



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 (Hrsg.)

Wirklich psychisch bedingt?

Somatische Differenzialdiagnosen in der
Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

 **Schattauer**

Schattauer
www.schattauer.de
J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart
Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2018/2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und
Data Mining i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten
Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg
Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/Natali_Mis
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck
Lektorat: Martina Kunze
Projektmanagement: Ulrike Albrecht
ISBN 978-3-608-40184-4
E-Book ISBN 978-3-608-12284-8
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20715-6

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

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.

Geleitwort

Nach über 30 Jahren klinischer Neurologie bin ich zweifelsohne »somatisch« geprägt. Gleichwohl steht gerade in der Neurologie völlig außer Frage, dass zum Verständnis der Patientinnen und Patienten, und damit auch zur effektiven Diagnosestellung, die Dimension »Psyche« gehört. Ob funktionelle Bewegungsstörungen oder »Brain Fog«, ob chronische Schmerzsyndrome oder kognitive Defizite: Den bestmöglichen therapeutischen Weg zu finden, bedarf immer einer mehrdimensionalen Betrachtung. Das gilt auch für die meisten anderen Fachrichtungen in der Medizin. Mit der Erkenntnis, dass psychosomatische Diagnosen positiv zu stellen sind, also nicht wie früher dem Konzept einer reinen Ausschlussdiagnose folgen, hat sich auch in der Interaktion zwischen somatischen Fächern und Psychosomatik einiges geändert – zum Besseren. Es ist Teil unserer Aufgabe, überbordende und möglicherweise belastende Diagnostik zu vermeiden und rechtzeitig an psychische Ursachen zu denken. Mit zunehmender klinischer Erfahrung gelingt dies besser als am Anfang der ärztlichen Tätigkeit. Aber auch mit viel Erfahrung ist man nicht davor gefeit, subtile oder auch weniger subtile somatische Ursachen von Symptomen zu übersehen. Im Falle einer beginnenden Tumorerkrankung oder sich abzeichnenden immunologischen Erkrankung kann das Übersehen von Frühzeichen schlimme Konsequenzen haben. Es ist also auch Teil unserer Aufgabe, nicht vorschnell zu schließen, dass ein Symptom psychisch bedingt ist. Im vorliegenden Buch sind zu diesem Thema instruktive Fallbeispiele zu einem umfangreichen Nachschlagewerk zusammengefasst. Oft geht es ja darum, in einem bestimmten Fall oder einer klinischen Situation »neu zu denken«. Hier gibt das Buch wichtige Anregungen, welche somatischen Krankheiten nicht übersehen werden dürfen. Das Buch soll im ärztlichen und psychotherapeutischen Alltag helfen, bei schwierigen Differenzialdiagnosen Fehler zu vermeiden. Es ist ein Ausdruck interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit im UKE, bringt viele Dekaden an klinischer Erfahrung zusammen, und ich freue mich, dass es nun bereits in der zweiten Auflage erscheint.

Viel Freude beim Lesen.

Prof.Dr.Christian Gerloff

Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums

Hamburg-Eppendorf (UKE)

ULRICH LAMPARTER, HANS ULRICH SCHMIDT

Einführung

Warum dieses Buch?

Das nun nach gutem »Echo« in der – um wichtige Bereiche ergänzten – zweiten Auflage erscheinende Buch mag den einen oder die andere weiterhin 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 psychotherapeutischen Blick – ob aus Perspektive der Ärzte oder Psychologen – für die Bedeutung des Psychischen zu öffnen? Wird denn nicht immer noch anhaltend an der Verfeinerung diagnostischer Instrumente gearbeitet, um psychische Störungen möglichst schnell zu erkennen und auf diese Weise 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 – zumindest anteilig – im Seelischen zu suchen ist? Geht es denn nicht gerade darum, diese Patienten zügig 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 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 Medizinern?

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

Dieses Buch will diese – durchaus erfreulichen – Entwicklungen in keiner Weise infrage stellen, sondern sie vielmehr um eine Blickrichtung auf die Psychotherapie ergänzen, die gerade auch den »somaticischen Blick« betont und so den interdisziplinären Stellenwert der Psychosomatik und Psychotherapie weiter vertiefen kann. Insofern freuen wir uns sehr, dass wir die zweite Auflage um Behandlungsfelder ergänzen konnten, die die Wichtigkeit dieses »somaticischen Blicks« betonen und illustrieren. Bei aller Offenheit für die Welt des Psychischen und die Zusammenhänge von Lebensgeschichte, Lebenssituation und Krankheit gilt es eben auch, den Fehler zu vermeiden, körperliche Krankheiten fälschlich als »psychisch bedingt« zu diagnostizieren, sei es

zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, aber auch in deren Verlauf, sei es, weil jemand vielleicht nur »etwas auffällig« ist.

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 Liaisdienst einer Universitätsklinik und in unseren eigenen Praxen 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 Selteneren 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 doch 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 bzw. das Problem »nach außen verlagert«. 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 »sondieren« 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 *Problemkreis 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 Initialraumes 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 Laboruntersuchungen in der klinischen Diagnostik geben oftmals zügig 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 substanziert 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 Selteneren, dem Unerwarteten, dem sich nicht an die typischen Regeln haltenden körperlichen Geschehen? Hier kommt es auf »verbreitertes 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 waren Herausgebern wie Autoren Anschau-

lichkeit und Kliniknähe ein besonderes Anliegen und Prinzip der Darstellung. Ausdrücklich wurden die Autoren – alle in ihrem Fachgebiet hocherfahrene in der Patientenversorgung und oftmals in der Forschung tätige Ärzte, überwiegend aus dem Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg und dessen Umfeld – 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 Attributon als »psychogen« oder »psychisch bedingt«) anschaulich machen.

