



Seminar und Praktikum
der
Psychosomatischen Medizin und
Psychotherapie
(im Modul 5.1)

Lehr- und Lernskript
(aktualisierte Fassung: 03-2011)

Hinweis in eigener Sache zur Benutzung dieses Skripts:

1. Dieses Skript ist in erster Linie als Informationsgrundlage und zur Orientierung für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gedacht.
2. Sie müssen es nicht notwendig durcharbeiten, sondern können sich auch punktuell darin informieren.
3. Sie können es aber auch über das Modul 5.1 hinaus benutzen (z.B. Praktisches Jahr).
4. Alle klausurrelevanten Fragen sind durch das Skript abgedeckt. Umgekehrt sind alle Inhalte dieses Skripts klausurrelevant. Allerdings ist die Durcharbeitung des Skripts keine unabdingbare Voraussetzung zum Bestehen der Klausur, sofern Sie regelmäßig und aufmerksam an Vorlesung und UaK teilnehmen.
5. Dieses Skript soll fortlaufend weiterentwickelt werden, daher sind wir über Kritik und Anregungen von Ihrer Seite dankbar.

ALLGEMEINES ZUM SEMINAR UND PRAKTIKUM

Das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie versteht sich als Querschnittsfach und Spezialdisziplin. Dem entsprechend besteht **ein** Schwerpunkt unseres Unterrichts in der Verdeutlichung der allgemeinen psychosomatischen Sicht- und Zugangsweise, die bei der Behandlung eines jeden Patienten eine Bedeutung hat. Ein **weiterer** Schwerpunkt liegt in der Vermittlung von Grundlagen Psychosomatischer Erkrankungen und deren Behandlung.

Diese Aspekte werden im Pflichtpraktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie vermittelt und geübt.

Das Praktikum wird ergänzt durch themenspezifische Vorlesungen im Rahmen des Moduls 5.1 (Woche 3-5).

Lernziele des Praktikums sind im einzelnen:

- das Erkennen psychosozialer Einflüsse für Entstehung und Verlauf von psychoneurotischen, psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen
- ein Verständniszugang für die Lebensgeschichte resp. - krisen in ihrer Bedeutung für die Krankheitsentstehung
- eine Sensibilisierung angehender Ärzte/innen für seelische Prozesse und Besonderheiten der A-P-Interaktion
- sowie Grundzüge der ärztlichen Gesprächsführung (Anknüpfung an Basisfähigkeiten-Kurs/ Modul 1.1)

Informationen zu Seminar und Praktikum:

- Seminar und Praktikum umfassen 2 Seminartage *, an denen in der Großgruppe (10-12 Studenten) wie auch punktuell in Kleingruppen (3-4 Studenten) gearbeitet wird. Initial erfolgt eine Einführung, in der u.a. Grundlagen der psychosomatischen Anamneseerhebung vermittelt werden. Nach einer Interviewdemonstration durch den jeweiligen Dozenten werden Patienteninterviews durch Studenten durchgeführt. Dies soll und muss in einer respektvollen Atmosphäre sowie unter besonderer Berücksichtigung der Schweigepflicht erfolgen. Daran wird sich jeweils eine ausführliche Nachbesprechung anschließen.
- In diesem Semester werden erneut in einigen wenigen Grp. Simulationspatienten (SP's) zum Einsatz kommen. Die SP's haben eine "Rollenanweisung" und eine vollständige Biographie gelernt und spielen ihre Patientenrolle authentisch. Durch den Einsatz von SP's möchten wir das Spektrum der Krankheitsbilder in unserem Kurs erweitern. Ihre Aufgabe wird sein, wie in den Gesprächen mit Pat. der Klinik eine psychosomatische Anamnese zu erheben und Erfahrungen in der A-P-Interaktion zu sammeln.
- Im abschließenden Teil soll eine Verbindung aktueller praktischer Erfahrungen mit Grundlagen der Psychotherapie sowie Versorgungsaspekten der Psychosomatik erarbeitet und diskutiert werden.
- Anwesenheitspflicht besteht durchgängig. Fehlzeiten sind bis max. 20% zulässig (= ca. 3 Unterrichtsstunden), sollten angesichts der Kürze des Seminars aber vermieden werden. Eine Absprache mit dem Dozenten ist erwünscht. Einzelne Kurse bzw. Uak's können **nicht** ohne vorherige Absprache getauscht werden !.

Scheinvergabe / Prüfung

Der Leistungsnachweis für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist gemäß neuer Approbationsordnung mit einem benoteten Schein zu erbringen. Die erfolgreiche Teilnahme ergibt sich aus dem kombinierten Leistungspunkteerwerb aus den Modulen 1.1 (Ärztliche Basisfähigkeiten: 40%) und 5.1 (Nervensystem und Psyche: 60%). Die Bescheinigung wird durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgestellt bei regelmäßiger Teilnahme und bestandenen Prüfungen. Die Prüfung erfolgt im **Modul 1.1 im Rahmen des OSCE's** (Ende des Moduls), **im Modul 5.1 in Form einer Klausur** (Ende der Vorlesungsphase). Der genaue Prüfungstermin wird jeweils rechtzeitig bekannt gegeben. Bei Nichtbestehen des Gesamtscheins besteht die Möglichkeit zu einer Wiederholung resp. anschließender mündlicher Nachprüfung, die Anmeldung dazu muss im Servicezentrum für Studierende erfolgen. Für Detailinformationen: Servicezentrum für Studierende im Geschäftsbereich Lehre bzw. Internet: <http://www.lehre.med.uni-goettingen.de/939.html>

Die Scheinausgabe erfolgt im Servicezentrum für Studierende jeweils zu Beginn des Folgesemesters nach erfolgreicher Teilnahme am Praktikum gemäß o. g. Kriterien.

Weitergehende Information zu Seminar und Praktikum

Frau E. Seeger; Sekretariat: Tel.: 39-6707 ; e-mail: eseeger@gwdg.de

OA Dr. med. D. v. Boetticher, Tel.: 39-8954 e-mail: dirk.vonboetticher@med.uni-goettingen.de

Internet: <http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de>

* Ausnahme: Kurs in der Hainberg Klinik (Bad Hersfeld): gleicher Unterrichtsumfang verteilt auf 3 Tage

INHALTSVERZEICHNIS

1. DAS ANAMNESEGESPRÄCH - EINE EINFÜHRUNG	4
1.1. Basisvariablen der Gesprächsführung	4
1.1.1. Eine hilfreiche ärztliche Grundhaltung	4
1.1.2. Kein Gespräch ohne Sprache	5
1.1.3. Fragen stellen	5
1.1.4. Die Gesprächssituation gestalten	6
1.2. Typische Probleme im Anamnesegespräch	7
1.2.1. Ungünstige Voraussetzungen für das Anamnesegespräch	7
1.2.2. Probleme mit der Struktur der Anamnese	7
1.2.3. Umgang mit Emotionen	7
1.2.4. Probleme mit dem Expertenstatus	8
1.2.5. Persönliche Haltung:	9
1.3. Einige Infos zu speziellen Elementen der Anamnese:	9
1.3.1. Lebensstilanamnese	10
1.3.2. Familienanamnese:	11
1.3.3. Psychosoziale Anamnese	12
1.3.4. (Kurze) Einführung in die Sexualanamnese	14
1.3.5. Beendigung des Anamnesegesprächs	15
1.3.6. Biographische Anamnese / Psychosomatische Anamnese	15
2. WAS BEDEUTET PSYCHOSOMATIK, WELCHE PSYCHOSOMATISCHEN MODELLE GIBT ES? WELCHE THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSOPTIONEN UND RICHTUNGEN KOMMEN ZUR ANWENDUNG?	18
2.1. Was ist Psychosomatik?	18
2.1.1. Abgrenzung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Psychiatrie und Psychotherapie	18
2.2. Psychosomatische Modelle	19
2.2.1. Das Konfliktmodell	19
2.2.2. Das Defizitmodell	20
2.2.3. Das Traumamodell	21
2.2.4. Das Lernmodell	21
2.2.5. Biopsychosoziales Erklärungsmodell	24
2.2.6. Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Diathese-Stress-Modell): erhöhte Stressanfälligkeit	25
2.2. Psychotherapeutisches Behandlungsverständnis und Psychotherapieschulen	25
2.3.1. Analytische Psychotherapie	25
2.3.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	27
2.3.3. Verhaltenstherapie (Lerntheoretische Verfahren)	27
2.3.4. Kassenanerkannte Therapieverfahren	28
2.3.5. Methodenkombination	28
2.4. Struktur und Konzept der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Universitätsklinikum Göttingen	29
2.4.1. Profil und Konzept	29
2.4.2. Krankenversorgung und klinische Schwerpunkte	29
3. PSYCHOSOMATISCHE KRANKHEITSBILDER, KLASSIFIKATION, EPIDEMIOLOGIE, PSYCHOTHERAPIE	34
3.1. Einteilung psychosomatischer Krankheitsbilder	34
3.2. Epidemiologie Psychogener Erkrankungen allgemein	36
3.3. Spezifische Krankheitsbilder	36
3.3.1. Konversionsneurosen (ICD-10: F44.x)	37
3.3.2. Somatoforme Störungen (ICD-10: F45.x)	37
3.3.3. Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)	41
3.3.4. Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0)	43
3.3.5. Weitere Essstörungen	44

3.3.6.	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)	45
3.3.7.	Anpassungsstörungen (ICD-10: F 41)	46
3.3.8.	Artifizielle Störungen und selbstverletzendes Verhalten (ICD-10: F68.1)	48
3.3.9.	Depressive Störungen (ICD-10: F 32 -F 34)	50
3.3.10.	Angststörungen (ICD-10: F40, F41)	51
3.3.11.	Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)	56
3.3.12.	Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose) (ICD-10: F60.x)	58
3.4.	Psychosomatische Aspekte bei körperlichen Erkrankungen	60
3.4.1.	Psychosomatik der Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Psychokardiologie	60
3.4.2.	Psychosomatik und Krebserkrankungen / Psychoonkologie	65
3.4.3.	Psychosomatische Aspekte bei Diabetes mellitus	67
3.4.4.	Psychosomatische Aspekte bei chronischem Tinnitus	70
3.4.5.	Psychosomatische Aspekte bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)	70
3.5.	Wirksamkeit und Nutzen von Psychotherapie	73
3.5.1.	Psychotherapieforschung: Methodisches	73
3.5.2.	Psychotherapiewirksamkeit	74
3.5.3.	Kosten und Nutzen von Psychotherapie	76
4.	WAS HÄLT UNS GESUND? – SALUTOGENESE RISIKEN UND CHANCEN DER SOZIALISATION ZUM ARZT / ZUR ÄRZTIN, HILFSANGEBOTE BEI KRISEN, BALINT-GRUPPENARBEIT, WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN	77
4.1.	Krankheit vs. Gesundheit	77
4.1.1.	Was hält Menschen gesund? Das Salutogenese-Konzept	78
4.2.	Belastungen junger Ärztinnen und Ärzte	79
4.3.	Gesundheitshilfen im Medizinaltag	80
4.3.1.	Weiterbildungs- und Hilfsangebote der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	81
ANHANG	(Anamnese-Muster/Kurzarztbrief)	82

1. DAS ANAMNESEGESPRÄCH - EINE EINFÜHRUNG

Das Anamnesegespräch steht in der Regel am Anfang der ärztlichen Behandlung. Bis zu 80% aller Diagnosen lassen sich mit hoher Treffer-Wahrscheinlichkeit bereits anhand der anamnestischen Angaben stellen. Eine gute Anamnese ermöglicht erst den gezielten und ökonomischen Einsatz körperlicher und apparativer Untersuchungen. Zugleich markiert das Anamnesegespräch den Beginn der Arzt-Patient-Beziehung und trägt wesentlich zur Entwicklung dieser Beziehung bei.

Gleichermaßen wichtige Ziele des Anamnesegespräches sind also zum einen die medizinische Informationsgewinnung und zum anderen der Aufbau (bzw. die Unterhaltung) einer hilfreichen Arzt-Patient-Beziehung.

Im Anamnesegespräch begegnet uns¹ zunächst die intrapsychische Realität des Patienten, d.h. wir erfahren, wie er sich, seine Umwelt und seine Krankheit erlebt. Die vom Patienten geschilderten Symptome stellen dabei keine „eins-zu-eins“-Abbildungen der organischen Schädigung dar, sondern durchlaufen mehrfache Auswahl- und Filterprozesse. So spielen etwa Krankheitsvorstellungen oder allgemeine Lebenserfahrungen eine wichtige Rolle dabei, wie Patienten bestimmte Krankheitssymptome erleben. Die Schilderung im Gespräch mit dem Arzt wird außer durch das Erleben der Symptome auch noch durch bestimmte Motive (Hilfe zu erhalten, Mitleid auszulösen, krankgeschrieben zu werden oder rasch wieder zur Arbeit gehen zu wollen etc.) sowie Ängste (vor schwerwiegenden Diagnosen, vor Ablehnung, vor schmerzhaften Untersuchungen oder Behandlungen) des Patienten mitbestimmt.

Lebenshintergrund, Krankheitsvorstellungen, Motive und Ängste gehören damit zu den Bereichen, die wir berücksichtigen müssen, wollen wir die „Übersetzungsarbeit“ vom geschilderten Symptom zur dahinter zunächst im Verborgenen liegenden körperlichen oder psychischen Krankheitsursache leisten. Die Herstellung einer möglichst angstfreien, offenen Vertrauensbeziehung ist als Grundlage hierfür notwendig und erfordert von uns ein großes Ausmaß an „Beziehungsarbeit“. Beide, Übersetzungs- und Beziehungsarbeit gehen im Anamnesegespräch Hand in Hand und bedingen sich gegenseitig:

Nur wenn der Patient sich hinreichend öffnen kann, bekommen wir alle medizinisch relevanten Informationen; nur wenn wir kompetent und mit erkennbarer innerer Gesprächsstruktur die medizinischen Informationen mit dem Patienten erarbeiten, wird er andererseits das Vertrauen aufbringen, offen über seine Problematik zu sprechen.

Im Interesse einer effektiven Informationsgewinnung und einer hilfreichen Beziehungsentwicklung begegnen wir dem Patienten mit bestimmten Grundhaltungen und Gesprächs- bzw. Kommunikationstechniken.

1.1. BASISVARIABLEN DER GESPRÄCHSFÜHRUNG

1.1.1. Eine hilfreiche ärztliche Grundhaltung

Die „*Basisvariablen*“ einer hilfreichen Grundhaltung wurden in den 1950er Jahren von Carl Rogers beschrieben. Zusammengefasst kommt es auf drei Kernbereiche an, nämlich

- **Empathie**
d.h. das sich-Einfühlen in den Patienten oder die „als-ob“-Identifikation mit ihm. Das „Als-ob“ soll dabei andeuten, dass das Einfühlen oder die Identifikation niemals so weit gehen soll, dass die Grenzen zum Patienten verschwimmen. Klare Grenzen sind vielmehr eine wichtige Voraussetzung dafür, sich für die Begegnung mit dem Patienten öffnen zu können. Hier kann die äußere Umgebung (Praxis, Krankenhaus), die Einhaltung der ärztlichen Rolle oder Hilfsmittel wie z.B. der weiße Kittel hilfreich sein.
- **Wertschätzung des Patienten ohne Vorbedingungen**
(„unconditional positive regard“)
d.h., den Patienten zunächst so annehmen wie er ist, auch mit seinen „schwierigen“ oder „gestörten“ Seiten. Das bedeutet nicht bedingungslose Zustimmung, sondern kann sehr wohl auch kritische Rückmeldungen umfassen. Wichtig ist aber dabei die innere Haltung, dass der Patient seine persönlichen Gründe dafür haben wird, dass er sich gerade so und nicht anders verhält. Diese Gründe mögen problematisch sein und vielleicht leidet der Patient selbst am meisten unter ihnen, aber in diesem Augenblick ist ihm offenbar nur möglich, sich genau so zu verhalten. Vielleicht können wir gemeinsam einen Weg finden, wie er in Zukunft freier bzw. flexibler auf schwierige Situationen reagieren kann

¹ Oft ist es problematisch, in der „wir-Form“ zu kommunizieren (z.B. „Wie geht es uns denn heute?“), wenn damit eigentlich nur der Andere, z.B. der Patient, gemeint ist. Wenn hier von „wir“ die Rede ist, meint das zunächst tatsächlich uns, nämlich die DozentInnen Ihres Seminars, die über ihre Erfahrungen und Grundhaltungen berichten. Ob und inwieweit Sie sich selbst diese Erfahrungen und Haltungen zueigen machen wollen, bleibt natürlich Ihre Entscheidung.

- **Selektive Authentizität**

d.h. dem Patienten „echt“ zu begegnen, also als die Person, die wir sind und uns nicht hinter einer Rolle zu verstecken. Dies schließt ein, dem Patienten auch unsere Empfindungen „authentisch“ zurückzumelden. „Selektiv“ meint dabei, bei solchen authentischen Rückmeldungen das Gesprächsziel im Auge zu behalten und unsere Rückmeldung so zu dosieren, dass sie für den Patienten hilfreich sein können und nicht vornehmlich unserer Affektentlastung dienen.

Vor dem Hintergrund dieser Grundhaltungen sowie der beiden Haupt-Ziele des Anamnesegesprächs ist es sinnvoll, sich bestimmte Regeln zunutze zu machen und geeignete Kommunikationstechniken einzusetzen.

Literatur

Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1989): „Definition des Beziehungsangebotes durch die Formulierung der therapeutischen Bedingungen.“ In Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H. J.: Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen.“ Stuttgart: Kohlhammer: Kapitel 1 S. 13-37.

1.1.2. Kein Gespräch ohne Sprache

Eine gemeinsame Sprache zu sprechen ist Voraussetzung dafür, dass Verständnis aufkommt. Achten Sie darauf, wie der Patient selbst spricht! Die meisten Patienten sind medizinische Laien und verstehen nur wenig von der medizinischen Fachsprache. Benutzen Sie klare und allgemein verständliche Begriffe! Manche Patienten (Akademiker, medizinisches Personal, manche chronisch Kranke) werden Ihnen aber vielleicht signalisieren, dass sie sich „medizinisch auskennen“. Hier sollten Sie durchaus auch medizinische Fachausdrücke aufgreifen und versuchsweise selbst Fachbegriffe verwenden. Sie können diesen Patienten damit ebenso Wertschätzung und Würdigung ihrer Vorkenntnisse signalisieren wie Sie anderen Patienten durch einfache Wortwahl Ihr Entgegenkommen anzeigen.

1.1.3. Fragen stellen

Als „Frage-Antwort-Spiel“ lebt gerade die Anamnese besonders von geeigneten Fragen.

Welche Frage zu welchem Zeitpunkt geeignet ist, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Grundsätzlich unterscheiden wir mehrere Fragetypen:

- **Offene Fragen**

geben dem Patienten die Möglichkeit, ohne Vorgaben so zu antworten, wie es seiner subjektiven Realität entspricht. Typische offene Fragen sind die „W-Fragen“ (*Wie geht es Ihnen? Wo tut es weh? Wann hat es angefangen?* etc.). Die große Freiheit für den Patienten wird hier durch evtl. geringe Spezifität der Antwort erkauft.

- **Geschlossene Fragen**

geben dem Patienten klare Antwortalternativen vor, etwa mit ja oder nein zu beantwortende Fragen (*Hatten Sie gestern auch schon Fieber?*) oder solche, in denen Sie mehrere Antworten (z.B. Symptomqualitäten: *Ist der Schmerz drückend, stechend, brennend oder reißend?*) vorgeben. Geschlossene Fragen engen den Patienten naturgemäß in seinen Antwortmöglichkeiten ein. Dies kann aber für einen spezifischeren Informationsgewinn hilfreich sein.

- **Suggestivfragen**

legen dem Patienten eine Antwort in den Mund (*„familiäre Schwierigkeiten habe Sie aber sicher keine?“*). Sie sind nur in besonderen Situationen angebracht (*„Aber heute morgen hatten Sie doch Schmerzen?“* zur Klärung, wenn der Patient angibt, schmerzfrei zu sein, aber morgens wegen Schmerzen einen dringlichen Termin erbeten hatte).

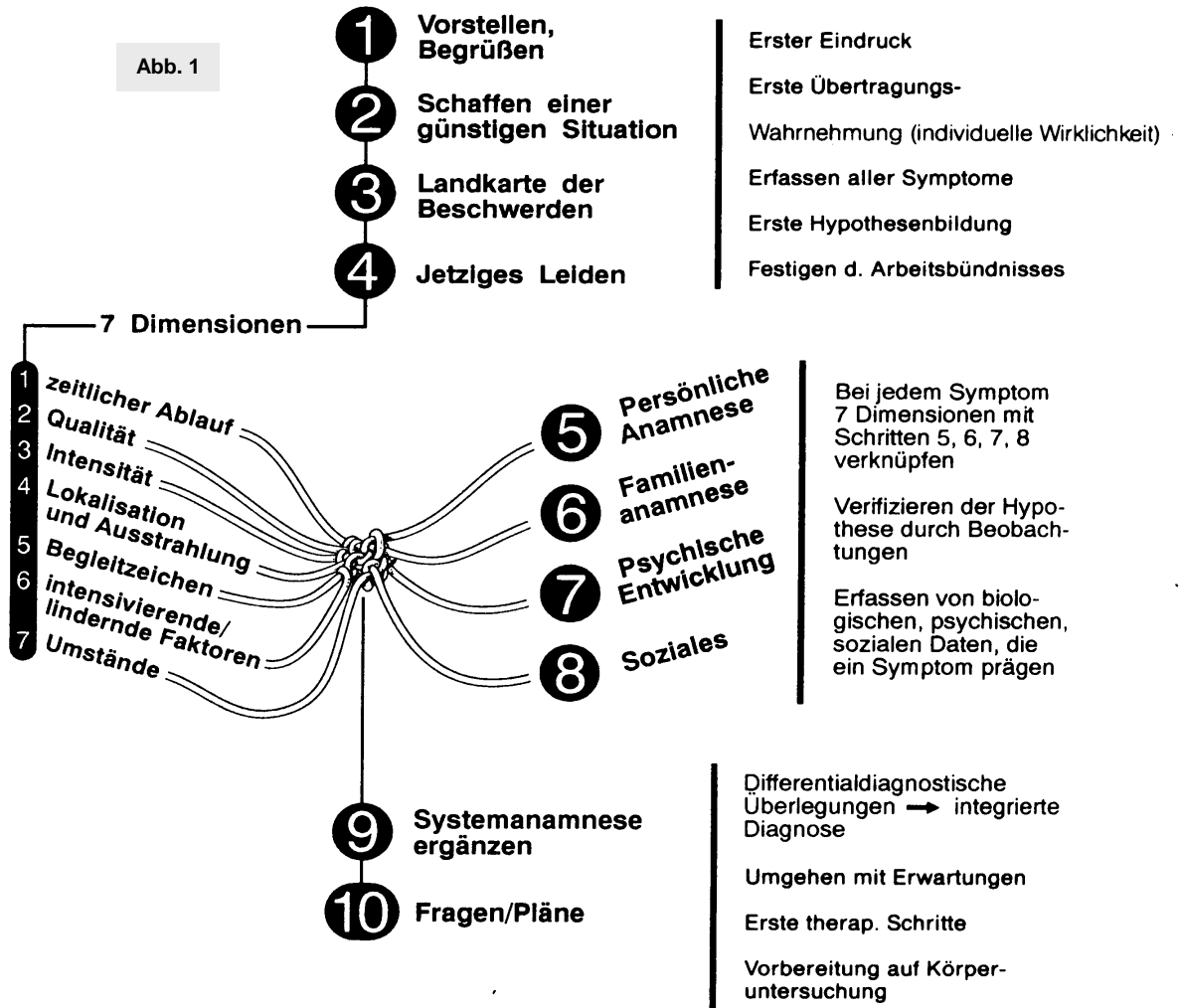
Über die Eignung einer Frage entscheidet aber nicht allein der Fragetyp. Gute Fragen dienen immer den Hauptzielen des Gesprächs, sind klar und kommen zum richtigen Zeitpunkt. Suggestivfragen sind meist eher unproduktiv. Auch Mehrfachfragen (ohne zwischendurch eine Antwort abzuwarten) oder „Überfallfragen“, in denen der Patient unvorbereitet mit scham- oder angstbesetzten Themen konfrontiert wird, sind wenig hilfreich.

Unbedingt zu vermeiden sind Fragen, durch die der Patient sich in eine Falle gelockt, angegriffen oder abgewertet fühlt. Auch Fragen, die lediglich der Befriedigung eigener Neugier dienen, sind verboten.

Die Nützlichkeit bestimmter Fragen erschließt sich häufig erst aus ihrem Kontext, den Sie gemeinsam mit dem Patienten gestalten. Dabei ist es wichtig wahrzunehmen, wie der Patient die Situation gestaltet. Dies ermöglicht eine Reihe diagnostischer Rückschlüsse und wird in den Supervisionen noch genauer erarbeitet.

1.1.4. Die Gesprächssituation gestalten

Wichtig ist es, das Anamnesegespräch selbst aktiv zu gestalten und nicht die Kontrolle über den Gesprächsablauf zu verlieren. Hierfür können allgemeine Ablaufschemata hilfreich sein. Diese sind freilich als Orientierungshilfe gedacht und müssen je nach Patient und Situation angepasst werden. So steht z.B. häufig (etwa in Notfallsituationen) nicht ausreichend Zeit für eine vollständige Anamnese zur Verfügung. Gerade im hausärztlichen Bereich wird sich die Anamneseerhebung häufig auf mehrere Termine verteilen. Überhaupt ist Anamnese ein Prozess, der niemals wirklich „abgeschlossen“ ist. Dies kann und muss auch nicht das Ziel sein. Dennoch sollte abgesehen von Notfall-Einsätzen oder sehr umschriebenen fachärztlichen Konsultationsaufträgen als Ergebnis der Anamneseerhebung immer ein „ganzheitliches“ bio-psycho-soziales Bild des Patienten und seiner Erkrankungen sowie eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung entstehen. Das Schema (Abb.1) aus dem Lehrbuch „Anamnese und Körperuntersuchung“ von Adler und Hemmeler fasst die wichtigsten Schritte des Anamnesegesprächs zusammen.



Literatur

Adler R, Hemmeler W (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. 2. Auflage. Verlag Gustav Fischer, Stuttgart
 Dührssen, A. (1997): „Der erste Kontakt mit dem Patienten.“ in Dührssen, A.: „Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt.“ 4. Auflage, Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht: S. 18-23.
 Morgan, W. L. & Engel, G. L. (1977): „Das Erheben der Anamnese.“ In Morgan, W. L. & Engel, G. L.: „Der klinische Zugang zum Patienten.“ Bern u. a.: Verlag Hans Huber: S. 31-59.

1.2. TYPISCHE PROBLEME IM ANAMNESEGESPRÄCH

1.2.1. Ungünstige Voraussetzungen für das Anamnesegespräch

Um günstige Voraussetzungen für ein Anamnesegespräch zu schaffen ist es wichtig, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Im folgenden werden häufige Fehler beschrieben, welche Sie auf jeden Fall vermeiden sollten.

- Fehlen einer Begrüßung und der Vorstellung des Arztes/der Ärztin inklusiver seiner/ ihrer Funktion.
- Respektloser Umgang mit Patienten. Drücken Sie Ihren Respekt auch durch die Wahl der Anrede aus! Insbesondere ältere und behinderte Menschen sollten nicht einfach geduzt werden.
- Atmosphäre ist unruhig und angespannt, so dass der Patient nicht die Möglichkeit hat offen und ungestört zu berichten Dies ist ein Punkt, der im "Klinikalltag" oft schwierig ist.
- Überrumpfung des Patienten: Geben Sie dem Patienten die Möglichkeit, sich auf das Gespräch einzustellen! Besonders wichtig bei Gesprächen im Patientenzimmer. Sitzt oder liegt der Patient bequem? Muss er zuvor noch einmal die Toilette aufsuchen, seine Medikamente einnehmen etc?
- Ungleiche Ebenen: Versuchen Sie, das Gespräch mit dem Patienten „auf gleicher Augenhöhe“ zu führen. Dies betrifft sowohl Ihre Körperhaltung als auch Ihre innere Einstellung
- Vermeiden des Blickkontaktes durch den Arzt/die Ärztin oder Anstieren des Patienten. Dies wirkt unsicher bzw. aufdringlich, schafft eine unangenehme Atmosphäre und führt dazu, dass Pat. eher zögerlich berichten.
- Offensichtlich abweisende Gestik und Mimik des Arztes/der Ärztin durch z. B. verschränkte Arme über der Brust, oder gelangweilten Blick aus dem Fenster, dadurch fühlt sich der Pat. nicht ernst genommen oder abgelehnt.

1.2.2. Probleme mit der Struktur der Anamnese

Besonders für Berufsanfänger ist es schwierig, das richtige Maß an Struktur und Offenheit in dem Anamnesegespräch zu finden. So besteht die Gefahr, mit Informationen überflutet zu werden oder wichtige Informationen nicht zu erhalten. Hier ist besonders zu berücksichtigen:

- Mangelnde Zeit für die Symptomschilderung oder zuviel Raumlassen.
- Dies kann zu Verlust von wesentlichen Informationen führen oder zu ausufernder Symptomschilderung, so dass das wesentliche Probleme nicht erfasst werden.
- Patienten „springen“ von einem Thema zu anderen, so dass der Arzt/ die Ärztin den „roten Faden“ verliert. Um zum Thema zurückzukommen ist es wichtig zu intervenieren, z. B indem man sagt: "Was Sie eben berichtet haben erscheint mir wichtig, ich habe aber zu dem zuvor Berichteten noch Fragen, können Sie mir diese bitte zuerst beantworten".
- Strukturlosigkeit der Anamnese oder zu striktes Abfragen von Symptomen. Dadurch kann der Eindruck von Hilflosigkeit des Arztes/der Ärztin im Patienten entstehen, oder ein Gefühl "nur eine weitere Nummer" zu sein.
- Als Anfänger kann es hilfreich sein, sich vor dem Gespräch einige Notizen zu machen. So können Sie sich mit Stichworten helfen, um die wesentlichen oder interessanten Fragen später im Gespräch nicht zu vergessen.

1.2.3. Umgang mit Emotionen

Viele Ärzte/Innen sind durch ihr Studium daran gewöhnt, „rein wissenschaftlich und technisch“ zu denken. Die vorwiegend technologische Ausbildung im Studium führt häufig zu einer Abwehr eigener Emotionen und kann zur Missachtung der Gefühle im Patienten führen, obwohl gerade Gefühle anzeigen, wie ausgeglichen ein Mensch ist, oder ob er körperlich und psychisch zu entgleisen droht. Typische Probleme:

- Patienten können unangenehme Emotionen wie z. B. Ärger, Wut oder Trauer auslösen.
- **Wut** ist ein Affekt, der von Menschen meist schlecht ausgehalten wird.
- Der Arzt/die Ärztin bemüht sich um den Patienten und fühlt sich zu unrecht angegriffen. Bei jedem wütenden Patienten sollte sich der Arzt/die Ärztin fragen, ob er/sie selbst zu dieser Wut beigetragen hat, z. B. durch ungeschickte Fragen/Bemerkungen oder Unpünktlichkeit. Oder ob der Patient frühere Erfahrungen gemacht hat, z. B. mit Ärzten, die ihn wütend gemacht haben und nun auf den Arzt/ die Ärztin übertragen werden. Häufig kann dies bei Patienten mit Somatisierungsstörungen auftreten, wenn Patienten den Eindruck haben, mit ihren Symptomen nicht ernstgenommen zu werden.
- In einer Phase der Trauer kann Wut auftreten. Hadern mit dem Schicksal kann auf den Arzt/die Ärztin verschoben werden.

- Bei Patienten mit zerebraler Insuffizienz kann die Kontrolle der Affekte versagen und so Wut auf den Untersucher übertragen werden. Sie kann aber auch Ausdruck von besonderen Persönlichkeitszügen sein.
- Wichtig:
Beim Umgang mit Wut besteht die Gefahr des unreflektierten Handelns, mit der Tücke der „ungefilterten Rückgabe der Wut“ bis hin zum Kommunikationsabbruch oder zu unangemessenem Handeln aus Hilflosigkeit, z. B. durch Verordnung von nicht indizierten Medikamenten oder Untersuchungen.
- Ähnlich ist es, wenn es zum **Weinen** in einer Untersuchung kommt. Unerfahrene Ärzte/innen sind aufgrund ihrer „rational ausgerichteten Medizin und Ausbildung“ geneigt, diese Gefühle auszuklammern. Dies kann dazu führen, dass das Weinen als unangenehm erlebt und auf „somatische Themen“ ausgewichen wird oder der Patient schnell getröstet wird: „Alles nicht so schlimm“. Es ist jedoch wichtig, dass der Arzt/die Ärztin dem Patienten, der sein Weinen meistens mühsam kontrollieren will, andeutet, dass er weinen darf. Dies ist durch einfache Gesten, wie z. B. Reichen eines Papiertaschentuchs oder indem er/sie die Gefühle des Patienten in Worte kleidet (z. B. „Sie sind sehr traurig“) möglich und angemessen. So erlebt der Patient, dass sein Weinen eine „erlaubte“ Äußerung ist. Weinen dürfen, heißt trauern können. Erträgt der Arzt/die Ärztin das Weinen nicht, dann muss der Patient annehmen, dass seine Gefühle „falsch“ sind.
- Ärzte/Innen befürchten manchmal bei Patienten, die sehr emotional reagieren, dass die Untersuchung deshalb abgebrochen werden muss. Meist beruhigt sich der Patient jedoch wieder und berichtet erleichtert weiter, weil er sich verstanden und angenommen fühlt.

1.2.4. Probleme mit dem Expertenstatus

Der Arzt/die Ärztin hat oft den eigenen Anspruch, Patienten vollständig und umfassend zu verstehen und ihnen immer helfen zu können. Hieraus resultiert mitunter ein Gefühl des Versagens und der Hilflosigkeit, wenn der Arzt/die Ärztin diesem überzogenen Anspruch nicht genügen kann. Je früher Sie dies erkennen, desto besser können Sie Patienten helfen und langfristig verhindern, dass Sie einem Burnout unterliegen. Typische Probleme:

- Das Gefühl, nichts zu verstehen, obgleich der Arzt/ die Ärztin von sich erwartet, „alles verstehen“ zu müssen. Dabei werden dann Nachfragen vermieden und so getan, als sei alles klar. Häufiges Problem bei Berufsanfängern, weil Nachfragen den vermeintlichen Eindruck erweckt der Arzt/die Ärztin habe keine Ahnung. Da Menschen jedoch unterschiedliche Erfahrungen machen und unterschiedliche Gedanken haben, ist es wesentlich, die individuellen Hintergründe zu verstehen und nicht so zu tun als seien wir alle gleich oder hätten die selben Erfahrungen gesammelt.
Das bedeutet: **Nachfragen ist erlaubt bzw. sogar erwünscht**, um die Probleme und Symptome des Patienten zu verstehen und kein Zeichen für „Unerfahrenheit“.
- Das Gefühl, sich als „Experte“ darstellen zu müssen, aber persönlich keine Antwort „parat“ zu haben. Hierbei kann es sinnvoll sein, eine Antwort offen zu lassen und mit einem erfahrenen Kollegen oder dem zuständigen Oberarzt Rücksprache zu halten. Dies sollte mit dem Patienten offen besprochen werden z. B. indem Sie sagen: „Ich kann Ihnen Ihre Frage im Moment nicht beantworten. Ich werde mich jedoch erkundigen und Ihnen in der nächsten Visite / beim nächsten Besuch eine Antwort geben“.
- Falls Sie nicht der/die weiterbehandelnde Arzt/Ärztin sind, können Sie den Patienten z.B. ermutigen, seine Fragen an den zuständigen Arzt/Ärztin zu richten.
- Das Gefühl der Hilflosigkeit, weil der Patient z.B. mit Problemen zu Ihnen kommt, für die es keine kausale medizinische Therapie gibt. Typische Beispiele sind funktionelle Beschwerden, eine unbefriedigende Lebenssituation, Schwierigkeiten mit dem Partner, Arbeitskollegen und vieles weitere mehr. Aus einer unüberlegten Reaktion auf die erlebte eigene Hilflosigkeit erwachsen verschiedene Gefahren:
- Die Gefahr der **iatrogenen Fixierung** von Symptomen. Funktionelle Störungen, ursprünglich manchmal angemessene körperliche Reaktionen auf affektive Belastungen (körperliche Affektäquivalente), passen nicht in den nosologischen Katalog der modernen Medizin. Sie haben keine oder keine adäquate organpathologische Grundlage. Die Symptome werden trotzdem in eine der gerade verfügbaren Diagnosen des Katalogs gepresst, z. B., weil auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine entsprechende Diagnose erstellt werden muss.
- Therapeutische Misserfolge führen zur ständigen Wiederholung der somatischen Diagnostik und medikamentöser oder operativer Eingriffe mit dem Effekt einer iatrogenen Krankheit.
- Die Patienten „lernen“, dass ihr Gegenüber, der Arzt, hilflos und mit Abwehr reagiert, wenn sie ihm von ihrem Kummer erzählen und froh ist, wenn sie ihm ein Symptom schildern, das er katalogisieren kann und für das evtl. ein Medikament zur Verfügung steht. Dadurch wird der Zusammenhang mit psychosozialen Problemen immer weniger erwogen oder für möglich gehalten. Mit diesem Verhalten kann der Arzt Patienten an eine Erkrankung iatrogen fixieren und in erheblichem Umfang schädigen.

- Eine weitere Gefahr ist die einer **zynischen Haltung** auf Seiten des Arztes, der sich nicht mit der Beschränktheit seiner Möglichkeiten arrangiert, sondern statt dessen dazu tendiert, seinen Patienten Schuld für das Versagen der (inadäquaten) therapeutischen Versuche zuzuschreiben. Über das Einnehmen einer zynischen Grundhaltung vermeidet der Arzt ein teilnahmsvolles Miterleben. Er fühlt sich damit nicht hilflos wie sein Patient. Mittel- und langfristig verliert er aber auch die Freude an seiner Arbeit und die berufliche Zufriedenheit.

1.2.5. Persönliche Haltung:

Um diese Gefahren zu meistern, muss sich der Arzt die Beschränktheit seiner Möglichkeiten vor Augen führen. Es ist für Patienten oft hilfreich, sich in der Schilderung ihres Leidens von einem fremden Experten, dem Arzt, verstanden zu fühlen. Der Arzt braucht dann kein Rezept oder keine weitere diagnostische Prozedur vorzuschlagen, um dem Patienten zufrieden zu stellen. Er kann häufig die Beschränktheit der eigenen Möglichkeiten einräumen und dem Patienten (z. B. durch die Vereinbarung eines weiteren Termins in einiger Zeit) zugleich seine emotionale Unterstützung anbieten. Ein Annehmen und emotionales Teilen der Hilflosigkeit, die ein Patient erlebt, wird von ihm häufig bereits so erlebt, dass er doch etwas erreichen kann - nämlich mit seinem Leiden bei einem anderen ankommen, ihm sein Leiden mitteilen. Für den Arzt ist es eine immer wieder neu zu stellende Frage, wann er durch aktives Handeln dem Patienten nutzt und wann es darauf ankommt, das Leiden des Patienten durch eine emotionale Begleitung zu mildern, weil es sich um existenzielle Probleme handelt (typische existenzielle Probleme sind etwa die Tatsache, dass wir sterben müssen, dass wir für unser Leben selbst verantwortlich sind, dass das Leben ungerecht ist, der Einzelne allein ist, usw.). Hier dient ein reflexhaftes Rezeptieren auch der Abwehr von Ängsten und Hilflosigkeit, die beim Arzt im Umgang mit diesen Themen ausgelöst werden.

Literatur

Morgan, W. L. & Engel, G. L. (1977): „Das Erheben der Anamnese.“ In Morgan, W. L. & Engel, G. L.: „Der klinische Zugang zum Patienten.“ Bern u. a.: Verlag Hans Huber: S. 63-75.

1.3. EINIGE INFOS ZU SPEZIELLEN ELEMENTEN DER ANAMNESE:

(Anamneseschritte 1-2 nach Adler und Hemmeler)

Am Anfang des Gesprächs steht die *Begrüßung* des Patienten. Fremden Patienten stellen Sie sich bitte persönlich vor. Das klingt beides selbstverständlich, ist es aber leider nicht immer.

Dabei werden Ihnen wahrscheinlich schon *erste Eindrücke* vom Patienten kommen: Wie sieht er oder sie aus? Wie alt? Wie sehr von Krankheit gezeichnet? Wie ist seine Haltung, seine Mimik, seine Stimme, sein Geruch, sein Händedruck? Versuchen Sie diese Eindrücke wahrzunehmen und im Kopf zu behalten. Oft gibt uns der erste Eindruck wichtige Informationen, die später noch nützlich sein können.

Vergewissern Sie sich, dass die *äußeren Bedingungen* für das Gespräch *günstig* sind. Insbesondere im Krankenhaus existieren viele „Störfaktoren“. Vielleicht lassen sich einige ausschalten, z.B. das Radio des Bettnachbarn. Falls Sie einen Patienten in seinem Zimmer aufsuchen, klären Sie, ob Sie gelegen kommen oder der Patient z.B. vor dem Gespräch noch einmal die Toilette aufsuchen oder ein Medikament einnehmen muss.

In der Regel werden Sie dem Patienten im Gespräch gegenüber sitzen. Falls der Patient bettlägerig ist, klären Sie mit ihm, ob er aufsitzen kann (ist er dafür ausreichend und warm genug bekleidet?) oder wenigstens im Bett eine halbsitzende Position einnehmen kann, um mit Ihnen auf *gleicher Augenhöhe* zu sprechen.

