

bei der Fibromyalgie eine entscheidende Rolle. Eine Häufung von körperlichen und sexuellen Misshandlungserlebnissen sowie emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit ist für eine Subgruppe der Patientinnen gesichert. Bei dieser Subgruppe ist die Symptomatik insgesamt gravierender ausgeprägt. In ihrer Hyperaktivität gleicht eine Reihe von Patienten solchen mit anderen chronischen funktionellen Schmerzen und es gelten auch ähnliche psychodynamische Bedingungen. Die Befunde erhöhter Aggressionshemmung und erhöhter Angst- und Depressionswerte, hypochondrischer Ängste, eines auffälligen Krankheitsverhaltens mit hohem Inanspruchnahme-Verhalten und oft vielfältigen medizinischen Eingriffen (Ecker-Egle u. Egle 2003; Goldenberg 1989) entsprechen denjenigen anderer Patienten mit Somatoformen Störungen.

Die Folgekosten für das Gesundheitssystem sind erheblich. Trotz der kaum vorhandenen organischen Befunde sind Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom subjektiv deutlich stärker belastet als Patienten mit rheumatoider Arthritis. Kontrollierte Studien an größeren Patientenkollektiven, die zu spezifischeren Befunden führen könnten, stehen weiterhin aus.

6.8 Der therapeutische Zugang zum somatoform Kranken

Der richtige Umgang mit dem funktionell oder somatoform Kranken beginnt damit, dass man sich über die eigene therapeutische Haltung Rechenschaft gibt. Therapeutischer Aktivismus schadet diesen – und anderen – Patienten in gleicher Weise wie therapeutischer Nihilismus. Das mit der nötigen Kompetenz und angemessenem Aufwand Machbare auch konkret anzustreben, ist eine sinnvolle ärztliche Grundhaltung. Dazu bedarf es

- der notwendigen **Fachkenntnis** (wozu auch das psychosomatische Wissen gehört), mit deren Hilfe therapeutisch Erreichbares von Nichterreichbarem unterschieden und Wege des therapeutischen Zugangs erkannt werden können und
- einer professionellen **Motivation** zwischen den Extremen von Überengagement und Resignation. Die Einsicht, dass einem Pa-

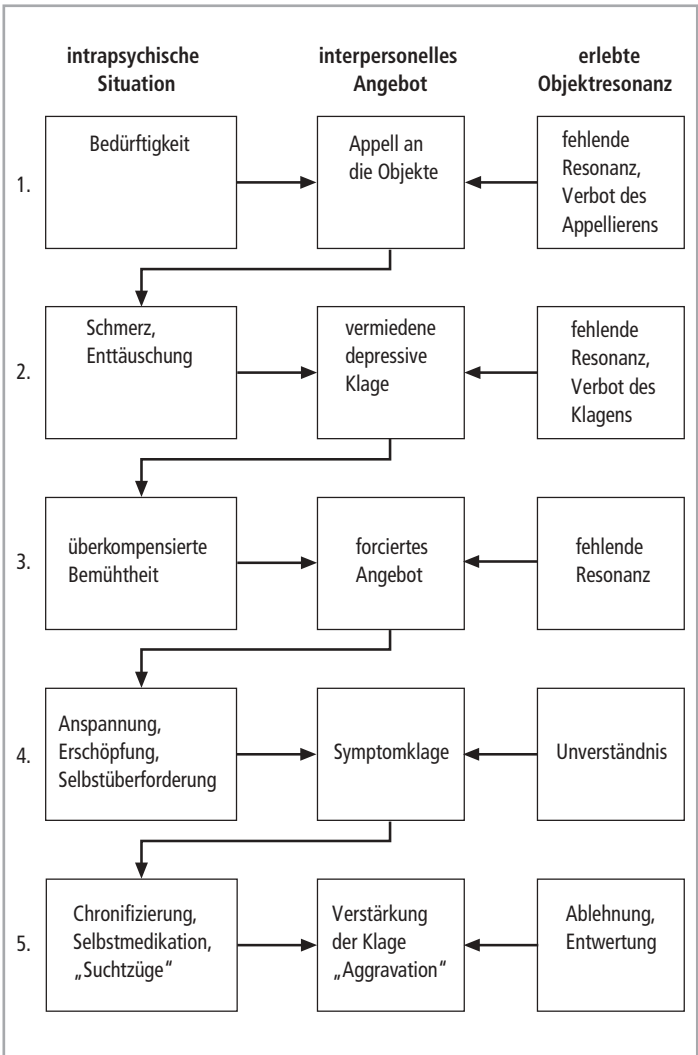


Abb. 6-6 Chronifizierung der funktionellen Symptombeschwerden aus dem Erleben des Kranken und der Reaktion des sozialen Umfelds heraus (nach Rudolf u. Henningsen 1998). Dieses Modell gestattet ein unmittelbares Verständnis mancher Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung.

tienten in der Klinik oder Praxis mit den zur Verfügung stehenden Mitteln *nicht* (mehr) zu helfen ist, muss man ausnahmslos als ein Zeichen von Kompetenz auffassen.

