

2 Fehldiagnosen in der Psychotherapie – eine Fallgeschichte

Horst Kächele, Michael Hölzer

2.1 Die Fehlerproblematik in der Psychotherapie

Alle ethische Prinzipien wie Respekt vor der Autonomie des Patienten, Schadensvermeidung, Handeln zum Wohle des Patienten und das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness können durch Fehlentwicklungen betroffen sein (Caspar & Kächele 2017). Die Gründe für das Scheitern von Therapien können unterteilt werden, z. B. nach:

- psychotherapeutischer Technik
- persönlichen Merkmalen des Psychotherapeuten
- Störung und anderen Merkmalen des Patienten
- Beziehungen und anderen Aspekten der Umgebung

Es ist allerdings selten, dass nur eine Ursache im Vordergrund steht; oft geht es um eine Konstellation von Aspekten, z. B. ein Nicht-Passen der psychotherapeutischen Technik zur Störung oder zu interpersonellen Merkmalen des Patienten. Wenn Albani et al. (2010) in einer repräsentativen Untersuchung fanden, dass 10 % der nach einer Therapie befragten Patienten sagten, sie hätten die Therapie wegen Zweifeln an der Kompetenz des Therapeuten abgebrochen, ist das zunächst eine ernstzunehmende Zahl. Sie weist darauf hin, wie wichtig es ist, die Sicht von Patienten direkt zu erkunden. In einem zweiten Schritt muss man sich aber klar machen, dass diese Zahl sowohl aus anderen Gründen überkritische Patienten einschließen kann als auch möglicherweise Patienten *nicht* einschließt, die Grund zu einem Abbruch wegen mangelnder Therapeutenkompetenz gehabt hätten, aber den Fehler z. B. eher bei sich selber suchen.

In den einschlägigen Veröffentlichungen zur Fehlerproblematik in der Psychotherapie fehlt indes durchgängig eine Kategorie: Fehldiagnose.

Ein besonders trauriges Beispiel möchten wir im Folgenden darstellen.

2.2 Erstbericht an den Gutachter

Angaben über den Patienten:

- erwachsener 40-jähriger Patient
- erlernter Beruf: Industriekaufmann
- ausgeübte Tätigkeit, Stellung: Verkaufsleiter
- Kinder: keine

Bericht zu folgenden Punkten:● **Beschwerden:**

Der Patient war bereits im Frühjahr 1993 wegen somatisch abgeklärter chronischer Kopfschmerzen von einem Neurologen hierher zur Psychotherapie überwiesen worden, konnte damals aber das Psychotherapieangebot nicht aufgreifen und brach die eingeleitete Psychotherapie nach 9 Sitzungen ab. Jetzt erneute Überweisung zur Psychotherapie, diesmal von einem Internisten, der die somatische Ausschlussdiagnostik vorgenommen hat.

Seit ca. 15 Jahren leidet der Patient unter Kopfschmerzen sowie zeitweise auch unter Schwindel. Seit ca. 5 Jahren wird von ihm »Mattigkeit« und Abgeschlagenheit wahrgenommen, die ihn insbesondere an der Ausübung seines anstrengenden Berufes hindern. Der Kopfschmerz wird als ein andauernder Spannungskopfschmerz beschrieben: »Wie eine Art Helm«. Andererseits: »Manchmal habe ich das Gefühl, mein Kopf fängt an zu platzen«. Gelegentlich hat er auch das Gefühl, dass »jemand von außen mit einem Messer durch meinen Kopf fährt«. Darüber hinaus beschreibt der Patient rezidivierende Schmerzen am Bewegungsapparat, ohne dass er diese genauer lokalisieren könnte. Vor allem die chronische Kopfschmerzsymptomatik, die der Patient auch medikamentös nicht in den Griff bekommen konnte, zermüht ihn zunehmend. Immer häufiger fühlt er sich niedergeschlagen, depressiv und gereizt, was auch seine Partnerbeziehung gefährdet.

Deutlich wird, dass der Patient unverändert körperliche Veränderungen (wegen derer er sich ganz offenbar bei zahlreichen Ärzten in Behandlung befand/befindet) phobisch verarbeitet. Besonders ängstlich und besorgt betrachtet er seinen Haarausfall, durch den er seine sehr gepflegte äußere Erscheinung, die er hinsichtlich seines beruflichen Erfolgs für unabdingbar hält, bedroht sieht.