Zum Aufbau des Buches

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

Im »**Speziellen Teil**« wird zusammengestellt, 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 »*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 Leitschwerde des Patienten* oder von der *Lokalisation der geklagten Störung (vom Kopf bis Fuß)*, zu neuen Überlegungen bezüglich einer möglichen somatischen Ursache zu kom-

men, 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.

Hinweise zur zweiten Auflage

Die **zweite Auflage** geht im einleitenden allgemeinen Teil in einem neuen Kapitel möglichen Quellen des »psychogenen Fehlers« in der ambulanten und stationären Psychotherapie, aber auch in der somatischen Medizin nach.

Der Teil »Symptome und Syndrome« ist um das wichtige Thema »Brustschmerz« ergänzt. Der Teil »Krankheiten von Kopf bis Fuß« wurde um die Kapitel »Seltene Erkrankungen« sowohl bei »Kindern und Jugendlichen« als auch bei »Erwachsenen« ergänzt. Wesentlich erweitert wurde auch der Bereich »Medikamentenwirkungen«. Die meisten Kapitel beider Teile wurden überarbeitet und aktualisiert.

Danksagung

Unser über Jahre gewachsenes Anliegen wurde von allen Autorinnen und Autoren und nicht zuletzt initial vom Leiter des Schattauer Verlags, Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram, und der damaligen Projektleitung, namentlich Frau Dr. med. Gisela Heim und Frau Dr. phil. Nadja Urbani, für die erste Auflage, konstruktiv und stets ermutigend aufgegriffen. Frau Dipl.-Biol. Martina Kunze hat sowohl für die erste als auch für die zweite Auflage mit großer Sorgfalt und höchst kenntnisreich die Beiträge lektoriert. Die Diskussionen mit ihr waren auch für uns lehrreich! Unsere zweite Auflage wurde initial erneut von Frau Dr. phil. Nadja Urbani, später von der aktuellen Projektleiterin, Frau Ulrike Albrecht, begleitet und immer hochengagiert unterstützt. Der Übergang gestaltete sich unkompliziert und nochmals förderlich. Wir danken sowohl dem Verlag als auch allen unseren alten und neuen Autorinnen und Autoren, die sich schnell auf das Anliegen des Buches, seine Perspektive und die Überarbeitungen/Ergänzungen eingestellt und trotz ihres meist 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 Sadiroen 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 ange- dachte Buchprojekt in den letzten Jahren wieder aufzugreifen, in eine zweite Auflage zu gehen und damit unsere klinischen Erfahrungen erneut an die nächste Generation der Ärzte und Psychotherapeuten weiterzugeben. Zuletzt danken wir Prof. Christian Gerloff, dem Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), für sein Geleitwort. Ohne die vielen beteiligten UKElernerinnen und UKElern wäre dieses Buch nicht in dieser Form zustande gekommen.

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, English OS. Psychosomatic Medicine. The clinical application of psychopathology to general problems. Philadelphia und London: Saunders 1943.

1 Der Begriff »psychogen« als diagnostischer Fehler

1.1 Welche Art von Fehler ist gemeint?

Dieses Buch beschäftigt sich *nicht* mit allen denkbaren und vermutlich auch real vor kommenden 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 prononzierte Denk- und Fragerichtung die substantiellen 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 »Fehlanzeige«. 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 »psycho-

gen« 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 Harnwegsinfektes 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 eingeengt 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 medizingeschichtlichen Zusammenhänge um den Begriff »psychogen« scheint es zwar einerseits vermassen, 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 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 substanzelle 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 Regulationselemente 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.

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

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 vitalen 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 Körperedächtnis* 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 Körpliche 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.

Ordnung 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 mit-

einander *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 Objektkonstanz), 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 den Begriff »psychogen« wie auch den Begriff »psychosomatisch«.

Für die funktionellen Störungen (psychosomatische Störungen ohne Gewebsschädigung) werden die Klassifikationen »Somatoforme Störungen« bzw. »Somatisierungsstörungen« verwendet. Körperliche Erkrankungen, die früher als »Psychosomatischen« bezeichnet wurden (psychosomatische Erkrankungen mit die Struktur der Körpervewebe 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) hinzunehmen 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 Eigengesetzmäßigkeiten des Verhaltens und Erlebens. Indem es in diesem zwar hirngebundenen, 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 schlaffe 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 (essenzieller 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 nahelegt (z.B. Kopfschmerzen beim Geschlechtsverkehr, die jedoch Hinweis auf eine drohende Subarachnoidalblutung bei intrakranieller 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 bizarren 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 »müsste doch etwas sein«, doch immer wieder damit »abgelehnt« wurde, und der Patient sich scheinbar auf die Beschwerde verstieft 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 vorstellig. 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 (Diszitis) 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 anfalls-

begleitenden 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 schmerhaft 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 wird dann 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 Golffreunde, 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 Golffreunde 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 rekuriert 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 diskrepanz ist ein Mangel an Zeichen einer Muskelatrophie bei länger bestehender Parese. Auch ein »stadelloses 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 hypothesesgesteuerte 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.