten Felsen, schwarz vor dem Schein des Mondes; sie sehen aus, mag sein, wie die gezackten Rücken von urweltlichen Tieren, aber ich weiß: Es sind Felsen, Gestein, wahrscheinlich vulkanisch, das müsste man nachsehen und feststellen. Wozu soll ich mich fürchten? Es gibt keine urweltlichen Tiere mehr. Wozu sollte ich sie mir einbilden? Ich sehe auch keine versteinerten Engel, es tut mir leid; auch keine Dämonen, ich sehe, was ich sehe: die üblichen Formen der Erosion, dazu meinen langen Schatten auf dem Sand, aber keine Gespenster. Wozu weibisch werden?“

Soweit der Homo faber. Affekte und Fantasien sind für ihn „weibisch“!

Ich darf nochmal zusammenfassen: Bisher wurden an Kriterien für die Diagnostik von somatoformen Störungen die operativen Denkmodalitäten genannt, die Affektabwehr und die Darstellung der eigenen Lebenssituation meist als normal. Wenn man dann allerdings behutsam und geduldig weiterfragt, findet man häufiger schon Auslösesituationen wie z. B. Trennung vom Partner, Tod der Eltern, Auseinandersetzung mit der Geburt eines eigenen Kindes oder dessen Pubertät und Adoleszenz sowie dessen Abschied aus dem Elternhaus.

Und in Unterscheidung zu der larvierten Depression treten die Somatisierungsstörungen in der Regel – aber nicht immer – vor dem 35. Lebensjahr auf.

⁴ Krause, R. u. Merten, J. (2007): Emotion und Psychotherapie. Psychotherapeut, 249 – 254.

Sie kommen mit dem Patienten leichter in ein psychosomatisch orientiertes Gespräch, wenn Sie nicht nur nach dem Datum der Erstmanifestation seiner Symptomatik fragen, sondern auch umgekehrt, nämlich: Bis wann haben Sie sich in Ihrem Leben eigentlich wohlfühlt, d. h. nicht nur für einige Stunden, sondern auch über längere Zeitabschnitte?

Vielleicht erfahren Sie dann von der Schmerzpatientin, dass Pflicht und Arbeit schon immer selbstverständlich waren und das Wohlbefinden nicht störten; dass die älteste Tochter bei einer kranken Mutter und vier jüngeren Geschwistern schon früh von ihrer Kindheit Abschied nehmen musste, damit es zu Hause weiterging. Oder Sie hören, wie von dem o. g. Prokuristen, dem das schon als Kind klargemacht wurde, dass nur Leistung zählt, man sich tagtäglich zusammenreißen muss, um etwas zu erreichen. Irgendwann gibt es dann den Bandscheibenvorfall und die Bandscheibenoperation, die aber nur vorübergehend zu einer Schmerzlinderung beiträgt, danach stellten sich die chronischen Schmerzen ein.

Unsere Patienten werden selten spontan psychosomatische Zusammenhänge erkennen oder erkennen wollen. Sie sind jedoch zumeist für den Satz zu haben, dass „Schmerzen Anspannung macht und Anspannung Schmerzen wieder verstärken kann“. Im nächsten Schritt lässt sich vielleicht vermitteln, dass ein ständiges Zusammenreißen zu einer Verspannung der Muskulatur führt, so, als wenn man freitags spätnachmittags auf der Autobahn von Oldenburg nach Hamburg fahren würde. Spätestens in Hamburg können sich dann heftige Schulter-Nackenschmerzen einstellen.

Manche – nicht alle! – Patienten lassen sich noch halbwegs überzeugen, dass gegen das ständige Zusammenreißen nicht ein forciertes Freizeitprogramm, aber schöpferisch-spielerische Aktivitäten Entspannung bringen können. Allerdings sind es nur die Aktivitäten, bei denen *nicht* das Ergebnis, das Produkt entscheidend ist, das man vorzeigen kann und dafür dann eine Zensur von anderen oder durch die eigenen verinnerlichten Zensurgeber bekommt, sondern nur der Prozess, das Tun selbst entscheidend ist. Das Singen, Tanzen, Toben, Budenbauen, Bildermalen, Fahrradfahren, Brombeerpflücken ... Glücklicherweise, wer Kinder oder Enkel hat. Mit diesen können wir dann zusammen prozessorientiert spielen, Geschichten erzählen oder vorlesen. Warum dies so wirksam ist, vermittelt uns ansatzweise auch die Neurobiologie: seit sechs Jahren wissen wir, dass bei diesem Spielen und nur eben bei dem prozessorientierten Spielen die Nervenwachstumsfaktoren BDNF freigesetzt werden, die die Voraussetzung für erfolgreiche Lernprozesse darstellen.⁵ Und sich aus dem verinnerlichten Befehl, sich ständig zusammenreißen zu müssen, lösen zu können, stellt eben einen Lernprozess dar.

