

Leben mit der Diagnose

Dr. phil. André Thali, Bellikon

Seit rund 20 Jahren arbeite ich als Klinischer Psychologe im Bereiche der Medizin – nämlich in der Rehabilitation von Unfallopfern. In diesem Bereich hat die Diagnose, insbesondere die Unfalldiagnose, einen ganz besonderen Stellenwert – oft entscheidet sie sogar über Leben und Tod. Wer seinen schweren Verletzungen erliegt, für den stellt sich das Problem gar nicht mehr, wie er mit seiner Diagnose lebt; wer aber das Glück gehabt hat zu überleben, für den kann sie unter Umständen die ganze weitere Zukunft prägen und zu einer lebenslangen Aufgabe werden, zu einer ausgesprochen schwierigen Aufgabe sogar, an der jemand bedeutende Reifungsschritte vollziehen, im ungünstigeren Fall aber auch zerbrechen kann. Solche tiefgreifende Zäsuren in einem Leben können etwa sein: die Amputation eines Armes eines begeisterter Töfffahrers, die Querschnittlähmung eines bewährten Berufsmannes nach einem Sturz vom Hausdach, die schwere Hirnverletzung eines von einem Autorowdie angefahrenen Fussgängers. Es lässt sich als Gesunder nur erahnen, was solche Diagnosen für das Lebensschicksal eines Menschen bedeutet, und auch als Psychologe an vorderster Front kann man in Gesprächen immer nur sehr beschränkt in das Innere dieses Menschen sehen, manchmal aus Abwehrgründen nur bis knapp unter die Oberfläche und zudem oft nur während des Zeitfensters eines Spital- oder Rehabilitationsaufenthaltes.

Ich werde in meinen Ausführungen über solche „harte“ somatische Diagnosen sprechen - aber nicht nur. Ich werde auch darüber sprechen, was passiert, wenn jemand keine klare somatische Diagnose hat, obwohl er eine zu haben glaubt. Damit ist der weite Bereich der Psychosomatik angesprochen, mit welchem ich in meiner täglichen Arbeit weit mehr beschäftigt bin. Das Thema lautet dann in dieser Version: „Leben ohne Diagnose“ bzw. mit einer weichen, psychologischen, psychosomatischen oder gar psychiatrischen. Hier geht es dann par excellence um das Thema des Kongresses, um Psychodiagnostik, was für den Patienten meist pejorativ konnotiert ist: nämlich als ihn abstempelnde und in seinem realen Leiden nicht ernst nehmende „Psycho“-Diagnostik.

In meiner täglichen Arbeit bin ich oft erstaunt, wie gut den Menschen das Leben mit einer somatischen Diagnose gelingt, indem sie diese integrieren können und dank geeigneter Assimilation und Adaptation auf einem neuen Funktionsniveau weiterfunktionieren, wogegen denjenigen mit einem vorwiegend psychosomatischen Leiden dieser Integrationsprozess nicht gelingen will. Ich sehe dafür zwei Gründe:

Zunächst vermag ein schwerer Unfall, bei dem jemand immerhin mit seinem Leben davon gekommen ist, grosse Energiereserven zu mobilisieren – und das gilt neben dem körperlichen insbesondere auch für den psychischen Bereich. Bei allen Widerwärtigkeiten und akuten Einbussen an Lebensqualität hat man nochmals eine Chance bekommen, wird sozusagen ein zweites mal geboren – es hätte ja schliesslich noch viel schlimmer ausgehen können. Es ist wohl diese Dankbarkeit gegenüber dem Schicksal, welche die Patienten ihr Geschick mit grossem Engagement in die Hände und den Kampf gegen die Tücken ihres so dramatisch veränderten Alltags aufnehmen lässt. Verbunden ist diese konstruktive Haltung in den meisten Fällen mit einer Umwertung der Werte: Man will diese zweite Chance nutzen, es künftig besser

machen, das Unwichtige vom Wesentlichen besser unterscheiden lernen, dem Augenblick mehr Gewicht geben, leerer Betriebsamkeit entsagen, dafür die menschlichen Beziehungen intensiver und tiefer pflegen, kurz: bewusster leben. Solchen Patienten gelingt oft in einem langdauernden Prozess und mit beneidenswerter Bravour eine positive Umdeutung, indem sie ihrem Schicksalsschlag einen inneren Sinn abringen, vom berühmten halbvollen Glas von Watzlawick vor allem die untere, noch gefüllte Hälfte, das noch Vorhandene sehen als unentwegt voller Zorn und Trauer auf die obere, verlorene Hälfte hinzustarren.