Die → Abbildung 6-6 stellt ein Modell zum Prozess der Chronifizierung somatoformer/funktioneller Beschwerden dar. Dabei sind das subjektive Erleben des Patienten, dessen interpersonelles Angebot und die Resonanz des Arztes in ihrer wechselseitigen Bedingtheit fokussiert.

6.8.1 Die sinnvolle Investition von Zeit

Jede Therapie beginnt damit, dass man dem Patienten Gelegenheit gibt, seine Symptome ausführlich „darzustellen“. Nicht selten erlebt man, dass ein Patient, der im ersten Gespräch ausführlich seine funktionelle Beschwerde geschildert hat, im zweiten Gespräch das Gefühl hat, das Wesentliche noch gar nicht gesagt zu haben. Das heißt, um diesen Patienten zu helfen, braucht man *Zeit*. Mit Sicherheit trägt jede zu Beginn des Kontaktes mit diesen Kranken investierte zeitliche Sorgfalt zur Zeitersparnis im weiteren Verlauf bei. (Diese „Weisheit“ gilt übrigens auch für rein organisch Kranke!)

6.8.2 Das Hören „neben“ der Beschwerde

Hierzu ist es erforderlich, durch die subjektiven Klagen „hindurchzusehen“ und aus der Art, wie diese Beschwerden vorgebracht werden, und wie sie im Kontext des gesamten zwischenmenschlichen Verhaltens des Patienten eingeordnet sind, zu erkennen, in welcher Weise der Patient mit sich und seiner Umwelt umgeht. Der Arzt muss sich – entgegen dem, was er im Studium gelernt hat – darauf einstellen, dass es auch an ihn eine andere „Botschaft“ des Patienten geben kann, als die des verbalen Sprachinhalts. Wenn dies gelingt, wird sich oft herausstellen, dass die geklagten Symptome ein dem Kranken selbst verborgenes Anliegen zunächst mehr verhüllen als freigeben. Dass es möglich ist, auch in einer Allgemeinpraxis die hinter den Symptomen liegenden sozialen Spannungen und inneren Konflikte wahrzunehmen und aufzuzeigen, hat M. Balint ausführlich beschrie-

ben. Dies geht jedoch nicht ohne Gesprächstechnik, nicht ohne Kenntnis von und Erfahrungen mit tiefenpsychologischen Zusammenhängen, denn es handelt sich ja nicht um eine einfache Exploration, die allzu oft zur Abfragetechnik (im Sinne eines diagnostischen Interviews für das DSM oder die ICD) entartet, sondern es ist ein handelnder und behandelnder Umgang mit dem Kranken nötig.

6.8.3 Die Parallelität in der Befunderhebung

Es gilt, ausnahmslos vom ersten Kontakt an zu versuchen, *parallel* die **somatischen Befunde**, die **psychischen Prozesse** und die soziale Situation bei jedem Patienten individuell zu klären.

Die Parallelität einer solchen Erhebung (→ Kap. 10.3) hat für den Patienten den unmittelbaren Vorteil, dass er die **Gleichrangigkeit** somatischer, biologischer und sozialer Fakten für den Arzt erkennt.

Diese Praxis ist natürlich von der medizinischen Alltagsrealität weit entfernt. Traditionell werden erst alle organischen Abklärungen durchgeführt, und „wenn's damit nichts ist“, dann ist es halt „psychisch“. Eine Sozio-Psycho-Genese wird damit zur medizinischen Restkategorie, zum wenig respektierten Überbleibsel nach einer gewissenhaften Ausschlussdiagnostik. Der Patient wird damit auch zum Ausschluss-Patienten, zu einem, der „nichts Richtiges hat, aber viel klagt“, und, was hätte der Patient lieber als eine richtige Krankheit, die Doktor und Patient im wechselseitigen Verständnis vereint?! Also muss er sich weiter bei anderen Ärzten bemühen. Ansätze einer **positiven Diagnostik** funktioneller/psychogener Beschwerden bietet der Kasten in → Kap. 6.4 (s. S. 241).

Eine grundlegende **Umakzentuierung** der diagnostischen Situation stellt etwa eine bereits nach Anamneseerhebung gemachte Feststellung folgender Art dar: „Nach Ihrer Schilderung gibt es für mich Hinweise, dass Ihre Beschwerden etwas mit den erwähnten seelischen Belastungen zu tun haben/eine körperliche Verarbeitung dieser Belastungen darstellen. Ich komme gegebenenfalls darauf zurück, will aber alle möglichen weiteren Ursachen erst einmal ausschließen.“