Und noch an einer anderen Stelle hilft uns die Neurobiologie mit heute leichter akzeptierbaren Erklärungsmustern. Und zwar dann, wenn es darum geht, schmerzliche und nicht ausreichend betrauerte Lebensereignisse, die sich dann auch noch wiederholt haben mögen, in ihrer Auswirkung auf unsere Körperlichkeit zu verstehen. Wenn sich solche Lebensereignisse in der Biografie finden, dann können wir unseren Patienten sagen, dass für die Wahrnehmung körperlicher und seelischer Schmerzen annähernd die identischen Hirnbezirke zuständig sind. Und wenn wir eben nicht gelernt haben, seelische Schmerzen ausreichend von körperlichen zu unterscheiden, weil wir keine Chance hatten, seelische Schmerzen ausreichend darzustellen, und wir in in dieser Darstellung seelischer Schmerzen, d. h. in unserer Trauer, nicht akzeptiert wurden, dann können eben diese seelischen Schmerzen die körperlichen Schmerzen verstärken. Dann wären die seelischen Schmerzen nicht als

⁵ Spitzer, M. (2008): Spielen und Lernen. Nervenheilkunde 27, 458 – 482.

alleinige Ursache der körperlichen Beschwerden zu verstehen – es finden sich ja auch sehr oft anatomische Veränderungen wie z. B. an der Wirbelsäule oder den Gelenken – sondern die seelischen Schmerzen verstärken die gleichzeitig auch bestehenden körperlichen Schmerzen.

Hilfreich kann es in dem biografisch orientierten Gespräch auch sein, wenn wir bereits über unsere Sprache verdeutlichen, dass heftige Gefühle auch von heftigen körperlichen Reaktionen begleitet werden können. Haben wir diese Gefühle eher abgewehrt, so erleben wir oft nur die intensiven körperlichen Reaktionen, die dann als Krankheitssymptome missverstanden werden. Schon von einigen Redewendungen unserer Sprache wissen wir aber, dass eben Gefühle von körperlichen Reaktionen begleitet werden:

- Sich vor Angst in die Hose machen ...
- Es bereitet mir etwas Kopfzerbrechen
- Es liegt mir etwas schwer im Magen
- Es geht mir etwas an die Nieren
- Ich finde etwas beschissen
- Das ist ja zum Kotzen!
- Ihm klingelten die Ohren
- Das hat mich umgehauen
- usw.

Wenn wir mit unserem Patienten sprechen und er seine körperlichen Symptome präsentiert, dann sollten wir uns stets vergegenwärtigen, dass in den allermeisten Fällen dahinter verborgen das Motiv steckt, *mit den ursprünglich heftigen Gefühlen endlich wahrgenommen zu werden*. Weil aber die Gefühle nicht präsentiert werden durften, werden die Symptome präsentiert, in der Hoffnung, dass diese akzeptabel sind. Wenn Sie mit dem Patienten sprechen, z. B. darüber, bis wann er sich in seinem Leben wohlgeföhlt hat, dann lösen Sie unauffällig dieses Grundbedürfnis ein, wahrgenommen zu werden, erfahren vielleicht dabei sogar noch etwas über die Ressourcen und eigenen Hilfsmöglichkeiten des Patienten.

Allerdings: auch das kann immer wieder nicht ganz ausreichend sein.

Hierzu fällt mir – als letztes Fallbeispiel heute Abend – meine Patientin Lena ein. Diese war wiederholt im Zusammenhang mit Herzstolpern und Tachykardien als Notfall mit Blaulicht und allem Drum und Dran in die Klinik eingeliefert worden. Ausgiebige Untersuchungen hatten keinen pathologischen Organbefund ergeben. Erstmals hatte sie ähnliche Beschwerden gehabt – wenn auch nicht in so ausgeprägter Form – als sie als aktiv Handelnde ihre erste große Liebe verabschiedete: Einen Mitstudenten, langhaarig, zottelig, ein bisschen crazy, aber leidenschaftlich und romantisch. Sie heiratete dann einen zwar sehr erfolgreichen, aber insgesamt doch eher trockenen Verwaltungsbeamten.

Ich verkniff mir, mein Bedauern zu artikulieren und fragte, ob sie ihren Mann denn je geliebt hätte, woraufhin sie sagte, „Ja, er bot mir auch etwas.“ Aber dass er ihr etwas bot, verriet nicht ihre materielle Gesinnung, sondern das väterliche Introjekt. Liebe und Wahrnehmung durch ihren Vater waren an solche Momente des erfolgreichen Status – Schulnoten inklusive – geknüpft. Leidenschaft und Romantik waren in dem Wertekatalog, den der Vater implizit vermittelte, nicht aufgeführt. Ihre Symptome stellten sich dann mit Vehemenz erneut ein, als sie feststellte, dass sie mit ihren beiden Kindern – damals drei Jahre und ein Jahr alt – nicht spielen konnte. Sie im Gegenteil ihre Kinder nur als nervig und erschöpfend erlebte.