Der zweite Grund für die oft – aber durchaus nicht in allen Fällen – geglückte Unfallbewältigung mit klarer, wenn auch happiger somatischer Diagnose ist wohl darin zu suchen, dass gewöhnlich mit einer solchen Diagnose auch der weitere Weg deutlich vorgezeichnet ist. Es gibt zu jedem Verletzungsmuster ein umrissenes Therapiegefäß mit Handlungsanweisung, wie medizinisch zu verfahren ist, und zudem kann man eine einigermaßen verlässliche Prognose abgeben. Der Patient weiss, was ihn erwartet: nach der Stumpfversorgung des abgetrennten Armes kommt die Prothesenanpassung, sodann das Prothesentraining, mittels dessen er wieder in der Lage sein sollte, einfachen Alltagserfordernissen erfolgreich zu begegnen. Danach kann via Invalidenversicherung allenfalls eine berufliche Neuorientierung eingeleitet werden. In diesem Vorgehen, „step by step“, steckt für den Patienten eine Überschaubarkeit wie auch die Erfahrung, durch seine aktive Mitarbeit an seiner künftigen Lebensqualität tatkräftig mitwirken zu können. Das fördert ungemein die sogenannte „internale Kontrollüberzeugung“: die Überzeugung, selber Einfluss auf das Leben und die äusseren Umstände zu haben – dies im Gegensatz zur externalen, oft fatalistischen Kontrollüberzeugung, wo irgendetwas äusseren oder anonymen Mächte, wie z.B. das Schicksal, den Lauf der Dinge zu bestimmen scheinen. Es ist in diesem Zusammenhang insbesondere das Verdienst von Antonovsky, auf das Prinzip der **Salutogenese** hingewiesen zu haben mit der Fragestellung, was eigentlich gesund erhält, anstelle der üblichen Betrachtungsweise, was alles krank machen kann. Und ein wichtiges Prinzip davon ist diese internale Kontrollüberzeugung, welches von ihm als „sense of coherence“ genannt wurde, nämlich die innere Gewissheit, dass alles im Leben einen Sinn hat und ich die Dinge selber beeinflussen kann. Das ist das tragende Lebensgefühl solcher erfolgreicher Patienten, dasjenige, was sie psychisch gesund hält und sie nicht in Depression, Apathie und Resignation versinken lässt.

Es gibt ohnehin genügend medizinische Diagnosen, welche in ihrem Keim schon die Resignation in sich bergen, vielleicht weniger in der Unfallchirurgie als in der inneren Medizin. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die Krankheiten mit infauster Prognose, etwa an die Diagnose eines Karzinoms, womöglich inoperabel ist und mit Metastasen. „Wie lange habe ich noch zu leben?“, ist dann oft noch die einzige bedrückende Frage, begleitet vielleicht vom leisen Hoffnungsschimmer einer erfolgreichen Behandlung. Etwas weniger dramatisch, aber dennoch psychisch ausserordentlich belastend, sind schwere Insuffizienzen innerer Organe, etwa der Leber, Niere oder – besonders hochgradig emotional besetzt – des Herzens. Schon das Leben als Dialysepatient ist ausgesprochen belastend, und das Warten auf eine Organtransplantation in noch schlimmeren Fällen gehört erwiesenermassen zu den schwierigsten Phasen im Leben eines Menschen überhaupt, zumal der Zeitpunkt völlig ungewiss ist und von unkontrollierbaren, mehr dem Zufall überlassenen, Faktoren abhängt. Hinzu kommt die Tatsache, dass z.B. 30% der auf ein Herz Wartenden noch vor dem Erreichen ihres Zieles sterben, was den verzweifelten Wettlauf gegen die Zeit als besonders zermürbend erscheinen lässt. Es ist dies oft ein ambivalenter Kampf zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Hinzu kommt, dass bei solchen malignen

nen Erkrankungen auch die Angehörigen und das weitere soziale Umfeld mit der Diagnose leben lernen müssen, ein Prozess, der sich auch wieder auf den Kranken auswirkt, weil er noch zusätzlich mit diesem Anteil des Leidens konfrontiert ist. Trotz immer wieder aufkeimender Hoffnung aufs Überleben, sei dies nun mit Hilfe eines Spenderorgans, eines neu entwickelten Medikamentes oder auf einer medizinischen Errungenschaft bleibt es doch bei einem Kranksein zum Tode, und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben wird bei solchen chronischen Erkrankungen zu einer der wichtigsten Herausforderungen, welche diese Lebensphase zum Inhalt hat. Und auch das medizinische Behandlungsteam ist damit herausgefordert. Es ist interessant zu verfolgen, wie sich beispielsweise die Betrachtungsweise in der Chirurgie im Laufe der letzten Jahre verändert hat. „Die häufigsten Massnahmen eines Chirurgen im Berufsalltag sind Gespräche!“, schreibt etwa der Chirurg Herbert Kapp auf programmatisch als Kapitelübersicht über onkologische Chirurgie im unlängst erschienen Lehrbuch „Psychosomatik in der Chirurgie“; die heroischen Macher mit Skalpell scheinen sich allmählich zu einem anderen Selbstverständnis ihres Arztberufes durchzuringen, was im besagten Buch unter dem Label einer integrierten bzw. „sprechenden“ Chirurgie zum Ausdruck kommt.

