

Von der Schwierigkeit die „richtige“ Diagnose zu stellen

Als mir der Auftrag zugetragen wurde, einen Artikel über Psychosomatik zu schreiben, bereitete mir dieses einiges Kopfzerbrechen. Wie soll man Psychosomatik beschreiben? Da sind auf der einen Seite die Somatiker, auf der anderen Seite die Nicht-Somatiker, also Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und dazwischen sind die Psychosomatiker. Sie gehören weder hierhin noch dorthin. Ein Thema, das uns alle betrifft, ist die Schwierigkeit, die „richtige“ Diagnose zu stellen.

Bereits zu Beginn des Medizinstudiums wurde uns Studenten immer wieder erklärt, wie wichtig die Diagnosestellung ist. Wir haben gelernt: Ohne Diagnose keine Krankheit und ohne Krankheit keine Therapie. Dass die Diagnosestellung nicht immer einfach ist, häufig detektivisches Wissen erfordert, war mir bereits damals klar. Die ganze Komplexität der Diagnosestellung wurde mir aber erst im Verlauf von vielen Jahren in meinem klinischen Alltag als Ärztin deutlich.

Das Wort Diagnose leitet sich aus dem griechischen Wort *diagnosis* (- Durchforschung; *dia-* durch und *-gnose* - Erkenntnis, Urteil) ab. Es geht also um die Durchforschung und in der Folge um die Entscheidungsfindung des Arztes. Eine Entscheidung ist immer die Wahl zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten. Bei diesen Wahlmöglichkeiten handelt es sich nicht um eine unwillkürliche Verteilung oder Zusprache. Es handelt sich dabei um einen komplexen, zum Teil schwierigen Suchprozess, der erarbeitet und stetig kritisch überprüft werden muss. Dem Entscheidungsprozess liegen Interpretationsmodelle zu Grunde. Je nach Fachspezialität spricht beispielsweise der eine von einer Fibromyalgie, der andere würde dasselbe Bild unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einordnen. Was heisst das für unseren Alltag? Diagnosen sind Entscheidungen zwischen verschiedenen Interpretationsmodellen, diese Interpretationsmodelle nennen wir Krankheiten. Die Diagnosestellung und damit Krankheitszuschreibung dient in erster Linie dazu, die adäquate Therapie zu finden und einzuleiten.

Die Diagnosestellung hat noch eine weitere Aufgabe, die primär nicht in den somatischen, sondern in den psychosozialen Bereich fällt. Das Unerklärliche und Unheimliche der Krankheit bekommt für den Patienten einen Namen. Hiermit bekommt der Patient eine gewisse Sicherheit. Die Diagnose bietet dem Patienten ein Erklärungsmodell. Sie bietet auch die Möglichkeit der Rechtfertigung, z. B. wenn bestimmte Leistungen vorübergehend oder dauerhaft nicht weiter erbracht werden können. Dem Arzt bietet die Diagnosestellung ebenfalls Sicherheit, sie beruhigt. Aber es gibt auch die andere Seite: Die Diagnose beruhigt manchmal zu früh, sie bietet falsche Sicherheit, sie engt den Blickwinkel ein und blockiert weitere Entwicklungen. So kann es passieren, dass bereits die unvollständige Diagnosestellung die Pathogenese der „falschen“ Diagnose sein kann.

Fallbeispiel:

Ein 33-jähriger Mann hat einen Arbeitsunfall, als er einen schweren Drahtzug abfängt, um eine Schaltanlage zu schützen. Er erleidet eine linksseitige Rippenfraktur. Nach Abheilung der Rippenfraktur wurde der Patient nicht beschwerdefrei, sondern litt weiterhin unter unbestimmten Oberbauchbeschwerden. Diese kannte er von früher, seit seinem 16. Lebensjahr traten sie mal mehr, mal weniger auf. Der Schmerzcharakter wurde als ein „Wundsein“ beschrieben. Nach dem Unfallereignis nahmen die Beschwerden zu, eine Gewichtsabnahme stellte sich ein. Es erfolgten diverse Abklärungen. Eine Erkrankung des Magens und des Pankreas als auch eine Passagestörung des Gastrointestinaltraktes wurden ausgeschlossen. Laborchemische und serologische Untersuchungen waren unauffällig. Bei einer explorativen Laparoskopie wurden Verwachsungen festgestellt und folglich die Diagnose eines Verwachsungsbauches gestellt. Die daraufhin durchgeführte Adhäsioolyse führte zu keiner Besserung der Beschwerden.

Anderthalb Jahre nach dem ursprünglichen Unfallereignis hatte sich das Befinden des Patienten kontinuierlich verschlechtert. Es stellte sich eine weitere Gewichtabnahme ein. Der Patient nahm täglich Analgetika ein mit geringer bis fehlender Wirkung auf das

„Wundsein“. Die vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen führten zu einer dauernden Verunsicherung und Angst. Im Verlauf stellte sich ein Vertrauensverlust in die Leistungsfähigkeit seines Körpers ein. Er war von einer grossen Hoffnungslosigkeit betroffen.

