

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (5)

- **Teil 5: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

Der 5. Teil dieser Serie gilt der Gesprächsführung, konkret: Vermittlung von Verständnis, Anerkennung der Beschwerde-Realität und seelisch-körperliche Hintergründe. Wichtig: Beschwerde-Klage akzeptieren, bildhafte Sprache, Zusammenhänge, Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen und die Gesprächsführung lieber indirekt, statt frontal oder gar konfrontativ führen. Dabei sind sogar computer-basierte Informations-Hinweise nicht von der Hand zu weisen. Ein wichtiger, gerne übersehener Aspekt ist auch die Frage: Welche Krankheit-Begriffe sind ungünstig, welche akzeptabel? Dazu einige konkrete Beispiele. Und dies auch zur Frage: Welcher Fachbereich sollte eigentlich für Patienten mit funktionellen Störungen unterschiedlicher Lokalisation zuständig sein?

Erwähnte Fachbegriffe:

Teil 5: Gesprächsführung – Verständnis vermitteln – psycho-physiologische Hintergründe erarbeiten – Handlungs-Konsequenzen aufzeigen – Gefühls-Reaktionen erklären – partnerschaftliche Gesprächsführung – computer-basierte Informations-Hinweise – aktives Zuhören – Beschwerde-Klage akzeptieren – bildhafte Sprache nutzen – Zusammenhänge aufzeigen – „Verbildlichungen“ nutzen – dysfunktionale Gedanken korrigieren – Rückmeldungen geben – Spiegel-Technik einsetzen – ungünstige Krankheits-Begriffe meiden – Bilanzierungs-Dialoge einsetzen – Facharzt-Kooperationen mit Vor- und Mitbehandlern nutzen – u.a.m.

GESPRÄCHSFÜHRUNG

Entscheidend ist bei allem, und zwar nicht nur zu Beginn der Behandlung, eine Gesprächsführung durch den Therapeuten, die auf drei Säulen beruht: 1. Vermitteln von Verständnis, 2. Anerkennung der Realität der Beschwerden und 3. gemeinsames Erarbeiten entsprechender Handlungs-Konsequenzen. Im Einzelnen:

Verständnis – Anerkennung – Behandlungs-Konsequenzen

- Die *Vermittlung von Verständnis* dient einer sicheren therapeutischen Beziehung. Das basiert beispielsweise auf der Versicherung des Arztes, dieses Problem schon von anderen Patienten gehört zu haben, was sich auch gut nachempfinden lässt.
- Das *Anerkennen der Realität der Beschwerden* ist der nächste Schritt. Beispiele: Wie schlimm das Beschwerdebild belastet, wie enttäuscht oder gar verärgert man sein muss, wenn solche Beschwerden in Frage gestellt werden – und das alles unter Druck, Stress, Nichtverständnis des Umfeldes etc. D. h. hier mögliche Auslöse-Bedingungen, Einflussfaktoren und Verstärker zur Sprache bringen.
- In einem dritten Schritt muss man gemeinsam die *psycho-physiologischen Hintergründe erarbeiten* und daraus mögliche Handlungs-Konsequenzen ableiten. Allerdings ist das schon für einen gesundheitlich unbelasteten Laien generell schwer zu verstehen, ganz zu schweigen von einem Betroffenen.

Hier können sich mitunter Schaubilder bewähren, bei denen beispielsweise Herz, Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke dargestellt werden, die mit einer Unzahl von Nerven mit dem gesamten vegetativen Nervensystem vernetzt sind. Im Grunde geht es um die schlichte Erkenntnis, wie wichtig Nerven im Allgemeinen und die damit verbundene seelische Verfassung im Speziellen auch für körperliche Beeinträchtigungen oder Befindlichkeitsstörungen sind.

Damit kann man dann auch die Negativ-Spirale bzw. den Teufelskreis gut erklären, nämlich warum weitere Schonung nicht zu weniger, sondern zu mehr Konsequenzen führen kann/muss.

