

Rubrikentitel: Medizin und Zeitgeist

Autor: Andreas Püttmann

Arbeitstitel: „Das ist wohl psychosomatisch!“

Unterzeile: Über eine modische Verlegenheitsdiagnose und ihre menschlichen Opfer:

Eine Streitschrift anhand von drei Fallbeispielen aus derselben Familie

Ist es nicht deprimierend? Wirtschaftswachstum, Stabilitätskriterien, Sozialsysteme, Bildung: Nirgendwo mehr scheint es uns Deutschen zu gelingen, europa- oder gar weltmeisterlich zu sein. In einer Disziplin allerdings bleiben wir Weltmeister. Wussten Sie, dass es in Deutschland mehr psychosomatische Klinikbetten gibt als auf dem ganzen übrigen Erdkreis?

Die hierzulande ungebrochene Beliebtheit psychosomatischer Diagnosen und Deutungen hat wohl mit spezifisch deutschen Wertigkeiten zu tun, mit Denkmustern und geistigen Reflexen. Die sprichwörtliche „deutsche Seele“ hat sicherlich nicht zufällig aus diesem zentraleuropäischen Land einen Schauplatz inbrünstiger Glaubenskämpfe, romantischer Innerlichkeit, des Triumphes der Gesinnung über die Urteilskraft und der subjektiven Selbstgewissheit über die empirische Vernunftfeinsicht gemacht. „Im Innersten und im Höchsten der Seele erschafft Gott die ganze Welt“, predigte der mittelalterliche Mystiker Meister Eckehart. Er stammte – aus Deutschland.

Wer wäre da Berufener als seine Nachfahren, der Medizin die Geburt der Krankheit in der Seele zu verkünden? Und wen sollte es wundern, dass Europas eifrigste Ideologieproduzenten auch hierbei wieder der Versuchung zum Exzessiven erliegen, indem sie der Entdeckung der Psychosomatik alsbald einen zum Dogma erstarrenden Psychosomatismus folgen ließen?

Zumal der Psychosomatikboom für die Kaste der Mediziner von mancherlei Vorteil ist – zunächst als Arbeitsbeschaffungsprogramm, hauptsächlich aber im Praxisalltag: Alles, worauf sich unsere Fünf-Minuten-Fließband-Medizin samt ihrem (übrigens ebenfalls weltmeisterlichen) röntgenwütigen Darstellungszwang und Messbarkeitswahn keinen Reim machen kann, lässt sich in dieser Rubrik prima abladen. Wer bei einem chronisch Schmerzkranken, Verdauungsgestörten, Herzkaspernden, Tinnitusterrorisierten, Dauererschöpften oder Schlaflosen keine krassen morphologisch oder labormedizinisch sichtbaren Normabweichungen feststellen kann und die symptomunterdrückenden Standardpräparate durchprobiert hat, dem kommt eine auch für das breitere Publikum

überaus subtil klingende Erklärung des Unerklärlichen als diagnostische Allzweckwaffe sehr gelegen: „psychosomatisch“. (Und selbst dort, im seelischen Niemandsland, gerieren sich die einschlägigen Experten mit standardisierten Fragebögen und Punkten für die vorgestanzten Multiple-Choice-Antworten, von denen manchmal keine passt, noch pseudonaturwissenschaftlich-quantifizierend.)

Mit der Diagnose „psychosomatisch“ wird der Spieß der Bringschuld behänd umgedreht: Nun muss nicht mehr der Arzt kurieren, sondern der Patient hat seine Lebensumstände in Ordnung zu bringen, notfalls mit Hilfe eines Psychiaters oder Psychologen. Und diese machen dem Bonmot „Wer einen Hammer besitzt, der betrachtet bald jedes Problem als Nagel“ alle Ehre. In gewissen Sinne sogar zu Recht: Wer von uns ohne psychischen Ballast ist, der werfe den ersten Stein auf die Autorität der Psychologie! Ist nicht bei jedem zumindest eine kleine Neurose zu finden? Bei den unerklärlich körperlich Leidenden bevorzugt die anankastische: „Sie neigen aber auch zur Selbstbeobachtung!“ Was soll ein Schmerzpatient darauf noch sagen? Er kann froh sein, wenn er ohne die schon mitschwingende Diagnose Hypochondrie davonkommt. Ein Patient, der es wagt, der psychischen Deutung zu widersprechen, bestätigt damit nur ihre Richtigkeit. Die Unentrinnbarkeit liegt quasi in der Natur der Sache. Falsifizierbar ist die Psychodiagnose fast nie. Und die somatisch zuständigen Heilerkollegen sind mit der Überweisung an den Seelenfachmann aus dem Schneider: Der Nächste bitte!