– keine Arbeits- oder Berufsunfähigkeit, kein Antrag auf Berentung

– **Psychischer Befund:**

Freundlich und sympathisch wirkender Patient, spricht spontan und offen über seine Beschwerden. Gute Intelligenz, sehr leistungsorientierte Einstellung. Aus Reaktionsbildung resultierende Freundlichkeit beherrscht zunächst das nach außen gekehrte Bild. Ausgesprochene Aggressionshemmung auch im therapeutischen Kontakt. Als Abwehrmechanismen neben Reaktionsbildung und Isolierung vor allem Verdrängung und Verleugnung. Überängstliche Einstellung Körperveränderungen gegenüber, gelegentlich hypochondrisch anmutende Selbstbeobachtung: Insbesondere Körperveränderungen, unter denen seine äußere Attraktivität leidet, beobachtet der Patient ängstlich-kontrollierend. Insgesamt deutlich hysterische Persönlichkeitsstruktur. Gute Ich-Funktionen. Stimmungslage depressiv, was der Patient jedoch nach außen durch betonte Lockerheit zu überspielen sucht. Inhaltliche oder formale Denkstörungen liegen nicht vor.

– **Körperbefund bzw. Attest**

Ein Attest vom überweisenden Internisten wird vom Patienten der Versicherung zugesandt.

– **Frühere psychische oder körperliche Beschwerden oder Erkrankungen**

1986 wurde bei dem Patienten eine Borreliose festgestellt, nachdem er längere Zeit unter einer sich auf den gesamten Bewegungsapparat beziehenden Schmerzsymptomatik gelitten hatte. Diese Borreliose wurde zweimal mit Penicillin behandelt. Jetzt ist nach Aussagen des Patienten bzw. der ihn behandelnden Ärzte kein Borreliose-Titer mehr feststellbar; derzeit bestehende Schmerzen können mit der Vorerkrankung nicht mehr eindeutig in Verbindung gebracht werden.

Auch wegen »büschelweisen Haarausfalls« war der Patient wiederholt in dermatologischer Behandlung. Auch hier konnte keine organische Ursache festgestellt werden.

Anamnestisch sonst keine körperlichen oder psychischen Erkrankungen bekannt.

– **Früher oder jetzt regelmäßige Einnahme von Drogen oder Medikamenten**

Der Patient gibt an, wegen seiner Kopfschmerzsymptomatik verschiedene Medikamente ausprobiert zu haben. »Jetzt nehme ich überhaupt keine Medikamente mehr, da sie samt und sonders nicht wirken.«

– **Frühere ambulante psychotherapeutische Behandlungen**

Nach Trennung von seiner langjährigen Freundin war er wegen »reaktiver Depression« von einem Verhaltenstherapeuten ca. 20 Stunden mit »Entspannungsübungen« behandelt worden. Damals war es ihm »sehr mies« gegangen und die Behandlung hatte zur Stabilisierung seines Zustandes beigetragen. Im Frühjahr 1993 wurde ihm eine ambulante Psychotherapie bei Dr. Hölzer angeboten; diese brach er nach 9 Sitzungen ab, weil er keinen Zusammenhang zwischen seinen Schmerzen und seelischen Situationen sehen konnte.

– Stationäre Behandlung: keine

● **Allgemeine Vorgeschichte**

Der Patient stammt aus äußerst angespannten Familienverhältnissen, seine Eltern ließen sich scheiden, als er (ein Einzelkind) 4 Jahre alt war. Damals hätte er die Wahl gehabt, bei welchem Elternteil er bleiben wollte. Er hätte sich für den Vater entschieden, den er jedoch als einen autoritären, eigenwilligen und völlig auf sich selbst bezogenen Menschen beschreibt. Häufig wurde er geschlagen und verprügelt. Im Verhältnis zu seinem Vater habe er sich nur anpassen und unterwerfen können, um Schwierigkeiten mit ihm aus dem Weg zu gehen. Erst in der Pubertät habe er sich ansatzweise gewehrt, schließlich auf Schläge seines Vaters mit Gegendrohungen reagiert. Als der Vater ihn nicht mehr durch aggressive Drohungen einschüchtern konnte, habe er begonnen, sich stattdessen vorwurfsvoll zurückzuziehen. Monatelang habe der Vater nicht mehr mit ihm geredet.