Lena war eine prima Patientin, sehr einsichtig und kooperativ. Mit unserem Therapieprogramm konnte sie viel anfangen, die Symptome zeigten sich in einer

nahezu dramatischen Form rückläufig. Nur beim ersten Nachgesprächstermin verkündete sie mir – und das fiel mir schon auf – fast triumphierend, dass sie wieder ihre Symptome hätte. Und das hatte etwas damit zu tun, dass ein Hauptanliegen von ihr in der Therapie nicht bearbeitet worden war, nämlich einmal dem Vater gegenüber Recht zu behalten. Und in der Vaterübertragung mir gegenüber konnte sie das, indem ihre Symptome wieder auftauchten und alle meine schönen Theorien damit widerlegt schienen.

Was können wir, vor jeder Fachpsychotherapie, für unsere Patienten mit somatoformen Störungen tun?

1. Dem Patienten nicht den Eindruck vermitteln, dass wir seine Symptome nicht für „nur psychisch“ – im abwertenden Sinne – halten, auch nicht für Simulation oder Einbildung. Von daher die Beschwerden einmal gründlich und mit einer interessierten Wahrnehmungshaltung abfragen, später dann aber ein wiederholendes Auflisten vermeiden.
2. Nicht aus eigener Unsicherheit heraus den Patienten durch weitere organzentrierte Diagnostik „beruhigen“ wollen.
3. Dem Bedürfnis nach Wahrnehmung im Gespräch gerecht werden. Damit aus dem Gespräch nicht eine Litanei wird, in der die Symptome akribisch dargestellt werden, lohnt es sich, möglichst bald im Gespräch die Frage zu stellen, bis wann der Patient/die Patientin sich in ihrem Leben wohlgeföhlt haben.
4. Es lohnt sich darauf hinzuweisen, dass Symptome Verspannung machen und Verspannung wieder die Symptommanifestation verstärken kann, dies gilt insbesondere für Schmerzsymptomatik. Es lohnt auch der Versuch, psychosomatische Zusammenhänge – im Sinne der Affektabwehr – an Redewendungen wie z. B. „Es schlägt mir etwas auf den Magen“ zu erläutern.
5. Wenn Sie den Patienten zum Gespräch bestellen, organisieren Sie, soweit es mit Ihren Praxisgegebenheiten vereinbar ist, einen Plan, in dem vielleicht schon fünf Termine festgelegt sind, sodass der Patient zu Ihnen kommt, ohne dass er sich stets nur aufgrund einer neuerlichen Zunahme der Beschwerden meldet. Sie können dem Patienten getrost sagen, dass es voraussichtlich nicht so ganz schnell gehen wird, bis seine Beschwerden sich erkennbar und anhaltend mildern werden.
6. Und wenn es darum geht, dass Sie selber dem Patienten gegenüber Probleme mit Ihren Geföhlen haben, dann lohnt es sich auf alle Fälle, den Patienten in der Balint-Gruppe vorzustellen.
7. Und es lohnt sich auch, den Patienten zu ermutigen, schöpferisch-spielerische Aktivitäten zu realisieren. Sie können dann dem Patienten vorschlagen, z. B. ein selbstangefertigtes Bild mit in die Sprechstunde zu bringen. Sie wollten gerne darüber nachdenken und ggf. noch mit Fachkollegen darüber sprechen. Wenn der Patient das dann so verarbeitet, dass er sich – in seiner Identifikation mit seinem Bild – durch dieses Vorgehen besonders intensiv wahrgenommen erlebt, dann dürfen Sie das Bild auch mit in die Balint-Gruppe nehmen – was sehr spannende Perspektiven eröffnen kann. Für alle Beteiligten.
8. Und – wenn Sie selber überzeugt sind, dass Singen eine fabelhafte Angelegenheit ist und nicht etwas, worüber man nur beschämt wird – dann können Sie dem Patienten empfehlen, regelmäßig zu singen. Abends und morgens. Voraussetzung ist aber, dass der Patient selber ermutigt werden kann, seine Beschämungsempfindungen beim Singen abzulegen. Beim Singen werden im zentralen Höhlengrau die körpereigenen Endorphine ausgeschüttet, was insbesondere bei Schmerzpatienten eine sehr positive Wirkung haben kann. Gerade bei Spätaussiedlern, die sehr oft mit einer Schmerzsymptomatik zu uns kommen,

haben wir im stationären Kontext damit sehr gute Erfolge gesehen. Voraussetzung ist allerdings, wie schon gesagt, dass der Patient nicht beschämt wird, sondern sich beim Singen wohlfühlt. Dies gelingt im stationären Betrieb am besten beim Gruppensingen.⁶

⁶ Schiffer, E. (2006): Reise zur Gelassenheit. Den sicheren Ort in sich entdecken. Freiburg: Herder.