Haben Sie mit dem Patienten eine gute Gesprächssituation geschaffen, können Sie mit der Anamneseerhebung beginnen. Benutzen Sie dafür am besten eine *offene Frage*, z.B.: „Was führt Sie zu mir?“ oder „Wie geht es Ihnen?“

1.3.1. Lebensstilanamnese

Verhaltensfaktoren zählen zu den wichtigsten Krankheits- und Verletzungsursachen und entscheiden auch ganz wesentlich über den Erfolg medizinischer Behandlungen. „Ungesunde“ oder „riskante“ Verhaltensweisen können einerseits langfristig die Krankheitsentstehung auslösen, etwa durch übermäßige oder unausgewogene Ernährung, Schadstoffexposition (Suchtmittel wie Nikotin, Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) oder körperliche Dekonditionierung bei Bewegungsmangel. Sie können andererseits auch kurzfristig zur Krankheitsmanifestation führen, z.B. durch akute (absichtliche oder akzidentelle) Intoxikationen, Überlastungen oder Risikoverhaltensweisen (Extremsport, riskantes Verhalten im Straßen- oder Geschlechtsverkehr, aggressives Konfliktverhalten) bis hin zur offenen Selbstschädigung bzw. Selbstverletzung und zum Suizid.

Diese Faktoren können natürlich auch den Verlauf bereits bestehender akuter und chronischer Erkrankungen ungünstig beeinflussen. Daneben interferieren Verhaltensfaktoren auch mit der medizinischen Behandlung; denn auch die beste

Behandlung kann nur wirken, wenn der Patient sie zulässt und an ihr in vielen Fällen auch aktiv mitwirkt: Medikamente müssen regelmäßig und in der richtigen Dosierung eingenommen werden, Ernährungs-Empfehlungen müssen umgesetzt, Kontrolltermine eingehalten und körperliche Übungen auch durchgeführt werden. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen ist die unzureichende Mitarbeit des Patienten („Noncompliance“ oder besser: Nonadhärenz) oft das wichtigste Behandlungshindernis.

Für die Anamneseerhebung und das ärztliche Beratungsgespräch stellt das Gespräch über Verhaltensfaktoren oft eine besondere Herausforderung dar: Einerseits ist es wichtig, Informationen zum Verhalten zu gewinnen und erwünschtes Gesundheitsverhalten zu fördern; andererseits erweist sich dies oft als schwierig, und zwar aus mehreren Gründen:

1.3.1.1. Schuldgefühle und Scham

Als Ärzte könnten wir z.B. denken: „Was will der Patient denn? Er ist doch selbst schuld an seiner Krankheit, wenn er so viel raucht.“ Oder: „Ich würde mich schämen, wenn ich immer so viel saufen würde.“ Solche Gedanken und Gefühle sind durchaus nachvollziehbar, sucht doch der Patient unsere Hilfe für ein Problem, das er „sich selbst eingebrockt hat“. Wenn wir uns darüber ärgern, ist das also verständlich. Und auch wenn wir dem Ärger nicht ausdrücklich Luft machen, kann es sein, dass der Patient etwas davon spürt. Oder er vermutet, dass wir doch wahrscheinlich ärgerlich sein oder ihm Vorwürfe machen werden und hält daher aus eigener Scham oder Schuldgefühl wichtige Informationen zurück. Viele Alkoholabhängige bagatellisieren so das Ausmaß ihrer Sucht und viele Adipöse geben glaubhaft an (und glauben es z.T. wirklich), dass sie allein vom Anblick guten Essens zunehmen, obwohl sie doch streng auf die Kalorien achteten. Solche offenbar unplausiblen Angaben können den Ärger von Ärzten noch weiter steigern, sodass spätestens jetzt die Vorwürfe kommen, mit denen der Patient ja ohnehin gerechnet hatte. Hier entwickelt sich leicht ein Teufelskreis in der Kommunikation, der ein hilfreiches Gespräch über das Gesundheitsverhalten fast unmöglich machen kann.

1.3.1.2. Kommunikationsprobleme

Gerade beim Thema Lebensstil und Risikoverhalten ist es besonders wichtig, die verschiedenen Seiten von Nachrichten zu beachten. Denn in der Aussage: „Von diesen kleinen Portionen kann man doch unmöglich zunehmen“ stecken außer der (evtl. unzutreffenden Sachinformation) noch eine Reihe weiterer Informationen, die richtig interpretiert sein wollen. So könnte die enthaltene Selbstoffenbarung beispielsweise lauten: „Ich gebe mir größte Mühe, wenig zu essen und verstehe nicht, wieso ich trotzdem zunehme“. Auf der Beziehungsebene könnte sie bedeuten: „Ich vertraue Ihnen, dass Sie mir helfen, mein Gewichtsproblem in den Griff zu kriegen“. Hierin steckt auch schon ein Appell. Weitere Appelle könnten sein: „Bitte machen Sie mir keine Vorwürfe wegen meines Übergewichts!“ oder „Bitte verlangen Sie nicht von mir, noch weniger zu essen!“ Probleme können sowohl entstehen, wenn diese Ebenen nicht beachtet werden und der Arzt nur auf der Sachebene antwortet („Doch, auch von diesen Portionen kann man zunehmen, wenn man sich nicht bewegt“) als auch, wenn die anderen Botschaften und Appelle zwar verstanden werden, aber der Arzt z.B. aus vermeintlicher Rücksichtnahme vermeidet, mit dem Patienten ein dahinterliegendes Problem anzugehen. Er könnte zum Beispiel Schlankheitsmittel verordnen und sich stillschweigend mit dem Patienten darauf einigen, dass das Essverhalten nicht weiter thematisiert wird.

1.3.1.3. Unverständnis

Dabei würde der Arzt die Chance verpassen, gemeinsam mit dem Patienten besser zu verstehen, was ihn an seinem Verhalten festhalten lässt. Z.B. könnte es sein, dass der Patient immer wieder aus Frust Fressattacken bekommt und dann große Mengen zu sich nimmt. Den Rest des Tages versucht er vielleicht wirklich nach Kräften, Diät zu halten. Sich hier noch mehr einzuschränken, würde in Frustsituationen den Fressdruck nur noch mehr steigern. Das Schlankheitsmittel würde natürlich auch nichts an den Ursachen der Fressattacken ändern.

Sehr häufig haben „ungesunde“ oder „riskante“ Verhaltensweisen eine solche kompensatorische, entspannende oder in anderer Weise vermeintlich notwendige Funktion für das innere Gleichgewicht von Menschen. Sie ihnen vorzuwerfen nimmt uns die Möglichkeit, ihre Ursachen zu verstehen. Sie stillschweigend zu ignorieren nimmt dem Patienten andererseits die Möglichkeit, mit unserer Hilfe eine günstigere Bewältigungsmöglichkeit für sein Problem zu finden.

Wichtig ist es daher, sich an die drei Basisvariablen der Gesprächsführung zu erinnern. Das heißt:

- **empathisch nachzuvollziehen**, warum es für den Patienten in seiner momentanen Lebenssituation offenbar notwendig erscheint, diesen Lösungsweg selbst unter Einsatz der eigenen Gesundheit oder sogar des Lebens zu suchen (vielleicht ist der Patient sogar schon erkrankt und begreift die Krankheit als „verdiente Strafe“ für das auch selbst wahrgenommene Fehlverhalten, womit er sich vollends im Unrecht fühlen kann - und trotzdem gelingt es ihm evtl. nicht, sein Verhalten zu ändern)
- den Patienten gerade auch mit seinen „Fehlern“ **anzunehmen**, ihm dies auch zurückzumelden, anstatt ihn zu verurteilen; und schließlich

- ihm **authentische Antworten** zu geben, die ihm helfen, die berechtigte Intention seines Verhaltens zu akzeptieren, aber zugleich nach besseren, weniger gesundheitsschädlichen Wegen zum Ziel zu suchen.

Diese Grundhaltung und eine hierauf aufgebaute gute Arzt-Patient-Beziehung ist erwiesenermaßen der wichtigste Schlüssel zu einer guten Adhärenz. Und eine gute Adhärenz (also die Bereitschaft des Patienten, an einer getroffenen Behandlungsvereinbarung festzuhalten und sich danach zu richten) ist bei vielen Krankheiten eine Grundvoraussetzung für ein möglichst langes und befriedigendes Leben.

1.3.2. Familienanamnese:

Die Familienanamnese liefert uns als wichtiger Anamnese-Baustein zwei wesentliche Typen von Informationen:

1. Gibt sie uns klassischerweise Auskunft über mögliche familiäre Häufungen von Erkrankungen möglicherweise genetischen Ursprungs und
2. Ermöglicht sie uns einen Einblick in die familiären Beziehungsstrukturen und hieraus resultierende Quellen von Belastungen wie auch von Hilfe und Unterstützung, z.B. bei der Krankheitsbewältigung.

Zu fragen ist also zum einen nach Erkrankungen ähnlich derjenigen des Patienten in der Familie. Wer ist in welchem Alter erkrankt und ggfs. auch gestorben? Dies ist natürlich besonders bedeutsam, wenn bei dem Patienten eine bekanntlich genetisch (mit)bedingte Erkrankung vermutet wird. Neben den klassischen Erbkrankheiten sind hier auch viele der „großen Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus Typ II, manche Krebsarten sowie die koronare Herzkrankheit zu nennen. Eine sorgfältige Familienanamnese kann uns hier wichtige Hinweise auf eine entsprechende **familiäre Disposition** geben.

Zugleich erfahren wir hierbei aber auch Wichtiges über den **Erfahrungshintergrund** des Patienten, der die Wahrnehmung der eigenen Symptomatik vermutlich mitbestimmt. So kann eine Patientin z.B. erlebt haben, wie Mutter und Großmutter an Brustkrebs erkrankt und schließlich unter Qualen gestorben sind. Dies wird bei einem Knoten in der eigenen Brust nicht nur (zurecht) die Verdachtsdiagnose „Mamma-Karzinom“ nahe legen, sondern auch eine Reihe von Bildern, Assoziationen und vermutlich auch Ängsten hervorrufen, die den Umgang der Patientin mit ihrer eigenen Erkrankung beeinflussen werden.

Wichtig sind aber auch Fragen nach **anderen familiären Erkrankungen oder Todesfällen**. Vielleicht hat eine Patientin seit Jahren ihren nach einem Apoplex halbseitig gelähmten und teilweise verwirrten Vater zu pflegen und ist hiervon zunehmend erschöpft. Oder einem Patienten mittleren Alters ist kürzlich der jüngere Bruder durch einen Herzinfarkt verstorben. Das wir seinen eigenen Herzstichen eine bedrohliche Bedeutung verleihen.

Schließlich sind familiäre und partnerschaftliche **Konflikte und Bindungen** häufig krankheitsrelevant: Partnerschaft und Familie sind im günstigen Fall die wichtigste Quelle emotionalen und lebenspraktischen Rückhalts (wie z.B. die Tochter für den Apoplexpatienten im obigen Beispiel), umgekehrt können anhaltende Konflikte im familiären Umfeld eine Reihe psychischer und körperlicher Erkrankungen auslösen oder unterhalten.

So könnte die Tochter des Apoplexpatienten beispielsweise einen anhaltenden Konflikt mit ihrem Ehemann haben, der sich hinter ihrer aufopferungsvollen Pflege des Vaters zurückgesetzt fühlt. Diese Spannung könnte sie durch zusätzliche Bemühungen um den Ehemann auszugleichen versuchen, ehe eine Bluthochdruckkrise mit heftigem Kopfschmerz sie in Ihre Praxis führt. Hier ist familienanamnestisch nicht nur der Bluthochdruck des Vaters (der bei diesem zum Apoplex führte), sondern auch die psychosoziale Belastungssituation diagnostisch und therapeutisch wegweisend. Ein **Ausweg** könnte hier beispielsweise darin liegen, die Erschöpfung der Patientin und ihre Aufopferung für die „zwei Männer“ anzusprechen und ihre selbstfürsorglichen Anteile zu unterstützen. Vielleicht lässt sich für den Vater ein vorübergehender Kurzzeit-Pflegeplatz vermitteln, der es der Patientin ermöglicht, erstmals seit Jahren wieder mit dem Ehemann in Urlaub zu fahren.

Aber Vorsicht! Hüten Sie sich vor übereilten Ratschlägen! „*Auch Ratschläge sind Schläge*“, heißt es manchmal, weil auch sie von Überheblichkeit und mangelndem Verständnis zeugen können. Denn wenn alles so einfach wäre, wäre die Patientin sicher auch schon auf die Idee gekommen. Hören Sie also gut zu! Das reicht oft aus, um Patienten auf gute eigene Ideen zu bringen. Und falls Sie am Ende doch mal einen Ratschlag geben möchten, wird der um so wirksamer sein, je besser Sie den Patienten verstanden haben.

1.3.3. Psychosoziale Anamnese

Neben der körperlichen Krankheitsanamnese stellt die psychosoziale Anamnese einen gleichberechtigten, unverzichtbaren Bestandteil der Anamnese dar. Dabei kann dem psychosozialen Lebenshintergrund eine je nach Patient unterschiedliche Bedeutung zukommen.

Bei **mindestens 30%** der Patienten der somatischen Medizin spielen psychosoziale Probleme eine wichtige Rolle. Sie können sowohl (Mit-) Ursachen der körperlichen Problematik (z.B. Spannungskopfschmerz bei chronischer innerer Anspannung aufgrund familiärer Konflikte) als auch Folgen einer körperlichen Erkrankung sein (z.B. Depression nach Herz-

infarkt). Bei diesen Patienten ist eine komplette Diagnosestellung nur mit Kenntnis des psychosozialen Status möglich, der daher möglichst umfassend zu erheben ist.

Ein weiterer Teil der Patienten leidet unter unklaren oder unspezifischen Symptomen, deren differenzialdiagnostische Abklärung eine psychosoziale Anamneseerhebung erfordert (z.B. unklarer Bauch- oder Rückenschmerz), auch wenn dann in manchen Einzelfällen letztlich keine wesentliche Rolle psychosozialer Krankheitsfaktoren nachzuweisen ist.

Schließlich gibt es Patienten mit eindeutig organisch verursachter Erkrankung und ohne zusätzlich bedeutsame psychosoziale Ursache oder Bewältigungsstörung, bei denen allerdings der psychosoziale Hintergrund eine wesentliche Rolle für die Behandlung spielt (wenn z.B. ein Patient die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach schwerer Unfallverletzung ablehnt, weil er befürchtet, die deutlich jüngere Ehefrau könne ihm in dieser Zeit untreu werden).

Aber selbst wenn Patienten ein glückliches Familienleben ohne wesentliche Konflikte führen, kann dies eine wichtige Information sein, die im Krankheitsfall hilft, Unterstützungs-Ressourcen zu erschließen.

Grundsätzlich sollten Sie über die wesentlichen Lebensumstände Ihrer Patientinnen und Patienten informiert sein. Dazu zählen aus der **Sozialanamnese** insbesondere:

- Der Familienstand bzw. das Vorhandensein einer Partnerschaft;
- Die familiäre Situation (s.a. Familienanamnese);
- Der erlernte und der ggfs. aktuell ausgeübte Beruf (bzw. Angaben über Berentung, Erwerbsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit);
- Die nationale, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit;
- Die Wohnsituation;
- Die materielle / finanzielle Lage (z.B. finanzielle Abhängigkeiten, Überschuldung).

Aus der Schilderung der sozialen Situation auf der Sachebene lassen sich häufig bereits **Belastungsfaktoren oder Konflikte** erahnen. Diese müssen ggfs. weiter herausgearbeitet werden, z.B.:

- Partnerschaftliche Konflikte oder Probleme aufgrund fehlender Partnerschaft;
- Konflikte mit Familienangehörigen (z.B. Geschwisterrivalitäten, etwa um eine Erbschaft; Konflikte mit Eltern oder Kindern, Belastungen durch ambivalent erlebte Pflege naher Angehöriger);
- Konflikte am Arbeitsplatz oder Belastungen durch Arbeitslosigkeit etc.;
- Konflikte oder Belastungen im Wohnumfeld (z.B. Nachbarschaftskonflikte, zu kleine oder zu große Wohnung, unzureichende Versorgungsmöglichkeit);
- Sonstige soziale Konflikte, z.B. in Freundeskreis, sozialen Gruppen oder ethnischen / kulturellen / religiösen Zusammenhängen;
- Belastungen durch traumatische Erlebnisse (z.B. schwere Verletzungen, Naturkatastrophen, Kriegshandlungen oder Verbrechen);
- Materielle Existenzängste, fehlende Krankenversicherung.

Neben diesen oft auf Nachfrage benennbaren, in der Regel bewussten oder wenigstens *bewusstseinsfähigen interpersonellen Konflikten* (die freilich ggfs. aus Scham oder anderen Gründen verschwiegen werden können), spielen besonders auch *unbewusste intrapsychische Konflikte* eine wesentliche Rolle für die Symptom- und Krankheitsentstehung. Diese haben ihre Wurzeln häufig in früheren Lebensphasen und können in kritischen Lebensphasen „reaktualisiert“ werden, d.h. erneut emotionale Bedeutung erlangen und / oder Symptome verursachen.

So könnte z.B. eine Patientin als Kind sehr unter der mangelnden Zuwendung durch die ständig kranke und schonungsbedürftige Mutter gelitten haben. Statt mütterliche Fürsorge zu erhalten, hatte sie sich vielleicht immer wieder für die Versorgung der Mutter zuständig gefühlt. Später hat sie dann einen helfenden Beruf, z.B. als Krankenschwester, erlernt und sich weiter für kranke Menschen eingesetzt. Dies hat ihr auch Freude gemacht und ihr das Gefühl vermittelt, anerkannt und gebraucht zu werden. Mit Anfang 40 bekommt sie durch das viele schwere Heben einen Bandscheibenvorfall. Nach erfolgreicher Operation behält sie anhaltende, organisch nicht erklärte Rückenschmerzen.

Möglicherweise hat sie während der stationären Behandlung endlich einmal erlebt, wie es ist, selbst gut gepflegt zu werden, statt sich immer nur altruistisch für andere aufzuopfern. Einerseits möchte sie möglichst rasch wieder zur Arbeit. Vielleicht stört sie auch das Gefühl, von anderen abhängig zu sein. Zugleich hegt sie aber unbewusst eine tiefe Sehnsucht, sich endlich einmal versorgen und „fallen lassen“ zu können und zusätzlich eine verborgene Wut auf die Mutter, die ihr dies so lange vorenthalten hat. Da diese Anteile unbewusst sind, wird die Patientin sie im Gespräch nicht aussprechen können. In der Gegenübertragung spüren wir aber evtl. viel Ärger (weil die Patientin sich z.B. entgegen ihrer Beteuerung „gar nicht richtig bemüht, wieder gesund zu werden“ und z.B. die Ärzte beschuldigt, ihr nicht richtig zu helfen) oder Mitgefühl (weil die Patientin so unendlich traurig und bedürftig wirkt).

Unbewusste intrapsychische Konflikte können wir also in der Regel nur erfassen, wenn wir mit den „vier Ohren“ auf die verschiedenen Mitteilungsebenen des Patienten hören, unsere Gegenübertragungsgefühle (s. Kapitel 2) beachten und die „Inszenierung“ der Arzt-Patient-Beziehung verstehen.

Neben körperlichen Symptomen können psychosoziale Faktoren schließlich auch **psychopathologische Symptome** hervorrufen. Diese können selbst - ggfs. zusätzlich zu einer organischen Krankheit - Krankheitswert erlangen und müssen dann auch adäquat behandelt werden.

Die wichtigsten psychischen Symptomkomplexe sollten orientierend in jeder kompletten Anamnese erfasst bzw. abgefragt werden. Diese umfassen z.B.:

- Störungen kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Orientierung);
- Denkstörungen (z.B. Wahnsymptome);
- Störungen von Stimmung, Interesse und Antrieb (z. B. depressiv gedrückt, (hypo-)manisch gehoben);
- Pathologische Ängste und Zwänge;
- Suizidalität und Selbstschädigung;
- Störungen der Persönlichkeit
(z.B. ausgeprägte Störungen von Impulskontrolle, Affektregulation oder Bindungsfähigkeit);
- Suchtanamnese.

Während manche Patienten wegen tatsächlich geringer Problemwahrnehmung oder aus Sorge vor „psychiatrischer“ Stigmatisierung bemüht sind, ein möglichst „heiles“ Bild von ihrer Lebenssituation zu zeichnen, kann es manchmal sinnvoll sein, allzu harmonische Schilderungen auch kritisch zu hinterfragen. Wenn ein Patient z.B. sein Familienleben als „normal“ bezeichnet, kann es wichtig sein, nachzufragen, was für ihn denn „normal“ bedeutet. Das kann manchmal überraschende Definitionen von „normal“ zutage fördern. Andererseits soll natürlich auch nicht „krampfhaft“ nach psychosozialen Krankheitsursachen „geahndet“ werden, nur weil z.B. noch keine somatische Ursache der Beschwerden gefunden wurde.

Andere Patienten nutzen die psychosoziale Anamnese dankbar als Möglichkeit, sich mitzuteilen und sich im Gespräch emotional zu entlasten. Dabei ist es wichtig, dem Patienten auch Raum für die Äußerung negativer Gefühle zu geben, also z.B. geäußerte Ängste mit dem Patienten zu besprechen und nicht sofort zu beschwichtigen. Auch andere Gefühlsäußerungen wie z.B. Weinen dürfen in Anamnesegesprächen vorkommen und müssen dies z.T. sogar. Entscheidend ist es, dem Patienten zu vermitteln, dass auch solche Gefühlsäußerungen im Arzt-Patienten-Kontakt ihren Platz haben dürfen.

Eine empathische Grundhaltung des Arztes hilft Patienten, sich auch mit „negativen“ Gefühlen angenommen zu fühlen. Je nach der aktuellen Gesprächssituation ist es allerdings auch gelegentlich nötig, Patienten in ihrer Gefühlsäußerung zu begrenzen. Manchmal kann es z.B. sinnvoll sein, nachdem ein Gefühl deutlich geworden ist, dem Patienten zurückzumelden, dass Sie dieses Gefühl wahrgenommen haben und für bedeutsam halten, nun aber zunächst noch andere Aspekte der Anamnese mit ihm bearbeiten möchten und auf die emotionale Belastung später zurückkommen werden. Das sollten Sie dann freilich auch zu passender Zeit im Gesprächsverlauf oder in einem extra verabredeten weiteren Termin tun.

Erfahrungsgemäß wird von Studierenden und Ärzten das Gespräch mit Patienten über Konflikte und negative Emotionen oft vermieden. Das ist verständlich, da uns diese Themen häufig auch selbst berühren, an eigene, ähnliche Gefühle erinnern oder uns hilflos fühlen lassen. Das ist eine ganz normale Reaktion. Wenn wir uns allerdings dieser Herausforderung stellen, können wir auch über uns selbst eine Menge erfahren und dazu beitragen, die Beziehung zu unseren Patienten wesentlich befriedigender für beide Seiten zu gestalten.

Unerlässlich ist dabei freilich, eigene Grenzen zu beachten und unsere Patienten nicht als Objekte unserer Selbsterfahrung oder unserer eigenen emotionalen Entlastung zu missbrauchen. Bei dieser manchmal schwierigen Balance-Übung ist es hilfreich, sich mit Anderen, etwa im Rahmen von Supervision oder Balint-Gruppen, auszutauschen und die eigene Gesprächsführung stetig zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

1.3.4. (Kurze) Einführung in die Sexualanamnese

1.3.4.1. Epidemiologie

Sexualstörungen sind häufig, exakte Zahlen sind jedoch dadurch schwer zu erheben, dass dieses Thema trotz der Liberalisierungswelle gesellschaftlich mit einem Tabu belegt ist. Bei einer Befragung von 100 Paaren (mittleres Alter 35 Jahre!) gaben 40% der Männer an, an einer (zumindest zeitweiligen) erektilen Dysfunktion zu leiden. 63% der Frauen klagten über Orgasmusprobleme, Vaginismus oder eine Dyspareunie. Interessanterweise hat keines dieser Paare medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Die erektile Dysfunktion als häufigste Sexualstörung beim Mann nimmt in ihrer Prävalenz ab der 5. Lebensdekade rasch zu. Ab dem 75. Lebensjahr ist etwa jeder 2. Mann betroffen. In der allgemeinärztli-

chen Tätigkeit sind Fragen der Empfängnisverhütung bzw. -planung häufiger Anlass von Sexualberatung, aber auch sexuelle Funktionsstörungen und Konflikte mit sexuellen Bedürfnissen im Alter. Besonders nach Verlust des Partners wird man es oft erleben können, dass Patienten sich ihre sexuellen Impulse nicht mehr erlauben. Ein vergleichsweise seltenes Thema stellen Probleme im Zusammenhang mit Homosexualität dar, am ehesten während des Coming outs, der Phase also, in der Betroffene beginnen, sich zu ihrer Homosexualität zu bekennen, und in Partnerschaftskrisen. Seit den 80er Jahren sind außerdem zunehmend Beratungen im Kontext von „safer sex“ sowie von HIV-Tests, HIV-Infektion und AIDS hinzugekommen.

1.3.4.2. Anamnese

„Eine gute Anamneseerhebung ist in vielen medizinischen Fächern die halbe, bei psychisch bedingten Störungen beinahe die ganze Diagnose. Das gilt auch für die Mehrheit sexueller Störungen.“ (Bräutigam u. Clement, 1989). Beim Gespräch über sexuelle Probleme lohnt es sich besonders, auf Gefühlssignale des Patienten und die eigene Befindlichkeit zu achten. Wenn Sie mit Patienten über Sexualität sprechen möchten, achten Sie darauf, nicht wertend aufzutreten und eine ruhige, entspannte Atmosphäre zu vermitteln. Sichern Sie den Patienten eine angemessene Diskretion zu und geben Sie den Patienten genügend Möglichkeiten, selbst Fragen zu stellen.

Wegen des Tabucharakters von Sexualität empfehlen sich für die Sexualanamnese einige Ergänzungen der Gesprächstechnik:

- Zunächst ist Hellhörigkeit gefordert. Bei anderen Themen wird es meist ausreichend sein, wenn man dem Patienten Raum gibt, seine Probleme selbst anzusprechen. Will man über sexuelle Schwierigkeiten ins Gespräch kommen, ist nicht selten ein aktiveres, enttabuisierendes Vorgehen nötig, etwa: „Ich könnte mir denken, dass sich Ihr Problem auf die Sexualität auswirkt.“
- Als nächstes bewährt sich eine offene, unbefangene Sprache, mit der man die Dinge beim Namen nennt. Wer vage Umschreibungen des Patienten wie „beziehungsmäßig“, „nicht klappen“, „körperlich zusammensein“ usw. aufgreift, signalisiert, dass er das Tabuthema selbst scheut. Vermeiden Sie die Verwendung von Umgangsjargon. Dasselbe gilt für die Flucht in den medizinischen Fachjargon. Begriffe wie „orgasmische Dysfunktion“ oder „erektile Dysfunktion“ sind hier wenig hilfreich, Orgasmusprobleme und Impotenz, wenngleich aus psychologischer Sicht im Wortsinn negativ belegt, sind hier z. B. mögliche Alternativen.
- Nötigenfalls hilft es, die „Peinlichkeit“ offen anzusprechen. Nicht selten wird sie allein dadurch überwunden. (Beispiel: „Das ist jetzt auch für mich als Frau nicht einfach über Ihre sexuellen Probleme als Mann zu sprechen. Ich bin aber davon überzeugt, dass dies ein wichtiges und sie möglicherweise sehr belastendes Thema ist...“).

1.3.4.3. Gesprächseröffnung

Erfahrungsgemäß ist die Gesprächseröffnung bei der Sexualanamnese eine Hürde, gerade für Berufsanfänger. Daher möchten wir Ihnen einige Beispiele nennen, die hier hilfreich sein können:

Eröffnende Fragen:

- „Haben Sie Probleme mit ihrer Sexualität?“ (Cave: sehr direkt...)
- „Haben Sie einen Partner?“
- „Haben Sie derzeit eine sexuelle Beziehung?“
- „Ist diese Beziehung monogam oder haben Sie noch andere Partner?“
(Vermeiden Sie Formulierungen, die eine heterosexuelle Beziehung implizieren, dies könnte wertend verstanden werden)
- „Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Sexualleben?“

Fragen zu sexuell übertragbaren Krankheiten:

- „Welche Methoden verwenden Sie, um sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen?“
- „Sind Sie bereits einmal wegen einer sexuell übertragenen Krankheit behandelt worden?“
- „Glauben Sie, sich beim Sex immer ausreichend vor Infektion geschützt zu haben?“

1.3.4.3. Was sollte wann gefragt werden?

Darauf gibt es keine einfache Antwort. Es macht wenig Sinn bei der Erstanamnese eines Patienten diesen über sein Sexualleben „auszuquetschen“, nur weil es der Vollständigkeit halber dazugehört. Ein gewisses „Gefühl“ für die richtige Situation ist hier erforderlich.

- Bei akuten Erkrankungen ohne anhaltenden Effekt auf die Sexualität ist eine Einbeziehung der Sexualanamnese nur sinnvoll, wenn konkrete Probleme vermutet werden.

- Bei chronischen Grunderkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) bzw. Medikation mit typischen Nebenwirkungen auf die Sexualität (z.B. Betablocker) sollten Fragen nach Libido (=Verlangen) und Potenz (=Vermögen) immer Bestandteil der Anamnese sein (aber auch hier gilt: „Fingerspitzengefühl“)
- Bei psychogenen Störungen und/oder bekannter Sexualstörung sollte die Sexualanamnese obligat sein und ggfs. auch Details der bestehenden Störung erfassen.

1.3.5. Beendigung des Anamnesegesprächs

Ein gutes Anamnesegespräch braucht ebenso wie einen guten Anfang auch ein gutes Ende. Sie können hier zunächst die Ergebnisse des Gesprächs und eventuelle Vereinbarungen noch einmal zusammenfassen. Anschließend vergewissern Sie sich, dass Sie den Patienten richtig verstanden haben. Geben Sie ihm aktiv Gelegenheit, eventuelle Diskrepanzen aufzuklären, fehlende Punkte nachzutragen und offen gebliebene eigene Fragen zu stellen. Anschließend ist ggfs. eine Klärung der weiteren diagnostischen bzw. therapeutischen Schritte sinnvoll. Zuletzt treffen Sie bei Bedarf eine Vereinbarung für den nächsten Termin und verabschieden sich vom Patienten. Sofern Sie nicht als BehandlerIn sondern „nur“ als Lernender mit dem Patienten gesprochen haben, ist es angemessen, sich auch dafür zu bedanken, dass der Patient sich für den Unterricht zur Verfügung gestellt hat. Das gebietet nicht nur der Respekt vor dem Patienten sondern auch die Fairness gegenüber anderen Studierenden, die evtl. darauf angewiesen sind, dass der Patient auch zukünftig wieder bereit ist, als Anamnesepartner zu fungieren. Nach einer guten Anamnese sind die meisten Patienten dazu auch gern bereit, denn mit einer guten Anamnese haben Sie nicht nur selbst die Chance, etwas zu lernen sondern auch der Patient, eine interessante Begegnung zu machen. Wenn Sie die Tipps aus diesem Skript für sich nutzen können, kann das Anamnesegespräch für beide Beteiligten zu einer Bereicherung werden.

1.3.6. Biographische Anamnese / Psychosomatische Anamnese

Zu den essentiellen „diagnostischen Verfahren“ in der Psychosomatischen Medizin und in der Psychotherapie gehört die biographische Anamnese. Sie geht noch einmal deutlich über den psychosozialen Bereich der allgemeinen Anamneseerhebung (vgl. 1.3.4.) hinaus. Während dort zumindest die zentralen Lebensbereiche auf ihre Qualität und Stabilität (Konflikte ? Belastungen ?) und mehr im Sinne einer Hintergrundvariable sondiert werden, stellt die **biographische Anamnese** eine spezifische Fokussierung der individuellen Lebenswirklichkeit des Patienten dar. Sie zielt darauf ab, systematisch, und doch in einer eher psychotherapeutisch-subjektorientierten Haltung (*„was bedeutet diese Lebensepisode bzw. diese konkrete Beziehungserfahrung für diesen Patienten?“*), die psychischen, sozialen und medizinischen Entwicklungslinien eines Individuums herauszuarbeiten. Die biographische Anamnese enthält nicht selten bereits ein psychotherapeutisches Element, in dem gemeinsam mit dem Patienten dessen Geschichte rekonstruiert wird. Diese „Rekonstruktion“ soll zweierlei ermöglichen: zum einen soll sie erkennbar werden lassen, wie sich die Persönlichkeit des Patienten in den wichtigen Lebensbeziehungen einschließlich ihrer wichtigen Konflikte entwickelt hat. In diese Perspektive sind wichtige Personen vorausgegangener Generationen sowie die soziokulturellen und zeittypisch geprägten Lebensumstände einzubeziehen. Zum anderen soll sie die Folie liefern, auf der die aktuelle Erkrankung mit ihrer Symptomatik nachvollziehbarer bzw. verständlich wird.

In der tiefenpsychologischen Orientierung ist es der Zugang zur Biographie, der ein psychodynamisches Verständnis des Patienten *erst* ermöglicht. Umgedreht könnte man auch sagen (Rudolf 2008), *„wenn man einen Patienten nicht versteht, weiß man in der Regel zu wenig von seiner Geschichte“*. Doch auch für den verhaltenstherapeutischen Ansatz stellt das biographische Verständnis des Patienten eine wichtige Voraussetzung zur Einordnung individueller Lernvorgänge und Verhaltensaspekte dar. Der mit einer biographischen Anamnese „angestrebte Algorithmus“ ist technischer ausgedrückt: *die Ableitung der aktuellen Störung/Symptomatik aus der Auslösesituation im Verhältnis zur Persönlichkeitsstruktur*.

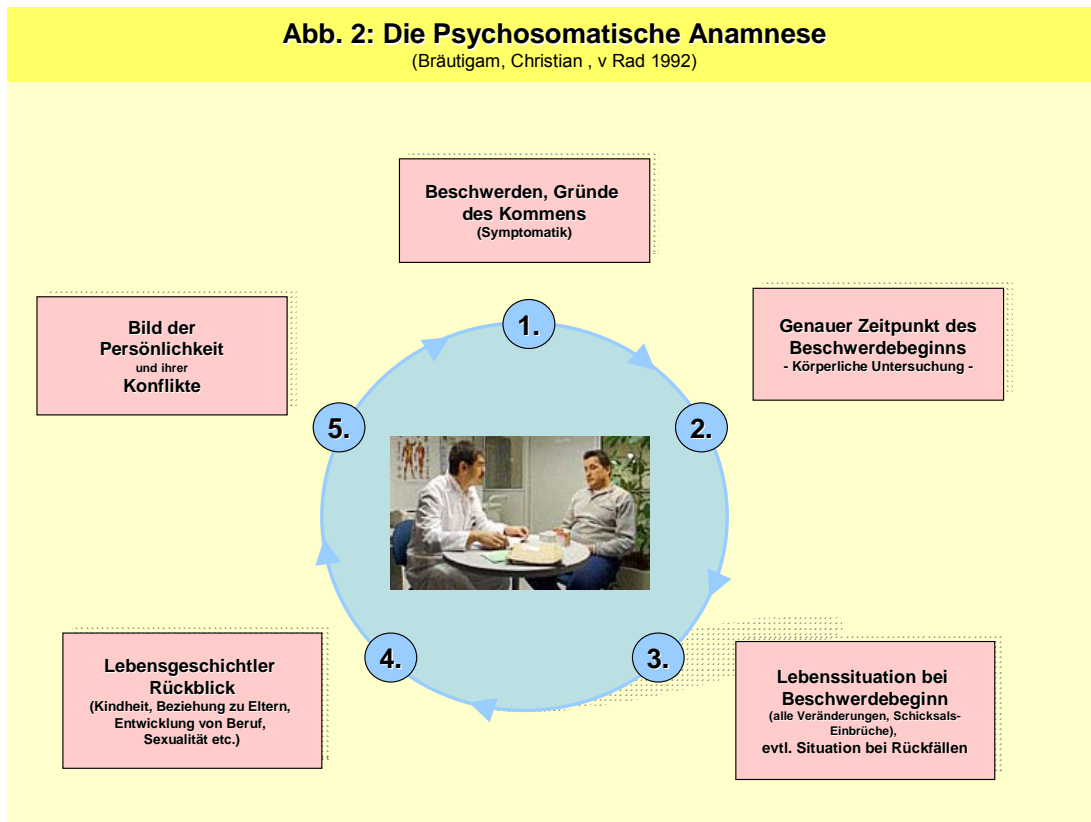
Dass dies immer eine Einzelfallanalyse und keinesfalls eine allgemeine deduktive Schlussbildung bedeutet, soll Ihnen während des Praktikums deutlich werden. Das Praktikum soll Ihnen die Bedeutung der biographischen Anamnese näher bringen. Das Erlernen einer biographischen Anamneseerhebung benötigt allerdings mehr Zeit und gehört bereits in die fachspezifische Kompetenz der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Wesentliche Inhalte der biographischen Anamnese sind:

- Familienanamnese (Eltern; Geschwisterkonstellation; Familienklima; Gesundheitsverhalten etc.)
- Individuelle Anamnese (Schwangerschaft u. Geburt; frühkindliche Entwicklung; kindliches Verhalten etc.)
- Beziehungsanamnese (zu den Eltern; zu Geschwistern; Kindergarten- u. Schulzeit etc.)
- Berufsausbildung (z.B. Studium) u. berufliche Situation
- Psychosexuelle Entwicklung
- Außerfamiliäre Lebensbereiche (Freizeit; Aktivitäten etc.)

- Einstellungen und Werthaltungen (z.B. „was ist Ihnen wichtig im Leben?“)
- Krankheitsbezogene Einstellungen und Veränderungsmotivation

Die Kunst einer gelungenen Anamneseerhebung besteht darin, diese einzelnen Entwicklungslinien systematisch im Gespräch abzubilden, ohne den Patienten zugleich in seiner subjektiven Sicht und Schilderung einzuengen. Mit anderen Worten: eine flexible Interviewführung statt einer Abarbeitung von „biographischen Sektoren“.



Innerhalb der Psychosomatik wurde die biographische Anamnese in ein breiter angelegtes Modell der **Psychosomatischen Anamnese (Abb. 2)** einbezogen. Die orientierende *Zielrichtung* verläuft dabei vom Symptom → über die Situation → zur Lebensgeschichte → zur Gesamtpersönlichkeit:

Bei der Psychosomatischen Anamnese (siehe Abb. 2) geht es darum, neben den aktuellen körperlichen u./o. psychischen Beschwerden/Befunden (**1; 2**) und neben der Krankheitsgeschichte sowie dem Behandlungsverlauf des Patienten auch dessen psychische und soziale Dimensionen im Längsschnitt (**4;5**) und im Querschnitt (**3**) zu erfassen. Welche relevanten Auslöser gibt es für die derzeitige Krankheitsmanifestation? Welche Bedeutung hat diese Erkrankung für den Betroffenen? Wie stellt sich diese Erkrankung im lebensgeschichtlichen Kontext dar? Lassen sich mögliche charakteristisch „maladaptive“ Beziehungs- u./o. Verhaltensmuster erkennen?

Diese und weitere Fragen sollen Sie etwas leiten und auch neugierig machen, wenn Sie im Praktikum Patienten befragen.

Viel Erfolg dabei!

Literatur

- Dührssen, A. (1997): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. 4. Auflage, Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht:
- Schneider, W, Janssen PL & Engel, G. L. (2006): Die biographische Anamnese. In Janssen, PL, Joraschky, P, Tress, W (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln, 117-119
- Bräutigam, W, Christian, P, von Rad, M (1992): Diagnostik und Therapie in der Psychosomatik. In. Psychosomatische Medizin, Thieme-Verlag, Stuttgart, 5. Auflage, S. 81 ff.
- Rudolf, G (2008): Diagnostik. In: Rudolf, G, Hennigsen P: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Thieme-Verlag, Stuttgart, 6. Auflage, S. 309 ff.

2. WAS BEDEUTET PSYCHOSOMATIK, WELCHE PSYCHOSOMATISCHEN MODELLE GIBT ES? WELCHE THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSOPTIONEN UND RICHTUNGEN KOMMEN ZUR ANWENDUNG?

2.1. WAS IST PSYCHOSOMATIK?

Begriffsdefinition:

Unter **Psychosomatik** - abgeleitet vom griechischen *psyche* (Atem, Hauch, Seele, Schmetterling) und *soma* (Körper, Leib) - versteht man die Lehre von den Zusammenhängen und der gegenseitigen Beeinflussung von Seele und Körper des Menschen. Psychosomatische Medizin ist also nach v. Rad die Wissenschaft und Heilkunde von den wechselseitigen Beziehungen psychosozialer und körperlicher Prozesse in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit von Menschen. Sie wird damit als **personenzentrierte Medizin** verstanden.

Der Begriff umfasst heute drei Bereiche:

1. Psychosomatische Medizin ist eine **ärztliche Grundhaltung**, die bei der Diagnostik und Therapie von Krankheiten neben körperlichen auch seelische und soziale Faktoren mit berücksichtigt. (Allgemeine Bedeutung des Begriffs).
2. Psychosomatische Medizin ist eine **Forschungsrichtung**, die die Bedeutung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und ihrer Wechselwirkung bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen untersucht.
3. Psychosomatische Medizin ist die Bezeichnung für ein expandierendes **ärztliches Versorgungsgebiet**, das vor allem mit psychotherapeutischen Methoden Patienten betreut, deren Beschwerden von rein psychogenen Störungen einerseits über psycho-somatische Krankheitsbilder im engeren Sinne bis hin zu psychosozialen Folgezuständen schwerer chronisch körperlicher Erkrankungen reichen.