Aus der zweiten Ehe des Vaters ist wenig bekannt. Insbesondere die Stiefmutter wird nicht erwähnt. Nach der zweiten Scheidung des Vaters habe er noch einige Zeit mit ihm alleine gewohnt, habe aber »schon immer versucht,

auf eigenen Füßen zu stehen, schon in meiner Lehrzeit war ich ziemlich selbstständig«. Die Ablösung vom Vater hat der Patient ganz offenbar mit Macht betrieben; vor allem seine ökonomische Unabhängigkeit vom Vater war ihm wichtig.

Zur Mutter habe er nur gelegentliche Kontakte gehabt. In der Schilderung erscheint die Mutter dem Kind gegenüber ambivalent und eigene Schuldgefühle projektiv abwehrend. Deutlich wird, dass der Patient in seiner Kindheit und Jugend erhebliche Loyalitätskonflikte hatte: Beide Elternteile hatten offenbar versucht, den jeweils anderen zu entwerten und den Patienten auf jeweils ihre Seite zu ziehen. Der Patient betont, dass er in seiner Familie nie einen Halt gesehen hat. Im Gegenteil, schon früh hatte er versucht, sich nach außen zu orientieren. Halt, Sicherheit und Anerkennung habe er vielmehr in der Peergroup gesucht als zu Hause.

Schwellensituationen wurden ansonsten ohne größere Schwierigkeiten gemeistert. Außer adoleszenztypischen Verhaltensweisen werden aus Schule und beruflicher Ausbildung keine Besonderheiten berichtet. Im Beruf überzeugte er seine Vorgesetzten durch eine leistungsorientierte Einstellung, setzte sich sehr für die Interessen der jeweiligen Firma ein. Zu eruieren sind in seinen Arbeitsverhältnissen allerdings Probleme mit Autoritätspersonen. Von Vorgesetzten fühlt er sich immer wieder schikaniert. In daraus resultierenden Konflikten hat er sich nur mangelhaft offen aggressiv abgrenzen können. Die Lösungsmöglichkeiten bestanden entweder in Unterwerfung und resignativer Aufgabe oder in Rückzug durch Kündigung des jeweiligen Arbeitsverhältnisses.

- **Jetzige persönliche und berufliche Situation**

Der Patient lebt derzeit in einer festen Partnerschaft mit einer Frau, von der er sich tendenziell dominiert fühlt. Eine engere Bindung (Heirat, evtl. Kinder etc.) wird vom ihm ängstlich vermieden bzw. latent entwertet. Er hat ganz offensichtlich Schwierigkeiten, sich auf eine verbindliche und dauerhafte Bindung einzulassen. Seine berufliche Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass er in einer Firma im Außenhandel tätig ist; die Aufgabe ist mit einigem Stress (vor allem Hektik durch Reisen) verbunden. In der ihm eigenen, zu Überarbeitung und Überanspannung neigenden Art fällt es ihm schwer, für Pausen zu sorgen. Freizeitaktivitäten (vor allem exzessive sportliche Betätigung) dienen auch nicht der Entspannung, sondern dem ständigen Beweisen von Leistungsfähigkeit und Männlichkeit.

- **Psychodynamik oder Bedingungsgefüge der Erkrankung im Zusammenhang mit Vorgeschichte und aktueller Situation:**

- **Ansicht des Patienten, ggf. der Beziehungspersonen**

Mit dem Patienten konnte in den probatorischen Sitzungen die oben beschriebene Dynamik in ersten Ansätzen erarbeitet werden. Insbesondere der Zusammenhang zwischen latentem Ärger und der Kopfschmerzsymptomatik erscheint einen brauchbaren Zugang zu seinem Erleben darzustellen. Er zeigt sich interessiert und motiviert, an diesem Fokus weiterzuarbeiten.