Erleichternd ist auch der Hinweis, dass jedes Ereignis, ja jedes Gefühl bestimmte vegetative Reaktionen auslöst (z. B. Erschrecken mit Herzklopfen und Schwitzen). Und dass bestimmte Belastungen, Überforderungen, ja Stress generell zu einer verstärkten Reaktionsbereitschaft, ggf. Empfindsamkeit, schließ-

lich Überempfindlichkeit und zuletzt ängstlicher Kontrolle führen kann, wobei dann alles aus dem Ruder läuft bis hin zur gesamten *Lebensqualität*.

Partnerschaftliche Gesprächsführung – computer-basierte Informations-Hinweise – aktives Zuhören

Das alles legt die Erkenntnis nahe, dass eine *partnerschaftliche* Gesprächsführung die bessere Kommunikations-Basis zwischen Patient und Behandler sein kann. Und zwar im Gegensatz zur früher eher paternalistischen Vorgehensweise, d. h. väterlich bis bevormundend. In der Tat wollen heute mehr als die Hälfte aller (bisher speziell befragten) Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden unterschiedlicher Ursache mehr beteiligt sein, wünschen sich also einen – fachlich gesprochen – partizipativen Konsultations-Stil.

Dabei können in Einzelfällen sogar *computer-basierte Informations-Hinweise* nützlich sein, vor allem was ein besseres Verständnis von Erkrankung und Behandlungs-Vorschlägen anbelangt. Denn eines galt schon früher: je besser die Informations-Vermittlung, desto höher die Behandlungs-Bereitschaft. Dies vor allem für die häufig notwendige, aber nur selten durchgezogene körperliche Aktivität auf der einen sowie entsprechende psychotherapeutische Behandlungselemente, Wünsche und Empfehlungen auf der anderen Seite. Auf jeden Fall bahnt ein solcher eher individualisierter Behandlungs-Stil die Therapie-Qualität mit höherer Effizienz und besseren Langzeit-Ergebnissen.

Eine wichtige Grundlage erfolgreicher Gesprächsführung ist und bleibt dabei das *aktive Zuhören*, das Zeigen von Aufmerksamkeit und Interesse. Dabei ist schon seit jeher klar, dass Patienten häufig zu rasch unterbrochen werden, in letzter Zeit durch entsprechende Messungen (Mini-Disc- oder Videoaufzeichnungen) bewiesen. Manchmal dauert es nur einige Sekunden, und der Therapeut greift wieder verbal ein. Das mag im Einzelnen, vor allem bei Verständnis-Schwierigkeiten, Umständlichkeit des Patienten oder wichtigen Hintergründen nicht ganz falsch sein, ist aber einer patienten-zentrierten Gesprächsführung letztlich abträglich.

Deshalb ist es günstiger nach den *S3-Leitlinien für den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden* (Schattauer, 2013) folgende Strategien zu nutzen:

- Aktives Zuhören, d. h. zunächst einmal weniger sagen, mehr non-verbales Interesse und damit Aufmerksamkeit signalisieren. Beispiele: Blickkontakt, interessiertens Schweigen, Hörer-Signale geben (nicken u. a.); auf jeden Fall abwarten und ausreden lassen.

- Dann aber folgt die Zusammenfassung des Therapeuten, so wie er es verstanden hat und wiedergeben würde.
- Sind Unterbrechungen nötig, dann sollten sie entsprechend vorsichtig, interessiert und höflich zugleich eingeleitet werden, ggf. auch mit dem Hinweis, dass die Gesprächszeit notgedrungen begrenzt und eine Unterbrechung zum besseren Verständnis unumgänglich ist.
- Schließlich die Bereitschaft zu einem Arbeitsbündnis ansprechen (siehe unten).