Literatur

- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag
- Hoffmann, S. O., Liedtke, R., Schneider, W. & Senf, W. (1999): „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland.“ Stuttgart, New York: Schattauer-Verlag.

2.1.1. Abgrenzung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Psychiatrie und Psychotherapie

„Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“ sind eigenständige, seit 1971 in der Approbationsordnung verankerte Fachgebiete mit unterschiedlichen Kernkompetenzen, wobei es durchaus Berührungspunkte in einzelnen Forschungs- wie Versorgungsbereichen gibt.

Die Behandlung körperlicher Beschwerden überwiegend psychischer Genese (z.B. funktionelle Herzbeschwerden) und psychischer Beschwerden bei primär körperlichen Erkrankungen (z. B. depressive Verstimmung bei Krebserkrankung) gehört zum Kernversorgungsbereich des Fachgebiets der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Hier bestehen eher Berührungen mit der Inneren Medizin.

In der Psychosomatischen Medizin liegt ein weiterer Hauptschwerpunkt in der psychotherapeutischen Behandlung der Patienten und wissenschaftlich in der Psychotherapieforschung. Die Kompetenz in stationärer Psychotherapie ist weltweit beispiellos. Entsprechend gehört die Behandlung von Erkrankungen, die zum klassischen Indikationsbereich für Psychotherapie gehören, ebenfalls originär zum Kernversorgungsbereich des Fachgebiets der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, auch wenn die Psychiatrie in den letzter Zeit wieder zunehmend die Psychotherapie als Behandlungsmethode in ihrem Versorgungsgebiet einsetzt. Folglich gibt es Überschneidungen beider Fächer, wenn es z. B. um die Behandlung von Angsterkrankungen und depressiven Störungen geht, wobei schwere depressive Störungen – insbesondere in Verbindung mit akuter Suizidalität – eher im Versorgungsgebiet der Psychiatrie bleiben werden. Ebenfalls Überschneidungen gibt es im Bereich der sexuellen Deviationen, der Suchterkrankungen sowie der Persönlichkeitsstörungen, die zum klassischen Indikationsbereich für Psychotherapie gehören. Gerade bei beiden letztgenannten Störungsgruppen ist eine Kooperation von Psychiatern und Psychosomatikern sehr sinnvoll.

Demgegenüber ist das Feld der Psychosen und organischen psychischen Störungen, z.B. Demenzen, eine Domäne psychiatrischer Behandlung. Hier steht die Pharmakotherapie im Vordergrund, wenngleich auch bei manchen dieser Krankheitsbilder Psychotherapie ein Element der Behandlung ist.

Von daher sollte eine Koexistenz beider Fachgebiete unproblematisch sein und ist angesichts unterschiedlicher Kernkompetenzen zur optimalen Versorgung des weiten Spektrums psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen auch sinnvoll. Dieser sinnvollen Differenzierung wird neuerdings auch in den USA durch Einführung einer neuen Spezialqualifikation in „Psychosomatic Medicine“ Rechnung getragen.

In Deutschland hat das Fach bereits 1992 mit der Einführung einer eigenen Facharztbezeichnung und auf dem Ärztetag von 2003 mit ihrer Umbenennung vom „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ zum „**Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**“ die ihrem Stellenwert entsprechende Anerkennung und Aufwertung erfahren.

2.2. PSYCHOSOMATISCHE MODELLE

Zentral in verschiedenen Modellen der Psychosomatischen Medizin ist das Leib-Seele-Problem. Hier steht die Frage im Vordergrund, wie sich seelische und körperliche Vorgänge gegenseitig beeinflussen und verändern können. Es geht um den von Freud beschriebenen „rätselhaften Sprung“ von psychischen Symptomen in körperliche Beschwerden.

Modelle der Entstehung von neurotischen Symptomen:

1. Modell der reaktualisierten Entwicklungskonflikte (Konfliktmodell)
2. Modell der erhaltenen Entwicklungsdefizite (Defizitmodell)
3. Modell der erhaltenen traumatischen Schädigung (Traumamodell)
4. Modell der verfehlten Lernvorgänge (Lernmodell)
5. Erweiterte Konzepte

Die vier ersten Betrachtungsweisen können im typischen Fall als alleinverantwortlich angesehen werden. In den meisten Fällen wird man jedoch Überschneidungen und Wechselwirkungen vorfinden (→ erweiterte Modellvorstellungen).

2.2.1. Das Konfliktmodell

Es wurde als erstes entwickelt und repräsentiert das Herzstück des *psychodynamischen* Neurosenverständnisses. Das vereinfachte und stark reduzierte Modell sieht folgendermaßen aus:

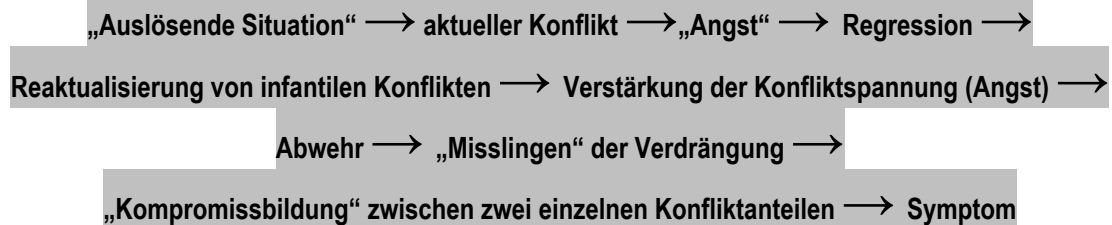
Entwicklungskonflikt → Reaktualisierung → Kompromiss → Symptom

In diesem Modell versucht der Patient, eine gegenwärtige Belastungssituation mit Mitteln zu lösen, die er in infantilen Belastungssituationen anwandte. Die aktuelle Lebenssituation „reaktualisiert“ gewissermaßen ein zurückliegendes Konfliktmuster. Man könnte auch sagen, dass hier versucht wird, einen Konflikt des Erwachsenenlebens mit dem Rückgriff auf infantile Erlebnisformen zu bewältigen, was in der Psychotherapie auch als *Regression* bezeichnet. Dieser Lösungsversuch soll Erleichterung verschaffen, er führt jedoch zu einer Verschlimmerung und Verstärkung des Konfliktes. Dabei steigen innerpsychische Spannung und Angst so an, dass zunächst *irgendeine Art* der Entlastung bzw. Spannungsabfuhr nötig wird: die (äußere) Symptombildung.

Unbewusster Konflikt → „missglückter Lösungsversuch“ → Symptom

Konfliktreaktualisierung und Abwehrvorgang der Symptombildung werden nicht bewusst wahrgenommen. Bewusst erlebt wird dagegen die Symptomatik, und dies zugleich mit Leidensdruck und durchaus *ichfremd* (Ich-dyston). Das Symptom stellt somit die Alternative zu einem missglückten Lösungsversuch dar. Eine Alternative, die als individuell bestmögliche, dabei jedoch „suboptimale“ Konfliktlösung gelten muss. Bessere Möglichkeiten können nicht eingesetzt werden, weil sie durch einen frühen Entwicklungskonflikt blockiert werden.

Da ein neurotischer Konflikt nicht per se wirksam wird, ist das Modell zu erweitern:



Das erweiterte Modell besagt, dass am Anfang der Neurose eine *auslösende Ursache* steht. Hierbei liegt ein Missverhältnis von auslösendem Anlass und krankhafter Folge nahe, das in der Aussenbetrachtung zunächst inkonsistent wirken muss. Ein Auslöser triggert einen – bewusst wahrnehmbaren - *aktuellen Konflikt*, dessen *Angstmobilisation* ein *vulnerables unbewusstes Muster* aktiviert. So dann kommt es zu dem bereits beschriebenen „Lösungsweg“, der über eine zunächst gescheiterte Abwehr des Konflikts zu einer *Kompromissbildung* führt. Das Symptom ist der Kompromiss zwischen einander widerstrebenden Anteilen des Konflikts. Konflikte entstehen bekanntlich bei Interessengegensätzen, wie sie z.B. durch innere Impulse, Wünsche und Motive einerseits sowie internalisierten Regeln und Erfordernissen der Realität andererseits repräsentiert werden. Die Funktion des Schlichters oder auch des Koalitionärs übernimmt im tiefenpsychologischen Grundverständnis die Struktur des „ICHs“.

Exkurs: Es lassen sich mehrere Formen des Konflikts unterscheiden. Der „normale Konflikt“ ist bewusst und lösbar. Mögliche widerstreitende Interessen lassen sich durch Aussprachen oder Abwägen kompensieren oder durch Entscheidungen und Kompromisse auflösen. Der „antinomische Konflikt“ ist letztlich nicht aufhebbar, da immer ein wesentliches Bedürfnis aufgegeben werden muss (Beispiel: Familie vs. Karriere). Der „tragische Konflikt“ bedeutet in der Regel einen unglücklichen Ausgang (existentielle Variante: z.B. eigene Rettung auf Kosten eines anderen). Der „neurotische Konflikt“ ist oben beschrieben: eine Lebensschwierigkeit kann nur mit einem festgelegten neurotischen Reaktionsmuster beantwortet werden. Die Fähigkeit, die gegebene Situation angemessen zu verstehen, unterschiedliche Lösungsalternativen zu erwägen und einen Kompromiss zu schaffen, ist eingeschränkt. Um die Bewusstheit bzw. Zugänglichkeit von Konflikten bzw. Konfliktanteilen zu beschreiben, werden Begriffe wie „bewusst“ und „unbewusst“ verwendet. Sind sie prinzipiell erinnerbar -also nicht verdrängt - aber im alltäglichen Sinne vergessen, werden sie als „vorbewusst“ bezeichnet.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

2.2.2. Das Defizitmodell

Entscheidender Punkt dieses Modells ist die anhaltende Wirkung einer defizitären und von schädigenden Einflüssen geprägten Entwicklung. Hier lautet die Formel: „Dem Ich wurde etwas angetan“ bzw. wurde ihm infolge seiner Hilflosigkeit ein bleibender Schaden zugefügt. Die Störung wäre somit die Folge eines passiven Geschehens („emotionales und kognitives Mangelsyndrom“).

Die entstandene Pathologie hängt wesentlich mit chronischen Überforderungen, Mangelzuständen (emotionale Vernachlässigung, mangelnde Fürsorge, Frustration elementarer Basisbedürfnisse), emotionaler Ablehnung bis hin zu seelischer und körperlicher Misshandlung und Traumatisierungen während der Entwicklung psychischer Strukturen zusammen. Das unreife Ich war mit den gegebenen Bedingungen absolut überfordert. Daraus entstehen Störungen, die als „**Strukturelle Ich-Störungen**“ bezeichnet werden. Zu diesen gehören schwere Persönlichkeitsstörungen wie z. B. das Borderline-Syndrom aber auch Süchte, Soziopathie, Dissozialität und Kriminalität.

Häufig stammen diese Patienten/Patientinnen aus einem entsprechend gestörten Milieu oder asozialen/dissozialen Verhältnissen, in dem sie keine Chance haben, ein stabiles Ich aufzubauen. (Ich-Schwäche oder Ich-Defekt). Mit der **Ich-Schwäche** ist gemeint, dass die Patienten Defizite haben, ihre Trieb- und Handlungsimpulse angemessen zu steuern. Ihr Leben wird mehr oder weniger von ihrem Impulsverhalten (sog. Impulskontrollstörung) und von der Art der Außeneinflüsse bestimmt.

Es wird davon ausgegangen, dass ein extrem versagendes Milieu außerdem eine unzureichende Gewissensbildung bewirkt. Man könnte auch sagen, es fehlen emotional tragfähige Beziehungen, in denen heranwachsende Kinder von positiven Vorbildern handlungsorientierende soziale Werte erfahren. Somit kommt es zu einer unzureichenden Repräsentanz von sozialen Regeln und Gesetzen (**Über-Ich-Schwäche**).

Schließlich muss bei dissozialem oder asozialem Verhalten berücksichtigt werden, dass im Milieu der Heranwachsenden solches Verhalten „normal“ bzw. Gruppennorm ist, da die Erwachsenen, an denen sie sich orientieren, sich selbst entsprechend verhalten.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

2.2.3. Das Traumamodell

Dieses Modell ist eine Fortführung des Defizitmodells. Hierbei handelt es sich um so genannte Entwicklungstraumata, welche als schwere und massive soziale Einwirkungen zu sehen sind. Meist handelt es sich um realen sexuellen Missbrauch oder um aggressive Misshandlungen, welche häufig regelmäßig wiederholt werden. Vom Missbrauch werden Mädchen, von Misshandlungen Jungen häufiger betroffen. Oft bestehen weitere zusätzliche belastende Entwicklungsbedingungen (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, Unerwünschtheit, schwere körperliche Erkrankungen in der Familie, chronische Disharmonie, um nur ein paar Beispiele zu nennen).

Worin liegt die eigentlich krankmachende Wirkung solcher traumatischer Ereignisse?

- Erlebnis eines sich wiederholenden Ausgeliefertseins (*erzwungene Ohnmacht*) ohne Hoffnung auf Entrinnen.
- Traumatisierung durch Überstimulierung. Dies führt durch die nicht kontrollierbare, überflutende Sexualisierung im Kinde zu einem massiven *Erlebnis von Überwältigung*, welche nicht verstehbar und nicht integrierbar ist. Dieser Zustand wird oft als körperlicher Schmerz wahrgenommen.
- Häufig bestehen *Kombinationen mehrerer belastender Bedingungen*. Somit sinken die Chancen für protektive Faktoren, welche die Erlebnisverarbeitung erleichtern könnten. Hinzu kommt, dass sexuelle und physische Gewalt gegenüber Kindern gehäuft im familiären Kontext auftritt. Das singuläre Trauma, das einem Kind aus einem emotional intakten Milieu durch Fremde zugefügt wurde, hat demgegenüber ganz andere Verarbeitungschancen.
- Anhaltende *Schuldgefühle*, die das Opfer im Sinne einer Mit-Verantwortung seines Schicksals belasten, sind häufig zu beobachten.
- Eine weitere Folge ist die *Verwirrung des Wirklichkeitssinnes*: „Ist das passiert oder habe ich es mir nur eingebildet, so wie die anderen das sagen?“

Bei Erwachsenen und älteren Kindern können traumatischen Erlebnisse in der Erinnerung „abgekapselt“ werden und ggf. eine posttraumatische Belastungsstörung bedingen. Dem jungen Kind ist diese Verarbeitungsform eher nicht möglich. Vielmehr werden Traumata hier im Sinne schwerer Entwicklungs- und Verhaltensstörungen als Vorformen späterer struktureller Ich-Störungen (z. B. dissoziative Störungen, und Persönlichkeitsstörungen) verarbeitet.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

2.2.4. Das Lernmodell

Bei diesem Modell wird dem Faktor des Lernens für die Entstehung und Erhaltung von Symptomen eine wichtige Bedeutung zugeordnet. Jeder Mensch hat seine individuelle Lerngeschichte und persönliche Lernerfahrungen, welche sich auch in der Krankheit niederschlagen. Es handelt sich um drei wesentliche Lernprinzipien.

Literatur

Margraf J (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Springer- Verlag.

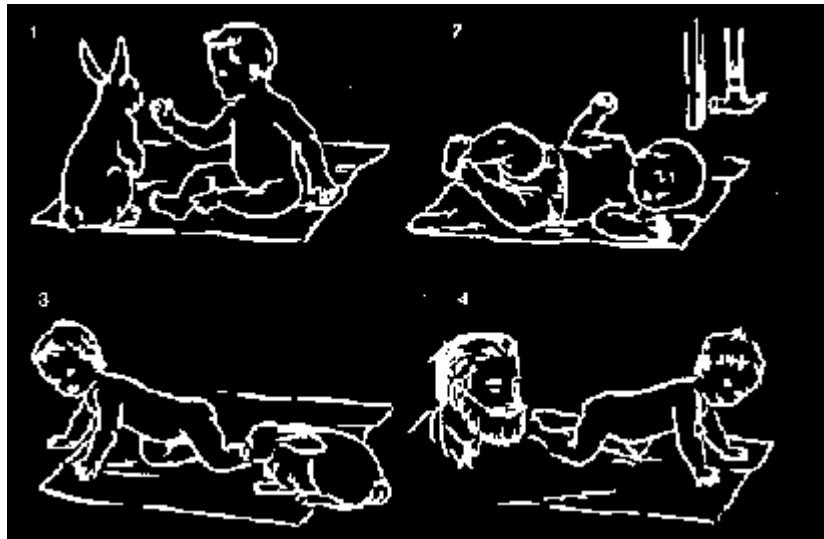
2.2.4.1. Klassische Konditionierung

Der amerikanische Psychologe J. B. Watson gilt als Begründer des Behaviorismus (Theorie der Wissenschaft vom Verhalten des Menschen). Bekannt wurde Watson durch den, aus heutiger Sicht ethisch bedenklichen, Versuch mit dem kleinen Albert (Watson & Watson, 1920).

Albert hatte keine Angst vor Ratten - er konnte sogar mit einer zahmen Ratte spielen. Diese Situation nutzte Watson, um dem Jungen eine Angst zu konditionieren, eine Angst vor Ratten.

Immer, wenn Albert die Ratte (NS) zu sehen bekam, wurde hinter dem Jungen mit einem Hammer auf ein Stahlrohr geschlagen. Dieses laute und unangenehme Geräusch brachte Albert erschrocken zum Weinen.

Nur wenige Versuche waren nötig, dann begann Albert beim Anblick der Ratte zu weinen, noch bevor der Lärm ertönte, oder auch wenn kein Lärm erfolgte. Man könnte sagen, dass Watson eine "experimentelle Neurose", wie sie Pawlow bezeichnete, konditioniert hatte. Im folgendem wird das oben kurz beschriebene Beispiel mit einem Kaninchen etwas genauer beschrieben.



1. Situation [Bild 1]

Das Kind kann mit dem Tier spielen. Das Tier stellt in Bezug auf das Symptom Angst einen NS dar (neutraler Stimulus, NS)	-->	der keine spezifische Reaktion auslöst
--	-----	--

2. Situation [Bild 2]

Der Schlag mit einem Hammer auf eine Eisenstange (unkonditionierter Stimulus, UCS)	-->	löst bei dem Kind erschrockenes Entsetzen aus. Das Kind fängt als natürliche Reaktion auf dieses laute Geräusch an zu weinen (unkonditionierte Reaktion, UCR)
--	-----	---

3. Situation [kein Bild]

Die Reize aus Bild 1 und 2 werden wiederholt zusammen dargeboten (NS = Kaninchen + UCS = lautes Geräusch)	-->	UCR
---	-----	-----

4. Situation [Bild 3]

Der ehemals neutrale Stimulus (Kaninchen) ist jetzt ein konditionierter Stimulus, (CS)	-->	löst beim Kind nun Angst und Furcht aus (konditionierte Reaktion, CR), da das Kaninchen mit dem unangenehmen Geräusch assoziiert wird.
--	-----	--

5. Situation [Bild 4]

bereits durch einen ähnlichen Reiz, der an das Kaninchen erinnert (im Bild der Bart)	-->	kann die konditionierte Reaktion (Angst, Furcht) ausgelöst werden. Der Reiz wurde generalisiert und auf den Bart übertragen
--	-----	---

Dieser Versuch veranschaulicht die Erzeugung einer Phobie mittels klassischer Konditionierung.

Bei dieser vergleichbar einfachen isolierten Phobie erscheint das rein lerntheoretische Modell zur Erklärung zu genügen. Bei einer Mehrzahl von komplexen Ängsten z. B. Agoraphobie ist dieses Modell nicht ausreichend, sondern muss durch psychodynamische Erklärungselemente wie unbewusste Impulse, Wünsche und Phantasien sowie deren Abwehr ergänzt werden, dadurch wird die Gesamtheit der klinischen Phänomene bei der phobischen Symptomentstehung deutlicher. Mit lerntheoretischen Konzepten lassen sich jedoch die Generalisierungsabläufe, die Symptomerhaltung und auch die Chronifizierung besser erfassen.

Eine Möglichkeit wäre, dass neurotische Störungen über psychodynamische Theorien mit den Konzepten „Konflikt“, „Defizite“ und „Trauma“ bei der Entstehung der Phobien von Relevanz sind. Danach würden aber Prozesse einsetzen,

die für die „Verankerung“ und Erhaltung der Symptome von Bedeutung sind und den Lerngesetzen folgen. Zur Konflikt-dynamik tritt somit eine Lerngeschichte hinzu.

2.2.4.2. Operante Konditionierung

Diese basiert auf der Arbeit von E. Thorndike (1874- 1949), der tierexperimentell beobachtet hatte, dass Katzen ohne äußere Anleitung eine weniger erfolgreiche durch eine erfolgreichere Handlung (operation) zu ersetzen lernen, wenn sie dadurch rascher an ihr Futter kommen. Handlungen, die Befriedigung zur Folge haben, werden wiederholt und solche, die zu Unlust führen, werden unterdrückt. B. F. Skinner hat diese Prinzipien auf menschliches Verhalten übertragen und gilt heute als der eigentliche Vertreter des operanten Konditionierens.

Ein bekannt gewordenes Beispiel des operanten Konditionierens ist die Technik des „token economy“. Dabei wird ein erwünschtes Verhalten positiv bekräftigt („verstärkt“) und somit die Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht. Ein klassisches Anwendungsbeispiel hierfür ist, dass ein erwünschtes Verhalten bei schizophrenen Langzeitpatienten gezielt gefördert wird, so dass diese Patienten mehr an interpersoneller Kommunikation und Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen. Bei diesem Interventionsprogramm wurden Patienten für bestimmte Aktivitäten belohnt. Verhielten sich die Patienten abweisend oder zogen sich zurück, blieb die Belohnung aus. Als Belohnung dienten Spielmarken (token), welche in direkte Vorzüge z.B. Musik hören oder Kinobesuch eingetauscht werden konnten. Im Ergebnis führte dieses Programm dazu, dass die Patienten wieder Verhaltensabläufe lernten, die sie lange Zeit verlernt hatten.

2.2.4.3. Soziales Lernen

Soziales Lernen wurde in den 60 Jahren verstärkt erforscht und wird vor allem durch das Konzept des Modelllernens von A. Bandura vertreten. Bandura konnte zeigen, dass bereits das Beobachten von fremdem Verhalten genügt, um dies zu übernehmen. Kinder, denen z. B. Filme von Erwachsenen, die Puppen treten, vorgeführt wurden, verhielten sich unmittelbar danach erhöht aggressiv gegenüber dem eigenen Spielzeug.

Modelllernen besagt, dass eine Reiz (Stimulus) unter Berücksichtigung der Individualität des Organismus (Organismusvariable= Einflussfaktoren, die innerhalb Person liegen → umfasst also auch personenspezifische Einstellungen und Schemata) zu einer Reaktion (Response) führt. Diese wiederum hat Konsequenzen (K) für das Verhalten.

S (Stimulus) → O (Organismusvariable) → R (Reaktion) → K (Konsequenz)

Für die Entstehung neurotischer Symptome ging Mowrer von drei Störungsmöglichkeiten aus

- Der Lernvorgang führt zu einer *falschen Verknüpfung*. Zwei Dinge, die eigentlich nichts mit miteinander zu tun haben, werden durch einen dysfunktionalen Lernvorgang verbunden. Z. B. der Reiz „Spinne“ mit der Reaktion „Panik“.



- Der Lernvorgang ist stark fixiert (*overlearning*) und wird nicht mehr korrigiert. Dabei wird im Beispiel der Phobien die Möglichkeit der Korrektur wegen des hohen Affektdrucks (Angst) vermieden.
- Der funktionale Lernvorgang kann auch zu schwach sein (*underlearning*), die notwendige Festigkeit der Verknüpfung von Reiz und Reaktion ist nicht gegeben, Beispiel: unzureichendes Sicherheitslernen.

Insgesamt hat sich die Verhaltenstherapie viel weniger mit der Frage der Entstehung von Neurosen beschäftigt als mit der Behandlung neurotischer Symptome befasst. Eine Kurzformel für dieses Modell sieht folgendermaßen aus.

Lerngeschichte → verfehlte Lernvorgänge → Symptome → symptomhaltende Lernvorgänge → Symptomchronifizierung

2.2.5. Biopsychosoziales Erklärungsmodell

Erkrankungen werden durch eine Fülle von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmt. Anstelle von reduktionistischen Konzepten („Die Erkrankung ist rein organisch bedingt“ versus die „Störung ist ausschließlich psychisch erklärbar“) dominieren mittlerweile Modelle, die eine entsprechende multifaktorielle Genese zum Ausdruck bringen.

Ausgangspunkt ist, dass frühe biografische Stresserfahrungen und Bindungsstörungen zu verhaltensbezogenen und neurobiologischen Veränderungen führen, welche eine lebenslang persistierende Stressanfälligkeit bedingen. Durch diese frühe Stresserfahrung kann es zu neurobiologischen Störungen und damit verbunden zu Störungen bei der Ausreifung des Stressverarbeitungssystems kommen. Nach heutiger Ansicht spielt diese Vorstellung eine wesentliche Rolle bei der erhöhten vegetativen Reaktionsbereitschaft der Betroffenen und damit verbundenen Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden wie sie vor allem bei Somatisierungsneigung vorliegen.

Im Folgenden werden verschiedene Einflussgrößen beschrieben, die bei der Ätiopathogenese von Somatoformen Störungen eine Rolle spielen.

- Biologische Faktoren
- Psychologische Faktoren
- Soziale Faktoren

Bei **biologischen Faktoren** sind unter anderem die genetischen Faktoren zu nennen. So ist die Ausprägung bestimmter Symptome unter chronischem Stress durch konstitutionelle Gegebenheiten erklärbar. Beispielweise besteht bei Menschen mit somatoformen Störungen häufig eine deutlich erhöhte Schmerzempfindlichkeit, welche unter anderem durch eine veränderte Endorphin-Ausschüttung erklärbar ist. Neue Befunde deuten darauf hin, dass Erfahrungen in der frühen Lebensphase auch langfristig die Expression bestimmter Gene modulieren können. Auch psychoneuroimmunologische Faktoren werden in diesem Konzept berücksichtigt. Endokrinologische Faktoren bestimmen wesentlich die Stressreaktion (z.B. Hypothalamus- Hypophysen- Nebennierenrinden- Achse). Treten Belastungen auf, wird über diese Achse das Stresshormon Kortisol freigesetzt, welches über eine Feedbackschleife zur Hypophyse und Hypothalamus die weitere Freisetzung dieses Hormons hemmt und somit ein Gleichgewicht im Körper erhält. Dieses Gleichgewicht ist jedoch anfällig. Bei erhöhtem Stress finden sich erhöhte Kortisolspiegel und zusätzlich besteht eine geschwächte Immunantwort, bei chronischem Stress können die Kortisolspiegel jedoch unter die Norm abfallen, was wiederum zur Freisetzung von Entzündungsmediatoren führen und wiederum Stress bzw. Erschöpfungsgefühle bedingen kann. Auch bei Patienten mit somatoformen Störung bestehen Veränderungen im Kortisolspiegel, deren Bedeutung bisher noch nicht vollständig geklärt ist, aber wahrscheinlich mit dem Chronifizierungsgrad zusammenhängen. Zunehmend werden auch neurophysiologische Mechanismen z. B. veränderte evozierte Potentiale oder Hemisphärenasymmetrie bei somatoformen Störungen untersucht.

Psychologische Faktoren: nach dem Modell von Sharpe und Bass bewirken soziale Stressfaktoren wie z. B. Todesfälle, chronische Krankheit in der Familie, Partnerschaftskonflikte etc. in Verbindung mit psychischen Faktoren wie z. B. Angst bestimmte physiologische Zustände (z. B. Muskelverspannung, Gefäßveränderungen, Hyperventilation,...). Daraus resultieren wiederum bestimmte körperliche Empfindungen, die als gefährliche Krankheitssymptome interpretiert werden. Dies hat eine psychische Belastung zur Folge, meist in Form von verstärkter Angst, die wiederum auf der physiologischen Ebene zu einer weiteren Befindlichkeitsverschlechterung beiträgt.

Bei den psychologischen Faktoren kommen Persönlichkeitsmerkmale wie geringe Stresstoleranz, emotionale Labilität, Gehemmtheit, dysphorische Dauerverstimmung, negatives Selbstbild, Ängstlichkeit und hypochondrische Einstellung hinzu, deren kausale Bedeutung allerdings teilweise noch ungeklärt ist.

Aber auch ein inadäquater Umgang mit Emotionen kann körperliche Funktionsstörungen bewirken, die in Kombination mit bestimmten Bewertungen zu somatoformen Störungen führen können. Experimentell konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte Gefühle und Vorstellungen zu spezifischen physiologischen Erregungszuständen führen, die als unangenehme körperliche Symptome erlebt werden (Pennebaker).

Nach neueren Erkenntnissen können emotionale Reaktionen und emotionale Erinnerungen ohne bewusste kognitive Beteiligung entstehen. Die Erinnerungen werden in der Amygdala unter Umgehung von Thalamus und Neokortex gespeichert. Entscheidende emotionale Erlebnisse können bereits von frühster Kindheit in der Amygdala gespeichert werden und können dadurch eine prägende Bedeutung gewinnen, ohne dass die Betroffenen davon wissen oder ihre emotionale Bedeutung in Worte fassen können.

Als **Soziale Faktoren** haben bestimmte lebensgeschichtliche Erfahrungen und Stressfaktoren eine besonders hohe Bedeutung für die somatoformen Störungen aber auch andere Erkrankungen. Von besonderem Einfluss sind hierbei soziale Lernerfahrungen, Traumatisierung, reizarme Umweltbedingungen, Einflüsse des medizinischen Versorgungssys-

tems (z. B. iatrogene Fixierung, sekundärer Krankheitsgewinn durch Krankschreibung). In diesem Modell werden unterschiedlichste Einflussgrößen subsumiert und zu einem möglichst plausiblen Verständnis von Erkrankungen zusammengefügt.

Naheliegenderweise können die psychosozial modulierten biologischen Veränderungen neben rein funktionellen Störungen (d.h. ohne Veränderung des Organsubstrats) auch zu **körperlichen Erkrankungen** mit pathologischem Korrelat führen. So erhöht z.B. eine Depression das Risiko späterer Herzinfarkte. Bei Patienten mit HIV-Infektion können psychosoziale Faktoren zum beschleunigten Ausbruch der AIDS-Erkrankung führen etc.

Literatur

- Morschitzky H. (2000) „Somatoforme Störungen.“ Springer- Verlag.
Engel G. L. (1977): „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.“ Science; 196 (4286): S. 129-36.
Engel G. L. (1997): „From biomedical to biopsychosocial.“ Psychother Psychosom.; 66 (2): S. 57-62.

2.2.6. Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Diathese-Stress-Modell): erhöhte Stressanfälligkeit

Das sog. **Diathese-Stress-Modell** betont das Zusammenspiel von biologischer Prädisposition und psychosozialen Faktoren (z.B. Lebensereignissen) bei der Entstehung von Symptomen und Krankheiten. Es geht von der Annahme aus, dass eine angeborene oder erworbene Reaktionsbereitschaft in einem bestimmten Organsystem (z.B. kardiovaskulär; gastrointestinal; pulmonal etc.) vorliegt und es unter dem Einfluss spezifischer Stressoren zur Krankheitsmanifestation kommt.

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** geht in die gleiche Richtung. Dabei weist es der Vulnerabilität aber eine geringere Zeitstabilität als der Diathese zu und betont ein komplementäres Moment, insofern bei gegebener Empfindlichkeit bereits geringere Belastungen für eine Dekompensation ausreichen sollen (vice versa).

So lässt sich z.B. psychophysiologisch der chronische Schmerz als Folge eines Schmerz-Muskelspannungs-Schmerz-Zirkels konzipieren. Ganz gleich, welche Schmerzursache ursprünglich vorhanden war, die Verschaltung der schmerzleitenden Bahnen im Rückenmark führt reflektorisch zu einem Tonusanstieg in der dem Regelkreis zugeordneten Muskulatur. Darüber entsteht eine Vasokonstriktion mit lokaler Ischämie, die ihrerseits über Kininfreisetzung die entsprechenden Schmerzrezeptoren reizt und damit: (wieder) Schmerz erzeugt. Die erneute Schmerzinformation verstärkt die Muskelspannung (→ Teufelskreis). Das Diathese-Stress-Modell hier angewandt bedeutet: die Muskulatur reagiert bei bestimmten Menschen auf der Grundlage einer Diathese mit einem spezifischen muskulären Antwortmuster auf spezifische für sie bedeutsame Stressoren. Experimentell konnte hierzu gezeigt werden, dass Personen mit myogen bedingten Schmerzen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen bei Stresstests eine erhöhte Muskelaktivität mit Tonussteigerung in den schmerzenden Bereichen aufweisen.

Psychosomatische Vorstellungen zu Hauterkrankungen gehen u.a. davon aus, dass es bei entsprechender (diathetischer) Reaktionsbereitschaft der Haut unter psychosozialen Belastungen (Stressoren) zu vegetativen, endokrinen und/oder immunologischen Veränderungen kommen kann, worunter sich dann die Symptomatik ausbildet oder verstärkt. Weitere Beispiele sind aus dem HNO-Bereich Hörsturz und Tinnitus. Auch hier werden spezifische Reaktionsbereitschaften postuliert, die eine psychophysiologische Wechselwirkung ebnet: emotionale Belastungen setzen bei entsprechender Organbereitschaft (Diathese) neurovaskuläre Mechanismen in Gang, die schließlich im Sinne einer vegetativ (autonomes NS) vermittelten Mikrozirkulationsstörung in den Haargefäßen der Cochlea (Mittelohr) Mangelerscheinungen mit Funktionsstörungen auslösen sollen.

Diathese-Stress-Modell-Vorstellungen lassen sich auch auf die psychische Symptomebene beziehen, in dem eine erhöhte Empfänglichkeit für psychische Belastungen in Verbindung mit einer dann auch erhöhten Bereitschaft zur psychischen Dekompensation postuliert wird. So weisen Ergebnisse zur Bindungsforschung darauf hin, dass ein erworbenes unsicheres Bindungsverhalten mit einer Entwicklungsstörung des Stressverarbeitungssystems bei Kindern einhergeht. Sie nehmen mehr Stress auf und verarbeiten diesen Stress dann zusätzlich ungünstiger.

Literatur

- Kaluza, G. & Vögele, C. (2001): „Stress und Stressbewältigung.“ In Flor, H., Birbaumer, N. & Hahlweg, K. (Hrsg): „Grundlagen der Verhaltensmedizin.“ Enzyklopädie der Psychologie, Serie II – Klinische Psychologie, Band 3; Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 331-388.

2.2. PSYCHOTHERAPEUTISCHES BEHANDLUNGSVERSTÄNDNIS UND PSYCHOTHERAPIESCHULEN

Psychotherapie ist (nach Strotzka 1975):

- ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die nach Konsensus (z. B. Arzt und Patient) für behandlungsbedürftig gehalten werden und
- mit psychologischen Mitteln (Kommunikation)
- in Richtung auf ein definiertes Ziel (z. B. Symptomminderung) unter
- Zuhilfenahmen lehrbarer Techniken, auf der Grundlage einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens erfolgt

Ein Ausschnitt relevanter psychotherapeutischer Verfahren:

- Analytische Psychotherapie*
- Tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie*
- Verhaltenstherapie*

*als Einzel oder Gruppentherapie

2.3.1. Analytische Psychotherapie

Die Psychoanalyse als Therapieverfahren wurde von Sigmund Freud (1856-1939) entwickelt. Zentrum des Verfahrens ist die Arbeit am unbewussten Konflikt, den der Psychoanalytiker durch Interpretation (Deutung) zur Auflösung bringt.

In der psychoanalytischen Neurosenlehre hat die Vorstellung des Konflikts zwischen psychischen Strukturen eine entscheidende Bedeutung. Im strukturellen Persönlichkeitsmodell des psychoanalytischen Konzepts werden diese Substrukturen als Instanzen bezeichnet. Diese Instanzen werden mit Eigennamen „ICH“, „ÜBER-ICH“ und „ES“ benannt.

Das ÜBER-ICH erfasst den normativen Bereich im Menschen vor dem Hintergrund von soziokulturellen Normen und Idealen. Zum Aufbau dieser Instanz sind Identifizierungsvorgänge von großer Wichtigkeit. Eine allgemeinere Bezeichnung wäre Gewissen oder Ideal des Menschen.

Das ES definiert die triebhaften Grundbedürfnisse, welche wie das Ich und Über-Ich Entwicklungsschritte durchmacht, aber offensichtlich durch Umwelteinflüsse am wenigsten beeinflussbar ist.

Das ICH bekommt die Vermittlungsfunktion zwischen basalen Bedürfnissen des Menschen (wie Liebe, Hass, Abhängigkeit, Selbstwertschätzung etc) sowie triebhaften Impulsen (Sexualität; Aggressivität) des ES *einanderseits* und den im ÜBER-ICH repräsentierten sozialen Normen und Regeln *andererseits*. Das ICH muss die Synthese zwischen emotionalen Bedürfnissen und dem, was sich der Mensch moralisch gestatten kann, sowie den Erfordernissen und Realitäten der äußeren Wirklichkeit (Umwelt) herstellen. Somit hat das ICH die Rolle einer Art übergeordneten Funktionsinstanz- oder Zentrale, deren Aufgabe es ist, einen Ausgleich der inneren Bedürfnisse des Menschen und der äußeren und inneren Normen zu gewährleisten.

Die Interaktion der psychischen Instanzen ist eine Basisannahme der Psychoanalyse. Dadurch werden wichtige Funktionen des Menschen bestimmt, die im Bereich der Normalität liegen aber auch im Bereich der psychischen Störungen aller Schweregrade und Arten angesiedelt sind.

Charakteristika der psychoanalytischen Therapie sind:

- ein spezifisches Setting (Behandlungsrahmen);
- freie Assoziation als „Materialgewinnung“ für die Therapie
- Auflösung unbewusster Konflikte steht im Zentrum der therapeutischen Arbeit
- dabei besondere Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand.

Bei der klassischen Form dieses Verfahrens finden 3 bis 5 Sitzungen in der Woche statt, der Patient/die Patientin ruht auf der Couch, der Therapeut sitzt außerhalb des Gesichtsfeldes hinter oder seitlich neben ihm/ihr.

Dieses Setting geht auf die Hypnosepraxis zurück, mit der Freud seine Arbeit begann. Eine alte ärztliche Erfahrung hatte schon früher gezeigt, dass der Patient auf diese Art und Weise entspannter ist und seine Aufmerksamkeit stärker sich selbst zuwendet. Dieses Verfahren fördert aber auch in erstaunlichem Maß die therapeutisch notwendige Regression, d. h. den emotionalen Rückschritt auf ontogenetisch früheres Verhalten, welches erneut erlebt werden kann und somit alte Konflikte reaktiviert werden, die wiederum therapeutisch am wichtigsten sind. Hier setzt die eigentliche psychoanalyti-

sche Arbeit an. Analysieren bedeutet Aufklärung der unbewussten Hintergründe und Motive des Verhaltens und Erlebens.

Interventionsformen die verwendet werden sind: **Konfrontation, Klärung, Deutung, und Arbeit mit dem Widerstand.**

Ein wichtiges Konzept bei der Psychoanalyse ist die Arbeit mit dem **Widerstand**. Die Therapie soll das Ich erstarken lassen, mit seinen unbewussten Anteilen wehrt es sich jedoch dagegen, um sich die Unlust zu ersparen, während die bewussten Anteile sich mit dem Therapeuten verbünden und Interesse am Fortschritt der Therapie haben. Die Widerstandsanalyse bedeutet, dem Patienten/der Patientin zu zeigen, wie seine unbewussten Persönlichkeitsanteile den Erfolg der Behandlung „sabotieren“. Therapietechnisch wird *zuerst* gezeigt, dass es Widerstand im Patienten/Patientin gibt, *dann* wie er beschaffen ist und *zuletzt* was der Widerstand eigentlich abwehrt.

Als stärksten Widerstand gegen die Behandlung hatte Freud die sog. **Übertragung** bezeichnet. Dabei handelt es sich um Einstellungen, Erwartungen des Patienten insbesondere intensive Gefühle (z.B. Verliebtheit, Wut) während der Behandlung, die beim Patienten/ Patientin in Bezug auf den Therapeuten/Therapeutin entstehen, die sich jedoch nicht aus der aktuellen Situation erklären lassen. Freud stellte die Hypothese auf, dass diese Gefühle eine Wiederholung älterer, meist infantiler Gefühle sind, welche sich ursprünglich auf wichtige Bezugspersonen des Patienten/ der Patientin richteten.

Mit **Gegenübertragung** sind Einstellungen, Erwartungen, Gefühle des Arztes gegenüber dem Patienten gemeint, die oft als Reaktion auf die Übertragungsgefühle des Patienten/der Patientin entstehen. Ein wichtiger Faktor in der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ist es, sich als Arzt/Ärztin diese Gegenübertragungsreaktionen bewusst zu machen und nicht unbewusst auszuagieren(vgl. Beispiele in Abschnitt 1.2.3.).

Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sind im übrigen nicht auf die Arzt-Patient-Interaktion begrenzt. Sie treten in jedem zwischenmenschlichen Kontakt auf.

Deutungen sind Interventionen, in denen der Analytiker dem Patienten mitteilt, wie er seine Einfälle und sein Verhalten versteht, d.h. welche unbewussten Motive er darin erkennt. Sie enthalten also die Einsichten des Analytikers. Sie bewirken beim Patienten, wenn sie zutreffend sind und nicht aufgrund von Widerständen abgelehnt werden müssen, Einsichten und vermitteln ihm vor allem das Erlebnis, vom Analytiker verstanden zu werden.