Leidtragende dieser deutschen Gesundheits- und Psychoreligion („Das Wichtigste ist doch die Gesundheit“, „Was macht das mit dir?“) sind konkrete kranke Menschen. Da sehen sich krebskranke Frauen mit dem Rat konfrontiert, den „Knoten“ ihrer vermeintlichen oder realen Lebensprobleme psychotherapeutisch zu durchschlagen, dann würden sich auch keine weiteren Knoten in der Brust entwickeln und noch vorhandene lösen lassen. Ein Tumor als logische Konsequenz, als „Quittung“ für versäumte private oder berufliche Grundentscheidungen, als Rebellion der Seele mit körperlichen Mitteln – solche Spekulation ist nicht nur unter Esoterikern ungeheuer populär.

Insbesondere bei schweren Infektionskrankheiten – einer lange verharmlosten wachsenden Gefahr – kann sich diese Art von Seelendiagnostik für die Betroffenen fatal auswirken. Allein drei Beispiele von krasser Fehlbehandlung in derselben Familie S. lassen darauf schließen, dass es sich nicht um seltene Einzelfälle handelt.

Zuerst und am glimpflichsten traf es Marianne S.: Sie hatte plötzlich mit hartnäckigen Magenschmerzen und Verdauungsstörungen zu kämpfen. Chronische Magenschleimhautentzündungen galten damals, in den 80er Jahren, meist als

„stressbedingt“. Da die fast Fünfzigjährige zuvor nach jahrzehntelanger Pause einen beruflichen Wiedereinstieg als Dozentin in der Berufsschule gewagt hatte, lag die psychosomatische Erklärung für den „nervösen Magen“ auf der Hand. Vielleicht wäre aus der Dauergastritis wie bei manch anderem schicksalhaftem Verlauf auch noch ein Magengeschwür oder gar Karzinom geworden, wenn nicht der Zufall in Gestalt einer medizinwissenschaftlichen Entdeckung zu Hilfe gekommen wäre: Zwei australischen Forschern, dem Pathologen Robin Warren und dem Mikrobiologen Barry Marshall, war es 1983 gelungen, aus Biopsiematerial der Magenschleimhaut ein spiralförmiges Bakterium zu kultivieren: *Helicobacter pylori*. Die orthodoxe Schulmedizin weigerte sich zunächst, davon Kenntnis zu nehmen und akzeptierte die – übrigens nicht nur für den Magen – krankmachende Wirkung der tausendstel Millimeter kleinen Mikrobe erst nach einem aufsehenerregenden Selbstversuch Warrens. Fortan rückte man dem Magenbakterium mit einer antibiotischen Kombinationstherapie zu Leibe. Schlagartig war es auch mit den vermeintlich stressbedingten Magenproblemen der Marianne S. vorbei. Glück gehabt.

Schlimmer erging es ihrer jüngeren Schwester Irmgard S.: Als die lebensfrohe, sozial engagierte, gesundheitlich bis dahin robuste Familienmutter lange nach ihren Wechseljahren über zunehmende Abgeschlagenheit, Missempfindungen, Brummen im Kopf, Schlafstörungen, Harndrangattacken und Durchfälle klagte und auch Stimmungsschwankungen stärker als früher spürbar wurden, waren Familienmitglieder und Ärzte mit der Erklärung schnell bei der Hand: „Psychosomatisch!“ „Das sind die Nerven!“ Seelische Ursachen konnte man sich – wie aus nahezu jedermanns Biografie – leicht zusammenreimen. Die budgetfixierte Routinediagnostik schaffte es gerade noch, eine leichte Diabetes festzustellen und mit dieser wiederum die „Polyneuropathie“ zu erklären (welche eigentlich weniger Diagnose als Begriffsplakette für ein Beschwerdespektrum ist). Damit erschien der Fall plausibel subsumiert: Psychosomatikerin mit diabetesbedingter Polyneuropathie. „Nur diskret“ erhöhte Leberwerte wurden von der Hausärztin – einer Internistin! – konsequenzlos registriert. Erst nach etlichen Jahren zunehmender Leiden der gar nicht wehleidigen, inzwischen 69jährigen Patientin, hatte ein Klinikneurologe die längst überfällige Idee: Er testete das Blut auf Hepatitis und fand Antikörper gegen einen Virustyp C. Der Zeitpunkt für eine aussichtsreiche Interferontherapie schien in diesem Krankheitsstadium und Lebensalter angesichts des Nebenwirkungspotenzials verpasst.