Beschwerde-Klage akzeptieren

Ein wichtiger Aspekt zu Beginn der Gesprächsführung ist das so genannte *Akzeptieren der Beschwerde-Klage*, konkret: den Patienten in seinem Leiden annehmen und begleiten. Das ist die Basis der Therapeut-Patient-Beziehung. Aber nicht nur „Was wird geklagt?“, sondern auch „Wie wird geklagt“, also die Art und Weise, wie das Leidensbild präsentiert wird. Denn das enthält wesentliche Informationen bezüglich Bedeutung und Entstehung des Beschwerdebildes. Und hier kommt dann der „Legitimität der Beschwerden“ eine große Bedeutung zu. D. h. die Leidens-Schilderungen sollen nicht als „eingebildet“ abgetan werden, auch nicht nonverbal durch andere Äußerungs-Möglichkeiten des Therapeuten; kurz: sie sind in ihrem Beeinträchtigungs-Charakter zu akzeptieren.

Das ist natürlich umso schwieriger, je umfassender der Patient zuvor schon in körperlicher Hinsicht untersucht worden war, auch wenn es andere Spezialisten durchgeführt haben. Aber Vorsicht: Fühlt sich der Patient auch nur im Ansatz diskreditiert, sind die Chancen, vor allem die psychosozialen Hintergründe zu explorieren fast schon verloren. Der Patient muss also in seiner Beschwerde-Klage ernst genommen werden, um sich dann geborgen zu fühlen, deshalb noch mehr von sich zu äußern und vor allem die begründete Hoffnung zu haben, „irgendwann wird man es dann wohl gemeinsam schaffen“.

Wie aber im Detail? Fragen sollten grundsätzlich eher offen als geschlossen formuliert werden. Damit lässt sich der Gesprächsfluss fördern und die Motivation zur Zusammenarbeit festigen. So etwas könnte lauten: „Wie macht sich das bemerkbar?“, „Können Sie den Zustand näher beschreiben?“, „Erzählen Sie doch mal, wie ...“ usw. Dabei sollte es dem Patienten überlassen bleiben, welche Aspekte er zuerst schildert und was er welche Bedeutung beimisst.

Nun ist es bekanntlich nicht nur bei jedem einzelnen unterschiedlich, wie er was zu schildern vermag, hier geht es ja auch noch um mehrschichtige Hintergründe, unklare Ursachen, ggf. private Belastungen sowie zermürbende Konsequenzen – und vielleicht alles ohne einen bisher objektivierbaren Grund.

Kurz: „Es dürfte mehr als mühsam sein, hier die richtigen Worte zu finden, vor allem gegenüber dem Arzt, dem Spezialisten, dem Akademiker, der Autorität (zumindest für die frühere Generation). Wie also kann man diese Hürde erleichtern?“

Bildhafte Sprache – Zusammenhänge, Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen

Dass der Patient sein Leiden in seiner eigenen Sprache vorstellen muss bzw. durchaus soll, ist einsichtig. Dabei soll er diese Beschwerde-Klage (Fachbegriff) sogar noch anreichern, und zwar auf mehreren Ebenen. Dazu dienen beispielsweise

- einprägsame *Bilder, Metaphern, Phantasien*. Hat er solche „Verbildlichungen“ beispielsweise schon benützt, soll er darin bestärkt werden. Ja, man sollte diese bildhafte, illustrierende Sprache durch den Therapeuten sogar anregen, unterstützen und verstärken. Beispiele: Die Galle läuft über, es schlägt auf den Magen, etwas auf dem Herzen haben, aus der Haut fahren, kalte Füße oder einen dicken Hals bekommen u. a. Redewendungen aus dem Volksmund sind geläufig und damit hilfreich, nützlich und sogar entlastend.
- Viele Patienten haben so genannte *dysfunktionale Gedanken* (und dann noch ständig kreisend), wenn nicht sogar im so genannten katastrophisierenden Ausmaß („totbringende Erkrankung“?). So etwas muss stützend korrigiert werden, sprich: dysfunktional in funktional. Also konkret: nicht gefährlich oder gar totbringend, sondern eine normale Anpassungsleistung meines Organismus, beispielsweise an Stress, Mehrfach-Belastung, Überforderung u. a.
- Affekte, also *Gemütsregungen* sind nicht nur zugelassen, sondern sogar hilfreich. Auch das soll unterstützt werden, kann sogar vom Therapeuten mit eigener Einstellung kommentiert werden („da kann ich mir aber gut vorstellen, wie ...“).
- Die *Beschwerden in den jeweiligen Situations-Beziehungs-Hintergrund einordnen*. Oder konkret: Wann, wie, warum, vor allem situations-abhängig. Dadurch verlieren sie an mysteriöser Bedrohung und sind besser fassbar, verstehbar und ggf. überwindbar.
- Konstruktive Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten sowie verfügbare *Ressourcen (Hilfsmittel) herausarbeiten*. Hier empfiehlt sich dann wieder die Überleitung von
- *Schlussfolgerungen in Fachbegriffen*: Es geht also letztlich um eine sprachliche Symbolisierung mit zunehmender Möglichkeit zur Mentalisierung und damit verbesserten Selbst-Reflexion und schließlich Selbst-Wirksamkeit