Der deutende Umgang mit der therapeutischen Beziehung ist das Charakteristikum der Psychoanalyse. Suggestive Aspekte, Lernerfahrungen oder stützende Wirkungen der Interventionen des Analytikers sind selbstverständlich nicht ausgeschlossen. Sie sind jedoch Aspekte der unspezifischen Einflussnahme und nicht mit der Psychoanalyse ausdrücklich beabsichtigte Heilungsfaktoren.

Deutungen sind nicht einmalige, Aussagen, sondern ein komplexer Prozess:

- Der erste, Schritt ist die sog. **Konfrontation**, d.h. der Analytiker macht den Analysanden auf taktvolle und einfühlsame Weise auf ein bestimmtes, näher zu untersuchendes Phänomen aufmerksam, z.B. auf ein bestimmtes Verhalten (besonders rasches Reden, Schweigen usw.) in der Behandlungsstunde.
- Der zweite Schritt ist die **Klärung**: So kann z.B. geklärt werden, wie der Patient sich beim Schweigen fühlt, was ihm währenddessen durch den Sinn geht oder woran ihn sein Schweigen erinnert. Die Klärung kann Material zutage fördern, das das Verständnis des Schweigens erleichtert.
- Der eigentliche erklärende Schritt ist dann die **Interpretation**. Der Analytiker kann dem Patienten z.B. mitteilen, dass das Schweigen ihm helfen soll, Gefühle der Unsicherheit zu verbergen, die sich daraus ergeben, dass er den Analytiker eindringend und bevormundend erlebt.

Deuten und Durcharbeiten

Eine richtige Deutung muss gut vorbereitet sein, den rechten Zeitpunkt haben, inhaltlich zutreffend sein und berücksichtigen, ob der Patient sie voraussichtlich auch annehmen kann. Wenn Widerstände die Bereitschaft, eine Deutung anzunehmen, beeinträchtigen, müssen zuerst die Widerstände analysiert werden. Vorschnelle Deutungen sind nutzlos. Wesentlicher als eine rationale Einsicht ist, dass sie gefühlsmäßige Betroffenheit bewirken. Einzelne Deutungen können in der Regel keine dauerhaften Veränderungen bewirken. Die Aufarbeitung lebensgeschichtlich verwurzelter Konflikte erfordert meistens einen langen Zeitraum, in dem die Konfliktodynamik sich immer wieder in neuer Gestalt in der Übertragung darstellt und durch Widerstände verdeckt wird und in dem immer wieder von neuem über Deutungen Widerstand aufgeklärt und beseitigt und Einsichten errungen werden. Dieser Prozess wird als Durcharbeiten bezeichnet und bewirkt letzten Endes die Veränderungen in der Persönlichkeit, die zur dauerhaften Symptombeseitigung erforderlich sind.

Literatur

Ermann, M. (1999): „Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin.“ Stuttgart: Kohlhammer: S. 289-296, S. 298-303.

2.3.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Dabei handelt es sich um ein Spektrum von Therapieformen, die alle vom psychoanalytischen Standardverfahren abgeleitet sind. Gemeinsam mit der Psychoanalyse ist ihnen zunächst die Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Auch soll das Behandlungsziel in Form von Heilung oder Besserung über Einsicht und eine positive Beziehungserfahrung erreicht werden. Die wesentlichen Unterschiede liegen jedoch in einer Begrenzung bzw. eher Beachtung als gezielter Förderung psychoanalytischer Behandlungsaspekte. **Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand** spielen auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine wichtige Rolle, die Konfliktbearbeitung erfolgt jedoch unter deutlicher **Einschränkung von Regression und Übertragung**. Anders als in der analytischen Psychotherapie ist das Behandlungsziel fokussierter und richtet sich nicht auf eine Veränderung der gesamten Persönlichkeit, sondern auf die Auflösung oder Verringerung von Symptomen oder eine begrenzte Verhaltensveränderung. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist somit durch eine zeitliche Limitierung mit Zielorientierung und inhaltlichem Fokus zu charakterisieren. Die Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen Symptomatik und **aktueller** auslösender Situation sowie der **aktuellen** Beziehung sind zentrale Aufgaben. Der therapeutische Rahmen ist gekennzeichnet durch eher niederfrequente Sitzungen (1-2x/Woche), Gegenübersitzen und eine **aktivere Haltung** des Therapeuten, unter Berücksichtigung kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Elemente. Im Vergleich dazu dauern psychoanalytische Therapien 80-240 Sitzungen und länger.

Hier soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, das eine Verfahren sei „besser“ als das andere. Auch heute noch haben langdauernde Psychoanalysen bei vielen Patient/innen großen Nutzen. Es kommt dabei auf eine möglichst sorgfältige Indikationsstellung an.

Literatur

- Ermann, M. (1999): „Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin.“ Stuttgart: Kohlhammer, S. 317-325
Wöller W, Kruse J (2005) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer- Verlag, 2. Auflage
Reimer C, Rüter U (2006): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Reimer C, Rüter U : Psychodynamische Psychotherapie, Springer-Verlag, 3. Auflage, Berlin, S. 49-84

2.3.3. Verhaltenstherapie (Lerntheoretische Verfahren)

Im Gegensatz zu den Ansätzen, die auf der psychodynamischen Basis Freuds beruhen, sieht die Lerntheorie in der Neurose keine Folgen von unbewussten Konflikten sondern von erlernten Fehlverhaltensweisen, die durch neue, therapeutisch induzierte Lernprozesse korrigiert werden können.

Verhaltenstherapie beruht auf der Anwendung psychologischen Wissens, vor allem von Erkenntnissen der Lerntheorie, auf die Behandlung psychisch Kranker. Sie betont, dass Verhalten sowohl *erlernbar* als auch *verlernbar* ist. Gleichzeitig geht die Verhaltenstherapie über die engen Grenzen der Lerntheorie hinaus, indem sie die funktionelle Einheit von Verhalten und Erleben (Kognitionen, Motive, Emotionen, sozialer Kontext) für die Verhaltensregulation in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen stellt. Subjektives Erleben und situative Handlungsziele bestimmen zum einen das individuelle Verhalten, zum anderen verändern das Verhalten und seine Folgen wiederum das subjektive Erleben. Diese vereinfachte Erklärung der Wechselbeziehung von Erleben und Verhalten beschreibt einen Lernprozess, der sowohl für die normale als auch die gestörte psychische Entwicklung gültig ist. In der Verhaltenstherapie werden auf der Grundlage von gezielten Verhaltensanalysen (**funktionale Analyse**) Hypothesen darüber formuliert, welche Faktoren eine Störung aufrechterhalten. Hypothesengeleitet werden daraufhin gezielte Behandlungsmaßnahmen zur positiven Veränderung des Zustandes des Patienten geplant. Diese Veränderungsmaßnahmen haben einen starken Übungscharakter, wobei die Mitarbeit und Eigenaktivität des Patienten in der aktiven Therapieplanung und Mitgestaltung der Therapiemaßnahmen gefordert ist.

Seit Mitte der 70er Jahre kam ein Prozess in Gang der als „kognitive Wende“ bezeichnet wird. Wurden anfänglich ausschließlich Lernarrangements berücksichtigt und intrapsychische Prozessen („black box“) ausgeklammert, kam es nun zur Hinwendung und Berücksichtigung von Kognitionen, Wahrnehmungsprozessen, Emotionen und inneren Konflikten. Vor allem sollten Techniken gezielt zur Veränderung von Einstellungen, Erwartungen und Befürchtungen führen. Zu den Aneignungstechniken zählen: **Techniken zur Selbstkontrolle- und Steuerung, Rollenspiele, Selbstverbalisierung, Konfrontationsverfahren (besonders bei Ängsten), Training der sozialen Kompetenz, Training in Selbstsicherheit, Modell-Lernen und Problemlösestraining.**

Literatur

- Margraf J (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Springer- Verlag.

2.3.4. Kassenanerkannte Therapieverfahren

Die Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens zur allgemeinen Krankenbehandlung setzt eine hinreichende Wirksamkeitsüberprüfung dieses Verfahrens voraus (vgl. Abschnitt 3.4.). In ihrer Wirksamkeit sicher nachgewiesene und kassenanerkannte Therapieverfahren sind **analytische** und **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und **kognitiv-behaviorale Verfahren (Verhaltenstherapie)**.

Für alle psychotherapeutischen Verfahren ist die Dauer, also der Leistungsumfang, begrenzt. In allen Ländern hat sich, nicht zuletzt aufgrund von Kostenfragen, eine starke Bewegung hin zu Kurzzeittherapien ergeben. Aber nicht nur ökonomische Faktoren haben diese Bewegung geleitet, auch die Erkenntnis, dass therapeutische Veränderungen oft in kürzerer Zeit eingeleitet werden können.

Kriseninterventionen und Kurzzeittherapien (max. 25 Sitzungen) werden ohne Gutachterverfahren genehmigt, längerfristige Therapien (Tiefenpsychologie 50 - 100 Sitzungen, Analytische Therapie 80 - 240 Sitzungen und Verhaltenstherapie 45 - 80 Sitzungen) setzen die Überprüfung der Psychotherapieindikation in einem Gutachterverfahren voraus. Hierbei werden die anonymisierten Befunde (biographische Anamnese und therapeutische Überlegungen) einem auswärtigen Gutachter zugesandt. Dieser überprüft, ob eine Störung von Krankheitswert vorliegt und das geplante Verfahren für die Störungen des Patienten geeignet ist. In diesem Gutachterverfahren geht es sowohl um die Indikationsstellung als auch um die Überprüfung, ob es sich um eine kostenpflichtige Krankenbehandlung und nicht um eine Beratung der allgemeinen Lebensprobleme handelt. Damit erfährt die psychotherapeutische Behandlung in jedem Einzelfall eine explizite Legitimierung und eine in anderen Fächern lange Zeit nicht übliche Qualitätssicherung.

Literatur

Schüßler, G. (2005). Psychosomatik / Psychotherapie systematisch. 3. Auflage, Bremen: Uni-Med

2.3.5. Methodenkombination

Die o.g. kassenanerkannten Verfahren der sog. Richtlinien-Psychotherapie sind auch als *Grundverfahren zu sehen*, die jeweils unterschiedliche psychotherapeutische Techniken umfassen. Darüber hinaus gibt es innerhalb der psychotherapeutischen Praxis eine Reihe weiterer etablierter Therapieformen, mit teils aus den o.g. Grundverfahren abgeleiteten, teils eigenständigen Methoden. Die Realität ist mittlerweile durch einen therapeutischen Eklektizismus gekennzeichnet, der kritisch auch als unsystematische Methodenkombination zu umschreiben ist. Das positive rationale Motiv besteht darin, Patienten die Form von Psychotherapie zukommen zu lassen, die ihnen individuell und für ihr jeweiliges Störungsbild am meisten nützt. (→ auf Kriterien von Nützlichkeit und Effektivität von Psychotherapie wird unter 3.4 eingegangen). Dies hat im Rahmen der Psychotherapieforschung u.a. zu einem sog. „allgemeinen Konzept von Psychotherapie“ mit dem Versuch geführt, auch allgemeine, möglichst über die verschiedenen Therapieschulen/Grundverfahren hinweg gültige **Wirkfaktoren** (u.a. *Ressourcenaktivierung; Problemaktualisierung; aktive Hilfestellung zur Problembewältigung, motivationale Klärung*) herauszufiltern. Diese vermeintliche Allgemeingültigkeit ist zugleich aber auch ein Nachteil, da sie psychotherapeutische Unterschiede und damit auch „Widersprüchlichkeiten“, die sich in einer individuellen Psychotherapie als fruchtbar und lösungsorientiert erweisen, so nivelliert. Vielmehr ist eine **Methodenkombination** anzustreben und auch zu evaluieren, wo sie sich nützlich aufgrund des Krankheitsbildes und der Persönlichkeit des Patienten (*„die Menschen sind unterschiedlich“*) erweist. Patienten z.B. mit Ess-Störungen, Zwangserkrankungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen dürften von einer Kombination aus psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Methoden mehr profitieren als von einer „schulreinen“ Therapie. Ein Beispiel für Methodenkombination ist die stationäre psychotherapeutische Behandlung der Anorexie. Ein sinnvolle Methodenkombination bei entsprechender Indikation setzt zweierlei voraus: **a)** eine ausreichende Methodentransparenz, um auch zu wissen, was es zu kombinieren gilt (dieser Stand ist noch nicht erreicht), und **b)** ausreichendes Wissen und ausreichende Erfahrung auf Seiten des Therapeuten.

Merke: eine wissenschaftlich begründete und klinisch brauchbare Kombination evaluierter psychotherapeutischer Methoden auf der Grundlage einer Methodentransparenz der etablierten Grundverfahren (psychodynamisch und kognitiv-behavioral) erscheint nützlich. Eine sog. Methodenintegration dagegen erscheint in dem Vorbehalt, Psychotherapie zu vereinheitlichen und unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zu nivellieren.

Literatur

Senf, W. & Broda, M. (1997): „Methodenkombination und Methodenintegration als Standard in der Psychotherapie?“ PPM 47: S. 92-96

2.4. STRUKTUR UND KONZEPT DER KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE IM UNIVERSITÄTSKLINIKUM GÖTTINGEN

2.4.1. Profil und Konzept

Die seit nunmehr 30 Jahren existierende Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist eine eigenständige **Versorgungseinrichtung** innerhalb des Zentrums Psychosoziale Medizin. Sie verfügt im stationären Bereich über einen psychosomatischen Konsiliar- Liaisondienst für sämtliche Fachabteilungen, eine Psychotherapie-Station (4095; 15 Betten) und eine Station für internistische Psychosomatik / Psychokardiologie (2024; 20 Betten). Im ambulanten Sektor gruppieren sich um die Psychosomatische Poliklinik für ambulante Patienten sog. Spezialambulanzen mit spezifischem Schwerpunkt sowie eine Psychotherapeutische Ambulanz für Studierende der Universität Göttingen.

Forschungsschwerpunkte der Abteilung liegen insbesondere im Bereich der **Psychotherapieforschung**, (Psychotherapie bei generalisierter Angststörung und sozialer Phobie, Wirksamkeit und Verlaufsprozesse stationärer Psychotherapie), weiterhin im Bereich der **Psychokardiologie** (u.a. Diagnostik psychischer Komorbidität; psychophysiologische Diagnostik; psychosomatische Aspekte bei implantierten Defibrillatoren; psychosomatische Aspekte und Psychotherapie bei KHK und Herzinsuffizienz) sowie im Bereich der **Essstörungen** (u.a. familiäre Beziehungsfaktoren; Qualitätssicherung der Beratung, Therapie der Bulimie) sowie im Bereich **Krankheitsbewältigung und Lebensqualität** bei chronischen und malignen Erkrankungen. Ein neu eröffnetes Forschungslabor befasst sich mit **molekularen Mechanismen psychosomatischer Prozesse**.

Die genannten Forschungsschwerpunkte wurden durch umfangreiche Drittmittelinwerbungen gefördert (DFG, BMBF; begutachtete Stiftungen).

Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist umfangreich an der studentischen Ausbildung und **Lehre** beteiligt (u.a. Basisfähigkeiten-Kurs; Psychosomatische Ausbildung im Modul 5.1 / Nervensystem und Psyche; Veranstaltungen im Bereich anderer Fächer & Module).

Das **Behandlungskonzept** der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beruht auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Medizin (siehe 2.1./2.2.5.) und strebt dabei **a)** die Integration sinnvoller Methoden und wissenschaftlich ausgewiesener Therapieverfahren und **b)** die Kooperation mit allen Fachabteilungen des Hauses an. Ziel ist es dabei, Psychosomatisches Denken und Handeln als wertvolle Ressource in allen drei relevanten Bereichen: der Patientenversorgung, der Forschungsaktivität und insbesondere in der Ausbildung angehender Ärzte/innen zu integrieren.

Als klinische Einrichtung des entsprechenden Facharztgebietes mit dem Anspruch an eine Erst- bzw. Akutversorgung grenzt sich die Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie einerseits zu stationären Psychiatrie-/Psychotherapieeinrichtungen, andererseits zu psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen ab.

Die klinische Versorgung in der bestehenden Struktur bzw. mit der gegebenen Binnendifferenzierung (s.u.) ist Grundlage für eine patientenbezogene studentische Lehre im Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und für die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der psychosomatischen Grundversorgung, wie sie in den Facharztweiterbildungsordnungen zunehmend für die verschiedensten Facharztanerkennungen gefordert wird. Weiterhin ist sie Grundlage für die Forschung, u.a. im Bereich der Versorgungsforschung psychosomatischer Erkrankungen. Die zunehmende Beachtung individueller psychischer Faktoren in ihrer Bedeutung für Therapieentscheidungen und Behandlungseffizienz bedarf ebenso wie die zunehmende Beachtung *somato-psychischer* Auswirkungen in anderen Krankheitszusammenhängen (z.B. Onkologie, Kardiologie, Transplantationsmedizin, Reproduktionsmedizin) der engen interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb des Klinikums, die durch die räumliche Nähe erleichtert wird.

2.4.2. Krankenversorgung und klinische Schwerpunkte

Ambulante Versorgungsebene

In der allgemeinen *Psychosomatischen Poliklinik* werden überwiegend Patienten zur diagnostischen Abklärung bzw. zur psychosomatischen Mitbeurteilung und mit der Frage einer sinnvollen Behandlungsplanung vorgestellt. Dabei handelt es sich häufig um Patienten mit Chronifizierung, Multimorbidität, somatischer Fixierung oder auch geringer Therapiemotivation, für die sich eine ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten als schwierig darstellt. Im Rahmen der sog. Psychosomatischen Institutsambulanz (**PSIA**) besteht die Möglichkeit, diese Patienten mit einem multiprofessionellen Behandlungsangebot zu versorgen. Zum Aufgabenbereich der Poliklinik gehören in erster Linie diagnostische Leistungen sowie Indikationsstellung und Beratung hinsichtlich einer Psychotherapie. Darüber hinaus erfolgt möglichst eine Bahnung der weiteren psychotherapeutischen/psychosomatischen Behandlung mit der Vermittlung

eines Behandlungsplatzes. In Einzelfällen werden auch kurzfristige poliklinische Behandlungen durchgeführt. Weitere spezifische ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind:

- **Spezialambulanz für internistische Psychosomatik/Psychokardiologie:** Patienten mit internistischen, schwerpunktmäßig vor allem kardiologischen Erkrankungen und nachfolgender bzw. gleichzeitiger psychischer Problematik sowie Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden im Bereich der Inneren Organe mit oder ohne zusätzlichen Organbefund (u.a. kardiofunktionelle Symptomatik/Herzneurose; ängstlich-depressive Störungen bei KHK/Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen; Htx; labiler Hypertonus; sowie psychosomatische Aspekte bei Diabetes mellitus, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen etc.).
- **Spezialambulanz für Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie:** Patienten mit somatoformen, psychosomatischen und chronisch körperlichen Erkrankungen sowie Patienten mit psychischen Erkrankungen, bei denen eine verhaltenstherapeutische Behandlung indiziert ist (u.a. spezialisiertes Therapieangebot bei Generalisierter Angststörung; Kooperation mit Schmerzambulanz).
- **Spezialambulanz für Familientherapie:** Familiendiagnostik und –therapie unter der Prämisse, dass dysfunktionale interpersonale Beziehungen resp. familiäre Beziehungsmuster wesentlich beteiligt und sogar ursächlich für individuelle psychische und psychosomatische Störungen sein können (psychoanalytisch fundierter „Mehrgenerationen-Ansatz“; systemische bzw. strukturelle Behandlungstechniken).
- **Spezialambulanz für Ess-Störungen:** spezifisches Beratungs- und Behandlungsangebot für Patientinnen mit Ess-Störungen (vgl. 3.3.3.-3.3.5.) mit einer indikationsabhängigen Kombination psychodynamischer, verhaltens- und familientherapeutischer Behandlungsmethoden.
- **Psychotherapeutische Ambulanz für Studierende:** Diagnostik, Beratung und Behandlung in Krisensituationen, bei psychischen und sozialen Problemen sowie bei psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen Studierender. Dabei auch Fokussierung auf studienspezifische Probleme wie z.B. Arbeits- und Lernstörungen oder Examensängste.

Stationäre Versorgungsebene

Konsiliardienst

Bei etwa einem **Drittel** aller Krankenhauspatienten mit somatischen Beschwerden bestehen auch psychische Störungen, die in etwa der Hälfte der Fälle krankheitswertig und damit behandlungsbedürftig sind (**10% bis 20%**). Hinzu kommen weitere relevante psychosoziale Probleme (familiäre u. Versorgungssituation; Beruf etc.). Diese Störungen und Probleme gehen einher mit vermehrter und häufig unangemessener Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie. Da sie zuvor vielfach nicht erkannt und behandelt wurden, bietet der Klinikaufenthalt eine wichtige Chance, die notwendige Therapie einzuleiten und so Unterversorgung, Chronifizierung und Sekundärkomplikationen zu reduzieren. Insofern trägt der Psychosomatische Konsiliardienst unmittelbar zur gesamten Diagnostik und Therapie der Patienten im UKG mit. Ziel ist die psychosomatische Versorgung im Rahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses (vgl. 2.2.5.), auch um die verschiedenen Versorgungsangebote patientenorientiert zu koordinieren.

Das hiesige und dabei auch gängige Konsiliarmodell sieht vor, dass der psychosomatische Konsiliarer bedarfsweise patientenbezogen von den einzelnen Stationen des Hauses angefordert wird. Die häufigsten Anlässe sind **unklare körperliche Beschwerden und Symptome, psychische Probleme** und **Verhaltensauffälligkeiten** sowie psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte. Nach einer kollegialen Vorinformation erfolgt die Kontaktaufnahme des jeweiligen Patienten auf der Station oder ggf. in einem separaten, dafür vorgesehenen Raum. Das konsiliarische Gespräch sollte möglichst ungestört und in Abwesenheit anderer, z.B. von Mitpatienten erfolgen, was bei bettlägerigen und dabei schwerkranken Patienten mitunter schwer zu realisieren ist. Weiterhin ist eine Absprache des konsilianfordernden Kollegen mit dem Patienten im Vorfeld sinnvoll und geboten, eine Zustimmung des Patienten erforderlich. Erfolgt die psychosomatische Kontaktaufnahme dagegen unvorbereitet und aus Patientensicht sogar ungebeten, belastet dies nicht selten die mit dem psychosomatischen Konsil eigentlich angestrebten Ziele. Die Aufgaben des psychosomatischen Konsiliardienstes bestehen in einer **diagnostischen Einschätzung bzw. Mitbeurteilung**, einer bedarfsweise indizierten **Krisenintervention, psychosomatischen Mitbehandlung** und **Beratung** sowie ggf. in der **Motivierung** des Patienten zu einer **poststationären psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Behandlung**.

Im Rahmen des Konsiliardienstes werden Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen mitbetreut und behandelt. Da sind zum einen Krankheiten, bei denen eine psychosoziale (Mit-)Verursachung anzunehmen ist. Hier handelt es sich u.a. um funktionelle Störungen, psychogene Schmerzsyndrome, aber auch um Krankheitsbilder mit Verlaufsbeeinflussung durch psychosoziale Faktoren (z.B. Hypertonus; entzündliche Darmerkrankungen; rheumatoide Erkrankungen; Asthma bronchiale; Neurodermitis u.a.). Schließlich werden die häufig zu beobachtenden depressiven und ängstlichen Reaktio-

nen auf schwere körperliche Erkrankungen Anlass einer Behandlung bzw. Beratung durch den psychosomatischen Konsiliardienst. Häufige Schwierigkeiten bei der Bewältigung primär körperlicher Erkrankungen (Coping) bedürfen einer diagnostischen Abklärung, um hier sinnvolle Behandlungsvorschläge machen zu können. Ferner gibt es eine Gruppe von Patienten, bei denen eine (latente) psychische Erkrankung durch eine körperliche Erkrankung bzw. die damit einhergehende Behandlungsbedürftigkeit erst manifest wird. Auch hier ist eine psychotherapeutische Mitbehandlung notwendig.

Zusammengefaßt führen in erster Linie folgende Störungen zu psychosomatischen konsiliarischen Mitbehandlungen:

- Funktionelle bzw. somatoforme Störungen (ICD-10 F 45; vgl. 3.3.2.)
- Somatische Erkrankungen mit (Verlaufs-)Beeinflussung durch psychosoziale Faktoren (ICD-10 F 54)
- Probleme der Krankheitsbewältigung, insbesondere ängstliche u. depressive Reaktionen (Anpassungsstörungen; ICD-10 F 43; vgl. 3.3.7.)
- Psychische Störungen, die unabhängig von der körperlichen Erkrankung vorliegen, deren Behandlung bzw. Compliance aber beeinflussen.

Die Anforderungen für psychosomatische Konsiliaruntersuchungen kommen überwiegend aus der Inneren Medizin (40%-50%), gefolgt von der Neurologie und den tendenziell unterrepräsentierten operativen Fächern. Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Konsilepisode beträgt ca. 3.5 Stunden für Erst- und Folgekontakte einschließlich der Dokumentation. Manchmal ist ein einziger konsiliarischer Kontakt ausreichend für eine diagnostische Einschätzung mit Behandlungsvorschlag, in anderen Fällen sind Mitbetreuungen über mehrere Kontakte im Behandlungsverlauf notwendig.

Neben den o.g. Indikationen zählt zu den Aufgabenbereichen des psychosomatischen Konsiliardienstes auch die Mitbeurteilung und -betreuung von Patienten der Transplantationsmedizin (Evaluation bei Htx; Ltx) sowie die Mitbetreuung psychisch belasteter onkologischer Patienten (→ Psychoonkologie). Konsiliarische psychosomatische Beteiligungen bestehen darüber hinaus in einer wöchentlich abgehaltenen interdisziplinären Liaisonvisite (kardiologisch-internistische Station) sowie in patientenbezogenen Teamsupervisionen im Bereich der Onkologie.

Stationäre Psychotherapie (Station 4095)

Der stationären Psychotherapie geht immer ein diagnostisches Vorgespräch zur Klärung der Indikation voraus. Nach einem **psychodynamischen Grundkonzept** erfolgt die Behandlung in Form von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, ergänzt durch komplementäre Behandlungsverfahren wie Gestaltungstherapie, Körper- und Bewegungstherapie sowie Entspannungsverfahren (AT; PMR). Bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Angststörungen, Zwangserkrankungen oder Ess-Störungen) kommen zudem **verhaltenstherapeutische Techniken** zum Einsatz. Die Behandlung berücksichtigt also sowohl das Verständnis der eigenen Lebensgeschichte als auch die Erarbeitung von Problemlösungen für aktuelle, in der jeweiligen Lebenssituation verhaftete Schwierigkeiten. Das therapeutische **Gruppenkonzept** ermöglicht es dabei, dass Patienten in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie ihre Konflikte, Probleme wie auch Lösungswege reflektieren (*therapeutischer Schutzraum*) und diese zugleich im stationären Zusammenleben mit den anderen (*Realraum*) überprüfen können. Neben der Besserung der Beschwerden (Symptome) wird als Ziel der Behandlung der stationären Psychotherapie die Bearbeitung zugrunde liegender innerer Konflikte angestrebt. Letzteres hängt auch von den individuellen Möglichkeiten (Introspektion; Motivation, Strukturniveau etc.) ab, grundsätzlich gilt jedoch die Leitvorstellung, dass der Patient in seiner **Eigenverantwortlichkeit** und seinen **Ressourcen** angesprochen und unterstützt wird.

Das Indikationsspektrum umfasst sämtliche Erkrankungen aus dem Bereich der psychosomatischen und funktionellen Störungen sowie der Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. 3.3.). Die stationäre Verweildauer kann zwischen 2-4 Wochen bei kurzen Kriseninterventionen betragen, liegt aber durchschnittlich zwischen 8-12 Wochen. Noch im Rahmen der stationären Therapie wird eine - überwiegend notwendige - ambulante Weiterbehandlung vorbereitet, welche niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten übernehmen.

Die **Indikation** zur **stationären Psychotherapie** ergibt sich allgemein dort, wo eine ambulante Behandlung psychischer bzw. psychosomatischer Störungen aufgrund ihrer **Art, Schwere** und sich abzeichnenden **Chronizität** prognostisch ungünstig erscheint. Viele stationär aufgenommene Patienten weisen eine längere Krankheitsanamnese mit teils mehrfachen, erfolglosen ambulanten Psychotherapieversuchen auf. Indikationskriterien für stationäre Psychotherapie sind im einzelnen u.a:

- unzureichende Motivation für ambulante Behandlung
- Symptomeinschränkungen verhindern ambulante Therapie (z.B. Agoraphobie; somatoforme Schmerzstörung)
- Persönlichkeitsstörungen mit Ich-struktureller Schwäche mit reduzierter Fähigkeit zu kontinuierlicher ambulanter therapeutischer Beziehung
- Milieugründe (Partnerschaftskrisen; familiäre Verstrickung etc.) → Herauslösung aus pathogenem Umfeld
- bei somatoformen Störungen zur Erarbeitung einer psychosomatischen Therapiemotivation

- zu diagnostischen Zwecken bei noch unklarer Einordnung des Beschwerdebilds (z.B. DD dissoziative Störung)
- bei indizierter komplexer bzw. multimodaler Behandlungsform (z.B. Ess-Störungen)
- Krisenintervention

Nicht indiziert ist die Behandlung u.a. von Suchterkrankungen, die zunächst eine Entgiftung erfordern, floriden Psychosen oder von Patienten, bei denen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im engeren Sinne einer Rehabilitation erforderlich sind.

Stationäre Psychosomatische Therapie (Station 2024)

Auch hier erfolgt die stationäre Aufnahme in der Regel nach einem Vorgespräch mit einem der Stationstherapeuten, in dem die Notwendigkeit einer stationären psychosomatischen Behandlung besprochen wird und die Möglichkeit der Besichtigung der Station besteht.

Die stationäre internistisch-psychosomatische / psychokardiologische Behandlung erfolgt nach einem integrierten Behandlungskonzept, welches gleichzeitig und gleichberechtigt die Behandlung körperlicher und seelischer Krankheitsanteile ermöglicht. Hier werden insbesondere Herzerkrankungen mit Depressionen und/ oder Angststörungen, sowie ausgeprägte psychische Mitbeteiligungen bei therapieresistenten Bluthochdruckentgleisungen oder anderen Erkrankungen, bei denen eine psychische Beteiligung vorliegen kann, wie z. B. Diabetes mellitus, rheumatoiden Erkrankungen und chronischen Darmentzündungen, behandelt. Insbesondere bei somatoformen Störungen mit starker somatischer Kausalattribution von Seiten des Patienten sind die multimodalen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten eine wesentliche Voraussetzung zur Erweiterung des Krankheitsverständnisses und somit eine wesentliche Herangehensweise für eine veränderungswirksame Behandlung. Hier erfährt der Patient häufig erstmals, dass seine Beschwerden „nicht rein körperlich zu erklären sind“, aber er sich diese „auch nicht nur einbildet“. Häufig haben diese Patienten im Vorfeld die Erfahrung gemacht, dass sie somit auch keiner Behandlung bedürfen, da sie ja „nichts haben“. Dass es eben doch eine Behandlungsmöglichkeit gibt, erfahren die Patienten während der hiesigen Therapie.

Insbesondere bei differenzialdiagnostischen Abklärungen stehen einerseits alle technischen Möglichkeiten des Universitätsklinikums (incl. eigener Apparaturen zur psychophysiologischen Diagnostik und Behandlung), andererseits ein umfassendes psychosomatisches Therapiekonzept zur Verfügung. Dieses besteht aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Kunsttherapie, Entspannungstraining und Körpertherapie sowie Angeboten des Pflegepersonals. Je nach Problemstellung kann die Psychotherapie sowohl mit psychodynamischem als auch mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt erfolgen, wobei insbesondere die Leib-Seele-Wechselbeziehungen Beachtung finden und in ein ganzheitliches Krankheitsverständnis und Behandlungskonzept einfließen. Ziele können sowohl die Besserung der körperlichen und psychischen Beschwerden bzw. Erkrankung, als auch die bessere Verarbeitung einer körperlichen Erkrankung sein. Hierzu ist häufig ein veränderter Umgang mit sich selbst und anderen Menschen notwendig. Bei Bedarf kann zusätzlich auch die körpermedizinische Behandlung angepasst werden.

Je nach Krankheitsbild und Fragestellung können Aufenthalte ab ca. 1 Woche Dauer zur intensiven psychosomatischen Diagnostik bei unklaren Krankheitsbildern bis hin zu drei- bis sechswöchigen Therapien bei ausgeprägten psychosomatischen Krankheitsbildern angeboten werden.

Den Behandlungsschwerpunkt der Psychosomatischen Fachabteilung stellt die Erstdiagnostik *psycho-somatischer* Ursachenzusammenhänge dar, sowohl bei funktioneller Symptombildung aller Körperregionen als auch bei organischen Erkrankungen mit komplizierten Verläufen, die durch psychische Faktoren mitbedingt sind. Dies gilt insbesondere für die ambulante und die konsiliarische Versorgung, für sie sich mit der Psychokardiologie und Psychoonkologie Schwerpunktbereiche der Abteilung entwickelt haben. Auf der Psychotherapiestation, deren besonderer Wert und deren Bedeutung in einem integrativen, über die Jahre weiterentwickelten Behandlungsansatz liegen, kann nur ein Teil der im Vorfeld gestellten Indikationen umgesetzt werden. Dies liegt einerseits an der begrenzten Aufnahmekapazität, andererseits an fehlenden strukturellen Voraussetzungen für eine weitere Ausdifferenzierung und Spezialisierung stationärer psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten.

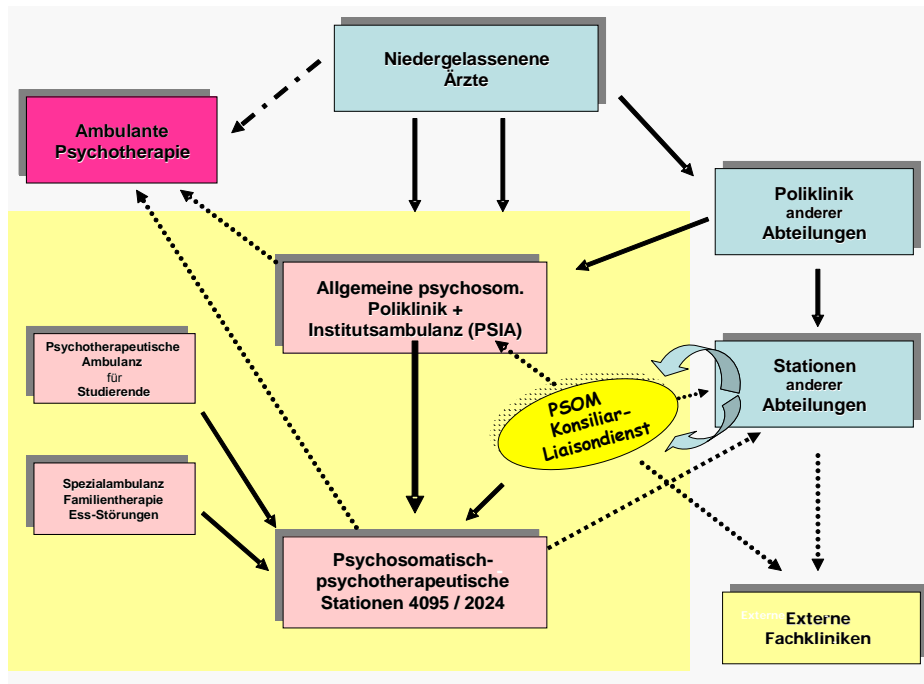
Die **Abbildung 3** zeigt schematisch die Versorgungsstruktur mit ihren verschiedenen Zuweisungsmöglichkeiten von extern und innerhalb des Klinikums. Die Abbildung soll auch darauf hinweisen, wie schwer es für den Hausarzt sein kann, seinen z.B. somatisierenden Patienten, für den ein ursächlicher Zusammenhang seiner Körperbeschwerden mit einer seelischen Belastungssituation nicht vorstellbar ist, direkt in eine indizierte Psychotherapie zu überweisen. Während hier in Einzelfällen die direkte Zuweisung an die **Psychosomatische Poliklinik** mit einer dann möglichen Motivierungsarbeit den Weg zu einer psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung oder aber die Zuweisung in die angegliederte sog. **Psychosomatische Institutsambulanz** den Zugang zu einem multiprofessionellen Behandlungsangebot ebnet, geht in anderen Fällen der (erneute) Umweg über andere somatische Abteilungen voraus.

Hier sind ambulante Zuweisungen aus anderen Polikliniken der UMG üblich sowie aus dem stationären Kontext heraus über der konsiliarischen Zugang.

Über den **Psychosomatischen Konsiliardienst** erfolgt entweder eine ausschließlich passagere Mitbehandlung, eine kurzfristige poststationäre Anbindung an die Psychosomatische Ambulanz oder – sofern indiziert – eine Übernahme auf die psychosomatisch-psychotherapeutischen Stationen (4095 oder 2024) sowie gelegentlich die Vermittlung einer externen stationären psychosomatischen fachklinischen Behandlung im Intervall.

Die Aufnahme auf die **Psychotherapiestation** erfolgt in der Regel über externe Zuweisungen von Patienten, deren stationäre Behandlungsindikation in einem ambulanten Vorgespräch geklärt wird. Weitere direkte Zuweisungen sind über die **Spezialambulanz für Ess-Störungen** sowie auch über die **Psychotherapeutische Ambulanz für Studierende** möglich. Schließlich werden auch stationäre Patienten aus der Psychiatrischen Klinik bei entsprechender Indikation in die stationäre Psychotherapie übernommen.

Abb. 3



3. PSYCHOSOMATISCHE KRANKHEITSBILDER, KLASSIFIKATION, EPIDEMIOLOGIE, PSYCHOTHERAPIE

3.1. EINTEILUNG PSYCHOSOMATISCHER KRANKHEITSBILDER

Eine strenge Unterscheidung in psychosomatische und somatische Erkrankungen wird heute nicht mehr vorgenommen. Krankheiten werden als ein multifaktorielles Geschehen verstanden (vgl. Kapitel 2), bei denen psychische und soziale Faktoren eine unterschiedliche Bedeutung haben und mit sehr geringem bis zu sehr hohem Gewicht in Entstehung, Verlauf und Behandlung eine Rolle spielen (nach Hoffmann & Hochapfel). Es gibt psychosomatische Zusammenhänge bei allen Krankheitsbildern, bei manchen sind sie ätiopathogenetisch zentral. **Menschliche „Eingebundenheit“** ist bis in die basalen körperlichen Prozesse (endokrinologisch, immunologisch...) wesentlicher Bedingungsfaktor für die gesunde Regulation von Körper und Psyche. Insofern trifft die Aussage zu: **„Psychosomatische Erkrankungen sind „Beziehungskrankheiten!“**

In der klinischen Praxis ist es oft hilfreich, eine Unterteilung der Krankheiten vorzunehmen, bei denen psychische Faktoren eine größere Rolle spielen. Die einfachste Einteilung erfolgt nach Organsystem oder Fachgebieten:

- Verdauungstrakt,
- Respirationstrakt,
- Herz-Kreislaufsystem,
- Endokrines System,
- Hautkrankheiten,
- Bewegungsapparat,
- Urogenitaltrakt,
- ZNS,
- Psychosomatik des Essverhaltens.

Ein anderer Ansatz besteht darin, Krankheiten, bei denen psychosoziale Faktoren eine größere Rolle spielen, nach psychodynamischen Gesichtspunkten einzuteilen. Diese Einteilung ist pragmatisch und hat sich bewährt:

- **Psychosomatische Krankheiten** im engeren Sinne („**Psychosomatosen**“ nach Engel):
Bei diesen Krankheiten lassen sich Organveränderungen nachweisen. Die Psychosomatosen stellen eine physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale „Zustände“ dar. V. Uexküll hat sie als Bereitstellungserkrankungen bezeichnet, da sie pathogenetisch mit vegetativen Bereitstellungsreaktionen (Kampf, Flucht, Aggression) verknüpft sind. Die Symptomatik ist also u. a. als Folgezustand vegetativer Spannungen zu verstehen.
In diese Gruppe der Organkrankheiten mit psychosozialer Komponente gehören z. B. Ulcus, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Asthma, Hypertonie, Neurodermitis, Arthritis, Tinnitus, KHK etc. Neben den genannten Erkrankungen müsste vollständigkeitshalber eine viel größere Anzahl mit ähnlich ausgeprägten seelisch-körperlichen und körperlich-seelischen Wechselwirkungen erwähnt werden.
Die Ätiologie dieser Erkrankungen ist multifaktoriell. Es findet sich eine große Variation der Bedeutung psychosozialer Faktoren. Die Frage ist in diesem Zusammenhang nicht: *„Handelt es sich um ein psychogenes Krankheitsbild oder nicht?“* - sondern: *„Lässt sich das Krankheitsbild durch ein psychosomatische Betrachtungsweise besser verstehen?“* Der wesentliche Anteil der somatischen Faktoren an der Genese der Erkrankungen ist unstrittig. Arbeitsschwerpunkt der Psychosomatischen Medizin in diesem ist Feld sind der Komplex der Krankheitsverarbeitung (**Coping**), der Psychotherapie parallel zur somatischen Behandlung und der Hilfestellung bei der Rehabilitation.
Bei den sekundär-reaktiven Anteilen – sprich der Verarbeitung der eigentlichen Erkrankung - bestehen fließende Übergänge zu den somato-psychischen Erkrankungen.
Bei Vorliegen von in Entstehung und/oder Verlauf relevanten psychosozialen Faktoren werden diese über die Ziffer „F54“ nach ICD-10 codiert: „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen“.
- Abgesehen davon werden auch **Essstörungen** bei Hoffmann & Hochapfel im Kontext der o.g. psychosomatischen Krankheiten abgehandelt. Essstörungen gehen obligatorisch mit körperlicher Symptomatik und häufig mit organpathologischen Veränderungen (z. B. Herzrhythmusstörungen bei Hypokaliämie und interstitieller Myokard-

fibrosierung in Folge von Anorexie) einher. Bei den Essstörungen ist der Arbeitsschwerpunkt der Psychosomatik zweifellos anders gelagert als oben dargestellt (vgl. hierzu 3.3.3 – 3.3.5.).