Infektionsmedizinische Ignoranz und modischer Psychologismus stellten für Irmgard S. ein Problem bis zur richtigen Diagnose dar; seitdem bleibt sie davon verschont. Es gibt

aber mindestens eine, gar nicht so seltene Infektionskrankheit, bei der die Betroffenen nicht nur vor, sondern selbst nach der Diagnose noch mit der Psychohypothese traktiert werden: Lyme-Borreliose: Die der Syphilis ähnelnde Spirochäteninfektion durch (häufig unbemerkte) Zeckenbisse kann das Zentrale Nervensystem befallen und „messmedizinisch“ schwer objektivierbare neurologische Störungen sowie psychische Wesensveränderungen verursachen. Ist das Routineblutbild bei schleichend-chronischem Verlauf unauffällig und die Symptomatik wechselhaft und im einzelnen unspezifisch, dann wird die richtige Diagnose fast regelmäßig erst nach einer Ärzteodyssee gestellt. Dann ist es für eine kurzfristige Heilung durch mehrwöchige Antibiotikatherapien manchmal zu spät, zumal wenn die Erreger durch die Therapie nicht vollständig beseitigt und damit immer widerstandsfähiger geworden sind.

So auch im Fall – ausgerechnet – des Sohnes von Irmgard S.: Im Frühjahr 2001 traten bei ihm Schwächeattacken, Schweißausbrüche, Missempfindungen, Kopf- und Muskelschmerzen, Verdauungs- und Schlafstörungen auf, die er nicht mit einem vorausgegangenen Zeckenbiss in Verbindung brachte, da er, mangels gesundheitlicher Aufklärung, von Borreliose nur im Zusammenhang mit Gelenkschmerzen gehört hatte. Fünf hintereinander aufgesuchte Internisten gaben die Fehl- oder Nebendiagnosen „grippaler Infekt“, „schwergradige Bronchitis“, „chronisches Erschöpfungssyndrom“, „vegetative Dystonie“ und – unvermeidlich – „psychosomatisches Krankheitsbild“. Der Hausarzt schickte ihn mit der Bemerkung „Treiben Sie mehr Sport und trinken Sie ein gutes Weizenbier“ nach Hause. Als der sechste Internist die Borreliose im siebenten Monat nach der Infektion endlich diagnostiziert hatte, versagte – entgegen vollmundiger Arztprognosen („Mit drei Wochen Rocephin sind wir auf der sicheren Seite“) – die antibiotische Standardtherapie; die Beschwerden kehrten schon nach wenigen Tagen zurück.

Die behandelnden Neurologen erklärten die Krankheit trotzdem für beendet und verordneten Antidepressiva. Zuhause und am Arbeitsplatz wurde der sich nach wie vor malade fühlende Mann als „Hypochonder“ und „psychischer Fall“, günstigstenfalls als „Burn-out-Opfer“ eingestuft. Ein Internist der Universitätsklinik verwies den Patienten an die psychiatrische Ambulanz. Der stationären Aufnahme in die „Klapse“ (wo es bezeichnenderweise doppelt so viele Borrelieninfizierte gibt wie im Bevölkerungsdurchschnitt) entging der umworbene Privatversicherte dank seiner natürlichen Skepsis knapp. Erst durch Internetrecherchen erfuhr er von der Möglichkeit

chronischer Verläufe im Spätstadium, von Dutzenden Selbsthilfeinitiativen und von Ärzten, welche die angeblich antibiotisch auskurierte Krankheit intensiv weiter behandelten.

Bezeichnenderweise klangen dann auch bei einer zweiten, längeren Antibiotikatherapie fast alle Symptome – einschließlich der psychischen – schlagartig ab. Nach einem erneutem Rückfall nach Ende der Antibiose sah er sich in einer Rehaklinik erneut mit der psychogenen Fehldeutung seiner Krankheit konfrontiert, da sich die Ärzte diagnostisch auf einen „Zustand nach Borreliose mit persistierender Immunantwort“ versteift hatten, ohne dies belegen zu können. Der Optimismus antibiotikagläubiger Schulmediziner ohne Fachwissen über zunehmende Resistenzbildungen ließ es nicht zu, die „persistierende Immunantwort“ als das eigentlich Naheliegendste zu deuten, nämlich als natürliche Reaktion des Organismus auf eine anhaltende Aktivität des keineswegs abgetöteten Erregers.