Frau Kübler-Ross hat in ihrer Arbeit in der Begleitung von Sterbenden ein Modell der Trauerarbeit mit fünf Phasen entwickelt, das nicht nur für für todkranke Menschen seine Gültigkeit hat, sondern auch für alle andern Formen schwerer gesundheitlicher Einbussen, die immer auch definitive Verluste sind. Nach dem ersten Schocks der Diagnose erfolgt eine Verleugnung der Realität, ein Nicht-wahr-haben-Wollen nach dem Motto: „Es kann nicht sein!“. Bald kann diese Abwehr aber nicht mehr aufrecht erhalten werden. Es folgt die Phase des Zorns, die Auflehnung gegen die Ungerechtigkeit des Schicksals: „Warum gerade ich?“, lautet die quälende Frage, auf die es keine Antwort zu geben scheint. Dann kommt eine Zeit des Verhandels, ein Ringen mit der Medizin, allenfalls auch mit dem Schicksal: wenn das ganze schon nicht rückgängig zu machen ist, gibt es nicht die Möglichkeit, die Härte doch zumindest zu mildern oder dem Verlauf eine andere Wende zu geben, etwa mit Hilfe eines ganz neuen medizinischen Verfahrens? Schliesslich folgt die Phase mit Resignation und Depression, wo die Nichtigkeit eines solchen Feilschens eingesehen wird; es ist dies die eigentliche Trauerphase mit definitivem Abschied vom Verlorenen und allmählicher Realitätsfindung, so dass nach Überwindung dieser negativen Gefühle am Schluss so etwas wie eine Akzeptanz möglich ist, ein Versöhnen mit dem Schicksal ohne Groll.

Natürlich ist der Ablauf solcher Phasen der Trauerarbeit nicht linear, oft gibt es Rückschritte auf schon durchlaufene Stufen, auch können sich die Phasen überlappen. Doch scheint diese Abfolge von Entwicklungsschritten für den Menschen im Umgang mit bedeutsamen Verlusten und Konflikten typisch zu sein. Gerade im Bereiche der Rehabilitation gilt es darauf Rücksicht zu nehmen, in welcher Verarbeitungsphase sich der Patient befindet. Es ist dann auch leichter, mit dessen Emotionen und Verhaltensweisen umzugehen. So kann Uneinsichtigkeit in ärztliche Anordnungen und entsprechend selbstschädigendes Verhalten bedeuten, dass der Patient die Schwere seines Gesundheitsschadens immer noch verleugnet, das Bein beispielsweise nach schwersten Frakturen übermässig belastet, und so tut, als ob er nichts hätte. Oder ein anderer Patient befindet sich noch in der Phase der zornigen Auflehnung, hadert mit seinem Schicksal, lässt dies aber vor allem das Therapie- und Pflegepersonal spüren, indem er sich scheinbar grundlos aggressiv gegen alle verhält, mit der Behandlung völlig unzufrieden ist und andere Patienten gegen das Team

aufwiegelt. Zumeist kommt der Bezug zur Verarbeitungsphase aber nicht in groben, allenfalls sogar den Klinikbetrieb störenden Verhaltensauffälligkeiten zum Ausdruck. Man muss dann in seiner Funktion als Diagnostiker und Therapeut sehr hellhörig sein, um die subtil-diskreten Hinweise auf Unverarbeitetes wahrzunehmen. Das kann beispielsweise nach einer Amputation ein persistierender, als sehr lästig empfundener Phantomschmerz sein, welcher die bittere Schmerzlichkeit des Verlustes in Form einer leiblichen Missempfindung repräsentiert. Oder ein Stück Realitätsverleugnung kann dergestalt in Erscheinung treten, dass derselbe, einseitig Arm-Amputierte sich des nachts noch mit beiden Armen träumt, was oft noch längere Zeit andauern kann. Unlängst sagte mir ein solcher Patient, dass er sich die letzte Nacht erstmals als Einarmiger geträumt hätte. Typischerweise war dies einige Tage nach einem emotional eindrücklichen Erlebnis. Er sei, so erzählte er mir, anlässlich eines Hochzeitsfestes in gleissender Sonne aus dem Reisecar der Hochzeitsgesellschaft gestiegen und auf der Strasse zutiefst erschrocken, dass in seinem Schattenwurf am Boden ein Arm gefehlt habe; diese simple Wahrnehmung des veränderten Körperbildes anhand des eigenen Schattens, so der Patient wörtlich, sei ihm zutiefst „eingefahren“. Es war dies ein Mensch, welcher keinerlei Anzeichen einer gestörten Unfallverarbeitung zeigte, stimmungsmässig keineswegs dysphorisch, aggressiv oder depressiv war und sich schon nach kurzer Zeit mit seinem Schicksal arrangieren konnte. Nur ganz kaschiert zeigten sich Ansätze zu innerer Verleugnung des definitiven Verlustes, die dann prozesshaft mit Hilfe von entsprechenden Alltagserfahrungen aufgelöst werden konnten.