- **Konversionsneurosen** (vgl. 3.3.1.)

Diese Erkrankungen gehören zu den Neurosen im engeren Sinne. Allgemein ist unter Konversion die Umsetzung bzw. Umwandlung seelischer Konflikte in körperliche Phänomene zu verstehen. Beispiele sind insbesondere die in der ICD10 als „dissoziative Störungen“ klassifizierten psychogenen Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen („pseudoneurologische“ Krankheitsbilder wie psychogene Lähmung, psychogene Sensibilitäts- oder Bewusstseinsstörung etc.). Im Symptom kommt ein unbewusster und nicht gelöster psychischer Konflikt zum Ausdruck. V. Uexküll hat daher den Begriff „*Ausdruckskrankheit*“ für diese Erkrankungen gewählt. Gleichzeitig „dienen“ die Symptombildungen nach psychodynamischem Verständnis zur Lösung des unbewussten Konflikts (primärer Krankheitsgewinn). Hinter dem Symptom steckt eine umschriebene unbewusste Phantasie, die „dargestellt“ wird. Insofern wird die zugrundeliegende psychische Spannung über das Symptom abgeführt. Hierdurch unterscheiden sich die Konversionserkrankungen auch von den Psychosomatosen. Bei letzteren ist das Symptom die Folge von psychischer Spannung, sie wird aber nicht abgebaut.

- **Funktionelle Syndrome** (vgl. 3.3.2.)

Hierunter werden allgemein körperliche Beschwerden an vegetativ versorgten Organen verstanden. Wesentliches Kennzeichen ist das oft jahrelange Vorliegen von Symptomen ohne (hinreichend) erklärende organopathologische Veränderungen. Sie werden auch als **psychovegetative Störungen** bezeichnet. Eine Abgrenzung von den Konversionsneurosen ist oft schwierig. Die funktionellen Syndrome nehmen gewissermaßen eine Zwischenstellung zwischen den Konversionserkrankungen und den Psychosomatosen ein. Der Ausdrucksgehalt der Symptomatik ist anders als bei den Konversionserkrankungen gering(er) bis nicht erkennbar. Vielmehr wird die Symptomatik, vergleichbar den Psychosomatosen - allerdings ohne schwerwiegende Organpathologie -, als Folge psychischer Spannungen (Affekte) verstanden (Bereitstellungscharakter der funktionellen Syndrome). Die vegetative Symptomatik kann von den zugrundeliegenden Affekten begleitet werden (Affektkorrelat). Teilweise tritt die Symptomatik aber auch ohne Affekt quasi als Ersatz auf (Affektäquivalent).

Man kann zwei große Gruppen von funktionellen Störungen unterscheiden:

- Störungen, die ein eher allgemeines Syndrom darstellen, z. B: nicht-organische Schlafstörungen, Spannungszustände, Schwindel und Schmerzzustände.

- Störungen mit umschriebenen Dysfunktionen eines einzelnen Organsystems.

Nach ICD-10 werden letztere Syndrome als somatoforme autonome Funktionsstörungen bezeichnet.

- **Sekundäre Psychosomatische Erkrankungen / Somatopsychische Erkrankungen**

Eine primär organische Erkrankung wird für den Betroffenen sekundär Anlass zur weiteren Pathogenese. Die primär organische Krankheit bekommt für den Betroffenen sekundär in der Auseinandersetzung mit sich, der Krankheit und seiner Umwelt einen Ausdrucksgehalt (Stichwort „**Anpassungsstörung**“; vgl. 3.3.7.).

Die Beschäftigung mit dieser Patientengruppe ist erst in den letzten Jahren zu einem Kernversorgungsgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie geworden. Mit zunehmendem Maß, in dem es gelingt „Überleben zu sichern“, taucht die Frage des „**Wie**“ auf. Hier ist sicherlich die Gruppe der Karzinomkranken zu nennen (Stichwort „**Psychoonkologie**“ → Kap. 3.4.2.). Aus psychosomatischer Sicht steht oft das Thema Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität im Vordergrund.

Eine allgemeine Anmerkung insbesondere die Konversionserkrankungen und funktionellen Syndrome betreffend:

Die Diagnose wird - leider - oft gestellt, wenn keine hinreichend erklärenden organopathologischen Veränderungen nachweisbar sind. Diese Art der Ausschlussdiagnosestellung ist aber unzureichend. Um eine entsprechende Diagnose stellen zu können, muss es (wie übrigens bei allen anderen Diagnosestellungen auch) positive Gründe geben, d.h. es ist der Nachweis zu führen, das es pathogenetisch relevante psychosoziale Faktoren gibt.

Literatur

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

Hoffmann, S. O., Liedtke, R., Schneider, W. & Senf, W. (1999): „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland.“ Stuttgart, New York: Schattauer

Uexküll, Thure v. (2011): Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. Hrsg v. Adler R H., Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W & Wesiack W. München: Elsevier / Urban & Fischer, 7. Aufl.

3.2. EPIDEMIOLOGIE PSYCHOGENER ERKRANKUNGEN ALLGEMEIN

Psychogene Erkrankungen kommen in der Gesamtbevölkerung relativ häufig vor. Unter psychischen Störungen von Krankheitswert werden Störungen verstanden, die im ICD-10 (International Classification of Diseases) in der Sektion F und/oder im DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) mit relativ guter Übereinstimmung kodifiziert und beschrieben sind. Im Unterschied zu anderen Bereichen der Medizin werden psychische Störungen zur Erhöhung der diagnostischen Zuverlässigkeit ihrer Erfassung mittels expliziter diagnostischer Kriterien und differenzialdiagnostischer Regeln definiert (Wittchen & Jacobi, 2002).

Nach Befunden des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) wird die 12-Monats-Gesamtprevalenz psychischer Störungen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung (18-65 Jahre) auf 32% (von N=4181 Befragten) geschätzt. Knapp die Hälfte aller Betroffenen leidet unter mehr als einer behandlungsrelevanten Störung. (vgl. Wittchen & Jacobi, 2001; Köhle & Siol, 2003).

- Dysthymie (subklinische Depression): 4,5%;
- Depression: 8,3% ;
- Alkohol: 3,7 %;
- somatoforme Störung: 11%;
- Phobien: 12,6 %;
- Panikstörung: 2,3 %;
- Psychosen: 2,6 %.

Die Lebenszeitprävalenz wird mit 48% angegeben. Wie oben ersichtlich wird, machen hohen Anteil hierbei somatoforme Störungen aus. Eine noch höhere Prävalenz (56,6% von N=2050)) besteht laut Hessel et al. (2002) für somatoforme Beschwerden, die nicht nach ICD-10 oder DSM-IV als somatoforme Störung klassifizierbar sind.

Der Anteil an von psychogenen Störungen Betroffenen, die eine adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, wird von Wittchen & Jacobi auf etwa 10% geschätzt. Diese niedrige Versorgungsquote betrifft nicht alle Störungsgruppen gleichermaßen. Niedrigere Versorgungsquoten ergeben sich insbesondere für somatoforme Störungen aber auch Suchterkrankungen. Eigeninitiativ sucht nur ein sehr geringer Anteil der Patienten die für sie indizierte Behandlung auf (Schepank et al., 2000). Nach Janssen et al. (1999) werden psychogen Erkrankte nicht selten über einen langen Zeitraum (im Schnitt 6-8 Jahre) ausschließlich im somatischen System behandelt. Dies liegt zum Teil daran, dass die Patienten sich als körperlich krank erleben und entsprechend Behandlung im „somatischen System“ suchen.

Der Anteil von Patienten in der Hausarztpraxis und beim niedergelassenen Internisten mit behandlungsbedürftiger psychosomatischer Symptomatik wird auf ca. 35% geschätzt (Köhle & Siol, 2003). Die Identifikationsrate wird auf etwa 50% geschätzt (Kruse & Tress, 2001).

- 41% aller Arbeitsunfähigkeitszeiten (der letzten vier Wochen) wegen psychischer Erkrankung (Wittchen & Jacobi).
- Krk.-Daten von 2005: seit 1997 fast Verdopplung der AU-Zeiten aus psychischen Gründen.

Literatur

- Hessel A, Geyer M & Brähler E. (2002): Somatoforme Beschwerden in der Bevölkerung Deutschlands. *Z Psychosom Psychother* 48, 38-58
- Janssen PL, Franz M, Herzog, Heuft G, Paar G, Schneider W.(1999): Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer
- Köhle K & Siol T. (2003): Zur Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. in Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T & Wesiack W (Hrsg.) Uexküll – Psychosomatische Medizin München u. a.: Urban & Schwarzenberg. 567-575
- Kruse J & Tress W. (2001): Der Hausarzt im Gespräch mit seinen Patienten In Deter HC (Hrsg) Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Göttingen, Toronto: Huber. 294-300.
- Schepank H & Franz M. (2000): Grundlagen psychogener Erkrankungen – Verlauf In Studt HH & Petzold ER (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin. Berlin, New York: De Gruyter. 33-38.
- Wittchen HU & Jacobi F (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal* 2002. 6-15. .

3.3. SPEZIFISCHE KRANKHEITSBILDER

Zur allgemeinen Unterscheidung der unter 3.3.1.und 3.3.2. dargestellten Krankheitsbilder vgl. Abschnitt 3.2.

3.3.1. Konversionsneurosen (ICD-10: F44.x)

Nach ICD-10 sind allgemeine Kennzeichen der Konversionsneurosen der teilweise oder völlige Verlust der Wahrnehmungs- oder der Bewegungsfähigkeit, ohne (hinreichend) erklärenden Organbefund. Störungen von körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Funktionen der Sinnesorgane fallen hierunter. Sie werden zur Hauptkategorie der dissoziativen Erkrankungen gerechnet. Die Somatisierungsstörung, die nach psychodynamischem Verständnis als polysymptomatischer Typ ebenfalls zu den hysterischen Erkrankungen zu rechnen ist, wird demgegenüber nach ICD-10 als Somatoforme Störung klassifiziert.

Darüber hinaus besteht bezüglich der Konversionserkrankungen und der somatoformen Störungen in den gegenwärtigen diagnostischen Klassifikationssystemen eine nomenklatorische Uneinheitlichkeit. Nach dem DSM-IV werden die im folgenden dargestellten Konversionskrankheiten nämlich anders als nach ICD –10 ebenfalls den somatoformen Störungen zugeordnet. Im DSM-IV wird die Körpersymptomatik in den Fordergrund gestellt, nicht die Bewusstseinsbeeinträchtigung (Dissoziation). Wir halten uns im Folgenden an die Einteilung nach ICD-10:

- Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)
Die häufigste Form ist der teilweise oder völlige Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. Die motorischen Ausfälle sind in der Regel schlaffe Lähmungen, häufig hinken die Patienten. In der typischsten Form wird die Beschwerde sehr appellativ vorgetragen und das neurologische Substrat fehlt völlig. Aufgrund der „Lernfähigkeit“ der Patienten, was ihre Symptomatik angeht, sind sie oft nur schwer von neurologisch Kranken zu unterscheiden.
- Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)
Dissoziative Krampfanfälle können epileptische Anfälle in ihren Bewegungen stark nachahmen. Zungenbiss, schwere Verletzungen oder Urininkontinenz sind jedoch selten (ICD-10). Beim Konversionsanfall ist die Pupillenreaktion erhalten. Häufig sind die Patienten durch energisches Ansprechen aus dem Anfall „herauszuholen“. Ein unauffälliges EEG ist kein (!) sicheres Ausschlusskriterium (Hoffmann & Hochapfel).
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)
Klassisch sind die psychogenen Blindheit und Taubheit. Ein vollständiger Visusverlust ist aber selten. Visuelle Störungen bestehen häufiger im Verlust der Sehschärfe, im „Verschwommensehen“ oder „Tunnelsehen“. Weit häufiger sind sensible Dysfunktionen. Insbesondere Parästhesien (Missempfindungen) Hypästhesien (herabgesetzte Sensibilität) und Hyperästhesien sind zu nennen. Von den neurologischen Erkrankungen lassen sich die Symptome häufig dadurch abgrenzen, dass die Beschwerdeschilderung der Patienten deren Vorstellung von der sensiblen Versorgung entspricht und nicht dem segmentalen Nervenverlauf

Häufigkeit, Krankheitsverteilung, Verlauf

In der Literatur finden sich stark schwankende Angaben zur Prävalenz der Konversionsstörungen. Nach DSM-IV finden sich bei 1-3% ambulanter Patienten, die an psychiatrische Versorgungseinrichtungen überwiesen werden, im Vordergrund stehende Konversionssymptome. Nach Hoffmann & Hochapfel machen monosymptomatische Konversionserkrankungen vermutlich 10% aller psychogenen Körpersymptome aus. Die Lebenszeitprävalenz ist in westlichen Ländern wahrscheinlich < 1%; vermutet wird eine höhere Prävalenz in Entwicklungsländern (Hoffmann & Hochapfel). Ca. 3-5% stationär neurologisch behandelter Patienten leiden nach 2 Untersuchungen (Lempert, 1990; Kapfhammer, 1998) unter Konversionserkrankungen.

Konversionserkrankungen beginnen oft zwischen später Kindheit und frühem Erwachsenenalter. Bei späterem Beginn ist die Wahrscheinlichkeit eines nicht erkannten medizinischen Krankheitsfaktors hoch (DSM-IV).

Literatur

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- DSM-IV (1996). Göttingen u. a.: Hogrefe-Verlag.

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).

3.3.2. Somatoforme Störungen (ICD-10: F45.x)

Zu den unterschiedlichen Einordnungen der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-IV vgl. Abschnitt 3.3.1.

3.3.2.1. Diagnostische Kriterien

- Wiederholte Darbietung körperlicher Beschwerden ohne hinreichendes organisches Korrelat. Ein auffälliger Organbefund allein schließt aber eine somatoforme Störung nicht aus, z. B. echte Angina pectoris plus funktionelle Herzbeschwerden bei KHK;
- Die Symptome können auf ein Organsystem beschränkt sein oder multiple Funktionssysteme betreffen, dabei oft fluktuieren und wechseln;
- Häufig sind unspezifische Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung. Spezifischere Symptome betreffen z. B. das Herzkreislauf-, Atem-, Gastrointestinal- oder Urogenitalsystem;
- Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse;
- Hartnäckige Angst bzw. Überzeugung, an einer (ggf. schwerwiegenden) organischen Krankheit zu leiden.

Formen

Nach ICD-10 werden unterschieden (Mehrfachdiagnosen ggf. möglich)

Somatisierungsstörung (F45.0):

- mindestens zwei Jahre anhaltende multiple körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde;
- hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist;
- Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch Symptome / resultierendes Verhalten. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1):
- mindestens sechs Monate anhaltende multiple körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde, aber Kriterien für Somatisierungsstörung nicht erfüllt.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1):

Wenn zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden vorliegen, diese dem vollständigen Bild der Somatisierungsstörung aber nicht entsprechen, kann diese Kategorie in Betracht gezogen werden. Es kann sich z. B. um eine vergleichsweise geringe Anzahl von Beschwerden handeln.

Hypochondrische Störung (F45.2):

- mindestens 6 Monate anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften, vom Patienten benennbaren körperlichen Krankheit als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben;
- Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3):

- Vegetative Symptome, vom Patienten als Erkrankung gedeutet und einem Organsystem zugeordnet (Herzkreislaufsystem, Magendarmtrakt, respiratorisches System, Urogenitalsystem);
- 2 der folgenden vegetativen Symptome: Palpitationen; Schweißausbrüche; Mundtrockenheit, Hitzewallungen oder Erröten; Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch;
- 1 der folgenden Symptome: Brustschmerzen / Druckgefühl in der Herzgegend; Dyspnoe / Hyperventilation; außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung; Aerophagie, Singultus / brennendes Gefühl im Epigastrium; Bericht über häufigen Stuhlgang, erhöhte Miktionsfrequenz / Dysurie, Gefühl der Überblähung / Völlegefühl;
- keine hinreichende somatische Erklärbarkeit.

Nach ICD-10 werden folgende Subkategorien unterschieden. Somatoforme autonome Funktionsstörung...:

- ...des Herz- und Kreislaufsystems (F45.30)
- ...des Oberen Verdauungssystems (F45.31)
- ...des Unteren Verdauungssystems (F45.32)
- ...des Atmungssystems (F45.33)
- ...des Urogenitalsystems (F45.34)

Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

- Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liegt nach ICD-10 vor, wenn ein Patient über Monate hin anhaltend über schwere und quälende Schmerzen klagt, für deren Erklärung adäquat durchgeführte somatische Untersuchungen keinen ausreichenden Anhalt ergeben und wenn emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren als ursächlich angesehen werden müssen. Als Kriterium für Chronizität gilt nach den Forschungskriterien, dass die Schmerzsymptomatik länger als 6 Monate bestanden haben muss. Hinsichtlich der diagnostisch geforderten psychosozialen Belastungsfaktoren (emotionale Belastungen, psychische Konflikte etc.) ist es sinnvoll, auslösende Faktoren von solchen zu unterscheiden, die erst im Verlauf einer mit Schmerzen verbundenen Erkrankung sekundär entstehen. Die Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs setzt die genaue Kenntnis des zeitlichen Verlaufs der Schmerzerkrankung und der Lebensumstände zum Zeitpunkt der Erkrankung voraus.
- Die Schwere der Schmerzen und die mit ihnen verbundene Beeinträchtigung führt meist dazu, dass in vermehrtem Maße im persönlichen Umfeld oder von Seiten der Institutionen des Gesundheitssystems Hilfen in Anspruch genommen werden.
- Die Somatoforme Schmerzstörung, bei der definitionsgemäß psychischen Belastungen, Traumatisierungen oder unbewussten Konflikten eine entscheidende Rolle zukommt, stellt eine Unterform chronischer Schmerzsyndrome allgemeiner Art dar. Auch bei diesen kommt psychosozialen Faktoren wie Angst vor Schmerz, Konflikten am Arbeitsplatz o.ä. eine aufrechterhaltende Rolle zu, ohne dass sie aber als ursächlich entscheidend angesehen werden.

Neurasthenie (F 48.0): Übermäßige Ermüdbarkeit, Schmerzen, Schlafstörung (chronic fatigue syndrome)

Funktionelle Sexualstörungen (F52): z. B. erektile Dysfunktion, Dyspareunie, Orgasmusstörung

Diagnostik

Die Diagnostik somatoformer Störungen besteht immer aus zwei Dimensionen, die idealerweise **parallel** verfolgt werden sollten:

- Organische (Ausschluss-)Diagnostik: Eine ausreichende organmedizinische Diagnostik der vorgebrachten Körperbeschwerden ist notwendig; wiederholte und unnötige organische Ausschlussdiagnostik birgt aber die Gefahr einer weiteren Fixierung des Patienten auf ein ausschließlich körperliches Krankheitsverständnis. Eine organische Ausschlussdiagnostik ist als alleinige Basis der Diagnosestellung ungeeignet;
- Psychische Diagnostik: Diese muss über die Zählung von Beschwerden hinausgehen und gegenwärtige Affekte, psychische Konflikte, Aspekte der psychischen Struktur sowie biographische Belastungen und soziale und kulturelle Faktoren berücksichtigen, auch im Sinne aufrechterhaltender Bedingungen.

Wichtig Schritte sind:

- Hinreichend sicherer Ausschluss organischer Ursachen der Beschwerden: geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft;
- Erkennen einer somatoformen Störung, d.h. die Diagnose sollte explizit gestellt werden;
- Patienten mit einer somatoformen Störung sind nicht mehr, aber auch nicht weniger organisch krank als Patienten der Primärversorgung ohne somatoforme Störung. Darum muss im Verlauf, z.B. bei plötzlich veränderten Beschwerdecharakteristika, das Vorliegen einer organischen Erkrankung ggf. erneut ausgeschlossen werden;
- Bei Verdacht auf somatoforme Störung Anamnese über Leitsymptom hinaus erweitern: weitere aktuelle Beschwerden, bisheriger Verlauf der Beschwerden und Behandlung, Erfragen von Hinweisen auf weitere psychische Beeinträchtigungen, aktuelle psychosoziale Belastungen und Auslösesituation, störungsunterhaltende Faktoren, Orientierung über biographischen Werdegang.;
- Erfragen der Ursachenüberzeugung des Patienten: gibt wichtigen Aufschluss über zu erwartende Interaktionsprobleme;
- Beachtung nicht ausdrücklich geäußelter Behandlungsanliegen: ein körperliches Beschwerdeangebot kann auch "Eintrittskarte" sein zur Erörterung anderer, z.B. psychosozialer Anliegen ("fakultative Somatisierung");
- Die diagnostische Erfassung psychischer Faktoren sollte schon bei ersten Hinweisen darauf, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch begründbar sind, erfolgen und nicht erst nach Abschluss aller notwendigen organmedizinischen Untersuchungen;
- Mögliche sozialmedizinische Folgen der Körperbeschwerden (Beantragung einer Rente, Sozialgerichtsverfahren, etc.) müssen erfragt werden.

Differentialdiagnostik:

von einer somatoformen Störung sind abzugrenzen:

- Primär somatisch verursachte Beschwerden;
- Artificielle Störung (körperliche Veränderungen/Symptome künstlich erzeugt);
- Konversionsstörungen (kortikal repräsentiert, oft Konflikt-Symbolisierung);
- Andere psychische Störung mit Körpersymptomatik (hypochondrischer Wahn, Angsterkrankung, Depression);
- Simulation (relativ selten!).

3.3.2.2. Epidemiologie

Mindestens 20 % der Patienten in Hausarztpraxen und 10 bis 40 % in stationären Abteilungen haben eine somatoforme Störung. Bevölkerungsprävalenz:

- der *Somatisierungsstörung* i. e. S. ca. 1 % (Frauen : Männer 10:1),
- der *undifferenzierten Somatisierungsstörung* ca. 10 %.

Prävalenz der *hypochondrischen Störung* in der Primärversorgung 1-6 %.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei bis zu 40 % von Patienten mit chronischen Schmerzen.

Verlässliche Krankheitswert bzw. funktionellen Symptomen insbesondere von Angsterkrankungen. Oft besteht aber auch bei somatoformen Störungen komorbide eine weitere psychische Störung.

Der meist gute *Spontanverlauf* leichter funktioneller Symptome steht im Gegensatz zu demjenigen der krankheitswertigen somatoformen Störungen, die ohne spezifische Behandlung eine hohe Chronifizierungsrate aufweisen (etwa 70% anhaltende Störungen, z. T. mit veränderter Leitsymptomatik).

3.3.2.3. Ätiologie, Störungsmodell

Kein einheitliches Modell, meist multifaktorielles Verständnis mit Zusammentreffen von

- biographischer Belastungen (z. B. sexuelle Gewalt oder körperliche Misshandlung);
- krankheitsbezogenen Lernerfahrungen (z. B. krankes Elternteil erzwingt Zuwendung durch Symptome, eigene Krankheitserfahrungen);
- „somatischem Entgegenkommen“ (bestimmte physiolog. Reaktionsbereitschaft);
- unspezifischen Stressbelastungen (vegetative Erregung i. S. von „Bereitstellungs-krankheiten“);
- intrapsychischen Konflikten (z. B. im Rahmen ambivalent erlebter Trennungssituationen);
- aufrechterhaltenden Faktoren (kognitive Fehldeutung / ängstliche Interpretation körperlicher Wahrnehmungen, Reaktionen von Ärzten und Umfeld, sek. Krankheitsgewinn).

3.3.2.4. Behandlung

In der Primärversorgung:

- Beschwerden ernstnehmen, erweiterte Anamnese, Ansprechen psychosozialer Aspekte;
- Organische Ausschlussdiagnostik angepasst + gebündelt statt übertrieben + wiederholt; kritische Würdigung somatischer Bagatellbefunde;
- Psychosomatische Grundversorgung („Beziehungsdiagnose“; beschwerdeunabhängiges Beziehungs-/Gesprächsangebot, Erarbeiten integrativer Erklärungsmodelle: Dichotomie „psychisch vs. somatisch“ zugunsten Verständnis psychosomatischer Wechselwirkungen überwinden, ggf. Motivierung zur Fachpsychotherapie);
- Ggf. begleitende Pharmakotherapie – symptomatisch, je nach betroffenem Organsystem; ggf. Antidepressiva, insbes. bei Komorbidität mit Angsterkrankung oder Depression; keine alleinige oder Dauerbehandlung mit (Depot-)Neuroleptika oder Tranquilizern!

Fachpsychotherapie indiziert bei

- Beschwerden von >6 Mon. Dauer, > 4 Wochen AU oder ernststen Interaktionsproblemen;
- psych. Komorbidität u./od. auf Wunsch des Patienten;
- Je nach Störung Wirksamkeit belegt für kognitive VT, psychodynamische Kurztherapien, Hypnotherapie, Entspannungsverfahren.

Ziele: Herstellen eines Arbeitsbündnisses, integratives Krankheitsverständnis, Kompetenzsteigerung im Umgang mit Auslösern, Symptomen und Behandlungen, Beschwerdelinderung, ggfs. Konfliktbearbeitung

3.3.2.5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Patienten mit somatoformen Störungen gelten in der Primärversorgung als schwierig, in der Fachpsychotherapie als wenig motiviert bzw. introspektionsfähig. Somatische Behandler werden durch die vermeintliche Inkonsistenz zwischen Beschwerden und Befund verunsichert, oft auch verärgert.

Typische Probleme:

- Zur (auch Selbst-)Beruhigung oder „Bestrafung“ des Patienten Durchführung wiederkehrender, z.T. invasiver Diagnostik, Einsatz unwirksamer bzw. potentiell schädlicher Medikamente oder Operationen;
- Gemeinsame Fixierung auf Organsymptom mit Vermeidung psychosozialer Problembereiche;
- Besondere Schwierigkeiten bei schon chronifizierten Beschwerden mit hohem Krankheitsgewinn;
- Psychotherapie oft durch das somatische Krankheitskonzept des Patienten erschwert. Körpersymptom sollte aber nicht ausschließlich als Widerstand gedeutet, sondern muss in seiner Be-Deutung mit dem Patienten verstanden werden, hierfür oft lange Motivationsarbeit erforderlich;
- Bei komplexer Problematik ggf. stationäre Psychotherapie erforderlich, auch im Interesse einer optimalen Integration des körperlichen und psychischen Erlebens im Rahmen integrierter Behandlungskonzepte mit somatischen Behandlungselementen, Körpertherapie (Körperwahrnehmung, Physiotherapie) u.a. nonverbalen Verfahren sowie Psychotherapie.

Literatur

Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C E & Rudolf G. Somatoforme Störungen - Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart, Schattauer. 2002.

Henningsen P, Zipfel S & Herzog W (2007): "Management of functional somatic syndromes." Lancet 369, 946-955.

3.3.3. Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)

3.3.3.1. Diagnostische Kriterien

Hauptsymptome:

- Unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmittel und Essattacken;
- Gegensteuernde Maßnahmen: Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Fasten, Sport;
- Krankhafte Furcht, zu dick zu werden (b. Normalgewicht o. leichtem Untergewicht);
- Weitere Symptome: intensive Beschäftigung mit Nahrung, deren Zubereitung und Aufnahme;
- Körperlich: Karies, Haarausfall, Speicheldrüsenschwellung, Elektrolytstörungen, sek. Amenorrhoe, Ösophagitis, bei Teilgruppe: anorektische Phasen o. Anorexie in der Vorgeschichte.

Weitere diagnostische Kategorien:

- Atypische Bulimie (ICD-10 50.3): ein Hauptsymptom zum typischen Bild fehlt (z. B. ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme);
- „Purging“ Subtyp (DSM IV): Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretikaabusus;
- „Non-purging“ Subtyp (DSM IV): kein Erbrechen oder Laxantienabusus, sondern Fasten o. Sport;
- Differentialdiagnostik: Binge Eating Störung (nur Essanfälle), andere Ursachen von Erbrechen, z. B. psychogenes Erbrechen
Psychische Komorbidität: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Sucht, histrionische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

3.3.3.2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: bei Frauen zwischen 1,1 % und 4,2 %;
- Prävalenz in Risiko-Altergruppe (18.-35. Lebensjahr): ca. 3 %;
- Geschlechterverhältnis: ca. 10: 1 Frauen : Männer;
- Erstmanifestation: Erkrankungsgipfel um das 18. LJ;
- Risikogruppen: Sportlerinnen, Ballett-Tänzerinnen, männliche Body Builder, Pat. mit Diabetes mellitus;
- Verlauf: insgesamt unsteter Verlauf und hohes Chronifizierungsrisiko, ca. 50 % symptomfrei nach 10 Jahren, 20 % bulimische Symptome, 15 % Bulimie, ca. 30 % Wechsel Symptomfreiheit-Rückfälle, Mortalitätsrisiko insgesamt noch nicht abschätzbar.

3.3.3.3. Ätiologie, Störungsmodell

Genetische Faktoren durch Zwillingsstudien nahe gelegt. Art der Einflüsse bislang unklar.

Soziale Einflüsse, insbesondere das Schlankheitsideal, Leistungsorientierung und hiermit verbundene weibliche Rollenkonflikte

Es können **verschiedene biographische und Konfliktskonstellationen** zu Grunde liegen. Bei uneinheitlicher Persönlichkeitsstruktur zeigen sich oft prämorbid starke Leistungsorientierung und Perfektionismus, Versagensängste, starkes Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz, Probleme in der Affektregulierung und Impulskontrolle. Insbesondere dysphorische Affekte und Angst werden schlecht ertragen.

Psychodynamische Sicht: Auslösende Konflikte i. d. R. um weibliche Identität, Zurückweisungserleben und Versagensängste zentriert. Nach außen wird oft ein kompetentes, stabiles, „starkes“ Verhalten gezeigt, das massive Selbstwertzweifel verdeckt. Als „schwach“ erlebte Selbstanteile bleiben unintegriert. Selbstwertprobleme und Identitätskonflikte werden auf die Nahrung und den Körper verschoben. Essen repräsentiert hier Regression, Zuwendung und Intimität. Schlankheit repräsentiert Stärke, Selbstkontrolle, Leistungsfähigkeit, Attraktivität. Diätversuche und restriktives Essverhalten begünstigen Essanfälle. Scham-, Schuld- und Ekelgefühle führen zu Gegenregulierung und zum Verbergen der bulimischen Impulshandlung.

Durch die Heimlichkeit des Symptoms wird die emotionale Bedürftigkeit der Patientin nicht sichtbar.

Lerntheorie: Bei einer affektlabilen Persönlichkeit führt der soziale Schlankheitsdruck zu Diätversuchen und restriktivem Essverhalten. Dieses begünstigt zusammen mit emotionalen Spannungen Heißhunger und Essanfälle, wegen des Schlankheitsdruckes setzt die Gegenregulation ein, die wiederum dysfunktionales Essverhalten und neue Essanfälle hervorrufen.

3.3.3.4. Behandlung

Drei „Säulen“:

- Stabilisierung des Essverhaltens (z.T. regelmäßige ärztliche Kontrolle);
- Bearbeitung der seelischen Konflikte;
- Einbeziehung der Familie (bei noch im Elternhaus lebenden Pat.).

Wahl des Therapiesettings (ambulant o. stationär) abhängig von Schwere und Verlauf.

Stationäre Psychotherapie bei häufigen Essanfällen (mehrfach täglich), ausgeprägter Komorbidität (z. B. Depressionen, Substanzmissbrauch), festgefahrener familiärer Interaktion, gescheiterten ambulanten Behandlungsversuchen.

Antidepressive Medikation kann zur Behandlung depressiver Komorbidität und zur Steuerung von Heißhungerattacken hilfreich sein.

3.3.3.5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Behandlung wird oft erst nach jahrelangen Selbstheilungsversuchen gesucht. Oft starke Scham wegen der Bulimie, die als „Versagen“ erlebt wird.
- „Alles oder nichts“ – Denken führt zu Euphorie in der Behandlung und rascher Enttäuschung.
- Bei schwereren Störungen: Heimlichkeiten, Manipulationen, Lügen
- Typische Interventionsfehler:
- Vermeiden von Konfrontationen bezüglich der Symptomatik oder zu starke Rigidität bei Nichteinhalten von Vereinbarungen.
- Völliges Vermeiden schambesetzter Erlebensbereiche oder zu schnelles Eindringen in diese.

Literatur:

Reich G, Cierpka M (2010) Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.

Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Göttingen

Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Trias, Stuttgart

(siehe dazu Folien in PP-Format unter: http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre_skripte.htm)

3.3.4. Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0)

3.3.4.1. Diagnostische Kriterien

Hauptsymptome:

- Selbst herbeigeführter Verlust des Körpergewichtes auf einen BMI¹ von 17,5 oder weniger;
- Körperschema-Störung: intensive Angst vor Gewichtszunahme trotz starken Untergewichts;
- Endokrine Störung: Amenorrhoe b. Frauen.

Weitere Symptome:

intensive Beschäftigung mit Nahrung, deren Zubereitung und Aufnahme; neben Fasten: Laxantien-Abusus, Erbrechen, exzessives Sporttreiben; Verleugnung des niedrigen Gewichts; starker Bewegungsdrang
Körperlich: Durchblutungsstörungen (Hände, Füße), Hypotonie, Verlangsamung des Herzschlages, Elektrolytstörungen, Osteoporose, urogenitale Erkrankungen, Zahndefekte (bei Erbrechen)

Weitere diagnostische Kategorien:

Neben der genannten Symptomatik werden die folgenden Varianten der Anorexie beschrieben:

- Atypische Anorexie (ICD-10 F 50.1): ein Hauptsymptom zum typischen Bild fehlt (z. B. BMI² <17,5);
- Restriktiver Subtyp (DSM IV): Einschränkung der Nahrungsaufnahme u. andere Maßnahmen (z. B. Sport) (ICD-10 F 50.00);
- Bulimischer Subtyp (DSM IV): zusätzlich Essanfälle, gegensteuernde Maßnahmen, z. B. Erbrechen (ICD-10 F 50.01);
- Differentialdiagnostik: andere Ursachen der Gewichtsabnahme, z. B. maligne Erkrankungen, affektive Störungen;
- Psychische Komorbidität: Affektive Störungen, Zwangsstörungen, zwanghafte Züge, Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen;
- Soziale Langzeitfolgen: Arbeitsunfähigkeit, Vereinsamung, hohe Suizidrate.

3.3.4.2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: bei Frauen ca. 0,5 %;
- Geschlechterverhältnis: ca. 10 : 0,5 Frauen : Männer;
- Punktprävalenz: z. T. 1,3 % bei Schülerinnen zwischen 11 u. 20 Jahren;
- Erstmanifestation: hauptsächlich 14. bis 18. Lebensjahr, auch: 3. Lebensjahrzehnt;
- Risikogruppen: Frauen aus höheren Sozialschichten, Sportlerinnen, Ballett-Tänzerinnen;
- Verlauf: unbehandelt hohes Chronifizierungsrisiko, behandelt: ca. 50 % Heilung, ca. 25 % Besserung, 25 % Chronifizierung, hohe Mortalität (15 % nach 20 Jahren).

3.3.4.3. Krankheitsmodelle

Genetische Faktoren durch Zwillingsstudien nachgewiesen. Art der Einflüsse bislang unklar.

Soziale Einflüsse, insbesondere das Schlankheitsideal, Leistungsorientierung und hiermit verbundene weibliche Rollenkonflikte

Es können **verschiedene biographische und Konfliktkonstellationen** zu Grunde liegen. Bei uneinheitlicher Persönlichkeitsstruktur zeigen sich oft prämorbid zwanghafte Züge, starke Leistungsorientierung und Perfektionismus, Versagensängste, Neigung zu altruistischer Abtretung, Autonomieprobleme.

Psychodynamische Sicht: Auslösende Konflikte i. d. R. um Autonomie und weibliche Identität zentriert, die als beängstigend erlebt werden. Die Konflikte werden auf die Nahrung und den Körper verschoben. Nahrungsrestriktion führt zu einem Rückgängigmachen adoleszenter Entwicklungsschritte, z. B. der Loslösung von der Familie und der Möglichkeit sexueller Erfahrungen. Gleichzeitig entsteht ein Gefühl von Überlegenheit (Askese-Ideal) und omnipotenter Kontrolle.

Lerntheorie: Anorexie verstärkt sich durch körperliche Veränderungen (Hunger- Sättigungsregulation, Freisetzung v. Endorphinen) sowie durch Selbstkontrolle und Abgrenzung, die als Erfolg („Selbstwirksamkeit“) erlebt wird, z.T. selbst.

² BMI (Body Maß Index): Körpergewicht in **kg** geteilt durch Körpergröße in **m** zum Quadrat

3.3.4.4. Behandlung

Drei „Säulen“:

- Stabilisierung des Essverhaltens und schrittweise Gewichtszunahme (regelmäßige ärztliche Kontrolle);
- Bearbeitung der seelischen Konflikte;
- Einbeziehung der Familie (insbesondere bei noch im Elternhaus lebenden Pat.).

Die Wahl des Therapiesettings (ambulant o. stationär) ist abhängig von Schwere und Verlauf:

- Stationäre Psychotherapie bei BMI < 14,5, ausgeprägter Komorbidität (z. B. Depressionen), raschem Gewichtsverlust, festgefahrener familiärer Interaktion;
- Stationäre internistische Behandlung bei BMI < 12,5 zwingend notwendig, mit Auffütterung (ggf. Sonde) im Rahmen eines psychosomatischen Gesamtbehandlungsplanes.

Auch bei chronischen Anorektikerinnen ist eine psychosomatische Betreuung zur Minderung der Langzeitfolgen (s.o.) notwendig.

3.3.4.5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Wegen Verleugnungstendenzen muss Krankheitseinsicht oft erst erarbeitet werden.
- Manipulationen, Heimlichkeiten und Lügen können das Arbeitsbündnis belasten.

Typische Interventionsfehler:

- Vermeiden von Konfrontationen oder zu starke Rigidität bei Nichteinhalten von Vereinbarungen;
- Komplizenschaft mit der Patientin (gegen die Angehörigen) oder Verclinchung (Therapeut zu starr in der Elternrolle).

Literatur

Reich G, Cierpka M (2010) Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.

Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Göttingen.

Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Trias, Stuttgart.

Wifley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B. & Fairburn, C. G. (2000): „Using the Eating Disorder Examination to Identify the Specific Psychopathology of Binge Eating Disorder.“ Int J. of Eating Disorders 27, S. 259-269

(siehe dazu Folien in PP-Format unter: http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre_skripte.htm)

3.3.5. Weitere Essstörungen

Binge eating Störung (F50.8): Nach ICD-10 keine eigenständige Krankheitsentität; bei Vorliegen einer Binge-eating-Störung wird diese als Sonstige Essstörung verschlüsselt. Die Störung gehört nach DSM-IV zu den Kategorien, für die weitere Forschung vorgesehen ist. Allgemeine Kennzeichen der Binge-eating Störung sind wiederholte Episoden von Essanfällen, die wie bei der Bulimie mit dem subjektiven Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten einhergehen. Es fehlt der **regelmäßige** Einsatz von kompensatorischen Maßnahmen. Episoden von Essanfällen müssen an mindestens 2 Tagen in der Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten auftreten.

Adipositas (E66; F54): Sie ist definiert als Gewicht, das 30% über dem Idealgewicht liegt. Die Adipositas wird bislang nicht obligatorisch zu den psychischen Essstörungen gezählt, obwohl übermäßige Kalorienzufuhr als Verhaltensfaktor, der häufigste Grund für Übergewicht sein dürfte (nur bei 5% der Patienten sind endokrine Faktoren für das Übergewicht ursächlich verantwortlich). Ferner sind Übergänge zur Bulimie und insbesondere der Binge-eating Störung fließend.

Literatur

Reich G, Cierpka M (2010) Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.

Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Trias, Stuttgart

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- DSM-IV (1996). Göttingen u. a.: Hogrefe-Verlag.

Herpertz, S. & Saller, B. (2001): „Psychosomatische Aspekte der Adipositas.“ PPM 51, S. 336-349.

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag

3.3.6. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

3.3.6.1. Diagnostische Kriterien

Symptomatik:

- sich aufdrängende, affektiv belastende Gedanken (Intrusionen) und Erinnerungen bis hin zu einem realitätsnahen Wiedererleben des Traumas (Bilder, Alpträume, Flash-backs, Nachhallerinnerungen) oder auch Erinnerungslücken (partielle Amnesie);
- Übererregbarkeitssyndrome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen);
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli);
- Emotionale Taubheit, „numbing“ (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit);
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens)

Begriffsbestimmung/Definition

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS; engl.: Posttraumatic Stress Disorder _ PTSD) sind Reaktionen auf singuläre wie mehrfache traumatische Ereignisse, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen liegen und das Selbstverständnis wie auch das „Weltverständnis“ eines Menschen erschüttern. Dazu können zählen:

- Erleben von körperlicher u. sexualisierter Gewalt (in der Kindheit _ sexueller Missbrauch), Vergewaltigung;
- Gewalttätigkeit wie: Folter, KZ-Haft, politische Haft, Krieg u. Kriegsgefangenschaft; Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag;
- Unfälle, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen.

Weitere Kriterien

nach klinischen Kriterien (s.o.) _ siehe ICD-10 (F 43.1):

- Hinweis: PTSD ausgelöst unabhängig von prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren und neurotischen Erkrankungen in der Vorgeschichte;
- Zeitkriterium: typische Symptome mit einer Latenz von Tagen bis (höchstens) 6 Monaten;
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung;
- Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, Organerkrankungen);
- Diagnosesicherung vorzugsweise durch PTSD-spezifisches Interview bzw. ergänzende psychometrische Diagnostik (cave: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration);
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (z. B. Intrusionen u. Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten).