(Anmerkung: unter Mentalisierung versteht man die Interpretation eigener und fremder Handlungen als Folge innerer Zustände.)

Gesprächsführung lieber indirekt statt frontal oder gar konfrontativ

Der Therapeut, der natürlich auch unter Zeit- und Diagnose-Druck steht, will vor allem eines: möglichst konkrete Symptom-Hinweise. Da verliert er keine Zeit, das hilft ihm gezielt weiter. Soweit verständlich.

Der Patient, insbesondere aber mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, äußert zwar primär und vor allem diese Krankheitszeichen, kommt aber – notgedrungen, denn da kommen sie ja meist her –, auch immer wieder auf psychosoziale Probleme zurück. Diese werden jedoch erfahrungsgemäß (da gibt es entsprechende Studien) vom Therapeuten kaum oder nur ungern aufgegriffen, sie unterbrechen schließlich die für ihn nützliche Symptom-Schilderung. Vielleicht werden die psychosozialen Hintergründe durchaus registriert, aber die Chance, jetzt darauf gezielter einzugehen, nicht genutzt. Körperliche Untersuchungsmaßnahmen und ihre Ergebnisse hingegen sind dem Therapeuten eher wichtig, weshalb sie dann auch konkreter abgefragt werden. Damit können aber die psychosozialen Erläuterungen des Patienten (und diagnostisch verwertbaren Botschaften) ggf. abgedrängt werden – und sind verloren.

Entsprechende Untersuchungen gehen hier sogar noch weiter. Sie besagen nämlich, dass die Ärzte umso häufiger kritische Bemerkungen gegenüber ihren Patienten machen, je öfter diese eine emotionale Unterstützung beanspruchen, sprich psychosoziale Schwierigkeiten andeuten. Befragt man die Therapeuten, dann wollen sie solche kritischen Bemerkungen als therapeutische Intention verstanden wissen. Für den Patienten allerdings sieht das dann mehr nach Konfrontation aus, also eher Auseinandersetzung als therapeutische Absicht. Das aber wäre wohl für die Befund-Erhebung eher hinderlich.

Deshalb empfiehlt sich ein weniger konfrontativ empfundenenes, eher indirektes Vorgehen, das die psychosozialen Probleme aufgreift und analysiert. Wie man dann allerdings den sensiblen Punkten zu begegnen hat, ist sehr individuell. Strategisch hilfreich ist auf jeden Fall der Versuch, beim Beschwerde-Bericht des Patienten zwar schon auf die gewünschte Beschwerde-Klage zurückzukommen, aber eher im flexiblen Wechsel mit der Schilderung von psychosozialen Belastungen. Kurz: sowohl als auch.

Das ist deshalb so wichtig, weil auf diese Weise der Patient den Eindruck hat, seine für ihn essentiellen Hinweise werden nicht übergangen, sondern aufgegriffen, vielleicht sogar als bedeutsam zurückgemeldet.

Für dieses Zurückmelden empfiehlt sich vor allem die Technik des *Spiegelns*, d. h. die empathische (also gefühls-orientierte) Wiedergabe dessen, was der Behandler gehört hat.