Es ist ohnehin immer wieder erstaunlich, wie wenig psychologische oder psychiatrische Fachhilfe viele Menschen nach einem lebensgefährlichen Unfalltrauma benötigen. Ich habe schon eingangs erwähnt, dass solche Ereignisse anscheinend enorme Ressourcen in Form von Selbstheilungskräften zu mobilisieren vermögen. Meine Hilfeleistung als Psychologin kann sich dann oft auf eine supportive Begleitung des Patienten beschränken oder auf konkrete partielle Unterstützung, etwa auf die Einübung autosuggestiver Techniken im Umgang mit Phantomschmerzen oder bei der Verarbeitung des Unfallschockes, der sich als posttraumatische Belastungsstörung mit nächtlichen Unfallträumen und einem angstbesetzten Vermeidungsverhalten rund um die Unfallsituation manifestieren kann. Eine erstaunlich hohe Zahl wünscht und bedarf aber während der Rehabilitationsphase keinerlei professionelle Hilfe, sondern kann bei der Verarbeitung die eigenen Kräfte und die Unterstützung des privaten sozialen Netzes nutzbar machen.

Im Gegensatz dazu verursachen Menschen nach eher geringfügigen Verletzungen oft bedeutend mehr psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Aufwand. Und damit komme ich auf jene Gruppe zu sprechen, die lernen müssen, ohne eine somatisch ausgewiesene Diagnose leben zu können. Das kann viel schwieriger sein als ein klares Wissen darum, „was man hat“ – wobei man das, was man hat, zugleich auch haben darf. Das weite Feld psychosomatischer und funktioneller Beschwerden hat demgegenüber einen ganz anderen Stellenwert; die Ärzte finden keine Befunde, obwohl der Schmerz grausam quält, das Bein gelähmt erscheint oder die inneren Organe „verrückt spielen“. In dieser Konstellation tut sich ein weites Spannungsfeld auf zwischen subjektivem Leiden einerseits und dem Vakuum an medizinischen Erklärungen andererseits. Solches Leiden wird dann schnell einmal „anrüchig“, indem es als „nur eingebildet“ abqualifiziert wird oder gar als platte Simulation, um sich irgendwelche Vorteile zu erheischen. So zumindest befürchten es die Patienten, und so denken wohl auch manchmal ihre Ärzte über das eigenartige Kranksein. Es stellt sich in unserem, naturwissenschaftlich fundierten und auf Funktionalität ausgerichteten

ten Medizinalsystem tatsächlich ein Problem, wenn subjektive Beschwerden und objektive Befunde nicht kongruent sind, und der Hilferuf des behandelnden Arztes nach einer psychosomatischen oder gar psychiatrischen Abklärung wird proportional zur Persistenz und Ausweitung der Beschwerden, entnervenden Aufsässigkeit des Patienten und dem Ausmass der eigenen Verärgerung immer lauter. Dieses „Entsorgungsszenario“ für ungeliebte Fälle wird auf der Patientenseite aber zumeist gar nicht goutiert – schliesslich fehlt es einem im Kniegelenk und nicht im Kopf. Niemand will als „Spinner“ gelten, als unmöglicher Hypochonder, welcher der Gesellschaft nur höhere Krankenversicherungsprämien beschert und sich stattdessen lieber etwas mehr zusammenreissen sollte, wo doch andere noch viel schlimmer dran sind.