- Interpretation des Therapeuten

Sein Wunsch, die ihn sehr belastende Kopfschmerzsymptomatik jetzt psychotherapeutisch zu behandeln, ist im Zusammenhang mit den erheblichen Belastungen und der angespannten beruflichen Zukunft zu sehen. Seine berufliche und private Orientierung an Leistung dient der Kompensation einer tieferliegenden Selbstunsicherheit, insbesondere eines instabilen männlichen Identitätsgefühls. Sein Vater stellt für ihn ein hoch ambivalent erlebtes Identifikationsobjekt dar. Die praktisch alle Objektbeziehungen prägende Aggressionshemmung dürfte in diesem Zusammenhang auf eine eher negative Identifikation mit seinem Vater im Bereich aggressiver Auseinandersetzungen zu interpretieren sein: Aggressiv-Werden heißt, sich dem verhassten Vaterbild, der negativen Identität, anzunähern. Dem entspricht die Überzeugung des Patienten, am Arbeitsplatz nicht den »Chef« spielen zu wollen, bzw. seine immer wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit Autoritätspersonen. Seine aus der Aktionshemmung resultierenden mangelnden Möglichkeiten der aggressiven Abgrenzung führen im Berufs- wie im Privatleben zu Anpassung und oberflächlicher Unterwerfung. Verdrängte Aggressionen auf sein jeweiliges Gegenüber werden durch Reaktionsbildungen in Schach gehalten. Verschobene Aggressionen führen zur Belastung auch anderer Beziehungen, z. B. auch der zur Partnerin. Dieser steht er auch aufgrund einer tief empfundenen Abhängigkeit und seiner bislang noch fehlenden Möglichkeiten, sich wirklich autonom zu verhalten, ambivalent gegenüber. Wie im Berufsleben reguliert er Spannungen hier mit dem Versuch der Distanzierung, nicht aber durch konstruktive Auseinandersetzungen. In seinem Männlichkeitsgefühl verunsichert, versucht er dieses durch Leistung kompensatorisch zu stabilisieren. Sein Äußeres betreffende Veränderungen (Haarausfall) bzw. seine durch chronische Überlastung bedingte Müdigkeit werden als narzisstische Kränkungen erlebt, auf die der Patient zunehmend depressiv reagiert.

• Diagnose

Chronische Kopfschmerzsymptomatik bei Autonomiekonflikt und selbstunsicherer Persönlichkeit

• Behandlungsplan

Mit dem Patienten soll eine analytische Therapie (2 Std. im Liegen) durchgeführt werden, die insbesondere

- auf ein vertieftes Verständnis für seinen an Autoritätspersonen abgehandelten Autonomiekonflikt führt. Dabei wird insbesondere seine Verleugnung eigener aggressiver Bestrebungen bzw. seine harmonisierende, durch Reaktionsbildung gekennzeichnete Freundlichkeit bearbeitet werden müssen.
- Die vom Patienten überkompensatorisch eingesetzte Leistungsorientiertheit und Daueranspannung beruflicher wie privater Art soll insbesondere in seinen Gefühlen der Verunsicherung und Minderwertigkeit kompensierenden Funktionen bearbeitet und verstanden werden. Dadurch ist zu

erwarten, dass er alltägliche Anforderungen insgesamt als weniger belastend erleben wird.

Die von Selbstunsicherheit gefärbte Persönlichkeitsstruktur des Patienten sollte zunächst in einer Selbstobjekt-Übertragung in die Behandlung einbezogen werden.

- **Prognostische Einschätzung**

Da in den probatorischen Sitzungen im Ansatz mit dem Patienten besprochen werden konnte, weshalb der frühere Therapieversuch scheiterte, zeigt sich der Patient diesmal an der Weiterarbeit motiviert; nach den ersten Sitzungen (Liegunen) scheint eine ausreichend positive Prognose bezüglich einer Reduktion der Kopfschmerzsymptomatik und einer Veränderung der strukturellen Möglichkeiten gerechtfertigt. Dies wird unterstützt durch das ausreichend gute Arbeitsbündnis. Eine hohe Flexibilität der Behandlungsgestaltung im Anfang ist notwendig, um der beruflichen Situation und damit verbundenen besonderen Belastungen Rechnung zu tragen.

2.3 Katamnese

Nach 22 Sitzungen ist der Patient nach den Sommerferien 1997 nicht mehr erschienen; mehrere Anschreiben haben keinen Erfolg gehabt.

Die Ursache des erneuten Abbruchs dürfte in dem mangelnden Ansprechen der Behandlung zu sehen. Der Patient verspürte eine steigende Schmerzintensität, ohne dass es möglich war, ihm eine Schmerztagebuchführung erfolgreich nahezu legen.

Für mich als Therapeut war aufschlussreich, dass diese Intensitätssteigerung so dramatisch ausgeführt wurde, dass der Patient sein eigenes Referenzsystem innerhalb von Wochen änderte.