Aufgrund der Ratlosigkeit des behandelnden Arztes und der Verzweiflung des Patienten erfolgte nochmals eine umfangreiche Abklärung an einem Universitätsspital. Hier wurde der Patient auch einem Psychosomatiker vorgestellt. Die objektivierbaren somatischen Befunde zeigten die bekannten abdominellen Verwachsungen. Die übrigen Befunde lagen sämtlich im Normbereich. In der psychosomatischen Abklärung wurde ausführlich die Lebensgeschichte des Patienten erhoben. Er war aufgewachsen in einem zerrütteten Elternhaus, hin und her geschoben zwischen Eltern, Stief- und Grosseltern. Der Patient fühlte sich ein Leben lang zurück gesetzt und zu kurz gekommen. Zum Arbeitgeber bestand ein ambivalentes Verhältnis. Durch Fleiss und Pünktlichkeit hatte er sich ein gewisses Ansehen erworben. Der Arbeitgeber bot in der feindlich und bedrohlich erlebten Welt einen relativ sicheren Fixpunkt. Deshalb hat er unter Einsatz seines Körpers, mit der Folge einer Rippenfraktur, seinen Arbeitgeber vor einem erheblichen Schaden bewahren wollen und auch bewahrt. Dem Leben stand er stets misstrauisch gegenüber und sieht jetzt sein Misstrauen durch den Unfall bestätigt. Für den Arbeitgeber hat er sich geopfert und zwischen den Ärzten und Spitälern wurde er, wie in seiner Kindheit, hin und her geschoben.

Der Psychosomatiker stellte die Einzel-Diagnose einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung). Bei der dissoziativen Störung wird quasi ein innerseelischer Konflikt in eine Körpersprache umgewandelt. Im vorliegenden Fall ist der innerseelische Konflikt die vom Patienten erlebte Kränkung. Es ist die Nichtbeachtung seines persönlichen Einsatzes unter Opferung seiner körperlichen Gesundheit für das Wohl des Arbeitgebers. Das „Wundsein“ in Form der Oberbauchbeschwerden ist hier als Ausdruck der wunden Seele zu verstehen. Hätte man den Patienten bereits früh für seine Einsatz- und Opferbereitschaft gedankt und nicht wie er es erlebt hat mit diagnostischen und therapeutischen Interventionen bestraft, wäre sicherlich ein ganz anderer Krankheitsverlauf hervorgegangen.

Was lehrt uns dieser Fallverlauf? Die Diagnose der Rippenfraktur war zweifellos richtig. Diese Diagnose hätte auch genügt, wenn nach der Behandlung keine Komplikationen eingetreten wären. Es ist aber eine Komplikation eingetreten, der Patient wurde nicht beschwerdefrei. Hier muss der behandelnde Arzt aufmerksam bleiben. Wenn die adäquate Therapie nicht erfolgreich ist, muss der Suchprozess erneut aufgenommen werden und gegebenenfalls die Diagnose erweitert werden. Im vorliegenden Fallbeispiel wurde, trotz des komplizierten Verlaufs, die Bedeutung des Unfalls für den Patienten nicht berücksichtigt. Über lange Zeit wurden die körperlichen Symptome überinterpretiert und die psychosozialen Aspekte zu wenig berücksichtigt. Hier muss auch erwähnt werden, dass mechanische Auslöser (Ursachen) nicht immer nur mechanische Folgen haben. Der Patient interpretiert und beantwortet Auslöser immer individuell.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Das Stellen der Einzel-Diagnosen ist wichtig. Noch wichtiger ist die Stellung der Gesamt-Diagnose, was häufig schwierig, aber in manchen Fällen unerlässlich ist. Jeder behandelnde Arzt muss sich darüber im Klaren sein, dass es unzureichend sein kann, die Diagnose auf ein einzelnes Interpretationsmodell aufzubauen. Die Einzel-Diagnose mag noch so richtig sein – sie erlaubt nicht, sie zur einzigen Diagnose zu machen.

Wann muss an ein psychosomatisches Krankheitsbild gedacht werden?

- keine Besserung der Beschwerden trotz Behandlung lege artis
- erhebliche Diskrepanz zwischen subjektivem Befinden und objektiven Befunden
- (Pseudo-)Diagnosen in den Akten (z. B. funktionelle Störung, psychische Überlagerung)
- hohes Ausmass an körperlicher und seelischer Bedrohung
- hohes Ausmass an sekundärem Krankheitsgewinn
- auffallend häufiger Arztwechsel („doctor shopping“)

Die Psychosomatik kann helfen bei Bedarf die Einzel-Diagnosen zu ergänzen, um die Gesamt-Diagnose zu stellen. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit körperlichen Erkrankungen und ihren biopsychosozialen Aspekten. Sie weiss, dass physiologisch-funktionelle Störungen und körperliche Missempfindungen als Begleiterscheinungen von Emotionen und Konflikten sowie seelischen Störungen auftreten können. Sie weiss auch, dass psychische Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome eine bedeutsame Rolle spielen.

Die psychosomatische Diagnose dient nicht zum Selbstzweck, sondern trägt dazu bei, mit der „richtigen“ Gesamt-Diagnose die adäquate Therapie einzuleiten.

Literatur

1. Uexeküll T (2003): Psychosomatische Medizin, Urban & Fischer
2. Schneider W, Henningsen P Rüter U (2001): Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern
3. Hähnlein V, Rimpel J (2008): Systemische Psychosomatik, Clett-Cotta, Stuttgart
4. Minuchin S, Rosman B L, Baker L (1981): Psychosomatische Krankheiten in der Familie, Clett-Cotta, Stuttgart