Cave: Übersehen einer PTSD bei:

- lange zurückliegender Traumatisierung (z. B. sexuelle Gewalt);
- klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation);
- unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z. B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung);
- Persönlichkeitsstörungen (traumareaktives Misstrauen kann Diagnostik erschweren).

Differentialdiagnostisch ist die PTSD von den anderen, unter dem Oberbegriff: „posttraumatischer Störungen“ subsumierten Störungsbildern (*akuter Traumareaktion; posttraumatischer Spätreaktion; chronischer posttraumatischer Störung*) abzugrenzen: hierbei handelt es sich um die akute Traumareaktion, die das Trauma unmittelbar begleitet, darüber hinaus noch einige Zeit anhalten kann (Leitaffekte: Wut, Furcht, Erstarrung). Bei der posttraumatischen Spätreaktion tritt eine bereits abgeklungene posttraumatische Reaktion spontan, ohne erkennbaren Anlass oder in evozierenden Situationen (z. B. Jahrestage) wieder in Erscheinung, um dann erneut abzuklingen. Schließlich sind die chronischen posttraumatischen Störungen anzuführen, die als bleibende Nachwirkungen i.R. der Traumaverarbeitung mit multiplen Störungsbildern und Syndromen assoziiert sind (Depressive u. Angstsyndrome; Dissoziationen; Konversionen; Verhaltensstörungen).

Dazugehören z. B. die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10: F 62.0; Kennzeichen u.a.: Misstrauen, phobischer Rückzug, Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit u. Bedrohung; Spaltung, Identifikation mit Angreifer) bzw. die sog. posttraumatischen Borderlinestörungen.

3.3.6.2. Epidemiologie

(PTSD-Häufigkeit variiert nach Art des Traumas):

- ca. 50 % Prävalenz nach Vergewaltigung;
- ca. 25 % Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen;
- ca. 20 % bei Kriegs- u. 15 % bei Verkehrsunfällen;
- durch Menschen verursachte Traumata (man made disaster) schwerwiegender und mit höherer Inzidenz verbunden als Naturkatastrophen;
- Lebenszeitprävalenz für PTSD i. d. Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 % bis 7 %;
- Subsyndromale Störungsbilder wesentlich häufiger; PTSD mit hoher Chronifizierungstendenz.

3.3.6.3. Ätiologie, Störungsmodell

Die zumeist unerwartet, von katastrophalem Ausmaß und mit großer Intensität eintretenden Erlebnisse führen zum Zusammenbruch basaler seelischer Funktionen, bewirken extreme Ängste und Hilflosigkeit bzw. eine Art „seelischer Ohnmacht“

psychoanalytischer Erklärungsansatz (posttraumatische Psychodynamik): Erlebnis kann nicht als Angstsignal wahrgenommen werden (Durchbrechung d. Reizschutzes) _ traumatische Situation als erzwungene Regression (Hilflosigkeit; Reinfantilisierung) _ Affektisolierung (Leugnung der affektiven Bedeutung) u. Dissoziation (Abwehrmodus der Selbstspaltung)

verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell der PTSD: durch Trauma konditioniertes Fehlverhalten, das durch ähnliche Ereignisse wiederausgelöst werden kann; wie bei Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ ->Trauma führt zu psychovegetativem Reaktionsmuster, das unter Belastung mobilisiert wird (Alarmreaktion).

3.3.6.4. Behandlung

- Primäre Maßnahmen: hierzu zählen das Herstellen einer sicheren Umgebung (Prophylaxe weiterer Traumaeinwirkung), die Organisation des psycho-sozialen Helfersystems, die Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatischer Symptome sowie das frühe Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten;
- Traumaspezifische Stabilisierung: Anbindung zur engmaschigen diagnostischen/therapeutischen Betreuung, Krisenintervention, ressourcenorientierte Interventionen (z. B. Distanzierungstechniken; Imaginative Verfahren) sowie auch adjuvante pharmakotherapeutische Abschirmung;
- Bei bestimmten Patienten mit PTSD kann eine ausschließlich durch dafür qualifizierte Psychotherapeuten durchzuführende Traumabearbeitung indiziert sein. Innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans kommen dabei (traumadaptierte) kognitiv-behaviorale oder psychodynamische Therapieverfahren zum Einsatz; als spezifisches Verfahren ist das Eye Movement Desensitisation and Reprocessing [EMDR] zur Behandlung der PTSD (09/06) zugelassen worden. Die Evaluation der unterschiedlichen Ansätze ist noch zu verbessern.

Literatur

Sachsse, U (2004): Traumazentrierte Psychotherapie - Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer-Verlag

Huber, M (1997): Trauma und die Folgen. Bd. 1+2; Jungfermann-Verlag

Hüther, G (1999): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht -Verlag

AWMF-Leitlinien für PTSD: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/051-010.htm> 19.08.2010

3.3.7. Anpassungsstörungen (ICD-10: F 41)

3.3.7.1. Diagnostische Kriterien

Definition:

- Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung mit Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen, die nach einer entscheidenden und anhaltend belastenden Lebensveränderung (z. B. nach dem Verlust einer Bezugsperson oder bei schwerer körperlicher Erkrankung) auftreten.
- Störungsbeginn im allgemeinen innerhalb eines Monats (spätestens innerhalb der ersten 3 Monate) nach dem belastenden Lebensereignis, meist nicht länger als 6 Monate anhaltend.

- Differentialdiagnostische Abgrenzung: Psychische Störungen nach Traumaeinwirkung, diese werden als akute Belastungsreaktion oder als posttraumatische Belastungsstörung klassifiziert. (Definition „Trauma“: Folge eines Ereignisses von Bedrohung körperlicher Integrität und/oder Lebensbedrohung, das mit Gefühlen von intensiver Angst, Hilflosigkeit und Schrecken erlebt wird.)

Unterformen:

- Kurze depressive Reaktion: Vorübergehender leichter depressiver Zustand, nicht länger als einen Monat andauernd.
- Längere depressive Reaktion: Leichter depressiver Zustand, nicht länger als 2 Jahre andauernd. Unter diese Kategorie fällt auch eine sehr heftige, in Art oder Inhalt abnorme, länger als 6 Monate dauernde Trauerreaktion.
- Angst und depressive Reaktion gemischt: Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden.
- Vorwiegend Beeinträchtigung von anderen Gefühlen: Die Symptome betreffen verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger.
- Vorwiegend Störung des Sozialverhaltens: Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, z. B. wenn sich eine Trauerreaktion bei Jugendlichen in aggressivem oder dissozialem Verhalten manifestiert.
- Gemischte Störung von Gefühl und Sozialverhalten: Sowohl Störungen der Gefühle als auch des Sozialverhaltens sind führende Symptome.

Anm.: Die psychische Symptomatik kann von körperlichen (funktionellen) Symptomen begleitet sein.

3.3.7.2. Epidemiologie

Keine gesicherten Angaben vorhanden.

3.3.7.3. Ätiologie, Störungsmodell

- Sorgfältige Bewertung der Beziehung zwischen 1. Art, Inhalt und Schwere der Symptome, 2. Anamnese und Persönlichkeit und 3. belastender Lebensveränderung.
- Zwar spielt bei Auftreten und Form der Anpassungsstörungen die individuelle Disposition oder Vulnerabilität eine Rolle (z. B. Art bzw. Funktionalität vorhandener Bewältigungsstrategien), es ist aber davon auszugehen, dass das Krankheitsbild (beim jeweiligen Patienten!) ohne die belastenden Lebensereignisse nicht entstanden wäre. Die Belastung muss somit als primärer und ausschlaggebender Kausalfaktor eindeutig nachgewiesen sein, ebenso die zeitliche Abhängigkeit der Symptomatik. Dementsprechend stellen Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen und Trennungsangst in der Kindheit Ausschlussdiagnosen dar.
- Diagnostische Schwierigkeiten können sich aus der Einstellung des Untersuchers bezüglich einer „ausreichenden“ Schwere der Belastung ergeben. Hierbei spielen individuelle, kultur- und auch berufsspezifische Merkmale eine Rolle.

Exkurs: Somatopsychische Störungen

Somatopsychische Störungen sind Störungen des seelischen Befindens eines Menschen und/oder seines sozialen Zusammenlebens mit den Personen seiner Umgebung infolge einer körperlichen Erkrankung. Myokardinfarkt, Karzinomkrankung, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht, Amputationen, AIDS (um nur einige Beispiele zu nennen) sind entscheidende und anhaltend belastende Lebensveränderungen, infolge derer Patienten eine somatopsychische Störung im Sinne einer Anpassungsstörung entwickeln können.

3.3.7.4. Behandlung

Erstkontakt:

In der Regel durch Ärzte aus somatischen Fächern. (Eine Witwe klagt beim Hausarzt über leichte Erschöpfbarkeit und niedergeschlagene Stimmung, ein Patient mit Ileostoma leidet im Krankenhaus unter Einschlafstörungen, eine Patientin nach Karzinomkrankung berichtet über Ängste und Unruhezustände.)

Anpassungsstörungen leichter oder Schweregrade:

- Behandlung durch Haus- oder Krankenhausarzt im Sinne der Erhöhung sozialer Unterstützung. (Definition „Soziale Unterstützung“: Emotionale Unterstützung, Unterstützung beim Problemlösen, praktische und materielle Unterstützung, soziale Integration und Beziehungssicherheit.);

- Entlastung der Patienten häufig bereits durch das erste ausführliche, die Diagnose einer Anpassungsstörung ermöglichende Gespräch;
- Erarbeiten eines Zusammenhangs zwischen den psychischen Beschwerden und der belastenden Lebensveränderung;
- Aktivierung vorhandener Bewältigungsstrategien durch Erinnern früherer gut bewältigter Lebenskrisen. Unterstützung in der Erprobung neuer Bewältigungsstrategien (z. B. Besuch von Selbsthilfegruppen);
- Ggf. begleitende medikamentöse Behandlung (bei Schlafstörungen z. B. die niedrigdosierte Gabe psychomotorisch dämpfender Antidepressiva). Von einer Medikation mit Benzodiazepinen sollte abgesehen werden.

Schwerere Anpassungsstörungen:

- Behandlung durch Arzt mit Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung oder Facharzt für psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik mit spezifischen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Kenntnissen in der Behandlung von Depressionen und/oder Ängsten.

Literatur

AWMF-Leitlinien für Anpassungsstörungen.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).

3.3.8. Artificielle Störungen und selbstverletzendes Verhalten (ICD-10: F68.1)

3.3.8.1. Diagnostische Kriterien

Überwiegend bewusstes Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen und/oder psychischen Symptomen oder Krankheitsbildern bzw. Behinderungen.

Unterformen

- **Artefaktstörung (AS)** (factitious disorder): Heimliche Manipulation an Körperteilen und –funktionen, teils im Rahmen einer rel. planmäßigen und „kunstfertigen“ Strategie und Inszenierung (*narzisstisch-hysterischer* Pol, z. B. Stoffwechsellentgleisungen, Aderlass, medikamentöse u. a. Intoxikationen), teilweise raptusartig, stereotyp und ohne bewusste Kontrolle (*dissoziativ-impulsiver* Pol, z. B. Stechen mit infizierten Nadeln, Abschnüren von Extremitäten, Augenverletzungen). Außerdem chronische „benigne“ A. (meist Hautmanipulationen wie Acne excoriée von Jugendlichen),
- **Münchhausen-Syndrom (MüS)**: Manipulation bzw. Erfindung von Körpersymptomen unter pseudologischer Ausgestaltung einer umfangreichen Krankengeschichte, soziale Entwurzelung und exzessives Wandern von Klinik zu Klinik (primäre „Alarmsignale“, Schmerz, Blutungen, Suggestion von schweren Erkrankungen, Koliken etc.). Unterscheidung zwischen „Krankenhaussucht“ und „Operationssucht“ sinnvoll.
- **Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MüSbp) (Meadow 1977)**: M. bei Kindern, ausgestaltet durch die Mütter unter Täuschung der Ärzte (alle körperlichen Symptome möglich).

abzugrenzen ist:

- **Offen selbstverletzendes Verhalten (SVV)**: Meist *offen* und bewusst bzw. während dissoziativer Zustände durchgeführte Schnitt- oder Brandverletzungen an erreichbaren Körperteilen (meist Arme, seltener Bauch oder Brust). Leichte Form (delicate selfcutting), nie verstümmelnd; schwere Form (deliberate selfharm syndrome) tiefe Verletzungen, Verstümmelungen. Auftreten im Rahmen von Borderline-Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, dissoziativen Störungen, Drogenmissbrauch. Cave: latente bis akute Suizidalität !
- Selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Retardierung, Demenz, schweren Psychosen.

3.3.8.2. Epidemiologie

Artefaktstörung: Überwiegend < 35J, Frauen : Männer 4 : 1; ca. 60% aus helfenden Berufen (aber nicht Ärzte !), 1-2 % der Krankenhauspatienten, Bevölkerungsprävalenz: < 0,1 %..

Münchhausen-Syndrom: Einzelfälle, Frauen : Männer 1 : 2,

Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Einzelfälle, oft mehrere Geschwister betroffen, jedes Alter bis etwa 11. Lj., Letalität ohne Trennung von Eltern 10-15% !

Offen selbstverletzendes Verhalten: Beginn oft < 12Lj., Punktprävalenz 0,6 - 0,75%, Frauen : Männer 2-9 : 1, 4-20% psychiatrischer Patienten, 25-40% aller stationär behandelten essgestörten Patientinnen)

3.3.8.3. Ätiologie, Störungsmodell

Bei **AS**, wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen, oft schwere biographische Belastungen (> 50% Elternverlust, elterliche Dissozialität und Gewalt, gel. sexueller Missbrauch). In der Folge massive Anklammerungstendenzen, z. B. an medizinische Institutionen. Beruf wird aus ähnlichen Motiven ergriffen. AS führt zur Wiederholung der Traumatisierung durch Zuweisung einer „verletzenden Rolle“ an den Arzt.

MüS ähnlich wie AS, aber starke narzisstische Störung mit Ausgestaltung von „Hochstaplerkarriere“ und pseudologischen Legenden.

MüSbp Kind wird zum symbiotisch verbundenen „bösen“ Selbstanteil, der stellvertretend bestraft, getötet wird. Gleichzeitig kann über das kranke Kind „Zuwendung“ eingeholt werden, die dem Selbst nicht gestattet ist. Auslöser sind oft Ver-lusterlebnisse. Gefahr des Suizides nach der Handlung sehr groß. Hochschwieriges diagnostisches Vorgehen.

SVV: U.a. im Rahmen psychischer Störungen der Eltern (Sucht, Depression etc.) entstandene massive Selbstwertproblematik. Akutes Auftreten oft im Rahmen dissoziativer Zustände bei narzisstischen Kränkungen und/oder Affektüberflutung (Angst, Wut, leerer Depression, Gefühllosigkeit) mit dem Ziel von Spannungsabbau („Blut tut gut“). Hintergrund gel. Abspaltung von Traumaerfahrungen, aber auch oft Teil eines rachsüchtigen Machtkampfes („...ihr könnt mich nicht hindern“). Z. T. auch Lustgewinn (Allmachtsgefühl) durch Schmerz.

3.3.8.4. Behandlung

AS : Entscheidend zunächst die Diagnosestellung (Zimmervisite, um Instrumente zu finden). Hinweise finden sich in falschen Symptomerklärungen. Unaggressive, flexible Konfrontation sinnvoll, aber ca. 60% leugnen AS. Etwa 30 % sind für Psychotherapie zu gewinnen. Motivierung im Liaisonmodus: Betreuung durch Psychotherapeuten im Rahmen der somatischen Behandlung. Später stationäre Psychotherapie mit Therapiezielen: Grenzsetzung, Entwicklung von „Symbolisierungsfähigkeit“ und Objektkonstanz. Ambulante Langzeittherapie anschließen. Insgesamt: Veränderung des pathologischen Körper selbst.

MüS: Therapie kaum möglich, da sehr häufig Beziehungsabbruch unmittelbar nach Aufdeckung der Manipulation. Versuch einer Begleitung und Gewinnung der Patienten für langfristige stationäre psychotherapeutische Behandlung. Wichtig ist, die Patienten vor evtl. invalidisierenden Eingriffen zu schützen.

MüSbp: Trennung der Kinder von den Eltern unumgänglich ! Angebot für psychotherapeutische Begleitung an die Mütter wird manchmal sogar dankbar angenommen.

SVV: z. T. medikamentöse Unterstützung (Antidepressiva, mittelpotente oder atypische Neuroleptika). Psychotherapie: Zentrierung auf Grenzsetzung bez. Impulskontrollstörung, Affektdifferenzierung, , Selbstwertproblematik. Ggf. Arbeit an Traumabewältigung um Rückgriff auf dissoziative Mechanismen zu verringern.

3.3.8.5. Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patient-Beziehung ist bei den AS und MüS durch die Heimlichkeit und die Destruktivität des Agierens erheblich belastet. Das pathologische Elternbild wird übertragen: Arzt/Ärztin werden als ideal, allmächtig und unerreichbar erlebt. Der „Sprachverlust“ der Patienten führt zu extremem Hilflosigkeitserleben bei Behandlern. Es besteht die Gefahr, dass Ärzte die sadistische Rolle des vorwürflich-kontrollierenden Objekts übernehmen, bis hin zu operativen „Bestrafungen“. Wichtiges Ziel im ärztlichen Kontakt ist deshalb die Vermeidung von Gegenübertragungsgagieren („wütende Zurückweisung“). Psychotherapeuten müssen sich auf lange begleitende Therapieprozesse einstellen, in denen sie immer wieder zu Grenzziehung und Strukturierung aufgefordert sind. Supervision ist in der Therapie solcher Patienten auch für erfahrene Therapeuten unverzichtbar.

Literatur

Eckhardt-Henn, A. (1999): „Artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrom.“ PPmP 49, S. 75-89.

Eckhardt, A (1989) Das Münchhausensyndrom. Formen der selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg, München

Plassmann R (2003): Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. in Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T & Wesiack W (Hrsg.) Uexküll – Psychosomatische Medizin München u. a.: Urban & Schwarzenberg. S. 655-669.

Sachsse, U (2002) Selbstverletzendes Verhalten, 6. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

3.3.9. Depressive Störungen (ICD-10: F 32 -F 34)

Vgl. a. [S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung Version 1.1 Dezember 2009: www.depression.versorgungsleitlinien.de/](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/)

3.3.9.1. Diagnostische Kriterien

Drei Hauptsymptome:

- Störung des Affektes, d. h. gedrückte Stimmung;
- Freud- und Interesselosigkeit;
- Verminderung des Antriebs mit rascher Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.

Weitere Symptome: Verminderte Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Denkfähigkeit, Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod und suizidale Gedanken sowie suizidales Verhalten, somatisches Syndrom mit psychomotorischer Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust oder Appetitsteigerung, Libidoverlust, Früherwachen und Morgentief.

Weitere diagnostische Kategorien:

Zeitkriterium: Dauer mindestens zwei Wochen.

Je nach Verlauf, Schweregrad und Auslöser werden unterschieden:

- Depressive Reaktionen (ICD-10: F43.2): depressive Zustände, die die soziale Funktion und Leistungsfähigkeit behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung (z.B. Krankheit, Trennung) auftreten (siehe auch Skript „Anpassungsstörungen“).
- „Leichte“ (ICD-10: F32.0), „mittelgradige“ (ICD-10: F32.1) oder „schwere depressive Episoden ohne oder mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10: F 32.2, 32.3), die rezidierend vorkommen können (ICD-10: F33). In Abgrenzung zu obiger Kategorie haben Lebensveränderungen oft nur auslösende Funktion. Zugrunde liegen basale Konflikte oder strukturelle Defizite der Persönlichkeit.
- Dysthymie (ICD-10: F 34.1): chronische (mind. 2-jährige), milde ausgeprägte, aber krankheitswertige Symptomatik.

Differentialdiagnostik:

- Trauer und pathologische Trauerreaktionen (→ i.d.R. fehlen Suizidalität, Schuldgefühle und psychomotorische Hemmung im Unterschied zur Depression);
- Apathische Syndrome, z. B. bei konsumierenden Erkrankungen und schizophrenen oder (hirn)organischen Psychosen.

3.3.9.2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: Frauen 25 %, Männer 12 %;
- Erstmanifestation: Depressive Episoden Mitte des dritten Lebensjahrzehnts; Dysthymie Jugend;
- Verlauf: Episodisch; Chronifizierung 20%; Wiedererkrankungsrisiko 50-75 % nach einer depressiven Phase;
- Episodendauer: Wochen bis Monate; 15-20 % \geq 12 Monate;
- Gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung: große Krankheitsausfallzeiten wie bei verbreiteten internistischen Erkrankungen (z.B. Diabetes oder KHK).

3.3.9.3. Krankheitsmodelle

Depression ist die gemeinsame Endstrecke vielfältiger biologischer (z. B. hereditärer) und psychischer Mechanismen. Typische Persönlichkeits- und Auslösekonstellationen *aus psychodynamischer Sicht:*

- Selbstwertregulationsstörung mit starken Abhängigkeits- und Versorgungswünschen, idealisiert wahrgenommenen Bezugspersonen bei gleichzeitiger Enttäuschung über sie mit Trennungsängsten und unterschwelliger chronischer Erwartung, keine dauerhafte Sicherheit in Bindungen herstellen zu können;
- Bewältigung der lebensgeschichtlich entstandenen depressiven Reaktionsbereitschaft durch typische Verarbeitungsmodi, z. B. abhängiges oder altruistisches Verhalten bzw. Bindung an narzißtische Ideale;
- Depressionsauslösend sind Verluste nahestehender Bezugspersonen bzw. Kränkungen und Verluste hoch besetzter Lebensziele

Grundannahme der Lerntheorie: Enger und wechselseitiger Zusammenhang zwischen Affekten, Kognitionen und Verhalten. Typische Probleme Depressiver: Dysfunktionale Denkweise, Inaktivität, charakteristisches inkompetentes Sozialverhalten einerseits, Mangel an positiven Erfahrungen und Entstehung ungünstiger Lebensbedingungen andererseits (Circulus vitiosus).

3.3.9.4. Behandlung

Wahl des Behandlungssettings (ambulant oder stationär) in Abhängigkeit von Schwere und Verlauf. Stationäre Therapie bei schwerer Antriebshemmung, psychotischer Dekompensation und/oder Suizidalität.

Behandlungsprinzipien:

- Initialphase: Aufbau einer Sicherheit gebenden, tragfähigen therapeutischen Beziehung; vorwiegend Behandlung der depressiven Kernsymptome (Rückzugsverhalten, Antriebshemmung, Selbstvorwürfe, Suizidalität);
- Nach Stabilisierung: Bearbeitung depressiogener habitueller Beziehungsmuster. Schwerpunkt psychodynamischer Therapie: Bearbeitung der verzerrten Sicht anderer (Neigung zur Idealisierung) und der eigenen Person (Selbstentwertung) und den daraus folgenden Abhängigkeitsgefühlen und Trennungsängsten. Kognitive Verhaltenstherapie: Kognitionsveränderungen, Kompetenzsteigerung und Abbau belastender Lebensbedingungen.

Indikation zur adjuvanten antidepressiv-pharmakologischen Therapie: bei mindestens mittelschweren depressiven Episoden, insbesondere in der Initialphase schwerer depressiver Episoden und in der Dauerbehandlung von Patienten mit rasch oder häufig rezidivierenden depressiven Episoden. Für die Dysthymie bisher kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis der Antidepressiva.

3.3.9.5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Anklammerung, Aggressionsvermeidung und depressive Negativität mit Selbstanklagen und Selbstentwertung erschweren den Umgang mit depressiven Patienten. Latenter Ärger und/oder Hilflosigkeit des Therapeuten können in einem Circulus vitiosus die negativen Kognitionen und Selbstabwertungen des Patienten verstärken.

Typische Interventionsfehler

- Drängen auf Besserung der Beschwerden: der Patient kann dadurch zusätzlich unter Druck geraten und unzureichendes Gebessertsein schuldhaft oder autoaggressiv verarbeiten.
- Deutungen der depressiven Symptomatik als implizite Aggressivität
- Zu früher Versuch in der noch akuten Erkrankungsphase, auslösende Ereignisse zu deuten oder positive Denkwesen zu vermitteln, die der Kranke nicht nachvollziehen kann.

Vorgehen bei schweren Depressionen: Keine Deutungen der Konfliktpathologie auf Basis der Übertragungs- Gegenübertragungsdiagnostik. Stattdessen passagere Übernahme von dem Patienten nicht zur Verfügung stehenden Ich-Funktionen (z.B. Entscheidung über die weitere Behandlungsplanung für hoch ambivalente Patienten).

Bei Suizidalität aktives therapeutisches Vorgehen mit Hilfe bei der Wiederherstellung wichtiger Beziehungen, Einbeziehung von Angehörigen, evtl. stationäre Einweisung, (notfalls gegen den Willen des Patienten). Typische Fehler im Umgang mit Suizidalen: Provokationen persönlich nehmen, Bagatellisierungstendenzen des Patienten mitmachen, einseitige Betonung der Aggressionsproblematik, zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten.

Literatur:

- Aldenhoff J (1997) Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. Nervenarzt 68:379-389
Bronisch T (1995) Der Suizid. Ursachen -Warnsignale -Prävention. Beck, München.
Hautzinger M (1997) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Psychol. Verlagsunion, Weinheim
Schauenburg H, Hofmann B (Hrsg.) (2006): Psychotherapie der Depression. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart
<http://www.kompetenznetz-depression.de>

3.3.10. Angststörungen (ICD-10: F40, F41)

Angst an sich ist kein pathologisches Phänomen - Angst vor realer Bedrohung ist sogar überlebenswichtig ("Realangst"). Bei den Angststörungen ist die Angst allerdings situationsunangemessen und beinhaltet somit keine reale äußere Gefährdung. Im ICD-10 werden zwei Kategorien von Angststörungen unterschieden, deren gemeinsames Hauptmerkmal unrealistische oder stark ausgeprägte Angst darstellt.

Bei den "**phobischen Störungen**" (F40) wird die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen / Objekte außerhalb der betreffenden Person hervorgerufen. Diese Situationen / Objekte werden vermieden. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden, sie variiert von leichtem Unbehagen bis zur Panik. Befürchtungen der Betroffenen können sich auf Einzelsymptome

(Herzklopfen, Schwindel, Schwächegefühl) beziehen, sie treten häufig zusammen mit sekundären Ängsten auf (Angst zu Sterben; Kontrollverlust; Gefühl, wahnsinnig zu werden). Die Angst wird nicht dadurch gemildert, dass andere solche Situationen oder Objekte nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

Bei den **"sonstigen Angststörungen" (F41)** ist die Angst hingegen nicht auf bestimmte Objekte bzw. Situationen begrenzt, sondern sie ist "frei flottierend" - sie tritt für die Betroffenen spontan in verschiedenen Situationen auf (Panikstörung F41.0) oder sie betrifft viele Lebensbereiche (Generalisierte Angststörung F41.1).

3.3.10.1. Leitsymptome und diagnostische Kriterien (ICD-10)

Generelles Kriterium: Die psychischen, Verhaltens- und vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen!

Agoraphobie (F40.0)

Symptomatik: Hauptmerkmal ist die Angst, sich an Orten/Situationen zu befinden, von denen aus ein Rückzug an einen "sicheren Ort" schwierig oder peinlich ist. Die Angst kann sich darauf beziehen, die Wohnung zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in Menschenmengen oder auf öffentliche Plätze zu begeben, alleine zu reisen bzw. sich aus einer Situation nicht sofort an einen "sicheren" Platz zurückziehen zu können. Die Angst kann sich bis zur Panik steigern und wird von vegetativen Symptomen (Tachykardie, Thoraxschmerzen, Schweißausbrüchen, Tremor, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Erbrechen) begleitet. Auch wenn der Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens variieren, ist diese Phobie besonders einschränkend.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst muss in mindestens 2 der folgenden umschriebenen Situationen auftreten: In Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause oder bei Reisen alleine. Die Vermeidung der phobischen Situation ist entscheidendes Symptom. Das Vorliegen oder Fehlen einer Panikstörung (F41.0) bei der Mehrzahl der agoraphoben Situationen kann mit der fünften Stelle angegeben werden (F40.00 ohne Panikstörung; F40.01 mit Panikstörung).

Differenzialdiagnose: Depressive, Zwangs- oder andere Angstsymptome können gleichzeitig vorliegen. Im Rahmen einer Depression ist Agoraphobie nicht die Hauptdiagnose.

Soziale Phobie (F40.1)

Symptomatik: Zentral ist die Furcht vor prüfender Betrachtung in überschaubaren Gruppen (nicht Menschenmengen). Die Angst kann sich auf bestimmte Situationen (Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränken; sie kann aber auch unbestimmt sein und in fast allen sozialen Situationen außerhalb der Familie auftreten. Häufig bestehen niedriges Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik. Als Begleitphänomene sind Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Zittern, Übelkeit und Drang zum Wasserlassen häufig. Die Symptomatik kann sich bis zur Panik verstärken. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten kann zu starker sozialer Isolierung führen.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst ist auf bestimmte soziale Situationen beschränkt oder überwiegt in solchen Situationen. Die phobischen Situationen werden möglichst vermieden.

Differenzialdiagnose: Bei schwieriger Abgrenzung hierzu sollte die Agoraphobie diagnostiziert werden.

Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)

Symptomatik: Die Angst bezieht sich isoliert auf spezifische Objekte/Situationen (Tiere, Höhe, Donner, Fliegen, Dunkelheit, geschlossene Räume, Prüfungen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut). Die Angst kann sich bis zur Panik steigern. Spezifische Phobien entstehen zumeist in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können unbehandelt jahrzehntelang bestehen. Das Angstausmaß ist intraindividuell variabel und bleibt in der Regel konstant.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst bezieht sich isoliert auf bestimmte Objekte oder spezifische Situationen. Diese Objekte oder Situationen werden - wann immer möglich - vermieden

Differenzialdiagnose: Die Furcht vor bestimmten Krankheiten ist als Hypochondrie (F45.2) zu diagnostizieren. Wenn die Überzeugung, krank zu sein, wahnhaft Qualität erreicht, liegt eine wahnhafte Störung vor (F22.0).

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0)

Symptomatik: Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende, schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und deshalb zu Erwartungsangst führen können. Typische Symptome sind: Herzklopfen, -rasen oder unregelmäßiger Herzschlag; Schwitzen; Erstickungsgefühl; Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust; Schwindel-, Unsicherheits- oder Benommenheitsgefühle; Gefühl, dass Dinge unwirklich sind oder man "nicht richtig da" ist (Derealisation, Depersonalisation); Angst, die Kontrolle zu verlieren, "wahnsinnig zu werden" oder ohnmächtig zu werden; Angst zu sterben.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind,

1. in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht;
2. wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind;
3. zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).

Differentialdiagnose: Panikattacken bei bekannte Phobie sind ein Maß für die Schwere der Phobie. Panik im Rahmen einer depressiven Störung sollte keine Hauptdiagnose sein.

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Symptomatik: Im Mittelpunkt stehen Befürchtungen (übertriebene Sorgen) bezüglich alltäglicher Dinge (Familie, Arbeitssituation, zukünftiges Unglück) und die Schwierigkeit, diese Sorgen zu kontrollieren. Daneben imponieren Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen) und vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit). Die Sorgen bzw. Befürchtungen treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf. Zumeist wird keine starke Angst wahrgenommen, sondern eher körperliche Erschöpfung.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Andauernde Befürchtungen (Sorgen) in mehreren Bereichen (Arbeit, Familie, drohendes Unheil); motorische Anspannung (körperliche Unruhe, Schmerzen, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen); vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit).

Differentialdiagnose: Die Betroffenen dürfen nicht die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode (F32), phobische Störung (F40), Panikstörung (F41.0) oder Zwangsstörung (F42) erfüllen.

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)

Diese Störung sollte bei gleichzeitigem Vorliegen von Angst und Depression vergeben werden, aber nur, wenn **keine der beiden Störungen ein Ausmaß erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde**. Patienten mit dieser Kombination verhältnismäßig milder Symptome werden in der Primärversorgung häufig gesehen. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Prozentsatz vermutlich noch höher, ohne das die Betroffenen je in medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gelangen.

3.3.10.2. Epidemiologie, Verlauf

Angststörungen zeigen einen meist chronischer **Verlauf** mit Spontanremissionsraten < 20%. Es besteht ein hohes Risiko für eine Komorbiditätsentwicklung im Langzeitverlauf (vor allem depressive und andere Angststörungen sowie Alkohol- und Substanzmissbrauch), dann bestehen erhebliche psychosoziale Einschränkungen.

Epidemiologie

	Agoraphobie	Sozialphobie	spez. Phobie	Panikstörung	Gener. Angst
Lebenszeitprävalenz	~5,3%	2,8-13,3%	10-11,3%	1,6-3,5%	5,1-8,5%
1-Jahres-Prävalenz	2,8%	7,9%	7-9%	0,9-2,3%	3,1-3,8%
Onset	25-30 Lj.; oft mit Auslösern Kindheit und Jugend	Kindheit undMitte der 20er	15-35 Lj.;	selten: >45Lj.	vor 20 Lj., und 30.-35. Lj.
Frauenanteil	70-80%	50-70%	55-90%	~70%	~70%

Quelle: Kessler et al. (1994, NCS); Robins & Regler (1991, ECA).

3.3.10.3. Ätiologie, Störungsmodelle

Es gibt kein einheitliches Störungsmodell für alle Angststörungen. Neben genetischen Faktoren ("Ängstlichkeit") weist die psychobiologische Forschung auf die Bedeutung der Neurotransmittersysteme (Noradrenalin, GABA, Serotonin) hin, wobei Aussagen zur Kausalität hierdurch nicht getroffen werden können. Die kausale Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren bei der Angstentstehung und -aufrechterhaltung ist hingegen belegt.

Psychodynamische Modelle: In der 1. Angsttheorie (1895) ging Freud davon aus, dass Angststörungen durch an der Abfuhr gehinderter sexueller Erregung verursacht werde. Dieses mechanistische Modell ließ er selbst wieder fallen. In der 2. Angsttheorie (1926) sah Freud einen Zusammenhang zwischen unbewussten, inakzeptablen inneren Impulsen, der Angstreaktion (Signalangst) und der (unzureichenden) Aktivierung von Abwehrmechanismen.

**Erlebnis "innerer Gefahr" → Angst → unzureichende Abwehrmöglichkeiten →
Durchbruch der Angst als Symptom**

Unspezifische und generalisierte Ängste sind so auf mangelnde Angstbewältigungsmechanismen (Ich- Schwäche) zurückzuführen. Diese wiederum basiert auf suboptimalen Entwicklungsbedingungen (traumatisierende Erlebnisse, Überbehütung, Vernachlässigung). Die **Bindungsforschung** zeigt, dass schon Kinder intuitives Wissen über die „Erreichbarkeit“ von hilfgewährenden Erwachsenen haben. Wenn eine solche Unterstützung aufgrund vorhergehender Erfahrungen nicht erwartet wird, entstehen daraus partiell stabile „unsichere Bindungsmuster“ (ständige „Alarmiertheit“ bezügl. der Verfügbarkeit von Anderen, Ignorieren von Bindungswünschen). Diese prädestinieren in späteren Krisensituationen (z.B. drohende oder befürchtete Trennung von wichtigen Personen) zur Entwicklung von Angststörungen, da die früheren Erfahrungen nicht zu „verinnerlichter“ Sicherheit (= Ich-Stärke, s.o.) geführt haben.

Bei den **phobischen Störungen** kann durch das Vermeiden der angstausslösenden Situationen zumindest vorübergehend Angstfreiheit erreicht werden, was auf eine bessere Abwehr und eine größere Ich-Stärke bei diesen Patienten hindeutet. Als Ursache der meisten Phobien wird eine unbewusste Vorstellung angenommen, deren Inhalt verdrängt wurde. Die gefürchteten Objekte stehen somit symbolisch für intrapsychisch erlebte Gefahren (z.B. Verlust von Personen oder völlige Hilflosigkeit, Bloßstellung). Gefürchtet wird also eigentlich die unbewusste Vorstellung, die mit dem Objekt (Spinne, Marktplatz, Flugzeug) verbunden ist und nicht der Gegenstand als solcher. Diesen Vorgang nennt man "Verschiebung".

Verdrängung umschriebener Impulse oder Wünsche → innerer Konflikt →

Erlebnis "innerer Gefahr" → Angst →

Verschiebung der Angst auf Situation der Außenwelt → Vermeidung der äußeren Situation

In psychodynamischen Modellen zur **sozialen Phobie** wird eine grundlegende Störung des Selbstwertgefühles angenommen, in denen zur **Generalisierten Angststörung** wird von verinnerlichten ungelösten Beziehungskonflikten (etwa: "Autonomie-Abhängigkeitskonflikt") und Ich-Einschränkungen ausgegangen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle gehen bei den Angststörungen von erlernten Defiziten in der Angstbewältigung, der Assoziation harmloser Reize mit Gefahr (klassisches Konditionieren), bestimmten kognitiven Fehlern (negative Sicht) und insbesondere von der Bedeutung des Vermeidungsverhaltens aus. Dieses reduziert kurzfristig die Angst, wird so negativ verstärkt und führt zur Chronifizierung (instrumentelles Konditionieren).

**Angst → Vermeidung von Situationen/Objekten → kurzfristig: Angstabnahme →
langfristig: Angstzunahme**

Das psychophysiologische Modell der **Panikstörung** geht von einer Rückkoppelung aus, bei der vegetative und psychische Symptome (Herzklopfen, Schwindel, Schwitzen) als bedrohlich eingeschätzt werden und so mit der Zunahme der Angst auch zu einer Zunahme dieser vegetativen Symptome führen. Neben prädisponierenden Faktoren (Ängstlichkeit, Erschöpfung, geringe Selbstsicherheit, negative Kognitionen) werden auch auslösende (physiologische und kognitive) und aufrechterhaltende Faktoren (Erwartungsangst, Vermeidung) konzeptualisiert.

**Vegetative Symptome → Einschätzung als bedrohlich → Angst → mehr vegetative Symptome →
mehr Angst**

Bei den **Phobien** wird ebenfalls von einem Zusammenspiel von komplexen Lernvorgängen (klassisches und instrumentelles Konditionieren), bestimmten prädisponierenden Faktoren ("preparadness", d.h. leichtere Erlernbarkeit bestimmter Angstreaktionen, "Angstsensitivität", d.h. traumatische Verarbeitung harmloser Erlebnisse) und bestimmten kognitiven Schemata (Überinterpretation, Fehlinterpretation) gesehen.

Modelle der **Sozialen Phobie** berücksichtigen eine prädisponierende erhöhte Ängstlichkeit, mangelnde Vorbildfunktion der Eltern und negative Erfahrungen mit "peers". Diese führen zu stabilen negativen kognitiven Schemata ("soziale Situationen sind gefährlich", "andere achten darauf, was ich tue", "ich bin unfähig") und zu negativen Erwartungen in sozialer Situationen (Peinlichkeit, Zurückweisung). Die resultierenden Angstgefühle (Fokussierung auf sozial "bedrohliche" Reize, negative Selbsteinschätzung, physiologische Erregung (Erröten, Zittern) führen zu den befürchteten Folgen (wirkliche/wahrgenommene Störungen im Verhalten, Beurteilung des Verhaltens als inadäquat, Fokussierung auf negative Konsequenzen) und werden als Bestätigung der eigenen Sicht erlebt.

Zur **Generalisierten Angststörung** liegen verschiedene Modelle vor, die von einer erhöhten ängstlichen Erwartungshaltung ausgehen, bei der vegetative und kognitive Faktoren zusammenwirken. Durch die Vermeidung bildhafter (emotionaler) Verarbeitung zugunsten kognitiver Inhalte beim "Sich-Sorgen" (dem Hauptsymptom) kommt es durch die kurzfristige Reduktion der Angst zu einer negativen Verstärkung und damit langfristig zur Chronifizierung. Den "Metasorgen" (Sorgen über die Sorgen) kommt eine aufrechterhaltende Wirkung zu.

3.3.10.4. Behandlung

Grundsätzlich: Psychotherapie hat sich bei der Behandlung von Angststörungen prinzipiell gut bewährt und der Erfolg ist auch nach Therapieende stabil. Die ebenfalls bewährte **psychopharmakologische Behandlung** ist dagegen mit Problemen behaftet, vor allem einem deutlich erhöhten Abhängigkeitsrisiko (Benzodiazepine) und einer hohen Rückfallquote nach Therapieende (Benzodiazepine, Antidepressiva). Deren Anwendung bedarf daher einer strengeren Indikation. Neuroleptika sind nicht indiziert.

Die dargestellten **psychotherapeutischen** Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigen den aktuellen Stand der Effektivitätsnachweise der einzelnen Verfahren (Dengler & Selbmann 2000, Ruhmland & Margraf 2001). Vor allem kognitive Verhaltenstherapie, zumeist als Kombination aus Exposition, Angstbewältigung, Training sozialer Kompetenz, Entspannung und kognitiver Therapie gilt als gut bewährt. Dieses bedeutet nicht, dass andere, bisher weniger gut untersuchte Verfahren grundsätzlich weniger wirksam sind, es fehlen aber empirische Daten. Weiterhin ist die häufige **Komorbidität** mit anderen psychischen Störungen zu berücksichtigen, was oft ein individuelles pragmatisches Vorgehen notwendig macht.

Bei der **Agoraphobie und/oder Panikstörung** sowie der **Sozialen Phobie** besteht Konsens, dass jede Behandlung konfrontativer Elemente bedarf.