Vielfältige Hinweise auf seine berufliche Situation, ein zunehmendes Verstehen seiner Lebensentwicklung haben keine Auswirkung auf die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung gehabt.

So bin ich nicht zu überrascht, dass es mir auch nicht gelungen ist, den Patient zu halten und ihm eine schmerzlindernde Perspektive zu geben.

Diagnose F45.4 bei selbstunsicherer Persönlichkeit

Abschlussbögen haben wir am 5.2.98 zurückerhalten!

Da wohl jedem engagierten Therapeuten das Wohl und Wehe eines Patienten auch nach einem Abbruch der Behandlung durch den Patienten am Herzen liege dürfte, haben wir uns 1 Jahr später nach dem Befinden des Patienten erkundigt.

Betr. Nachfrage

Ulm, den 19. 1. 99

Sehr geehrter Herr D.,

auch wenn unser Versuch Ihnen zu helfen, nicht geglückt ist, möchte ich doch nachfragen, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist.

Haben Sie einen Weg gefunden, der Ihnen Linderung gebracht hat?

Mit freundlichem Gruß

Horst Kächele

Darauf erfolgte zunächst keine Reaktion. Doch 2 Jahre später erhielt ich ein ausführliches Schreiben des Patienten:

Brief des Patienten, am 15. 1. 2001

Sehr geehrter Herr Prof. Kächele, vielleicht können Sie sich an mich erinnern. War der Patient mit den einschließenden Schmerzen am Körper und den starken Kopfschmerzen. Sie sagten mir damals, die einschließenden Schmerzen am Körper wären Aufschreie der Seele. Mittlerweise sind die Ärzte durch die Auffälligkeiten, pathologische Liquorwerte, pathologisches PET und SPECT darauf gekommen, dass es sich mit höchster Wahrscheinlichkeit um eine Neuro-Lues handelt. Es fehlt zwar die Beweisführung des Erregernachweises im Blut, aber die Aussage dreier Professoren (darunter Prof. M. aus Z.) sagen aus, dass auch bei fehlendem Erregernachweis eine Neuro-Lues persistieren kann. Dies hängt vom Immunstatus des Patienten ab. Alle auch hinzugekommene Beschwerden, massiver Gedächtnisabbau, Orientierungsprobleme (kenne mich in Ulm nicht mehr richtig aus, weiß Geschehen vom Vortag nicht mehr etc.) sind stärker geworden. Einschließende Schmerzen am Körper und auch sonstige Schmerzen am Körper u. in Organen, sogenannte tabische Schmerzen, Impotenz, Blasenfunktionsstörungen etc. unterstreichen das Bild einer Neuro Lues.

Vorstellung bei Prof. T. (Psychiatrische Klinik des Ulmer Universitätsklinikum) mit neuropsychologischen Tests in Abständen zeigten eine zunehmende kognitive Leistungsverminderung.

Prof. T. diagnostizierte ein hirnorganisches Psychosyndrom unbekannter Ätiologie. Eine psychische Ursache schloss er mit 100 %iger Sicherheit aus. Mittlerweise bin ich berentet und zumeist bettlägerig krank. Überlege ständig ob ein Leben so noch Sinn macht da man von Leben nicht mehr sprechen kann, es ist ein vegetieren.

Sportliche Tätigkeiten sind seit 1 ½ Jahren nicht mehr möglich, vorher bin ich Halbmarathons in guten Zeiten gelaufen. Auch Radfahren oder Skifahren, selbst kleinere Wanderungen sind nicht mehr möglich, da der körperliche Verfall zunehmend zugenommen hat. Bin zufällig im Freitodforum auf Sie gestoßen und dachte dabei einfach mich mal Ihnen mitzuteilen.

Sie waren ja der felsenfesten Meinung, dass ich psychisch krank war eine Depression hatte und die einschließenden Schmerzen Aufschreie der Seele waren. In Ihrer absoluten Überzeugung haben Sie mir für lange Zeit den Stempel psychisch krank aufgebrannt und viele Ärzte übernahmen Ihre Aussage einfach.

Ein Aufenthalt in der Schmerzlinik in L. bei Prof. H. übertrumpfte Ihre Mei-

nung sogar noch, indem er mit der Diagnose Schizophrenie aufgrund der bizarren Schmerzschilderung Ihre Diagnose noch toppte.