Gerade dieses gesellschaftliche Umfeld trägt wesentlich dazu bei, sich mit einer „nur“ psychosomatischen Diagnose schwer zu tun. Kranksein an sich ist schon mit einem gewissen Makel behaftet, denn es könnte darin ja auch ein gewisses Selbstverschulden stecken. Und die Leistungserwartungen sowie die Ansprüche an das tadellose Funktionieren im Räderwerk der Gesellschaft ist enorm: Gesunde Leute braucht das Land, die tagsüber viel leisten und nachts gut schlafen. Wer sich diesem Anspruch nicht fügen kann, soll sich gefälligst in ärztliche Behandlung begeben, allenfalls in das Ghetto einer Klinik, damit die „Reparatur“ des Gesundheitsschadens baldmöglichst vollzogen werden kann – und erst noch zu einem möglichst günstigen Preis-Leistungsverhältnis.

Währenddem derjenige mit einem happigen somatischen Befund noch mit Verständnis seines Umfeldes rechnen darf (vielleicht hat er ja wirklich nur Pech gehabt und seine Symptomatik nicht selber verschuldet), generiert der psychosomatisch Leidende neben Hilflosigkeit oft nur Geringschätzung, mitunter gar Ablehnung bis zur Verachtung. Einfach nur Schmerzen – ohne jede medizinische Ursache – zu haben, bitte schön: wenn da nicht jemand selber schuld ist, weil er sich halt zu wenig zusammenreisst und mit einem bisschen gutem Willen seine Lebenskrise – die man haben darf, weil sie alle mal haben – überwinden könnte, statt sich in eine nur „eingebildete“ Krankheit zu flüchten. Wer kann und will schon mit einem solchen Makel leben?

Angesichts solch negativer Konnotationen seitens der Umwelt ist es natürlich naheliegend, dass der psychosomatische Patient mit Rationalisierungen seine Symptome zu legitimieren versucht. Im Bereiche der Unfallverletzungen gelingt dies mit Hilfe von subjektiven Kausalattributionen jeweils vorzüglich: Schliesslich ist man verunfallt, hat durch physikalische Gewalteinwirkung körperliche Läsionen erlitten, die unter Umständen in bildgebenden Verfahren gar nicht erst manifest werden. Da können die Ärzte noch so anderer Meinung sein, es sei nicht weiter schlimm, die Verletzung sei schon längst abgeheilt, dürfte gar nicht mehr so intensiv schmerzen. Schliesslich sind für den Patienten die weiterhin persistierenden Schmerzen, die sensiblen und motorischen Ausfälle oder andere Störungen seiner leiblichen Befundlichkeit Fingerzeig genug, dass irgendetwas nicht stimmen kann, sodass mit Nachdruck noch weiterer Abklärungsbedarf geltend gemacht wird, dem manch ein Mediziner auch tatsächlich erliegt, denn man will ja niemandem Unrecht tun - und zudem könnte sich der Patient im Rahmen seiner freien Arztwahl ohnehin zu einem weiteren Spezialisten begeben. So beginnt sich das Abklärungskarussell munter zu drehen, und die regelmässige Botschaft nach all den Computertomogrammen, Magnetresonanzverfahren und spezialärztlichen Untersuchungen, man hätte nichts gefunden, wirkt sich im allgemeinen auf den Patienten kaum beruhigend aus. Denn nichts ist so beunruhigend wie das Nichts. Schon in der Existenzialphilosophie Martin Heideggers ist dieses „Nichts“ die Keimzelle der Angst, weil es das Nichtmehrseinkönnen, den Tod

impliziert. Und das Nichts in der Medizin kann ebenso diese unheilvolle, angsteinflößende Bedeutung haben: Leide ich unter einem ganz schwierig zu diagnostizierenden, gefährlichen Morbus, der für die Ärzte unsichtbar und unentdeckt im Körperinneren wütet, der schlimmstenfalls zum Tode führt oder mich zumindest den Rest des Lebens invalid im Rollstuhl verbringen lässt? Und so werden diese Patienten allmählich ängstlich, auch dysphorisch-deprimiert, mitunter unterschwellig oder manifest aggressiv-vorwurfsvoll - und damit für alles sichtbar: psychisch auffällig. Unmittelbar darauf folgt in aller Regel unaufhaltbar die Forderung: „Da muss der Psychologe her!“. Dieser soll den Patienten untersuchen, eine Diagnose stellen, einen möglichst edierbaren Bericht zuhanden der Rehaspezialisten und des Hausarztes verfassen, den renitenten Patienten angepasster machen, ihn ein Leben ohne somatische, aber mit einer psychosomatischen Diagnose lehren und womöglich die ganze Symptomatik durch Psychotherapie (was für ein Zauberwort!) in jenem Nichts auflösen lassen, wo sie ursprünglich hergekommen ist.

Das ist dann gewöhnlich der Zeitpunkt meines In-Erscheinung-Tretens im Behandlungsablauf. Kein leichter Zeitpunkt, und für den Patienten häufig mit einer erheblichen narzisstischen Kränkung verbunden. Zudem keine leichte Aufgabe, das Eis zu brechen, eine geeignete Türe zu finden, sich mit Respekt und Behutsamkeit dem Lebensentwurf eines Leidenden zu nähern.