Ein neurologischer Vertreter dieser ärztlichen Gattung begutachtete den nach Ablauf einer einjährigen Zeitrente immer noch und genauso Kranken als „voll arbeitsfähig“ mit der Bemerkung: „Sie haben eine anankastische Neurose. Sie beobachten sich ständig selbst und rennen von Arzt zu Arzt.“ Der Patient widersprach dem Gutachten, worauf die zuständige Rentenversicherungsanstalt ihn in eine – wir ahnen es schon – „psychosomatische Reha“ schicken wollte. Nur durch beherzte Interventionen des inzwischen behandelnden Infektionsmediziners, eines Abgeordneten sowie durch einen Alternativvorschlag des gut informierten Patienten selbst konnte der Bescheid noch in eine neurologische Reha umgeändert werden. Dortiger Befund: auffällige Immunparameter und Hormonwerte, einseitige Sehfeld einschränkung und andere neurologische Störungen, objektivierbare Hirnleistungsdefizite; der psychologische Hypochondrietest fiel dagegen negativ aus. Arbeitsunfähig für mindestens sechs weitere Monate.

Ein mühsam errungener Teil-„Erfolg“. Doch wie viele Wehrlosere bleiben auf der Strecke, segeln unter diagnostisch falscher Flagge trostlos in die „Unheilbarkeit“? Nicht zuletzt die Syphilis sollte uns daran erinnern, dass eine schwere Infektion nicht nur „reaktiv“, sondern unmittelbar psychisch krank (bis hin zur völligen „Verrücktheit“) machen kann und dass „die Nerven“ mitnichten nur eine psychische, sondern zunächst eine sehr materielle Angelegenheit sind.

Lautet also die Moral von der Geschichte: Traue der Psychosomatik nicht? Auf jede These und Antithese folgt bekanntlich eine Synthese, die mal näher bei ersterer oder letzterer liegt. Hier soll selbstverständlich nicht die alte christlich-anthropologische

Kulturweisheit bestritten werden, dass Körper, Seele und Geist in einer engen Wechselbeziehung stehen. Vielen körperlichen Krankheiten scheint durchaus ein lang dauernder emotionaler Stress voranzugehen. Auch bei Dauer und Erfolg von Heilungsprozessen sind seelisch-geistige Ressourcen von wesentlichem Einfluss. Nicht von ungefähr leben Verheiratete länger als Singles und Geschiedene im Durchschnitt am kürzesten. Neuere Forschungen der Psychoneuroimmunologie bestätigen die alte Beobachtung, dass seelische Belastungen die Abwehrkräfte schwächen und eine erhöhte Infektanfälligkeit mit sich bringen können. Brach nicht das Pfeiffersche Drüsenfieber im studentischen Examenstress, die Gürtelrose in der Mobbing-situation, der grippale Infekt nach der Beerdigung des Partners oder das Lippenherpes beim heftigen Ekel aus? All diesen seit jeher erahnten, evidenten Zusammenhängen wird die medizinische Forschung weiter zu Recht auf den Grund gehen.

Doch in jedem Fall bleibt eine Infektion eine Infektion. Sie will entdeckt und behandelt werden. In der Praxis wäre schon viel gewonnen, wenn Ärzte die Klagen ihrer Patienten grundsätzlich ernst nähmen und wenn sie anerkennen würden, dass sich im diagnostischen Gespräch zwei Experten gegenüber sitzen: der Arzt mit seiner hoffentlich breiten, tiefen und aktualisierten Fachkenntnis und der Patient mit seiner Körperwahrnehmung und seiner umfassenden Kenntnis der eigenen Krankheitsgeschichte. Solches Ernstnehmen hat freilich auch mit geistig-seelischen Ressourcen zu tun, mit Einfühlungsvermögen, Mitleidsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Gewissenhaftigkeit, Geduld, Fleiß, Respekt und nicht zuletzt Demut. Einer Demut, die erstens auch einmal eingestehen kann, dass das eigene Behandlungskonzept gescheitert ist und der Fachmann nicht mehr weiter weiß, ohne den Ball gleich ins Feld des Patienten, seiner „Psyche“, Einbildungskraft oder Wehleidigkeit zurückzuspielen. Einer Demut, die sich zweitens immer bewusst bleibt, dass die derzeitige Medizin über die Geheimnisse des menschlichen Organismus und seines biochemischen und mikrobiologischen Innenlebens zwar viel mehr wissen mag als noch vor hundert, fünfzig und selbst zehn Jahren, aber doch viel weniger, als sie in zehn, fünfzig und hundert Jahren erkannt haben wird.

*Dr. Andreas Püttmann*, Jahrgang 1964, ist Politikwissenschaftler, Journalist, Referent der Konrad-Adenauer-Stiftung – und nach einer erst im Spätstadium diagnostizierten Borreliose seit März 2002 schwerbehindert und erwerbsunfähig.