Dem dienen beispielsweise die beiläufigen oder indirekten Kommentare: „das muss aber sehr belastend sein“ oder „das hört sich nach andauernder Überlastungssituation an“. Und zum Spiegeln: „Da kann ich mir aber gut vorstellen, wie sie unter Druck geraten sind“ oder „da haben Sie aber zur Zeit viel Ärger im Büro“ oder „hier wirken Sie fast schon zornig auf mich, wenn Sie das erzählen“.

Ja, man kann sich sogar als so genanntes Hilfs-Ich zur Verfügung stellen, nämlich „da wäre ich selber aber auch ganz schön enttäuscht, wenn mir so etwas ...“

Welche Krankheits-Begriffe sind ungünstig, welche akzeptabel?

Ein Blinddarm ist ein Blinddarm und eine Blinddarm-Entzündung ist eine Blinddarm-Entzündung. Soweit so banal und nachvollziehbar. Und so gibt es Hunderte von Krankheiten mit ihren Fachbegriffen einerseits und allgemeinverständlichen Namen andererseits. Das regt keinen auf, das ist üblich. Ja nützlich oder sogar unentbehrlich.

Ist das aber überall so? Nein. Es gibt Krankheitsbezeichnungen, die werden negativ eingeschätzt und deshalb vermieden – oder mehr oder weniger bewusst zur Stigmatisierung missbraucht. Und die finden sich überwiegend im seelischen bzw. psychosozialen Bereich, d. h. in der Psychiatrie und – weniger ausgeprägt – in ihren Grenzgebieten, z. B. Psychosomatik, forensische Psychiatrie u. a.

Das betrifft sowohl die Kern-Störungen der altern „Seelenheilkunde“ als auch – zumindest nach und nach – ihre moderneren Benennungen (die nicht selten dann eingesetzt werden, wenn der alte Fachbegriff zu diskriminierend geworden ist; Beispiel: histrionisch statt hysterisch). Es betrifft aber auch jene Leidenbilder, die als nicht so folgenschwer eingestuft werden müssen, weil sie möglicherweise keine organische Krankheits-Ursache haben. Dazu gehören vor allem die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.

So stellt sich also die Frage: Wie soll man nicht-stigmatisierend oder -diskriminierend vorgehen, was die Benennung anbelangt, insbesondere die populärmedizinische oder gar in der Allgemeinheit übliche Namensgebung. Dazu folgende Überlegungen aus der S3-Leitlinie:

Patienten mit den erwähnten Störungen suchen nach einer positiven(!) Erklärung für ihre Symptome – und nach gezielter Unterstützung. Dazu braucht man aber die Namen bzw. Fachbegriffe. Was man nicht benennen kann, ist schwer darstellbar.

Nun gibt es in der Tat sowohl international als auch im deutschsprachigen Bereich wenig konkrete Literatur zur Frage: Welche fach- und populär-medizinischen Begriffe sind akzeptabel, was die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden anbelangt.

So verwundert es nicht, dass viele Fachwörter eine abwertende Konnotation besitzen, oder auf Deutsch: eine gefühlsmäßige Nebenbedeutung oder ein zwiespältig interpretierbarer sprachlicher Ausdruck, in diesem Fall also negativ gemeint oder aufgefasst.

Um bei obigen Beschwerdemustern zu bleiben, stellt sich demnach die Frage: Was wird am ehesten akzeptiert, was abgelehnt?

- Am *günstigsten* erwies sich beispielsweise in einer entsprechenden Befragung die Bezeichnung „funktionell“. Am *ungünstigsten* hingegen die „reine Einbildung“, gefolgt von „hysterisch“, aber auch „psychosomatisch“ oder „medizinisch unerklärt“.

- *Wenig positiv* wird auch die Mitteilung interpretiert, es handele sich um eine „psychogene Störung“; ähnliches gilt offenbar auch für „somatoforme Störung“.