Bei den **Spezifischen Phobie** besteht Konsens, dass Exposition in vivo das Verfahren erster Wahl ist. Patienten mit isolierten Phobien allein begeben sich allerdings selten in psychotherapeutische Behandlung.

Die langfristigen Behandlungsergebnisse bei der chronisch verlaufenden **Generalisierten Angststörung** sind noch nicht befriedigend. Bei der am besten bewährten kognitiven Verhaltenstherapie werden (Sorgen-) Exposition, Angstbewältigung, kognitive Therapie und Entspannungsverfahren kombiniert. Aufgrund der klinischen Erfahrung und einiger Studien scheint auch psychodynamische Psychotherapie wirksam zu sein (Leichsenring et al. 2002).

3.3.10.5. Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung

Angstpatienten haben die Neigung, sich an den Arzt/Therapeuten als "Schutzfigur" emotional anzuklammern. Für die Therapeuten ist zu berücksichtigen, dass die hierdurch kurzfristig geschaffene Entlastung für die Patienten letztlich zur Abhängigkeit von ihrem "Beschützer" führen kann, wenn dieses in der Therapie nicht bearbeitet wird. Deshalb ist ein Verweis auf die eigenen Möglichkeiten der Angstbewältigung, die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeiten per se sinnvoll und sollte Bestandteil und Ziel jeder Therapie sein.

Literatur

- Dengler W, Selbmann H (Hrsg) (2000): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Steinkopff
Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber
Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (2004): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 7. erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer-Verlag
Kessler RC et al: Results from the National Comorbidity Survey (NCS). Arch Gen Psychiatry 1994 (51), 8-19.
Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E (2002): Die generalisierte Angststörung. Z Psychosom Med (48), 235-255.
Margraf J (Hrsg) (1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. hier: Kapitel zu Angststörungen. Band 2. Springer
Robins LN, Regler DH (Hrsg) (1991): Psychiatric disorders in America (ECA). Free Press
Ruhmland M, Margraf J (2001): Metaanalysen zur Behandlung von Angststörungen. Verhaltenstherapie (11), 14 ff.

3.3.11. Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)

3.3.11.1. Diagnostik

Symptomatik

Sich wiederholende quälende Gedanken, Impulse oder Handlungen, die als ichdyston und sinnlos erlebt werden. Die Patienten leisten Widerstand gegen die Symptome, dieser bleibt jedoch erfolglos. Symptome sind häufig vergesellschaftet mit Angst, hohem Leidensdruck und deutlicher Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität.

Zeitkriterium: Zwangsgedanken und/ oder –handlungen müssen wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen nachweisbar sein.

AWMF-Empfehlung zur **Schweregradeinteilung:** Beurteilung nach psychosozialer Anpassung.

Diagnostische Kategorien und typische Inhalte

Zwangsgedanken (F 42.0): Vorwiegend zwanghafte Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Zwangsimpulse, Grübeleien über unwägbar Alternativen mit Entscheidungsunfähigkeit.

Zwangshandlungen (F42.1): Vorwiegend rituelle Handlungen als wirkungsloser, symbolischer Versuch, eine subjektiv erlebte, objektiv aber nicht bestehende Gefahr abzuwenden.

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (F42.2).

Typische Inhalte von Zwangssymptomen: Physische Gewalt gegen sich selbst oder andere, Verunreinigung, Kontamination, Tod, Ordnung, zufälliges Unglück, sozial inakzeptables Verhalten (z.B. Fluchen, Schreien), Sexualität, Religion (z.B. blasphemische Gedanken), sinnlose Inhalte (Melodien, Wörter).

Differentialdiagnostik und Komorbidität

Zwangssymptome treten auf bei Psychosen, organisch bedingten psychischen Störungen, zwanghaften Persönlichkeitsstörungen, anderen Störungen (Generalisierte Angststörung, depressive Störungen, Essstörungen, Sozialphobie, Hypochondrie, Dysmorphophobie, pathologisches Spielverhalten)

Komorbid Störungen: Major Depression 67%, Soziale Phobien 25%, Alkoholabhängigkeit (10%), prädisponierende (zwanghafte, dependente, selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung 15%.

Neurologische Erkrankungen mit Zwangssymptomen: Epilepsien, Schädel-Hirntraumata, Schädigungen der Basalganglien (Gilles-de-la-Tourette, Chorea Minor, Encephalitis lethargica).

Körperliche Diagnostik

Internistisch-neurologische Diagnostik, ggf. einschließlich EEG (Ausschluss Anfallskrankheiten) und MRT (Ausschluss pathologischer cerebraler Prozesse)

Diagnostische Verfahren

- Fremdeinschätzung: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - YBOCS (Goodman et al., 1989). Beurteilungskriterien: Zeit, die über Zwangssymptome zugebracht wird, Beeinträchtigung durch Symptome, Leidensdruck, Widerstand, Kontrolle von Zwangssymptomen.
- Selbsteinschätzung: Hamburger Zwangs-Inventar HZI (Zaworka et al., 1983).
- Skalen: Kontrollieren, Waschen, Ordnen, Zählen, Denken von Wörtern, Gedanken, Leid zuzufügen. Es existiert auch eine Kurzform.

3.3.11.2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 2,5%; beide Geschlechter gleich häufig betroffen; Untergruppen: Wasch-und Kontrollzwänge 25%, Waschwänge 21%, Kontrollzwänge 42%, Zwangsgedanken 12%
- Erblichkeit: Prävalenz eineiige Zwillinge 13-33%, zweieiige Zwillinge 8%
- Erstmanifestation: im Durchschnitt 20. Lebensjahr (oft bereits vor der Pubertät oder noch im Vorschulalter); 2/3 vor 25. Lj., nach 35. Lj nur noch 15 %; meist rascher Beginn; bei 50-70% durch kritisches Lebensereignis ausgelöst.
- Spontanverlauf: Deutliche Besserung 20-30%, mäßige Besserung 40-50%, gleichbleibend oder Verschlechterung 20-40%.

- Prognose günstig bei sozialer und beruflicher Anpassung, episodischem Verlauf, wenn auslösendes Ereignis vorhanden; ungünstig bei geringem Widerstand, bizarren Zwängen, komorbider depressiver Störung oder Persönlichkeitsstörung

3.3.11.3. Krankheitsmodelle

Zwangsstörungen haben eine multifaktorielle Genese: belastende Lebensereignisse, Erziehungsstile (elterlich, religiös, gesamtgesellschaftlich), biologische Faktoren.

Biologische Befunde und Hypothesen

- Immunologisch: gehäuft Autoimmunerkrankungen des Kindesalters assoziiert mit Streptokokkeninfektionen;
- Humangenetisch: Höhere familiäre Erkrankungsrate bei frühem Erkrankungsalter; phänomenologisch keine Unterschiede zwischen Patienten mit oder ohne familiäre Belastung; in der Gruppe ohne familiäre Belastung mehr belastende Lebensereignisse; Veränderungen des SLC1A1-Gens auf Chromosom 9 (neuronaler und epithelialer Glutamattransport);
- Neurobiologische Hypothesen: (a) Störung der funktionalen Interaktion zw. frontalem Kortex, Basalganglien und limbischen System: Erhöhte Aktivität des Nucleus caudatus während kognitiver Aufgabe, erhöhte orbitofrontale Aktivität, reduzierte weiße Substanz; (b) Störung des Serotoninsystems: 50% Responder bei SSRI-Gabe mit deutlicher Symptombesserung.

Psychodynamische Modelle:

Typische Konflikte: Über-Ich/Schuldkonflikte mit Selbstvorwürfen und Schuldübernahme bis hin zur masochistischen Unterwerfung oder aber Fehlen jeglicher Schuldgefühle; Gehorsam und Unterwerfung oder Kontrolle/Sich-Auflehnen bestimmen das Erleben und Beziehungen

Klassisches psychoanalytisches Modell

Trieb-Abwehr Konflikte: Rigide Über-Ich Struktur mit Abwehr von sexuellen und aggressiven Triebregungen führt zur typischen Kompromissbildung; Ödipuskomplex als Kernkonflikt mit Regression auf anal-sadistische Stufe; Aufbau einer sadistischen Über-Ich Struktur durch überstrenge und stark kontrollierende Erziehung mit forcierter Sauberkeitserziehung; Unterdrückung von Autonomiebestrebungen; Zwang als Abwehr primitiver paranoider Ängste (Schutz vor Desintegration, Pseudo-Stabilität).

Verhaltenstherapeutische Modelle

Deskriptiv: Vermeidung von Auslösern (Objekten/Situationen); aufdringliche Kognitionen (zwanghafte Gedanken oder Impulse); Bewertung der Kognitionen aus der Perspektive eines übersteigerten Verantwortungsgefühls; „Neutralisierung“ der Bedrohung (Zwangssymptomatik, Gedanken oder Handlung); sekundäre psychische Symptomatik, Angst bzw. Depression.

Modelle:

- 2-Faktorentheorie von Mowrer: Verbindung zwischen klassischem und operantem Konditionieren;
- Kognitives Modell von Salkovskis (1989, 1998): entscheidend ist die kognitive Beurteilung der aufdringlichen Gedanken und die Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten („ommission bias“);
- Netzwerktheorie (Foa & Kozak, 1986): Emotionen sind in Form einer Netzwerkstruktur gespeichert und korrektive Informationen können nur aufgenommen werden, wenn das Netzwerk aktiviert ist (- Exposition)
- Funktionalität/Aufrechterhaltung:
Die Vermeidung beugt einer Konfrontation mit den gefürchteten Gedanken vor und die „Neutralisierung“ beendet eine Konfrontation. Beide Verhaltensweisen „schützen“ die Pat. vor einer Konfrontation mit gefürchteten Gedanken und Situationen. Die Zwangssymptomatik verhindert so die Neubewertung: Bei der Konfrontation wird hingegen die Erfahrung gemacht, dass die Befürchtungen nicht eintreten.

3.3.11.4. Behandlung

Medikamentös (Empfehlung Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft):

NSMRI Clomipramin als Mittel der Wahl (75-300 mg/die), SSRI wie Fluoxetin (20-80 mg) und Fluvoxamin (100-300 mg) ebenfalls wirksam; sehr lange Behandlungsdauer (Monate) erforderlich! Ansprechquote nur ca. 50%; sehr hohe Rückfallquote.

Psychodynamische Therapie

Prinzip: Einsichtorientierte Therapie mit Betonung der therapeutischen Beziehung. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei Zwangsstörungen liegen nicht vor. Auch in der Praxis wird die Wirksamkeit als begrenzt eingestuft.

Verhaltenstherapie

Die Wirksamkeit von kognitiver Therapie sowie von Exposition mit Reaktionsverhinderung ist bewiesen. Die Effekte sind hoch (50% - 85%) und über längere Zeiträume stabil. Verhaltenstherapie ist der Pharmakotherapie überlegen (bessere Wirksamkeit und langfristige Effekte). Eine Kombinationsbehandlung ist nicht überlegen, außer bei zusätzlich schwer depressiven Patienten.

Vorgehen bei Konfrontation mit Reaktionsverhinderung:

- willkürliche Konfrontation mit vermiedenen Situationen;
- direkte Konfrontation mit den gefürchteten Reizen;
- Identifikation und Modifikation der Interpretationen;
- Unterbindung von Zwangshandlungen und neutralisierendem Verhalten und Verhinderung verdeckter Reaktionen.

Vorgehen bei Kognitiver Verhaltenstherapie

- Veränderung der Problemsicht;
- Reduktion der subjektiven Bedeutung aufdringlicher Gedanken;
- Exposition und Reaktionsverhinderung;
- kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der Gefahr und der persönlichen Verantwortung;
- Verhaltensexperimente.

Literatur

- Lakatos, A. (2003): Zwangsstörungen. In: E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie Band 3: Verhaltenstherapie. München, CIP-Medien, S.273-284.
- Lang, H., Koepsell, K. (2004): Zwangsstörung. In: F. Leichsenring (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 2: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München, CIP-Medien, S. 155-164.
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1999): Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Arzneimittelverordnung in der Praxis, 1. Aufl.

3.3.12. Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose) (ICD-10: F60.x)

3.3.12.1. Diagnostische Kriterien

Allgemeine Kriterien nach ICD-10 und DSM IV:

- Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt abweicht. Es manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, zwischenmenschliche Beziehungen, Impulskontrolle;
- Das überdauernde Muster ist: langdauernd, unflexibel und weitreichend, führt zu klinisch bedeutsamem Leiden und zu Beeinträchtigungen in psycho-sozialen Funktionsbereichen;
- Es lässt sich durch eine andere psychischen Störung erklären und geht nicht auf die somatische Faktoren zurück (z.B. Drogen, Medikament, Hirnverletzung).

Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen (PS) sind in den psychiatrischen Klassifikationssystemen des ICD-10 (WHO: F 60 - F 62) und DSM-IV (American Psychiatric Association: 301.00 –301.83) beschrieben: z. B. schizoide, narzisstische, emotional instabile, abhängige PS.

3.3.12.2. Epidemiologie

3-10% in der Allgemeinbevölkerung, 40-60 % in unausgelesenen psychiatrischen Patientenpopulationen.

3.3.12.3. Ätiologie, Störungsmodell:

Jeder Mensch hat eine Persönlichkeitsstruktur (z. B. zwanghaft oder phobisch), aber nicht notwendigerweise eine (z. B. zwanghafte oder phobische) Persönlichkeitsstörung.

Wann wird aus einer Persönlichkeits-Struktur eine Persönlichkeits-Störung ?

Distinkte Kategorien oder fließende Übergänge?

- Die vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen eher für kontinuierliche Übergänge zwischen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung (Dimensionales Modell).

Symptom-Neurose vs. Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose):

- Symptom-Neurose sind eher ich-dyston, Charakterneurosen eher ich-synton;
- Symptom-Neurose: Subjekt leidet vs. Charakterneurose: Umwelt leidet;
- kein symptomfreies Intervall bei Charakterneurose;
- **Cave:** zu polarisierte Gegenüberstellung von Charakter- und Symptomneurose ist künstlich (Mentzos, 1992), z. B. ich-syntone Symptome bei Symptomneurosen oder Symptome bei Persönlichkeitsstörungen.

Konflikt- vs. Strukturpathologie:

- Konfliktpathologie (i.R. bei Symptom-Neurosen): Symptomen liegt ein unbewusster Konflikt zugrunde;
- Strukturpathologie: Symptomen liegt ein Entwicklungsschaden zugrunde, d.h. Ich-Funktionen sind nicht ausreichend entwickelt (z.B. Realitätsprüfung, Impulskontrolle, Angsttoleranz, Objektbeziehungen).

Krankheitsmodelle

- Grundsätzlich: Zusammenwirken biologischer und psycho-sozialer Faktoren;
- Modell des Entwicklungsschadens (bei Strukturpathologie): Mangel an entwicklungs-fördernden Beziehungserfahrungen (niemand tröstet, gibt Anerkennung etc) führen zu einem Mangel an inneren (beruhigenden, anerkennenden, steuernden etc.) Objekten (Strukturen der Selbstregulierung). Person ist angewiesen auf äußere Objekte, die beruhigen, Anerkennung geben etc.

3.3.12.4. Behandlung

Wahl des Behandlungssettings (ambulant oder stationär) ist abhängig von Schwere und Verlauf.

Stationäre Therapie z.B. bei akuter Dekompensation mit einem Ausfall von psychosozialen Fähigkeiten (Ich- Funktionen) oder bei chronischem Verlauf

Art der Therapie:

- Analytisch orientiert (Fokus auf unbewussten Konflikten u/o Strukturpathologie) oder kognitive Verhaltenstherapie (Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, Training psychosozialer Kompetenzen);
- bei starker Angst, Depression, vorübergehenden psychotischen Symptomen etc. (Komorbiditäten) unterstützende psychopharmakologische Behandlung

3.3.12.5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Ganz-Objekt-Übertragung bei Konfliktpathologie: Pat. erlebt den Therapeuten z.B. wie den Vater (oder wie die Mutter);
- Teil-Objekt-Übertragungen bei Strukturpathologie: Pat. erlebt den Therapeuten z.B. als Teil von sich selbst oder als „nur böse“/ „nur gut“ oder der Therapeut wird funktionalisiert (dient als Ersatz fehlender eigener intrapsychischer Strukturen);
- als Reaktion auf Teil-Objekt-Übertragungen entstehen oft heftige Gegenübertragungs-Reaktionen auf Seiten des Therapeuten.

Typische Behandlungsfehler:

Gegenübertragung ausagieren statt sie auszuhalten, zu verstehen und therapeutisch zu nutzen. Sich-Verstricken-Lassen, therapeutische Rolle verlassen.

Literatur

- König, K. (2000). Charakterneurose. In: Mertens, W. & Waldvogel, B: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 109-113.
- Leibing, E., Doering S. (2006): Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut (51): 229-244
- Rüger, U. (2000). Strukturelle Störung. In: Mertens, W. & Waldvogel, B: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 679-684.
- Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart, Schattauer 2. Auflage

Saß, H. (2000). Persönlichkeitsstörungen. In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H. & Sartorius, N (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 6, Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, S. 275-330.

Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS & Leweke F (2011): „Borderline personality disorder“ Lancet 377, 74-84

3.4. PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE BEI KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN

Mit dem Göttinger Schwerpunkt Psychokardiologie ist neben Forschungsaktivitäten der Abteilung auch eine intensivierte klinische psychosomatische Versorgung kardiologischer Patienten verbunden. Beides trägt der Bedeutung psychosozialer Faktoren bei kardiologischen Erkrankungen Rechnung. Ein anderer, dabei noch im Aufbau befindlicher Schwerpunkt liegt in der Psychoonkologie. Dieser Bereich wird zum einen niederschwellig in Form eines psychosozialen/psychosomatischen Liaisondienstes versorgt, darüber hinaus im Rahmen des allgemeinen Konsiliardienstes unterstützt. Im Folgenden werden die Schwerpunktbereiche Psychokardiologie und Psychoonkologie mit ihren Behandlungsindikationen sowie weitere Krankheitsbilder mit relevanter psychosomatischer Mitbeteiligung kurz dargestellt.

3.4.1. Psychosomatik der Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Psychokardiologie

Die Psychokardiologie befasst sich als Zweig der Psychosomatik mit psychosozialen Risikofaktoren, psychosozialen Folgen sowie den psychosozialen Verlaufs-determinanten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Kardiovaskuläre Krankheitsbilder mit relevanter psychosozialer Mitbeteiligung sind:

- arterielle Hypertonus / hypertensive Herzerkrankung
- tachykarde supraventrikuläre u. ventrikuläre Rhythmusstörungen
- chronische Herzinsuffizienz
- Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris / Myokardinfarkt

Diese Krankheitsbilder haben gemeinsame pathophysiologische Entstehungswege und ätiologische Faktoren (z.B. arterieller Hypertonus → KHK → Herzinsuffizienz → Rhythmusstörung), zu denen auch gemeinsame psychosoziale Risikofaktoren beitragen können. Ein depressiv bedingter Bewegungsmangel oder Nikotinkonsum begünstigt den Hypertonus, in der Folge aber auch die Arteriosklerose und damit die KHK. Neben dem Risikopotential für die Entstehung kardialer bzw. kardiovaskulärer Erkrankungen sind ihre psychosozialen Folgen in Form reaktiver psychischer Belastungen für die Lebensqualität als auch für den Krankheitsverlauf bedeutsam. So kann die Krankheitsbewältigung bei zuvor psychisch gesunden Herzpatienten durch belastende, traumatisierende Krankheitserfahrungen wie z.B. Vernichtungsschmerz (bei Myokardinfarkt), Renanimation oder häufige Defibrillatorschocks (bei AICD) erheblich gestört sein und über die psychische Symptomatik wiederum die somatische Situation destabilisieren. Dies gilt z.B. für die psychogene Mitauslösung von Rhythmusstörungen oder auch für herzinsuffiziente Patienten, deren krankheitsreaktive Depression sich ungünstig auf neuroendokrinologische Kompensationsmechanismen auswirken kann.

Der Begriff Psychokardiologie bezieht sich auf eine Reihe ganz unterschiedlicher Herzerkrankungen und damit verbundener kardiologischer Versorgungsmaßnahmen. So sind mit einem angeborenen Herzfehler oder einer Herztransplantation noch einmal andere, zum Teil spezifische psychosoziale Probleme verbunden. Die meisten und dabei mittlerweile gut gesicherten Erkenntnisse liegen jedoch zur **Psychosomatik der KHK** resp. des Myokardinfarkts vor.

Zu den **langfristig** wirksamen psychosozialen Riskofaktoren der KHK zählen:

- ein niedriger sozioökonomischer Status
- chronischer Berufsstress (Imbalance von Anforderungen vs. Kontrollierbarkeit; Aufwand vs. Gratifikation)
- chronischer Stress in Partnerschaft und Familie (insbesondere gültig für Frauen)
- mangelnde soziale Unterstützung
- chronisch negative Affekte (**Depressivität**; Feindseligkeit; Ärgerneigung)
- gesundheitsschädliche Verhaltensweisen

In welchem Ausmaß diese Risikofaktoren von biographisch erworbenen Persönlichkeitszügen abhängen, ist noch unzureichend geklärt. Gleichwohl gibt es Hinweise auf Zusammenhänge mit einem unsicheren Bindungsstil, Störungen der

Selbstwertregulation sowie sog. maladaptiven Erlebens- und Verhaltensmustern bei Koronarpatienten, die gleichsam eine Disposition für o.g. psychosoziale Risikofaktoren bieten.

Zu den **kurzfristig** wirksamen psychosozialen Faktoren oder auch Auslösefaktoren (Prodromi) gehören:

- vitale Erschöpfung (Syndrom aus starker Ermüdung, Schlafstörungen und emotionaler Entmutigung)
- akute Stressbelastungen
- akuter Ärger

Berechnungen der WHO zufolge werden die KHK und die Depression im Jahr 2020 an den Plätzen 1 und 2 die weltweit führenden Ursachen krankheitsbedingter Einschränkungen sein. Dies unterstreicht die besondere epidemiologische und damit auch klinische Relevanz, die depressiven Störungen bei KHK beizumessen ist.

Die Depression ist ein von kardialen und somatischen Faktoren **unabhängiger Risikofaktor a)** für die Manifestation einer KHK (erhöhtes relatives Risiko um den Faktor 1.5-2.7) sowie **b)** für eine erhöhte Mortalität bei bereits vorhandener KHK (erhöhtes relatives Risiko um den Faktor 2.2-2.6). Ihre Häufigkeit liegt:

- in der Phase chronischer bzw. stabiler KHK zwischen **15%-30%**
- post-Myokardinfarkt bei einem Drittel, wobei **15%-20%** die Kriterien einer „major depression“ erfüllen
- nach ACVB-Operation bei **20%** ; wobei diese anhaltende Depressivität bei einem Fünftel der Patienten die psychosoziale Verarbeitung und das funktionelle Behandlungsergebnis belastet sowie im Verlauf kardiale Komplikationen und Mortalität begünstigt.

Die **Prävalenz** depressiver krankheitswertiger Störungen liegt über alle KHK-Stadien berechnet etwa bei 30% (siehe Tabelle 1). Verlaufsstudien zeigen, dass sich die Depression nach Myokardinfarkt im Mittel ohne spezifische Behandlung kaum bessert und die Sterblichkeit innerhalb eines 5-Jahreszeitraums deutlich erhöht.

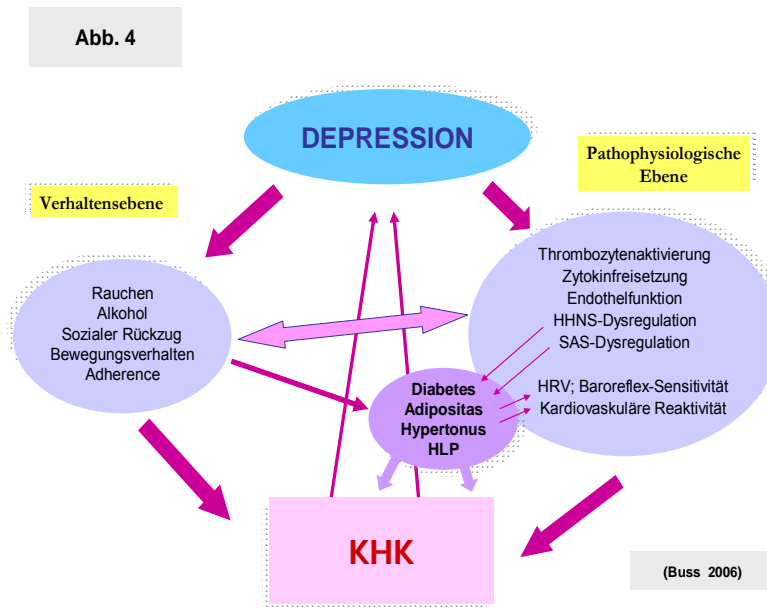
Depression hat zudem einen ungünstigen Effekt auf das Krankheitsverhalten und den Beschwerdedruck nach koronaren Ereignissen (Myokardinfarkt; ACVB-Op.). So zeigen depressive Koronarpatienten eine schlechtere beruflichen Reintegration, ein höheres Inanspruchnahmeverhalten kardiologisch-medizinischer Leistungen (mehr Kosten) und mehr Angina pectoris.

Die Bedeutung von Angst resp. Angststörungen bei KHK ist demgegenüber noch offen. Neben Hinweisen auf eine erhöhte KHK-Inzidenz (plötzlicher Herztod) bei Phobien gibt es solche auf einen günstigen, protektiven Effekt von generalisierter Angst mit mutmaßlich positivem Einfluss auf die Patienten-Adherence.

Vermittlungswege des pathogenen Depressionseffektes bei KHK:

Hinsichtlich ihrer psychosomatischen Behandlungsrelevanz gewinnt die Depressions-Prävalenz erfahrungsgemäß an Überzeugungskraft, wenn man sich ihre Vermittlung bis „in die Koronarien“ verdeutlicht. Diese erfolgt auf zwei Wegen:

1. auf der **Verhaltensebene** → **depressive Patienten** rauchen mehr, bewegen sich weniger, ernähren sich ungünstiger, ziehen sich aus sozialen Kontakten mehr zurück und beherzigen die ärztlichen Empfehlungen weniger i.S. einer schlechteren Adherence
2. auf der **pathophysiologischen Ebene** → **depressive Patienten** zeigen eine verstärkte Dysregulation der stressbeantwortenden Systeme (HHNS + sympathoadrenales System SAS ; vgl. 2.2.5.), eine erhöhte kardiovaskuläre Reaktivität mit Ischämieeigung, eine autonome Dysbalance (Herzfrequenzvariabilität ↓; Baro-Reflex-Sensitivität), eine erhöhte plasmatische und thrombozytäre Gerinnungseigung, eine erhöhte Entzündungsaktivität sowie eine gestörte Vasodilatation (Endothelfunktion ↓)



Die Komorbidität von kardialer Erkrankung (KHK) und psychischer Störung (Depression) ist gegenwärtig noch nicht sicher in ihrer Kausalität einzuschätzen. So könnte es sich um unabhängige, sich ggf. gegenseitig verstärkende Prozesse oder um unterschiedliche Manifestationen eines pathophysiologischen Gesamtkomplexes handeln. Deutlich wird jedoch, dass psychosoziale Faktoren bzw. die Depression und „klassische“ kardiovaskuläre Risikofaktoren (vgl. metabolisches Syndrom) zur Clusterbildung neigen.

Psychokardiologische Diagnostik

Neben der obligaten kardiologischen Diagnostik sollten KHK-Patienten (Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen) grundsätzlich eine basale Diagnostik psychosozialer Risiken (s.o.) oder häufiger psychischer bzw. psychosomatischer Komorbiditäten (Depression; Angst; Insomnie) erhalten. Dabei

- ist in Ergänzung einiger weniger gezielter Fragen (z.B. Depressionsfragen) der Einsatz von kurzen Selbstbeurteilungsfragenbögen zum Screening sinnvoll
- ist insbesondere nach Myokardinfarkt auf das Neuauftreten depressiver Störungen
- sowie im Verlauf bei Patienten mit implantiertem Defibrillator (AICD) auf Angststörungen (Panikstörungen, phobische Verarbeitung) zu achten
- ist eine diagnostische Hinzuziehung des Lebenspartners angeraten
- sollte auch nach (häufigen; erfahrungsgemäß belastenden) Sexualstörungen gefragt werden

Durchschnittliche Häufigkeiten von Depression und Angst im KHK-Kontext	
KHK-Phase / KHK-Kontext	Prävalenzen
Chronische stabile Phase	<ul style="list-style-type: none"> • 15% - 20% MD • 35% md • 10% - ~ 50% (!) Panikstörungen (Assoziation mit gleichzeitiger atypischer [somatoformer] Angina pectoris)
Instabile Angina pectoris	<ul style="list-style-type: none"> • 15% MD • 25% md / erhöhte Depressionswerte
Myokardinfarkt (Akutphase)	<ul style="list-style-type: none"> • 15% - 20% MD • 25%-30% md / erhöhte Depressionswerte • 10% -25% erhöhte Angstwerte
Koronarangiographie	<ul style="list-style-type: none"> • ~ 15% MD + ~ 15% md
ACVB	<ul style="list-style-type: none"> • präop.: ~ 30% erhöhte Depressionswerte • präop.: ~ 40% erhöhte Angstwerte • postop.: ~ 20%-25% MD
AICD	<ul style="list-style-type: none"> • 15% - 25% Angststörungen • 15%-30% ängstlich-depressive Störungen
Herzinsuffizienz	<ul style="list-style-type: none"> • ~ 15% MD • ~ 20% md/ erhöhte Depressionswerte
Htx	<ul style="list-style-type: none"> • ~ bis 25% MD • ~ 20% ängstliche Anpassungsstörungen

Erklärung: MD=Major Depression; md= minor depression; ACVB= Aorto-Coronare-Venen-Bypass-Operation;
AICD=Automatischer Implantierter Cardioverter Defibrillator; Htx= Herztransplantation

Psychokardiologische Behandlung

Psychoziale und psychotherapeutische Behandlungsansätze sind Bestandteil der kardiologischen Rehabilitation, wo sie im Rahmen interdisziplinärer und multimodaler Konzepte primär auf eine sekundäre Risikofaktorenprophylaxe abzielen (→ Trainingsprogramme). Angesichts der in diesem Sektor geringen psychosozialen Versorgungskapazität können psychotherapeutische Interventionen jedoch weder ausreichend individuell indiziert noch ausreichend individuell durchgeführt werden. Im Akutbereich ist eine psychokardiologisch orientierte Behandlung bisher nur innerhalb Psychosomatischer Abteilungen gegeben. Grundsätzlich ergeben sich die folgende psychokardiologische Therapieziele:

- Psychoedukation → Verbindung kardiologischer Informationsvermittlung mit der individuellen Motivationslage des Herzpatienten (verhaltenstherapeutische Elemente)
- Stressbewältigungstraining (Entspannungstraining; Übung und Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen)
- Förderung der Krankheitsverarbeitung (Coping, Anpassung des Lebenskonzepts etc.)
- Therapie der psychischen Störungen im engeren Sinne (vgl. 3)
- Therapie und Modifikation sog. maladaptiver Erlebens- und Verhaltensmuster, die als koronargefährdend eingestuft werden

Es ist davon auszugehen, dass Patienten mit kardialer Erkrankung und psychischer Komorbidität von den etablierten psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie/kognitiv-behavioraler Ansatz; psychodynamisch-tiefenpsychologischer Ansatz) genauso profitieren wie Patienten mit ausschließlich psychischer Symptomatik. Angesichts spezifischer inhaltlicher Themen bei Koronar- bzw. Herzinfarktpatienten (z.B. Todesbedrohung; Selbstwertregulation) sind dabei entsprechende Modifikationen im Vorgehen erforderlich.

Ergänzend zur Psychotherapie hat sich die bedarfsweise Begleitmedikation mit Antidepressiva als günstig erwiesen, wobei auf die Gruppe der Trizyklika aufgrund ungünstiger kardialer Nebenwirkungen verzichtet und stattdessen Präparate der SSRI-Klasse bevorzugt werden sollten (z.B. Sertralin; Citalopram; Mirtazapin).

Merke: Psychische Störungen (insbesondere Depressionen) im Kontext von KHK bzw. kardiologischen Erkrankungen sind nicht als obligate, spontan remittierende Begleitphänomene anzusehen. Sie haben per se Krankheitswert und sind mitzubehandeln. Darüber ist in der Regel eine Verbesserung der Lebensqualität und folglich auch der Compliance/Adherence des Patienten möglich, was mittelbar auch wieder prognostisch relevant ist.. Depression bzw. erhöhte Depressivität kann als Risikofaktor für die Manifestation einer KHK sowie den kardialen Verlauf bei KHK gelten.

Literatur

- Jordan, J & Herrmann-Lingen, C (2004): Herzerkrankungen. In: Senf W & Broda M (Hg.): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart, Thieme-Verlag, S. 590-602
- Herrmann-Lingen, C & Buss, U (2002): Angst u. Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit; VAS; Frankfurt a.M., Bd. 5
- Buss U (2006): Depression und Angst bei Koronarpatienten. Psychoneuro, 32 (5) 237-246
- Herrmann-Lingen C, Albus C.& Titscher G (Hg.) (2008): Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen, Köln, Dtsch. Ärzte-Verlag
- Herrmann-Lingen, C. (2008): Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. Psychotherapeut, 53: 143-156
- Herrmann-Lingen, C. (2011): Psychosomatik der Herzinsuffizienz – alles nur Depression? Herz 36: IPAP 08.02.2011

3.4.2. Psychosomatik und Krebserkrankungen / Psychoonkologie

Tumorerkrankungen sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Die Krebsinzidenz in Deutschland betrug im Jahr 2004: 436000, 208000 Patienten verstarben an den Folgen der Erkrankung. Im Vergleich zu Erhebungen im Jahr 2002 blieb die Gesamtzahl der Krebsneudiagnosen bei den Frauen konstant, während sie bei den Männern um etwa 12000 stieg. Aus epidemiologischer Sicht beruht diese Zunahme bei den Männern zum großen Teil auf einer verbesserten Früherkennung mit häufigerer Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA).

Insgesamt konnten durch Früherkennung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren die Überlebensraten für einige Tumorarten deutlich verbessert werden. Alles in allem werden die Krebserkrankungen aber aufgrund der veränderten Altersstruktur weiter zunehmen. Damit verbunden sind zum Teil stark beeinträchtigende Behandlungsprozeduren, so dass in der Folge auch Morbidität und **psychosoziale Belastungen** deutlich angestiegen sind.

In diesem Sinne ist eine Krebserkrankung heute als chronische Erkrankung anzusehen, bei der die supportive psychotherapeutische Betreuung immer höheren Stellenwert einnimmt.

Definition: die Psychoonkologie befasst sich mit dem Einfluss psychischer und sozialer Faktoren auf Entstehung, Verlauf, Behandlung und die Verarbeitung einer Krebserkrankung. Sie ist weniger eine eigene Disziplin als ein mehrere Fachdisziplinen umfassendes Gebiet (Psychosomatik; Medizinische Psychologie; Psychiatrie; Soziologie u.a.). Je nach Behandlungssetting (Akutbehandlung; Rehabilitation; Nachsorge) sind die Schwerpunkte der psychosozialen Betreuung unterschiedlich verteilt (Ärzte; Pflegepersonal; Psychotherapeuten; Sozialarbeiter etc.). Als wissenschaftliche Disziplin untersucht **psychoonkologische Forschung** insbesondere die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren zur Verbesserung der Lebensqualität und des emotionalen Befindens der Patienten.

Krebserkrankungen bedeuten in der Regel existentielle Krisen. Das subjektive Krankheitserleben ist geprägt von Todesbedrohung, ungewissem Krankheitsverlauf sowie dem Verlust von Körperfunktionen bzw. Organen und Körperteilen. Invasive Therapiemaßnahmen (Chemotherapie; Strahlentherapie; Operationen) werden ambivalent erlebt, da sie einerseits helfen und heilen, andererseits körperlich stark belasten (u.a. → Belastungen im Körperbild). Jede Phase einer Krebserkrankung (*Erstdiagnose; Primärbehandlung; Remission; Rezidiv; Progression; Terminalphase*) stellt unterschiedliche Bewältigungsanforderungen sowohl an den Patienten als auch an dessen Angehörige. **Bewältigungsanforderungen** sind dabei in erster Linie:

- die prognostische Unsicherheit und künftige Lebensveränderungen zu ertragen
- die Selbstwertbedrohung und -erschütterung zu kompensieren (narzisstische Krise)
- der Umgang mit einer (potentiellen) Lebensbedrohung
- sich über die Erkrankung zu informieren und zu kommunizieren (z.B. Selbsthilfegruppe)

Diese und weitere Anforderungen (*Coping*) überschreiten häufig die Möglichkeiten und Ressourcen von onkologischen Patienten. Wichtige Hinweise auf eine psychoonkologische Betreuungsbedürftigkeit sind Veränderungen in der psychischen Befindlichkeit, vor allem

- Angst und Depression
- Persönlichkeitsveränderungen (z.B. teilnahmsloser Rückzug); auch in Form posttraumatischer Belastungsstörungen (vgl. 3.3.6/3.3.12)
- Suizidale Gedanken bzw. akute Suizidalität
- Erschöpfungssyndrome, die nicht als Medikationswirkung/-nebenwirkung erklärbar sind (DD Fatigue)

Nach **epidemiologischen Schätzungen** entwickeln etwa 40% bis 50% aller Krebspatienten reaktive psychische Befindlichkeitsstörungen. **Behandlungsbedürftige** Störungen weisen ca. 30% der Patienten auf, wobei es sich um durchschnittliche Erfahrungswerte handelt, die je nach Behandlungs-Setting, Tumorart und Stadium schwanken können. Die häufigsten Diagnosen (nach ICD-10) sind:

- Anpassungsstörungen (F 43.0; 43.2)
- Depression (F 32)
- Angststörungen (F 40, F 41)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1)

Die häufigsten Beratungsanlässe für psychosomatisch-psychoonkologische Konsiliarkontakte sind entsprechend depressive und Angstzustände (ca. 50%), Probleme der sozialen Interaktion mit dem Behandlungsteam (ca. 20%) sowie sog. Compliance-Probleme (z.B. bezüglich Chemotherapie; ca. 10%).

Psychosomatische bzw. psychosoziale Faktoren in der Ätiopathogenese

Der Karzinomentstehung wird als multifaktorielles Geschehen angesehen, bei dem genetische Faktoren und Umweltfaktoren zusammenwirken. Soweit psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen, handelt es sich um einen moderierenden Einfluss, etwa in dem gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol; Ernährung; UV-Licht-Exposition) durch psychosoziale Belastungen und Dispositionen begünstigt werden. Überforderungen, anhaltende emotionale Stressbelastungen mit z.B. depressiver Entwicklung aktivieren aber auch die Stress-Systeme (HHNS) mit der Folge immunologischer Veränderung. Hier sind – ähnlich wie bei der KHK – pathophysiologische Vermittlungen zu vermuten, welche die (tumorrelevante) Abwehrlage schwächen können (T-Lymphozyten↓ und natürliche Killerzellen↓). Trotz gesicherter Wechselwirkungen zwischen psychischen Prozessen, endokrinem und Immunsystem, ist noch unklar, inwieweit sie bei Krebserkrankungen überhaupt eine Rolle spielen, und wenn ja, unter welchen Bedingungen.

Gleichwohl ist auf dem Hintergrund der gegenwärtigen wissenschaftlichen Befundlage klar zu konstatieren, dass kausal relevante psychische Merkmale im Sinne einer sog. „*Krebspersönlichkeit*“ nicht zu vertreten sind. Dieses **Dogma** gründet mutmaßlich in einer Mischung aus Fehlinformation und sozialpsychologischen Motiven. Bedauernswerter Weise hält es sich noch immer, was die Patienten in Form einer möglichen Selbstzuschreibung von Schuld doppelt belasten kann. Psychosoziale Variablen und auch Persönlichkeitsfaktoren sind allerdings relevant für die Krankheitsbewältigung, die Behandlungcompliance sowie die Sekundärprävention. Als psychosozialer Einflussfaktor kann ferner die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit gelten, die z.B. auch die Inanspruchnahme von Krebs-Vorsorgemaßnahmen (mit)bestimmt.

Ziele psychoonkologischer Mit-Behandlung bzw. Interventionen

Grundsätzlich und primär zielt die Psychotherapie bei Krebspatienten darauf ab, die psychische Befindlichkeit durch Reduktion krankheits- und behandlungsbezogener Ängste und Depressionen zu verbessern, die Compliance mit der notwendigen medizinischen Behandlung zu stärken sowie die Bewältigungsstrategien und in der Folge die Lebensqualität (entsprechend den Erfordernissen des Krankheitsstadiums) zu verbessern.

Psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten und –aspekte

Psychotherapie mit Krebspatienten umfasst ein breites Spektrum verschiedener Behandlungs- und Beratungsformen (Einzel- und Gruppen-Setting). Dazu zählen supportive Vorgehensweisen innerhalb üblicher verhaltenstherapeutischer (kognitiv-behavioral) sowie psychodynamischer Ansätze, Entspannungs- und imaginative Verfahren und informativ-educative Elemente. Grundsätzlich sollte die Psychotherapie hier methodenintegrierend und patientenzentriert angelegt sein, dabei den spezifischen Belastungsaspekten der Krebserkrankung Rechnung tragen. So geht es weniger um neurotische Konflikte als um **Krankheitsbewältigung** und **Ressourcenaktivierung**, wobei auch zeitliche Begrenzungen zu gewichten sind. Auch sind **Abwehrreaktionen** onkologischer Patienten in Form von Verdrängung und Verleugnung in ihrer funktionalen stabilisierenden Wirkung eher anzuerkennen und nur dann in Frage zu stellen, wenn sie die Kooperation in selbstschädigender Weise gefährden. Ein anderer relevanter Behandlungsaspekt besteht in der emotionalen Entlastung der Patienten gerade auch hinsichtlich negativer Affekte. (Ängste; Wut; Ärger; Enttäuschung etc.). Diese in einem Gespräch mit einer „außenstehenden Person“ (Psychotherapeut) mitteilen zu können, ohne Belastung der „Nächsten“, ist erfahrungsgemäss entlastend. Auch geht es darum, die häufig mit der Diagnose induzierte emotionale Isolation wie auch reale Einschränkung von Kommunikation mit anderen (Angehörige; Bekannte etc.) aufzuheben. Da Krankheitsverarbeitung insbesondere bei Krebserkrankungen nicht nur ein individueller Prozess der Betroffenen ist, sollten ggf. auch Paar- und Angehörigengespräche Bestandteil der Psychotherapie sein.