Natürlich geht es dann beim ersten Gespräch darum, sozusagen eine „Auslegeordnung“ der Gefühle zu machen, die mit dem (meist erstmaligen) Besuch beim Psychologen verbunden sind, zu erklären, dass es nicht um das Abschieben auf eine „Psychoschiene“ geht, sondern letztlich um die Pflege auch der Seele neben dem Körper, da eine Unfallverletzung immer auch in diesem Bereich verwunden kann. In den meisten Fällen wird das von den Patienten auch verstanden. Über die körperlichen Symptome wird dann ohnehin gern und viel geredet, über die Gedanken und Gefühle allenfalls auch noch, über die besonderen Lebensumstände und die Biographie dann mitunter weniger gern. Immerhin lässt sich am Schluss des Gesprächs so etwas wie eine Gestaltdiagnose entwerfen: nämlich die individuelle Bedeutung der objektiv vielleicht gar nicht so schweren Unfallverletzung in dieser aktuellen Lebensphase und unter den spezifischen psychosozialen Rahmenbedingungen, die Beziehung zur eigenen Körperlichkeit und den Gefühlen, mögliche primäre und sekundäre Krankheitsgewinne, der Umgang mit Konflikten, Beziehungen und Leistungsanforderungen, um nur einige relevante Punkte zu nennen. Und in vielen Fällen wird man auch fündig. Zwei kurze Beispiele mögen das etwas illustrieren:

Ein Sicherheitsfachmann Mitte 50 kam 10 Jahre nach einer längst abgeheilten Wirbelfrakturen nochmals zu einer intensiven Rehabilitation, da er zunehmend unter invalidisierenden Rückenschmerzen zu leiden begann, obwohl er eigentlich all die vergangenen Jahre arbeiten konnte. Er machte einen deutlich depressiven Eindruck, war offensichtlich sehr sensibel, kränkbar und erlebte zahlreiche Vorkommnisse an seinem Arbeitsplatz als Mobbing, insbesondere auch die fachliche und finanzielle Zurückstufung mit einem neuen Arbeitsvertrag nach 26jähriger Betriebszugehörigkeit. Diese für ihn unerträglich beschämende Situation führte zu einer schweren Erschütterung seines ganzen Selbstwertgefühlen bis hin zu Suizidgedanken. Gespräche mit mir empfand dieser sehr differenzierte und introspektionsfähige Mann als sehr entlastend, und er war auch nicht abgeneigt, meiner Hypothese Folge zu leisten, dass er eine sehr schwere Last mit sich herumschleppe, welche sein Kreuz und Rückgrat fast zu knicken drohe, und dass diese ausgesprochen schmerzliche Erfahrung den

Rücken stark schmerzen liesse. Eigentlich hatte er diesen psycho-somatischen Zusammenhang schon immer geahnt, aber es brauchte jemand fachlich Autorisierter, der das in klare Worte zu fassen wagte und ihm zugleich das Gefühl vermittelte, dass diese Schmerzen sehr real und nicht eingebildet waren, zu seiner Lebenssituation gehörten, und dass er diese Schmerzen auch haben durfte, ohne damit zusätzlich noch einmal als Versager zu gelten. Es brauchte auch jemand, der in einer gemeinsamen Sitzung mit Betriebsverantwortlichen klar Stellung bezog, dass eine Rückkehr in die alten Verhältnisse nicht zumutbar seien, was für den Patienten zu einer Entlastung auf allen Ebenen führte, inklusive der Schmerzsymptomatik. Dieser Patient konnte seine psychosomatische Diagnose so in sein Leben integrieren, dass sie nicht als Kränkung empfunden wurde, sondern als konkrete Hilfe auf dem Weg zur Besserung.