Das ist nun wirklich ein Dilemma für die Medizin und ihre therapeutischen Vertreter. Hier herrscht offenbar noch Forschungsbedarf. Es kann aber auch bezweifelt werden, ob sich wirklich ein allseits akzeptierter Begriff oder deren mehrere finden lassen, was diese Form von Beschwerde-Muster anbelangt.

- Was man aber schon jetzt weiß, sind *folgeschwere Begriffe*, die einerseits verharmlosen (z. B. „Sie haben nichts“), andererseits eine unbewiesene Ätiologie (Ursache) suggerieren („vegetative Dystonie“ und eine Vielzahl ähnlicher Bezeichnungen) oder gar den Betroffenen stigmatisieren.

- Zu den in der Tat *diskriminierenden Bezeichnungen* zählen vor allem: Simulant, Morbus Bosporus, Dr.-Hopper“ oder Dr.-Shopper“, Renten-Neurotiker, Hysteriker, oder auch nur schwieriger Patient u. a. Und natürlich der unter vorgehaltener Therapeuten-Hand geäußerte „Koryphäen-Killer“ (was so viel heißt wie: bringt nach und nach auch die größten Experten um ihren guten Ruf – und wechselt dann zum nächsten).

Welches sind nun aber die *Begriffe, die aus Sicht der Fachleute bevorzugt* werden sollten?

- Zur „alltags-sprachlichen Beschreibung“ offenbar am ehesten hilfreich sind die plastischen Schilderungen der jeweiligen Beeinträchtigung. Beispiele: etwas schlägt auf den Magen, die Galle läuft über, Schiss haben, es zerreißt das Herz, gebrochenes Herz, aus der Haut fahren, gram-gebeugt, kalte Füße bekommen, einen dicken Hals haben u.a.m.
- Zur diagnostischen Einordnung empfehlen sich jene Beschreibungen, die auch fachlich nutzbar sind. Beispiele: Chronische Müdigkeit, Krperschmerzen, Belastung, körperlicher Stress, körperliche Stress-Störung u. a.
- Oder bei Überbeanspruchung mit körperlichen Folgen: verstärkte Reaktionsbereitschaft, Empfindsamkeit gegenüber „blichen“ oder physikalischen oder psychischen Reizen, psychosomatische Beschwerden (ambivalent aufgefasst - s. o.) sowie nicht-spezifische oder funktionelle Körperbeschwerden usw.

Oder eine ausführlichere Schilderung im Sinne von „die Beschwerden sind funktionell, d. h. der Ablauf körperlicher Vorgänge ist beeinträchtigt, nicht aber die Organe selber; das könnte auf eine Stress-Reaktion hindeuten“ usf.

Will man konkreter werden, dann die Bezeichnung „bestimmtes funktionelles Syndrom“ bzw. „Reizzustand“ innerer Organe oder – entsprechend erklärt – somatoforme Störung.

Letzteres, nämlich die verständliche, nachvollziehbare und ... Erklärung, ist auf jeden Fall das wichtigste für den Patienten. Und zwar nicht nur als Erläuterung des belastenden Sachverhaltes, sondern auch zur Beruhigung, um nicht in ein stigmatisierendes Fahrwasser zu geraten.

Konkrete Beispiele

Dabei fällt immer wieder auf, dass vor allem Patienten mit schwerer verlaufenden funktionellen Störungen relativ oft eine lückenhafte und selektive Erinnerung für die medizinischen Informationen sogar des Arztes aufweisen. Es ist deshalb wichtig, immer wieder aktiv nachzufragen und zusammenzufassen, was an medizinischen Erklärungen gerade vorgetragen wurde. Bei Bedarf sollte man es sogar vom Patienten mit seinen eigenen Worten wiederholen lassen. Das ist nicht „oberlehrerhaft“, das gehört zur notwendigen Sorgfaltspflicht in entsprechend gelagerten Fllen.