Es ist einfach so, dass man, wenn man irgendwann mal in die Psycho-Ecke geschoben wurde, da nur sehr schwer rauskommt und sehr viele Ärzte gar keine Notwendigkeit mehr sahen den sich verschlechterten Symptomen weiter nachzugehen. Nun ja letztendlich war an den Tatsachen wie Liquorveränderungen, auffälligem PET und SPECT (Befunde waren durch mehrmalige Aufnahmen reproduzierbar bei Verschlechterung) nicht mehr vorbeizukommen.

Auch Prof. R. der Dermatologischen Klinik am BWK Ulm schloss sich der Diagnose Neuro-Lues an und behandelte mich mit der adäquaten Penicillin Therapie. Es ist wahrscheinlich dass die Erkrankung damit gestoppt wurde; ein Weiterschreiten ist jedoch nicht ausgeschlossen, da die Therapie zu einem sehr späten Zeitpunkt (Mitte diesen Jahres) durchgeführt wurde. Auf jeden Fall sind die aufgetretenen Beeinträchtigungen nicht mehr rückgängig zu machen. Es ist also bestenfalls ein Leben so wie es jetzt ist (sofern man dies noch Leben nennen kann) zu führen. Und dies ist meistens mit Bettlägerigkeit, Einnahme von Opiaten gegen die Schmerzen und mit fehlender Lebensqualität verbunden. Keine Urlaube mehr, kein Snowboarden, kein Mountainbiken, kein Joggen und vor allem keine Arbeiten mehr. Und ich liebte meinen Job und führte ihn mit Passion aus. Gar nicht zu reden von dem finanziellen Absturz. Erwerbsunfähigkeitsrente gegen eine Stellung als nationaler Verkaufsleiter mit einem Jahreseinkommen von 170.000 DM.

Prof. R. sagte mir, dass bei einer Behandlung vor 3–4 Jahren die Krankheit auf diesem Niveau gestoppt hätte werden können, ich also nicht berufs- bzw. erwerbsunfähig geworden wäre. Ich konnte noch bis Mitte 99 arbeiten; dann zwang mich die Erkrankung völlig in die Knie.

Aber bis Anfang 2001 war ich nur in der Psychoschiene. Hieran waren Sie maßgeblich beteiligt, da mich niemand mehr richtig ernst nahm. Ich wollte Sie das wissen lassen, vielleicht sind Sie in Zukunft nicht mehr so in Ihrer Selbstüberzeugung und Verherrlichung. Vielleicht könnte es ja einem anderen Patienten mal ähnlich gehen. Vielleicht sind Sie etwas überlegter in Ihren Aussagen und sei es nur so, dass die Diagnose »Veracht auf...« heißt, um den Patienten nicht von vorneherein abzustempeln. Ich weiß mittlerweile von einigen Fällen, die zunächst auf psychisch krank behandelt wurden. Ein Fall im Bekanntenkreis wurde ein Jahr lang auf Tennisarm und psychischer Überlastung behandelt, bis dann ein Non-Hodgkin-Krebs rauskam. Ein anderer Bekannter, der das Geschäft der Eltern übernehmen sollte, wurde in die Psycho-Ecke gedrängt mit der Diagnose, dass er sich dieser Anforderung unbewusst nicht gewachsen fühlte und sich ein Schmerzsyndrom (Rücken- und Knochenschmerzen) somatisierte. Eineinhalb Jahre später Diagnose Knochenkrebs. Es ist sicherlich sehr einfach für einen Psychiater eine Diagnose zu stellen, da er ja keiner Beweispflicht unterliegt bzw. diese gar nicht durch irgendwelche Parameter belegen kann. Ich wollte die hiermit an Sie loswerden. Es würde mich freuen hierzu von Ihnen zu hören.

mfg F.D.

21.11.01

Sehr geehrter Herr D.

selbstverständlich kann ich mich an Sie noch erinnern.

Es ist für Sie sehr bedauerlich, dass die wahre Natur Ihrer Erkrankung nicht schon 1993, als Sie das erste Mal bei Dr. Hölzer waren, nicht durch Ihren Hausarzt, bzw. durch den Neurologen erkannt wurde. Es ist in der Tat ein großes Problem der Psychotherapie, dass wir weitgehend auf eine Ausschluss-Diagnostik angewiesen sind, weshalb das Vorliegen organischer Kontrolluntersuchungen vorgeschrieben ist.