Ein anderer Mann anfangs dreissig hatte nach einer einfachen Rückenkontusion zusehends eine grotesk anmutende, seitliche Schiefhaltung des Oberkörpers, welche medizinisch nicht zu erklären war. Psychisch war er keineswegs auffällig. Hellhörig wurde ich erst nach längerer Exploration, als mir der Patient beiläufig mitteilte, dass seine Freundin die geplante Hochzeit zurückstellen wolle, weil sie mit ihm in dieser unansehnlichen Körperhaltung unmöglich vor den Traualter und insbesondere vor die Fotografen treten könne. Auf meine Probedeutung hin, dass ihn seine Symptomatik ja offensichtlich vor der Heirat abzuhalten vermöge, was vielleicht für ihn möglicherweise eine Erleichterung bedeuten würde, reagierte er teils mit Belustigung, teils mit Erstaunen über so tolldreiste Hypothesen, wollte dies aber mit seiner Freundin am Wochenende besprechen. Am Montag teilte er mir schliesslich mit, seine Freundin und er könnten sich beide nicht vorstellen, dass dies der Grund für seine Schiefhaltung sei, er würde aber gerne für weitere Gespräche kommen, die er im langweiligen Klinikalltag als anregend erlebe. In den Folgegesprächen kamen dann starke Bindungsängste zum Vorschein, die vor allem mit der gescheiterten Ehebeziehung der Eltern in Zusammenhang standen. Ich war erstaunt, wie rasch sich sein Oberkörper mit der Bearbeitung dieser Bindungsängste wieder aufrichtete und die offensichtliche Konversionsstörung verschwand. Nie beharrte ich auf die Richtigkeit meiner Hypothese und sprach auch nie von der Diagnose einer Konversion. Vielmehr lobte ich sein intensiv betriebenes Training und gab ihm immer wieder die Bestätigung, dass er seine Gesundheit aus eigener Kraft schaffe. Die psychotherapeutischen Gespräche blieben dabei bewusst ein Nebenschauplatz, sodass dort keine massive Abwehr stattfinden musste. Das Beispiel zeigt, wie trotz vordergründig abgewehrter Diagnose dennoch eine Integration derselben gelang, indem der unbewusste Konflikt quasi durch die „Hintertür“ bearbeitet werden konnte. Die Ambivalenz zwischen Abwehr und Integration ist dabei nicht weiter erstaunlich, wenn man bedenkt, dass Dissoziation ein wesentliches Element einer Konversionsstörung ist.

Die beiden Beispiele zeigen, dass psychosomatische Diagnosen sowohl Entlastung bedeuten können (wie im ersten Fall), oder eine Abwehr auf den Plan rufen (wie im zweiten Beispiel). Gelingt es aber trotz Abwehr, einen weiteren psychodynamischen Prozess in Gang zu setzen, kann sich das Blatt dennoch zum Guten wenden, indem die Hefe im Teig langsam aufgeht. Das bedingt aber auf seiten des Diagnostikers und Therapeuten kein rechthaberisches Besserwissen, sondern eine Probedeutung in Hypothesenform, die zu hinterfragen oder abzulehnen der Patient berechtigt ist, ohne dass man damit selber seine eigene Sicht der Dinge aufgeben müsste. Hilfreicher als die Mitteilung in diagnostischen Kategorien ist die für den Patienten eher nachvollziehbare Beschreibung von möglichen Wirk- und Sinnzusammenhän-

gen zwischen Symptom und Konflikten. Und immer gehört auch dazu, dass die Symptome als real gewertet werden und nicht mit irgendeinem Makel behaftet sind. Auf der anderen Seite sind psychosomatische Symptome In der Regel auch nicht lebensbedrohlich, sondern ein missglückter Konfliktlösungsversuch der Seele, worauf man durchaus hinweisen darf und sollte, wenn der Patient sich ängstigt, etwa vor einem Hirntumor bei chronischen Kopfschmerzen.

All diese Dinge werden ihm im Rahmen einer diagnostisch-therapeutischen Beziehung mündlich mitgeteilt. Häufig muss er nicht nur mit diesen Gesprächsinhalten leben lernen, sondern auch noch mit einem allenfalls schriftlichen Bericht, wo seine Diagnose „Schwarz auf Weiss“ sozusagen für den Rest seines Lebens festgehalten ist, was vor allem subjektiv für den Patienten einen ganz anderen Stellenwert bekommt. Zum einen wünschen viele im Rahmen ihrer Patientenrechte selber Einblick in das über sie Verfasste, zum anderen kann es sein, dass ihr Rechtsanwalt ihnen genüsslich unter die Nase reibt, was für schreckliches „Psychozeugnis“ über sie während ihres Klinikaufenthaltes geschrieben wurde. Es lohnt sich deshalb immer, einen Text so abzufassen, dass man im Hinterkopf den Patienten als Leser desselben vor Augen hat, und entsprechend alle abwertenden, möglicherweise kränkenden Formulierungen meidet. Aber man kommt natürlich nicht um die Wahrheit herum, und zu dieser Wahrheit gehört auch die Diagnosen, die ihrerseits im Falle von Ärzten als Adressaten in der Nomenklatur der ICD-10 zu codieren sind. Glücklicherweise ist dieses Manual psychischer Störungen rein deskriptiv orientiert, vermeidet ätiologie- und theoriebezogene diagnostische Begriffe und solche, die durch den Eingang im Alltagsgebrauch negativ konnotiert sind. So wird beispielsweise der Begriff „hysterisch“ durch „histrionisch“ substituiert, statt von Neurosen oder Psychopathien ist von anankastischen oder narzisstischen Persönlichkeiten die Rede, statt von einer hysterischen Lähmung von einer dissoziativen Bewegungsstörung. Auch der möglichen Anrüchigkeit eines psychogenen Schmerzes wird die Spitze genommen, indem diese stattdessen als „somatoforme Schmerzstörung“ bezeichnet wird. Man kann zu solchen Begriffen stehen wie man will, aber eine Hilfe bei der Abfassung von psychosomatischen Berichten sind sie im Zeitalter der „political correctness“ alleweil. Sie machen für den vom Text direkt betroffenen Leser die u.U. bitteren Wahrheiten etwas milder, und die Lektüre stösst weniger sauer auf. Auch das ist mitunter eine Hilfe, mit der Diagnose leben zu können.