Dies setzt allerdings auch eine allgemein-verständliche Darstellung voraus, am besten mit Hilfe von Beispielen aus dem Alltag und durchaus auch mit Metaphern aus dem Volksmund, einschließlich entsprechender Formulierungen. Es dient jedenfalls der Beruhigung, Normalisierung (durch Rückversicherung) und damit der psycho-physischen Stabilisierung des Patienten. Und es wird auch von den meisten Kranken mit einem höheren Zufriedenheits-Grad be-

lohnt. Dabei muss man allerdings auch die ja durchaus subjektiv(!) begründet erscheinenden Sorgen sowohl körperlich als auch psychologisch „vernetzt“ zu erklären versuchen.

Ungünstig dagegen ist die reine Betonung des (ja negativen, d. h. nicht pathologischen) Untersuchungsbefundes, was paradoxerweise oft negativ interpretiert wird, obwohl es ja entlastend sein sollte. Ungünstig ist auch die reine Verneinung einer Erkrankung oder eine lediglich ansatzweise Beruhigung. Unzureichend sind erfahrungsgemäß auch jene Erklärungsversuche, die zwar theoretisch zutreffen, aber keinen direkten Bezug zu den Sorgen des Patienten vermitteln.

Dazu kommen noch Aspekte wie „eingebildete Krankheit“, zwar nicht direkt so ausgedrückt, aber dann doch irgendwie stigmatisierend im Raum stehend, auf jeden Fall den individuellen Konflikt ungelöst lassend. Und damit auch ein eigentlich unberechtigtes Misstrauen gegenüber dem Therapeuten auslösend (sprich Offenheit und Kompetenz).

Günstig sind dagegen ausreichend verständliche Erklärungen, das Aufzeigen von Chancen zum Selbst-Management (ohne Schuldzuschreibung), und die Stärkung des Behandlungs-Bündnisses. Beispiele: Wir werden das zusammen ...; es trifft übrigens nicht wenige Patienten in diesem Sinne, zumal ...; nachvollziehbare Ursachen sind die starken Anspannungen in den letzten ... mit Überlastung; wir müssen gemeinsam Wege finden, die Überforderung zu mindern und damit die notwendige Entlastung und Entspannung zu erreichen ... u. a.

Insbesondere bei chronischen Verläufen können so genannte „Bilanzierungs-Dialoge“ nützlich sein, was aber einen eigenen Rahmen erfordert. Dazu gehören beispielsweise folgende Gesprächs-Schritte (nach U. Bahrs: Der Bilanzierungsdialog. Der Mensch 38 (2007) 29):

1. Gesprächs-Eröffnung mit Erklärung des Gesprächsrahmens, d. h. Dauer und Ziel. – 2. Aktuelle Situation, was vor allem den derzeitigen Zustand, einschließlich lebens-weltlicher Zusammenhänge anbelangt. – 3. Rückblick und Zusammenschau einschließlich derzeitiger Befundlage; auch um ggf. diagnostische Lücken festzustellen. Diagnose erhärten. – 4. Den Patienten nach seinen subjektiven Krankheits-Theorien befragen und daran das notwendige biopscho-soziale Erklärungsmodell anknüpfen (Psychoedukation). – 5. Die bisherigen Behandlungsversuche, ihre (auch ggf. begrenzte) Wirksamkeit und Erfolge identifizieren und unter Umständen neue Therapieziele anvisieren. – 6. Klären, wie der Patient seine Krankheit emotional verarbeitet und einordnet. Danach Entwicklung von Risiken und Ressourcen. – 7. Die notwendigen Schritte über die vereinbarten Behandlungsziele in einem gemeinsamen (Be-)Handlungsplan vereinbaren. – 8. Noch einmal kurz das Gespräch zusammenfassen und die gemeinsamen Ziele fixieren.

Wer sollte für Patienten mit funktionellen Störungen zuständig sein?

Natürlich handelt es sich bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden erst einmal um differentialdiagnostisch unklare Situationen, die einen Facharzt erfordern. In der Regel wird es aber zuerst der Hausarzt sein, der Facharzt für Allgemeinmedizin, der den Patienten schon länger kennt, betreut und damit auch die erste Anlaufstelle sein dürfte. Das wird auch von den Experten so gesehen und vor allem unterstützt.