Sie haben mein volles Mitgefühl – ich finde dies eine traurige Entwicklung für Sie und für Ihre Frau und kann nur hoffen, dass Sie in der Lage sind, sich damit zurecht zu finden.

Eine Kollegin an der Abteilung hat zu Ihrer Schilderung folgendes geschrieben:

»Im Alltag behandeln wir das Thema dauernd: wenn die Patienten in die Psychotherapeutische Ambulanz kommen und eine somatische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann (Herz- Neuro- [MS etc.] usw.), werden die Patienten darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich gescheit körperlich untersuchen lassen«.

Die Geschichte, die Sie schildern, ist sehr traurig, und die Ursachen sind aus meiner Sicht sehr komplex. Ich habe für mich gedacht, dass ein Bäcker kein Schnitzel braten kann – kein Psychotherapeut kann sich mit der somatischen Diagnostik so gut auskennen, weil er einfach einen anderen Fokus hat. Eigene Grenzen kennen ist das, was an der Stelle wesentlich ist.

Das andere ist, dass die Patienten manchmal auch »gerne« an psychologische Attribuierung glauben, weil sie dann das Gefühl haben, dass man die Ursachen mit Willen bewältigen kann.

Das dritte, was auch sehr wichtig ist, ist, dass die Mediziner selber dieses dichotomische Denken haben (Entweder-oder, und das »Psycho« als letzte Rettung, oder mal übereilt als erstes, wenn was unklares ist), und man nicht parallel somatisch-psychisch denkt.

Mitzubedenken ist, dass der umgekehrte Fall auch sehr oft passiert, dass eine Depression oder Somatisierungsstörung verkannt und über Jahre als eine körperliche Erkrankung behandelt wird.

Ich glaube, dass dabei nur das Erkennen von eigenen Grenzen und die Kommunikation zwischen »Psychos« und »Somatikern« helfen kann.

Für Sie war es wahrscheinlich zu spät, und das ist sehr sehr schade, aber wir können daraus lernen, aufmerksamer zu sein, auch wenn das eine bittere Lektion ist.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Horst Kächele

Im Dezember 2008 erhalte ich von dem Patienten einen simplen Weihnachtsgruss, den ich prompt beantworte:

10. 1. 09

Lieber Herr D.

jetzt schließe ich mich mal den Weihnachts-Wünschen an, schön konventionell, obwohl das bei Ihrem Zustand keine große Überzeugungskraft haben wird.

In der Tat, ich habe beabsichtigt, Sie anzurufen, und werde dies mal wieder tun; doch heute schreibe ich Ihnen.

In der Tat in Ihrem Fall war es mit meiner Kompetenz nicht so weit her; nur dass Sie zu mir schon als nicht-organisch vordiagnostiziert kamen. Ich werde mich mit Prof. T. zusammensetzen, und ich möchte nochmals den Ablauf durchgehen.

Dass es Fehler gibt, Fehldiagnosen, nicht rechtzeitige Diagnosen, gehört zu den unerfreulichen Dingen, die auch für den Arzt keine angenehme, sondern eine bittere Erfahrung darstellen. Für den Betroffenen wie Sie, ist es natürlich mehr als bitter.

Und in jungen Jahren bettlägerig zu sein, ist mehr als bitter, weil jüngere Menschen im Frieden noch an das Vorrecht glauben, fast unverwundbar zu sein.

Nun wissen Sie es besser – keiner ist gefeit vor Krankheit – nur wissen die Menschen nicht, wann diese ihnen blüht.

Da hilft dann nur Gottvertrauen, oder Lyrik, oder was auch immer Ihnen innere Kraft zu geben vermag.

Mit freundlichem Gruß an Sie und Ihre Frau

Horst Kächele

Nachtrag 6. 12. 2016

Die Ehefrau des Patienten, die ich als Kunde in ihrem Geschäft über Jahre kenne, berichtet mir, dass ihr Ehemann vor 6 Jahren an seiner Erkrankung verstorben sei. Sie stimme einer Veröffentlichung zu.

Literatur

Albani C, Blaser G, Geyer M et al. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut 2010; 55: 503 – 514.

Caspar F, Kächele H. Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb R (Hrsg.). Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München: Urban & Fischer bei Elsevier 2017; 631 – 644.