Nach diesem kurzen „tour d’horizon“ über das Leben mit und ohne Diagnose sind wir nun beim Essentiellen angelangt: sozusagen bei unserem „Kerngeschäft“ als Diagnostiker, die es nicht nur bei der Diagnose bewenden lassen können, sondern diese den davon Betroffenen auch zu kommunizieren haben. Denn Diagnostik vollzieht sich nicht irgendwo in einem „medizinisch-psychodiagnostischen Freiraum“, der losgelöst von einem leidenden Menschen - bloss die Neugier der involvierten Fachleute zu befriedigen und allenfalls der Versicherungsadministration den Weg für die weitere Fallabwicklung aufzuzeigen hat. Ich denke, dass Diagnostik nur dort ihre Berechtigung hat, wo sie dem betroffenen Menschen einen Wissenszuwachs beschert, der ihm hilft, sein Leben besser meistern zu können. Sie vollzieht sich im gemeinsamen, oft schwierigen Ringen um die Wahrheit, und die damit gewonnen Einsichten sind mitunter wenig schmeichelhaft und hart zu ertragen. Für unsere Aufrichtigkeit, Redlichkeit und Offenheit können wir – sozusagen als „Gegenleistung“ – mit Vertrauen belohnt werden, wie folgendes Beispiel zeigt, das ich zum Schlusspunkt meiner Ausführungen machen möchte.

Eine alleinstehende Frau Mitte vierzig musste ich vor vielen Jahren im Auftrag einer Unfallversicherung neben anderen Fachdisziplinen aus psychosomatischer Sicht mitbegutachten. In langen Gesprächen versuchte ich mit ihr gemeinsam, ihre unfallbezogenen Ängste und ihre chronischen Schmerzen auf dem Hintergrund ihrer Biografie und Lebenssituation auszuloten. In meinem Schlussbericht musste ich auch unangenehme Dinge zur Diskussion stellen, auf neurotische Persönlichkeitszüge hinweisen, die psychosomatische Genese vieler ihrer Beschwerden klar beim Namen nennen. Ich habe der Explorandin meine Sicht der Dinge mitgeteilt; sie hat auch meinen Bericht gelesen, die dort festgehaltenen Befunde, Hypothesen, Interpretationen und Konklusionen en detail zu Kenntnis genommen – etliches mag sie dabei gekränkt haben. Trotzdem hat sie all die Jahre nach der Begutachtung den Kontakt zu mir telefonisch aufrechterhalten, mich des öftern um Rat gefragt. Ihr Rechtsanwalt dagegen hatte nach erfolgter Begutachtung bald einmal das Mandat abgetreten, da ihm seine Mandantin offensichtlich allzusehr mit dem begutachtenden Psychologen paktierte, wo sich doch dieser – zumindest versicherungstechnisch - nicht nur zu ihren Gunsten äusserte. Dem Rechtsanwalt ging es ganz offensichtlich um eine möglichst hohe Rente, mir selber hingegen um eine optimale Lebensqualität - zu verwirklichen mit Hilfe einer Psychotherapie, welche dann auch tatsächlich zustande kam. Diesen Unterschied hat die Explorandin bald einmal herausgespürt; das Ringen um die ungeschönte Wahrheit beim begutachtenden Psychologen war ihr offenbar wichtiger und bewirkte mehr Vertrauen als die Wahrung rein finanzieller Interessen durch den Rechtsbeistand. Sie hat deshalb – dem Rechtsanwalt wahrscheinlich völlig unverständlich – sozusagen „das Lager gewechselt“ und dort Vertrauen geschöpft, wo Diagnostik als Lebenshilfe angeboten wurde und nicht nur eine Rente. Und sie hat ganz offensichtlich gelernt, mit der Diagnose zu leben...

Thali/1.2.02