Gleichwohl werden ja zur Absicherung der Diagnose entsprechende Fachleute konsultiert werden (müssen), also Internisten, Neurologen/Nervenärzte/Psychiater, Orthopäden, Zahnärzte, HNO-Ärzte, Physiotherapeuten u. a. Das dürfte zwar sinnvoll sein, allerdings rasch die dafür verfügbare Zeit und (technische) diagnostische Aufwendung überschreiten. Dann bleibt wieder der betreuende Hausarzt übrig, der in der Regel ein persönliches Netzwerk zu den entsprechenden Experten aufgebaut hat, um auch weiterhin auf deren spezifische Kenntnisse und Empfehlungen zurückgreifen zu können. Am besten wäre natürlich eine Art therapeutischer Qualitätszirkel, um gemeinsame Versorgungskonzepte zu erarbeiten und ggf. zu kontrollieren.

Natürlich wird dies nicht immer so nötig, vor allem aber auch möglich sein. Bei komplizierten Verläufen empfiehlt sich allerdings eine Kooperation mit Vor- und Mitbehandlern.

Vor allem bei Langzeit-Patienten, die ja bei chronischen Störungen nicht selten sind, kann es zu erheblichen Belastungen in der betreuenden Praxis kommen, d. h. nicht nur für den Arzt, sondern auch für seine Mitarbeiterinnen. Hier hat es sich als sinnvoll erwiesen, dass entsprechende Krankheitsfälle im gesamten Praxis-Team abgesprochen werden, d. h. Diagnose, Leidensbild, Verlauf, spezielle psychosoziale Aspekte, vor allem aber die Zeit-Struktur (die bei chronischen Patienten ihre eigenen Dimensionen erfordern kann). Dies ist am ehesten durch regelmäßige Besprechungen im Praxis-Team zu erreichen, d. h. Informationen und ggf. Supervision – nicht zuletzt zur wechselseitigen Entlastung. So etwas baut auch unangenehmen Gefühlen beim Umgang mit Patienten aus verschiedenen Perspektiven vor (Fachbegriff: Gegenübertragungsfühle), um entsprechende Situationen besser auszuhalten und vor allem Prozesse der Spaltung und Entwertung rechtzeitig aufzufangen, wenn nicht gar zu vermeiden.

Hier hat sich übrigens in bestimmten Situationen auch die persönliche Begleitung durch eine einzelne medizinische Fachangestellte bewährt, sofern diese dafür geeignet, geschult und vor allem willens ist. Das kann zu einer deutlichen Verbesserung der psychischen Lebensqualität des Patienten und zu einer Entlastung für das gesamte Praxis-Team beitragen.

Vor allem bei schweren Krankheits-Verläufen empfehlen sich dabei eine regelmäßige Einbestellung des Patienten (z. B. alle zwei bis vier Wochen), aber auch zeitlich klar begrenzte Termine (z. B. 10 bis 20 Minuten). Das sollte aber dem Patienten zuvor mitgeteilt werden (häufiger, dafür aber zeitlich begrenzt). Ggf. muss das schriftlich festgehalten werden, um die notwendige Disziplin zu garantieren.

Das hätte auch den Vorteil, dass – nach Möglichkeit – Termine nicht „beschwerde-gesteuert“ und in Abhängigkeit von dem jeweiligen Leidensbild gleichsam notfallmäßig vergeben werden müssen. Damit kann nämlich eine Chronifizierung der Beschwerden, wenn nicht gar eine Zunahme provoziert werden, gleichsam als „Eintrittskarte“, um den nächst-nahen Termin zu erzwingen.

Derlei muss aber vorher angekündigt und ggf. besprochen werden: Es ist für einige (längere) Zeit mit Beschwerden zu rechnen, die nicht einfach so besser werden, weshalb sich in nächster Zeit regelmäßige Gesprächszeiten empfehlen, die allerdings dann auch eingehalten werden müssen.

LITERATUR

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

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