Die **Evaluation psychoonkologischer Massnahmen** zeigt ihre Effektivität hinsichtlich der Verbesserung von Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung (unter Einschluss der Zielparameter Angst und Depression). Dagegen erscheint der Einfluss von Psychotherapie auf somatische Zielparameter wie Überlebenszeit und Rezidivrate noch ungeklärt. Auch wurde deutlich, dass keiner der psychologischen Bewältigungsstile (weder ein „*fighting spirit*“ noch Ängstlichkeit/Depressivität noch Fatalismus) den somatischen Verlauf vorhersagt. Wenn überhaupt erscheint – zum gegenwärtigen Erkenntnisstand – eine aktive, zuversichtliche Einstellung gegenüber der Erkrankung vorteilhaft.

Merke: bei Malignomerkrankungen findet sich mit fast 50% eine hohe psychische Komorbidität in Form von Krisenreaktionen, Depressionen, Anpassungs-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeutische bzw. psychoonkologische Mitbehandlung verbessert Symptombelastung und Nebenwirkungen, emotionale Befindlichkeit und Lebensqualität von Krebspatienten. Ob psychotherapeutische Interventionen den somatischen Verlauf von Tumorerkrankungen günstig beeinflussen, kann noch nicht endgültig beurteilt werden. Es gibt keinen Anhaltspunkt für eine Psychogenese (keine „*Krebspersönlichkeit*“!).

Literatur

- Zylka- Menhorn V. (2008); Flächendeckende Versorgung nach standardisierten Regimen gefordert, 28. Dt. Krebskongress. Dtsch Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 9, B 398-A 399
- Hack C. (2006). Psychoonkologie – Halten und Aushalten. Dtsch Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 6, A 322-A 326
- Weis, J & Sellschopp-Rüppell, A (2004): Psychotherapie bei Krebspatienten. In: Senf W & Broda M (Hg.): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart, Thieme-Verlag, S. 613-622
- Schwerpunktheft Psychoonkologie (2001); (Fachzeitschrift) Der Onkologe, Band 7, Nr. 2,
- Schwerpunktheft „Psyche und Krebs“ (2004); (Fachzeitschrift) Psycho-Neuro, Band 30, Nr. 4
- Tschuschke, V (2006): Psychoonkologie. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer-Verlag
- Schlömer-Doll U, Doll, D (2000): Patienten mit Krebs. Information und emotionale Unterstützung. Dtsch Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 46; B 2597-B 2600
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krebs in Deutschland 2003-04, Häufigkeiten und Trends, 6. überarbeitete Auflage, 2008

3.4.3. Psychosomatische Aspekte bei Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus ist kein einheitliches Krankheitsbild, das Gemeinsame der verschiedenen Formen ist eine chronische Erhöhung des Blutzuckerspiegels. Die Ursache liegt in einem relativen oder absoluten Insulinmangel, der im Verlauf nach längerer Krankheitsdauer zu Schäden an den Blutgefäßen und im Nervensystem führt. Die Hauptbehandlungsziele beim Diabetes liegen in einer möglichst optimalen Blutzuckereinstellung des Diabetikers und darüber wesentlich in einer Vermeidung oder zumindest Hinauszögerung der Langzeitkomplikationen. Eine stabile psychovegetative Lage ist der Stoffwechselregulation zuträglich, eine psychische Labilität beeinflusst sie negativ.

Die zentralen psychosomatischen Aspekte des Diabetes liegen somit in der Bedeutung psychischer Faktoren für das Krankheits- bzw. Bewältigungsverhalten sowie für psychovegetative Effekte auf die Stoffwechselsituation.

Diese **Anforderungen** an den Diabetiker sind komplex und vielfältig, und vor allem sind sie dauerhaft d.h. er muss sie in sein Lebens- und Selbstkonzept integrieren. Konkret muss er :

- Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung u. deren Umsetzung im Alltag erwerben
- den Diabetes emotional u. kognitiv akzeptieren
- krankheitsbezogene Anforderungen bewältigen
- Lebensgewohnheiten verändern, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung im Wege stehen und
- möglichst erfolgreich mit Krisen, Problemen oder anderen Erkrankungen umgehen, welche das Leben mit dem Diabetes erschweren

Innerhalb des *Verhaltensmedizinischen Ansatzes* der Diabetesbehandlung werden (insbesondere bei Typ-1 Diabetes) mittlerweile umfassenden Schulungsmaßnahmen durchgeführt, die den Patienten in die Lage versetzen sollen, ein Leben nach eigenen informierten Entscheidungen zu führen (*Selbstmanagement* und *Empowerment*). Konzeptionell geht dieser Ansatz über Compliance-Sicherung und Psychoedukation hinaus, insofern er sich an den konkreten psychischen und sozialen Bedingungen des Einzelnen zu orientieren versucht. Hintergrund ist die Erfahrung, dass z.B. Entgleisungen der diabetischen Stoffwechsellage häufig in Zusammenhang mit emotionalen Krisen auftreten und sich das Patientenverhalten unter psychosozialen Belastungen im Sinne einer Non-Compliance ändert.

Psychische Komorbidität bei Diabetes mellitus

An psychischen Störungen bzw. psychosozial mitbedingten Verhaltensproblemen sind in erster Linie Depressionen und auch Angststörungen, dahinter aber auch Ess-Störungen, Alkoholkonsum bzw. -abusus wie auch der Nikotinkonsum für den Verlauf der Diabeteserkrankung relevant.

- **Anpassungsstörungen** (vgl. 3.3.7.) sind in der Regel leichtergradige psychische Beeinträchtigungen, welche die sozialen Funktionen und Leistungen im Kontext der Diabetes-Erkrankung behindern. Sie erscheinen mit depressiver oder ängstlicher wie auch gemischter Akzentuierung und dauern (definitionsgemäß) nicht länger als 6 Monate. Beim Diabetes sind sie z.B. Reaktion auf die Diagnosestellung an sich, sie werden aber auch im Verlauf ausgelöst, z.B. bei der Umstellung auf Insulin, nach Hypoglykämien oder bei Spätkomplikationen.

- **Ess-Störungen** (vgl. 3.3.3.-3.3.5.) treten bei Diabetikern/innen im Vergleich mit Stoffwechselgesunden nicht häufiger auf. Vorwiegend komorbide essgestörte Diabetikerinnen haben allerdings eine schlechtere Stoffwechseleinstellung. In Verbindung mit Diabetes gehen **Anorexie** und **Bulimie** meist mit erheblichen Problemen der Therapiedurchführung einher. So erschweren Heißhunger-Attacken und selbstherbeigeführtes postprandiales Erbrechen u.a. die diätetische und medikamentöse Behandlungsgrundlage. Andererseits wird einer Gewichtszunahme u.a. durch Abführmittel, strikte Diät oder auch durch absichtliches Weglassen von Insulin (*Insulin-Purging*) entgegengewirkt. Das Risiko für diabetische Folgeerkrankung ist erhöht. **Binge eating** bezeichnet unkontrollierbare Essanfälle (ca. 2% der Bevölkerung), es ist insbesondere für Typ 2 Diabetiker von Bedeutung. Bei adipösen Typ-2-Diabetikern mit starken Gewichtsschwankungen und instabilen BZ-Werten ist DD an eine Binge-eating-Störung zu denken. Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass Diabetiker/innen mit gleichzeitiger Essstörung psychotherapeutisch und dabei auch stationär in einem qualifizierten und mit dieser speziellen Problematik vertrauten Setting behandelt werden sollten (→ Kontakt PSOM).

- **Nikotinabusus:** Diabetiker rauchen nicht mehr als andere Menschen, aber auch nicht weniger ! Nikotin ist bei ihnen aber ein zusätzlicher kardiovaskulärer Risikofaktor bzw. begünstigt er andere diabetogene Folgeerkrankungen. Entsprechend sollte der Faktor: *Rauchen* beim Diabetes immer thematisiert werden und auch ein Therapieangebot zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit gemacht werden.

- **Alkohol wird von** Diabetikern nicht häufiger konsumiert als in der Normalbevölkerung (Abusus liegt bei 4 %). Alkohol erhöht das Risiko einer Typ-2 Manifestation, für Folgeerkrankungen, auch z.B. für Ketoazidosen (!). Die metabolische Kontrolle wird bei Alkohol zweifach negativ beeinflusst: **a)** durch direkten Einfluss auf den Glukosestoffwechsel (Hypoglykämie !!) und **b)** durch reduzierte Kontrolle im Selbstmanagement (Verhaltensebene). Alkoholabhängigkeit in Verbindung mit Diabetes bedeutet immer eine strikte Behandlungsindikation für C2-Entgiftung, -entwöhnung etc..

- **Angststörungen** (vgl. 3.3.10.) sind bei Diabetikern *nicht wesentlich häufiger* als in der Allgemeinbevölkerung. Ihre Prävalenz liegt zwischen 2% - 11% je nach Störungsbild. Abhängig von der Symptomatik können sich deutlich negative Effekte auf Stoffwechsel und Lebensqualität ergeben. Angststörungen mit besonderem Bezug zum Diabetes:

- „*Spritzenphobie*“ (spezifische Phobie)
- „*Hypoglykämieangst*“ (Agoraphobie)
- *Angst vor öffentlicher BZ-Messung* (soziale Phobie)

Diabetes mellitus und Depression

Epidemiologischerseits ist in Erinnerung zu rufen, dass in der BRD ca. 4 Millionen Diabetiker (= 5% der Bevölkerung) leben (90% Typ 2-Diabetiker + ca. 5 % Typ 1-Diabetiker). Weltweit gehen aktuelle Schätzungen von ca. 124 Mill. Menschen mit Diabetes aus, wobei seitens der WHO für das Jahr 2025 ein Anstieg auf 300 Mill. prognostiziert wird. Bei zugleich exponierter Position der Depression in der Krankheitsbelastung (vgl. Hinweise in 3.4.1.) legt die Komorbidität von Depression und Diabetes ein erhebliches Risikopotential (z.B. kardiovaskulär) sowie eine besondere gesundheitsökonomische Dimension nahe. Diabetiker haben gegenüber der nicht-diabetischen Normalbevölkerung ein doppelt so hohes Risiko für depressive Störungen. Die durchschnittliche Prävalenz (Typ-1 + Typ-2 Diabetiker zusammen) liegt bei **20%**. Frauen sind häufiger betroffen, zudem weisen depressive Patienten ein höheres Risiko für die Manifestation eines Typ-2 Diabetes auf. Die Befund- bzw. Studienlage zeigt, dass **depressive Diabetiker** neben einer **schlechteren Stoffwechseleinstellung** (HbA1c ↑) (!)

- weniger Lebensqualität u. Therapiezufriedenheit und
- mehr Spätkomplikationen aufweisen sowie auch
- mehr Kosten verursachen.

Analog zur Vermittlung depressiver Effekte bei der KHK (vgl. Abbildung 3.4.1.) dürften zur Erklärung der schlechteren Stoffwechselsituation sowohl die bekannten Verhaltensfaktoren (ungünstiges Krankheits- und Coping-Verhalten Depressiver) wie auch direkte pathophysiologische Effekte (neuroendokrinologisch → DD u.a. Insulinantagonismus) in Frage kommen. Beide Pathomechanismen ergänzen sich. Auch ist davon auszugehen, dass die diabetische Stoffwechsellage biochemische Prozesse mitinitiiert (u.a. über Neurotransmitterveränderungen: Noradrenalin; Serotonin), welche ihrerseits eine Depression bedingen können.

Diagnostik und Therapie psychischer Komorbidität

Angesichts der Auswirkungen psychosozialer Belastungen resp. psychischer Störungen auf die primäre Diabetesbehandlung sollte obligat eine entsprechende **psychosomatische Anamnese bei Diabetikern** erhoben und diese an signifikanten Punkten des Krankheitsverlaufs (Ketoazidosen, Koma; Hypoglykämien; BZ-Entgleisungen; Spätkomplikationen) aktualisiert werden. Komplikationen wie schwere Ketoazidosen oder Hypoglykämien können Hinweise auf Suizidalität oder selbstschädigende Tendenzen (z.B. im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen) sein. Nur maximal die Hälfte der depressiven Störungen bei Diabetes wird erkannt, deutlich weniger ausreichend behandelt (!). Daher erscheint ein **Screening** für Depression und Angststörungen in Form z.B. eines Selbstbeurteilungsfragebogens innerhalb der Basisdiagnostik sinnvoll.

Psychische Belastungen und leichtere Störungsgrade von Depression und Angst sind im Rahmen einer **Psychosomatischen Grundversorgung** (Hausarzt; Internist; Diabetologe) behandelbar. Dabei sollte eine verlässliche Beziehung mit dem Diabetiker angestrebt werden, mit einem möglichst aktiven, flexiblen und stützenden Vorgehen. Problematisches nicht-compliantes Verhalten (HbA1c ↑) ist mit Respekt und unter Berücksichtigung der Basisvariablen der ärztlichen Gesprächsführung (Empathie, Wertschätzung und Echtheit) zu beantworten. Ergänzend zur psychotherapeutischen Ebene können bedarfsweise auch Antidepressiva eingesetzt werden. Auch hier sollte von trizyklischen Präparaten (NW: Verschlechterung der Stoffwechsellage; Gewichtszunahme) abgesehen werden. Aber auch bei den nebenwirkungsgüns-

tigeren SSRI-Hemmern ist auf Interaktionseffekte zu achten, die u.U. zu Hypoglykämien führen und Insulinanpassungen erfordern können.

Unter den etablierten und gut ausgewiesenen Psychotherapieverfahren ist die **kognitive Verhaltenstherapie** bei Diabetikern mit Depressionen gegenwärtig am besten untersucht. Hier finden sich insbesondere bei Typ 2 Diabetes Hinweise auf eine Remission der depressiven Symptomatik bei gleichzeitiger Verbesserung der Stoffwechsellage.

Psychodynamische Behandlungsansätze erscheinen ebenso anwendbar. Sinnvoll können sie insbesondere dann sein, wenn die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten komplexe Probleme mit seinem Diabetes bzw. seines Umgangs damit bedingt. Nicht selten wird der Umgang mit dem eigenen Diabetes im Sinne einer unbewussten Beziehungsregulation eingesetzt, was in der Therapieplanung u.a. die Entwicklung basaler selbstfürsorglicher Muster nahe legt. Beispielsweise kann eine neurotisch verstärkte Hypoglykämie-Angst Ausdruck eines grundlegenden Autonomiekonfliktes sein. Auf der Behandlungsebene führt sie dann zur Toleranz deutlich erhöhter BZ-Werte mit unzureichend Realisierung der drohenden diabetischen Spätfolgen (Nephropathie; Retinopathie; Neuropathie). Im psychosomatischen Konsiliarkontakt kann es darum gehen, mit dem „*Diabetes-Problem-Patienten*“ ansatzweise ein besseres Verständnis seiner ungünstigen Compliance wie auch möglichst eine Motivation zur Psychotherapie zu erarbeiten. Auf der anderen Seite darum, den Internisten/Diabetologen auch ein psychosomatisches Verständnis der (z.B.) hinderlichen „Hypoglykämie-Angst“ des Patienten zu vermitteln.

Merke: Komorbide psychische Störungen bzw. insbesondere Depressionen bei Diabetes mellitus sind häufig und belasten die Krankheitsverarbeitung und Compliance. Depressionen sind stoffwechselrelevant, werden aber bisher unterdiagnostiziert und unzureichend behandelt. Psychotherapeutische Behandlung psychischer Komorbidität geht mit besserer BZ-Einstellung einher.

Literatur

Albus C, Kulzer B, Petrak F, Kruse J, Hirsch S, Herpertz S (2004): Psychosoziales und Diabetes. Diabetes und Stoffwechsel, 13: 77-82

Anderson et al. (2001): The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. Diabetes Care, 24, 1069-1078

Petrak, F. & Herpertz, S. (2008): Psychosomatische Aspekte des Diabetes mellitus. Psychotherapeut, 53: 293-305

3.4.4. Psychosomatische Aspekte bei chronischem Tinnitus

Zu den für die psychotherapeutische/psychosomatische Arbeit relevanten Erkrankungen auf dem Gebiet der HNO gehören u.a. das Globusgefühl, der Rausperzwang, die funktionelle Dysphonie und Aphonie, die psychogene Hörstörung und der psychogene Schwindel, die aufgrund ihres funktionellen Charakters als sog. somatoforme Störungen gesehen und behandelt werden. Zu einer weiteren Gruppe mit unklarer nosologischer Einordnung, jedoch zumindest partiell objektivierbaren Veränderungen und/oder Hypothesen über einen ursächlichen pathophysiologischen Prozess gehören der Hörsturz und die Menière'sche Erkrankung, insbesondere aber ist der **chronische Tinnitus** dazuzuzählen.

Definition: unter *Tinnitus aurium* (lat.: *Geklingel*) werden Ohrgeräusche jeder Art verstanden, die

- nicht auf *von außen* einwirkendem Schall beruhen
- ausschließlich aufgrund von *Aktivität innerhalb des Nervensystems* ohne entsprechende mechanische, vibratorische Aktivität innerhalb der Cochlea entstehen

Symptomatik: der Symptomdruck beim Tinnitus wird bedingt durch Permanenz, Lautheit und den Geräuschcharakter, der individuell sehr unterschiedlich beschrieben wird (u.a. *Sausen, Klingeln; Zischen; Wasserrauschen; helle + dunkle Töne; Brummen; Motorenlärm*). Manche Patienten berichten eine nächtliche Zunahme ihrer Ohrgeräusche bzw. bei Stille der Umgebung.

Klassifikation:

- objektiv vs. subjektiv: ein Tinnitus ist nur dann als objektiv zu bezeichnen, wenn z.B. mit einem Mikrophon oder einem Stethoskop im äußeren Gehörgang wahrnehmbare Geräusche vorliegen Ursachen können hier gefäßbedingte oder auch muskelbedingte Schallgeräusche sein (z.B. Glomustumor; Gefäßstenosen). Dies ist selten, sodass aus psychosomatischer Sicht vor allem der subjektive Tinnitus relevant ist.
- *Symptomdauer:* Tinnitus wird in **akut** (bis 3 Mon.), **subakut** (bis 3 Mon.) und **chronisch** (>1 Jahr) eingeteilt
- *Status:* ein Tinnitus gilt als **kompensiert**, wenn das Ohrgeräusch registriert wird, der Patient damit aber so umgehen kann, dass keine Sekundär-Symptomatik auftritt. Ein Tinnitus gilt als **dekompensiert**, wenn er massive Auswirkung auf alle Lebensbereiche hat und zur Sekundärsymptomatik mit hohem Leidensdruck führt.

Epidemiologie:

- Lebenszeitprävalenz von Ohrgeräuschen ca. 25 %
- Punktprävalenz chronischer Tinnitus: ca. 3,9 % (ca. 2,7 Mio. in der BRD)
- ca. 2 % (1,5 Mio.) erheblich beeinträchtigt bzw. tendenziell mit dekompensiertem Tinnitus
- keine Geschlechtspräferenz
- Inzidenz: jedes Alter; Spitze 40.- 60.Lbj

Pathophysiologische Vorstellungen/ Psychosomatische Modellvorstellungen

Allgemeiner Ausgangspunkt ist eine Störung im Hörsystem, die sich an verschiedenen Punkten der Informationsaufnahme (Gehörgang; Schallwellen am Trommelfell) und -verarbeitung (sensoneurale Verarbeitung im Innenohr/Haarzellen; Übertragung durch Nervenfasern und zentrale Verarbeitungsebene) abspielen kann. Die wohl häufigste „Tinnitusmodellvorstellung“ mit den therapeutischen Konsequenzen einer intravenösen rheologischen Therapie ist die Innenohrdurchblutungsstörung. Gemeinsamer Nenner verschiedener ätiologischer Faktoren (z.B. Tubenkatarrh; medikamententoxische Effekte; Lärmtrauma etc.) dürfte eine Verminderung bzw. Veränderung der nach zentral gelangenden Afferenzen sein. Aktuelle neurowissenschaftliche bildgebungsgestützte Befunde zeigen bei Tinnitus eine veränderte kortikale Aktivität bei zugleich vermindertem sensorischem Einstrom. Dabei sind zwei Aspekte bedeutsam: **a)** der Tinnitus wäre als subjektives Phänomen einer veränderten internen Reizverarbeitung anzusehen, bei der über das limbische System emotionale und Faktoren der Stressverarbeitung ins Spiel kommen, und **b)** auf diesem Wege erscheint eine psychosomatische Mitbeteiligung (vgl. Vulnerabilitäts-Stress-Modell → 2.2.6.) auch pathophysiologisch plausibel.

Psychische Komorbidität bei chronischem Tinnitus

Eine versuchsweise Übersicht der Epidemiologie zeigt, dass ein neu aufgetretener Tinnitus in etwa 25% innerhalb kurzer Zeit spontan rückläufig ist. In ca. 70% der Fälle kommt es zu einer tolerablen Chronifizierung bzw. Gewöhnung an den Tinnitus (**Habituation**) und mindestens 5% der Patienten erleiden eine dekompensierte Symptomatik. Im Verlauf sind dabei unter situativen Belastungsfaktoren auch Dekompensationen bisher habituerter Symptomatiken möglich. Die psychische Komorbidität umfasst im wesentlichen:

- Depressive Syndrome (60-80%) (*cave*: Suizidalität !)
- Angststörungen (10-20%)
- Schlafstörungen (60-80%)
- Missbrauch von Beruhigungsmitteln (25%)
- Somatoforme Störungen (ca. 30-50%)

Psychosomatische bzw. psychotherapeutische Behandlung

Eine frühzeitige psychosomatische Miteinschätzung zu Belastungsgrad und individueller Gewichtung des Tinnitus ist grundsätzlich sinnvoll. Diese kann auch durch einen spezifischen Tinnitusfragebogen unterstützt werden. Wenn in der somatischen Anamnese- und Befunderhebung deutlich wird, dass *psychosoziale Faktoren* bei Genese, Aufrechterhaltung und Verarbeitung des Tinnitus beteiligt sein können oder aber **spätestens**, wenn Zeichen eines dekompensierten Tinnitus (Schlaf- oder Konzentrationsstörungen; Fixierung auf Tinnitus; hohe Selbstzentrierung; Psychische Veränderungen bzw. Depressionen; Lebensqualität ↓ etc.) vorliegen, sollte eine **psychosomatische Diagnostik** und Mitbehandlung eingeleitet werden.

Neben akustischen und apparativen Maßnahmen (Hörgeräte, Tinnitusmasker) kommt beim chronischen Tinnitus eine Hörtherapie bzw. ein sog. *Retraining* zum Einsatz, das auf eine Habituation mittels eines psychovegetativen Umtrainierens unter gleichzeitigem Einsatz von Entspannungsverfahren und psychoedukativen Elementen abzielt.

Auf der Ebene der Psychosomatischen Grundversorgung (Hausarzt; HNO-Arzt; auch Psychosomatischer Konsliardienst) umfasst die Behandlung Informationen über die Tinnitus-Erkrankung, eine Fokussierung des Krankheitsverhaltens sowie ggf. konfliktorientierte Gespräche zur gegenwärtigen Lebenssituation (z.B. interpersonelle Konflikte; Überforderung). Daneben sind Entspannungsverfahren (AT; PMR) indiziert. Bei ausgeprägter psychischer, z.B. depressiver Symptomatik ist eine Fachpsychotherapie angezeigt. Dabei kommen sowohl **kognitiv-behaviorale Verfahren** wie auch **psychodynamische Ansätze** zum Einsatz. Da es den chronischen oder dekompensierten Tinnitus nicht als einheitliches Krankheitsbild gibt, muss im Einzelfall die angemessene, optimale Behandlungsform gefunden werden. Bei deutlichem Nutzen der Psychotherapie ist primär eine *bessere Bewältigung* anzustreben, über die sich dann sekundär eine psychische Rekompensation einstellen kann. Wesentlich erscheint dabei, dass sich der Patient nicht mehr hilflos und ohnmächtig seinem „Tinnitus“ ausgeliefert fühlt, sondern ihn als Spannungssignal zu akzeptieren lernt.

Merke: der Tinnitus ist eine häufige Störung. Eine schlecht indizierte Polypragmasie auf der Grundlage unheitlicher pathophysiologischer Hypothesen ist in der Behandlung des chronischen Tinnitus üblich. Dagegen ist eine hohe psychische Komorbidität (insbesondere depressiver Störungsbilder) gut belegt und indiziert eine möglichst frühzeitige psychosomatische Diagnostik und Mitbehandlung. Ziele sind die Vermittlung eines verständlichen Krankheitsmodells sowie eine bessere Verarbeitung des Tinnitus mit psychischer Entlastung und Symptomreduktion. Psychosomatische Modellvorstellungen rechtfertigen im Einzelfall bei entsprechender positiver Anamnese (psychosoziale Belastungsfaktoren) auch die Diagnosestellung einer somatoformen Störung.

Literatur

Pilgramm M et al. (1999): Tinnitus in der BRD – eine repräsentative Studie. HNO aktuell, 7, S. 261-265
Goebel G (Hrsg.) (2001): Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. München, Quintessenz (siehe dazu Folien u.a. in PP-Format unter: http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre_skripte.htm)

3.4.5 Psychosomatische Aspekte bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Zu den gastrointestinalen Störungsbildern, die in der Psychosomatischen Versorgung unverändert eine Rolle spielen, zählen der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Historisch zu den Psychosomatosen gerechnet, wird hinsichtlich der Genese beider CED psychosozialen Faktoren heute kein bzw. allenfalls ein geringer Stellenwert eingeräumt. Somit liegt die psychosomatische Relevanz im Bereich der Krankheitsverarbeitung und der Reduktion bzw. Prophylaxe psychosozialer Stressbelastungen.

Die **Pathogenese** der CED geht von einem entzündlichen Prozess letztlich noch unklarer Ursache aus, an dem Umwelteinflüsse (Infektionen; Nahrungsmittel), genetische Faktoren sowie immunologische Faktoren gemeinsam beteiligt sind. Der Krankheitsverlauf ist i.d.R. chronisch und progredient, dabei mit gravierenden körperlichen Beeinträchtigungen, Folgeerkrankungen und z.T. eingreifenden operativen Massnahmen verbunden. Krankheitsbelastungen resp. der Nebenwirkungen medikamentöser Therapie (Cortison; Immunsuppressiva etc.) bedingen eine erhebliche psychische Komorbidität.

Psychische Komorbidität

Patienten mit CED weisen gegenüber der Normalbevölkerung eine deutliche erhöhte psychische Komorbidität, insbesondere von **depressiven Störungen** und **Generalisierter Angststörung** auf. Stressbelastungen und psychische Faktoren können bei entsprechender Disposition zu einer Krankheitsaktivierung (Schubauslösung) führen, wobei weniger einzelne Lebensereignisse, sondern eher subjektiv empfundene, anhaltende Stressbelastungen wirksam erscheinen. Eine depressive Krankheitsverarbeitung geht mit einer Zunahme der subjektiven Beeinträchtigung einher. Die somatischen Krankheitsbelastungen und –folgen führen über ihre reaktive psychische Belastung sekundär zu den genannten psychischen Störungen (Depressivität; hypochondrische und soziale Ängste), worüber sich auch sekundäre funktionelle gastrointestinale Symptome einstellen können, die ihrerseits eine Chronifizierung des Krankheitsverlaufs mitunterhalten (zirkulärer Modus).

Psychosomatische Diagnostik und Mitbehandlung

Ausgehend von einem multifaktoriellen Krankheitsverständnis bei CED sind subjektive Belastungen, psychosoziale Anteile und psychische Komorbiditäten mitzuerheben (→ psychosoziale Anamnese und psychosomatische Basisdiagnostik). Auf einer niederschweligen Ebene sollten bei relevanten psychosozialen Belastungen zunächst Entspannungsverfahren und verhaltensmedizinisch orientierte Ansätze zur Stressreduktion eingesetzt werden. Bei mittelgradiger bis schwerer psychischer Symptomatik ist eine Fachpsychotherapie (kognitiv-behavioral; psychodynamisch orientiert) angezeigt, ggf. ergänzt durch eine antidepressive Begleitmedikation. Die Diagnose einer CED an sich stellt keine Indikation für eine Psychotherapie dar, wohl aber in Verbindung mit bestimmten Situationen (u.a. ungünstige Krankheitsverarbeitung; Partnerschafts- oder familiäre Konflikte; Arbeitsplatzbelastungen; diagnostizierte psychische Komorbidität).

Merke: Psychotherapie bei CED ist in bestimmten Situationen indiziert und kann Krankheitsbewältigung, Lebensqualität, psychische Befindlichkeit und ggf. die Schmerzreduktion verbessern. Ein Einfluss auf den somatischen Krankheitsverlauf ist nicht belegt.

Literatur

- Leibbrand R, Cuntz U (2005): Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfakten – Gastrointestinale Erkrankungen. In: Leibing, E, Hiller, W, Sulz S: Lehrbuch der Psychotherapie – Bd. 3 Verhaltenstherapie, München, CIP-Medien-Verlag S. 391-398
- Jantschek G (2006): Colitis ulcerosa – Morbus Crohn (Psychosomatische Störungen / Innere Medizin). In: In Janssen, PL, Joraschky, P, Tress, W (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln, 191-196
- (dazu u.a. Folien zur Vorlesung „Psychosomatik körperlicher Erkrankungen“
unter: http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre_skripte.htm)

3.5. WIRKSAMKEIT UND NUTZEN VON PSYCHOTHERAPIE

Die Überprüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen gehört zu den schwierigsten Aufgaben der allgemeinen Therapieforschung. Das Ziel von Psychotherapie - die Besserung seelischer und zwischenmenschlicher Bereiche - ist nur bedingt zu objektivieren. Ihre Standardisierung und Quantifizierung als Voraussetzung einer Wirksamkeitsüberprüfung ist immer nur in Annäherung zu lösen. Die Wirksamkeitsbeurteilung einer Psychotherapie umfasst unterschiedliche Aspekte: Die Beurteilung durch den Patienten und den Psychotherapeuten (beide Beurteilungen können sich im Einzelfall widersprechen), die Bedeutsamkeit der Veränderung (neben der statistischen Signifikanz ist die klinische Bedeutung der Veränderung wichtig: Stichwort **Effektstärke**), die Dauerhaftigkeit der Veränderung und der Kostenaspekt (es ist nicht nur zu beurteilen, wie gut ein Symptom verbessert wird, sondern auch mit welchem Aufwand). Auch die Frage, welche Veränderungen durch eine psychotherapeutische Behandlung angestrebt werden, muss festgelegt werden: sei es die Verbesserung des körperlichen oder seelischen Befindens mit Beseitigung der Symptome, die Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der sozialen Anpassung, der interpersonellen Beziehung, der Persönlichkeitsentwicklung usw. Eine psychotherapeutische Studie muss somit genau die Patienten und Ziele beschreiben, die durchgeführte Art der Therapie und ihre Dauer, den Zeitraum der Untersuchung, die verwandten Untersuchungsinstrumente und Untersucher, die Dauer der Nachuntersuchung, die angewandten statistischen Methoden um nur die wichtigsten Faktoren zu nehmen.

3.5.1. Psychotherapieforschung: Methodisches

3.5.1.1. Einige Fragestellungen der Psychotherapieforschung

- Ist Psychotherapie wirksam? -> Prä-Post-Vergleiche.
- Ist Psychotherapie wirksamer als eine Placebobehandlung? -> Case-Control-Studien.
- Welche Behandlung führt durch wen, zu welchem Zeitpunkt, bei welcher Person mit einem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis, zu welchem Zeitpunkt?
-> Differentielle Psychotherapie-Effizienzforschung.

3.5.1.2. Einige Zielkriterien in der Psychotherapieforschung

- Hauptsymptomatik (z. B. Zahl der Ess-Brech-Anfälle);
- Allgemeine Befindlichkeit (z. B. körperliches Wohlbefinden);
- Persönlichkeitsentwicklung (z. B. Reifung, Coping);
- Kostenrelevantes Krankheitsverhalten (z. B. AU-Tage, Arztkontakte; vgl. 3.4.3.);
- Therapiemotivation, Krankheitsverständnis.

Hauptproblem: je nach Therapie werden unterschiedliche Erfolgsindikatoren verwendet.

3.5.1.3. Forschungsdesigns

- **Experimentelle** Strategien: Randomisierte Therapie- vs. Kontrollgruppen
Vorteil: Keine Konfundierung von Prädiktoren und Behandlung.
Potentieller Nachweis vom Kausalität (interne Validität höher).

- **Naturalistische** Untersuchungen: Keine Randomisierung
Vorteil: Näher an der Versorgungspraxis (externe Validität potentiell höher).

Kontrollgruppen werden meist über Wartelisten oder Placebo-Behandlungen realisiert.

Doppel-Blind-Studien³ sind in der Psychotherapieforschung nicht realisierbar (zumindest der Behandler weiß, ob er eine echte oder Placebo-Behandlung durchführt).

3.5.1.4. Kontrolle von Placebo-Effekten

Der in der Therapie vermutete Wirkfaktor soll nicht enthalten sein. Behandlungsalternativen werden als glaubwürdige Varianten konzipiert. Ziel ist die Abgrenzung von rein psychologischen Effekten (Glaube, Erleichterung, Abbau von Demoralisierung). **Gerade dies sind jedoch zentrale Wirkfaktoren der Psychotherapie.**

3.5.1.5. Zum Problem der Randomisierung

Randomisierung kann zur Ablehnung des Therapieangebots führen, wenn eine bestimmte Behandlungspräferenz besteht. Leichter erkrankte Patienten lehnen eine Behandlungsvariante eher ab, wenn sie der eigenen Präferenz nicht entspricht. Dies kann zu unkontrollierbar verzerrten Effekten führen:

- z. B. Sammlung schwerer gestörter Patienten in stationären Settings mit der Folge scheinbar schlechter wirksamer stationärer Behandlung.

3.5.2. Psychotherapiewirksamkeit

Es gibt eine heute nicht mehr überschaubare Anzahl von psychotherapeutischen Schulen und Verfahren. Die in ihrer Wirksamkeit belegten psychotherapeutischen Verfahren beruhen jedoch auf gemeinsamen Grundelementen. Im Mittelpunkt steht die Beziehung von Psychotherapeut (Arzt oder Psychologe) und Patient. Jedes der psychotherapeutischen Verfahren setzt einen besonderen Schwerpunkt (vgl. Kapitel 2).

Auf die Frage, welche Variablen für die Gestaltung oder den Verlauf (Prozess) einer Psychotherapie aus der Sicht des Patienten und des Therapeuten von Bedeutung sind, kann nur kurz eingegangen werden. Einige wesentliche Ergebnisse für die alltägliche Praxis seien im Folgenden aufgeführt:

- **Therapeutischer Vertrag:** Wirksam und wichtig sind die Klärung der Patientenerwartung und Klärung der Therapieziele. Hierzu gehört auch die Vorbereitung des Patienten bezüglich der Anforderungen an seine Teilnahme (z. B. freie Gedankenäußerung, Üben von Entspannung zu Hause).
- **Therapieverlauf:** Wirksam und wichtig sind aktive verbale Teilnahme des Patienten, aktive Teilnahme des Therapeuten (cave: in einigen Studien erbrachte zuviel Aktivität eher negative Ergebnisse), Vorbereitung und Aufarbeiten des Therapieendes. Das setzt eine gute therapeutische Schulung des Therapeuten voraus.
- **Therapeutische Techniken:** Wirksam und wichtig sind Annahme der Lebensprobleme des Patienten, Ausrichten auf die Gefühle des Patienten, Ausrichtung auf die zentralen Beziehungsprobleme des Patienten, Paradoxe Intervention⁴, Konfrontation, Deutung und Durcharbeiten. Rat geben ist bei schwerer gestörten Patienten angezeigt.
- **Therapeutische Beziehung:** Wirksam und wichtig sind alle aktiven Bemühungen des Therapeuten die Beziehung hilfreich, empathisch und bestätigend zu gestalten, den Patienten zu akzeptieren und anzuerkennen.
- **Patientenmerkmale:** Auf den Erfolg einer Psychotherapie haben günstigen Einfluss gutes Selbstvertrauen (self-efficacy) und Offenheit, gute Mitarbeit des Patienten, Eignung des Patienten für das Therapieverfahren.

Von der Fachpsychotherapie ausgehend lassen sich auch für die Allgemeine Ärztliche Psychotherapie Grundregeln ableiten:

- gemeinsame therapeutische Ziele definieren und durch Wort und Haltung das gemeinsame Erreichen dieser Ziele anstreben (therapeutischer Vertrag);
- eine grundlegende Atmosphäre des Verstehens und Akzeptierens aufbauen;
- eine stabile vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung gestalten (hilfreiche Beziehung);

³ Weder der Patient noch der Behandler wissen, ob die „echte“ oder eine Placebo-Behandlung durchgeführt wird.

⁴ eine therapeutische Empfehlung, die paradox ist, also z.B. bei Schlafstörungen die Empfehlung wach zu bleiben um derart den Teufelskreis zu unterbrechen

- kleine Therapieziele anstreben, Therapieziele, die realistischerweise erreicht werden können, sodass eine hoffnungsvolle Grundhaltung gerechtfertigt ist;
- dem Patienten helfen, seine Funktionsfähigkeit zu erhalten, also auch seine Abwehr gegebenenfalls respektieren und den Patienten ermutigen, sich auszusprechen;
- wenn der Patient Fortschritte macht, ihm Anerkennung zuteil werden lassen.

3.5.2.1. Wirksamkeit von Psychotherapie, Ergebnisse es Studien

Eysenck hat 1952 die Psychotherapieforschung, die bis dato mehr oder weniger aus (z. T. anekdotischen) Einzelfallberichten bestand, aufgerüttelt mit der Behauptung, dass eine psychotherapeutische Behandlung den Spontanverlauf von neurotischen Erkrankungen nicht verbessern werde. Seit dieser Zeit ist in weit über tausend kontrollierten Studien nachgewiesen, dass Psychotherapie in der Behandlung fast aller seelischen Störungen und bei einer Vielzahl körperlicher Störungen wirksam ist.

Verschiedene Meta-Analysen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass Psychotherapie hoch wirksam ist (u.a. sind zu erwähnen die Arbeiten von Smith et al., 1980; Lipsey & Wilson, 1993; Wittmann & Matt, 1986; Lambert & Bergin, 1994; Grawe et al., 1994; Howard et al, 1986; McNeilly & Howard, 1991; vgl. zusammenfassend Kordy & Kächele, 2003; Strauß & Wittmann, 2000).

Die Wirksamkeit dieser Therapieverfahren wird mit Effektstärken⁵ 0,85 – 1,23 beziffert. Das entspricht **Besserungswahrscheinlichkeiten von 68% - 76%**.

Die Effektstärke für unbehandelte Kontrollgruppen liegt im Mittel bei nur 0,10 (Widerlegung der Spontanremissionsthese; Eysenck, 1952).

Die Frage der Dosis/Wirkungskurve beantwortete Howard in einer Zusammenstellung von über 2000 Therapieverläufen. Es fand sich bei der Mehrzahl der Patienten eine erste deutliche Besserung nach acht bis zehn Therapiestunden und erreicht in der Regel um die 30. bis 50. Sitzung ein hinreichendes Ausmaß. Dies entspricht einer wöchentlichen Einstundentherapie über einen Zeitraum von 6 Monaten bis zu einem Jahr. Schwerwiegende seelische Störungen, wie z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bedürfen sicherlich längerer Behandlungszeiten bis hin zu mehreren Jahren.

3.5.2.2. Psychotherapiewirksamkeit - Zusammenfassung

Psychotherapie ist hochwirksam, wenn sie professionell durchgeführt wird. Sowohl die (kognitiv)-behaviouralen Verfahren als auch die Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Therapien haben deutliche Nachweise für ihre Wirksamkeit erbracht. Die **grundsätzliche** Überlegenheit eines Therapieverfahrens ist nicht zu belegen. Allerdings wurden für die kognitiv-behaviouralen Therapieverfahren bislang mehr Wirksamkeitsstudien durchgeführt. Es gibt aber vermehrt Nachweise auf bei verschiedenen Störungen unterschiedlich wirksame Interventionen und unterschiedliche Langzeitverläufe.

Etwa 70 bis 80 % der Patienten erfahren eine eindeutige Besserung und etwa 30 bis 40 % der Patienten sind als „geheilt“ zu betrachten, d.h., die zur Psychotherapie Anlass gebenden Beschwerden sind nach Abschluss der Therapie völlig verschwunden. Psychotherapie ist auch einer Placeboanwendung (sei sie medikamentös oder im Sinne einer Placebotherapie) eindeutig überlegen!

Die Bedeutung einer differenziellen Indikationsstellung von Psychotherapieverfahren unterstreicht eine **aktuelle**, im **JAMA** veröffentlichte Metanalyse (Leichsenring u. Rabung) zur Wirksamkeit von psychodynamischer Langzeitpsychotherapie. Diese zeigt, dass Patienten mit komplexen Persönlichkeitsstörungen gerade von dieser längeren Therapieform profitieren können.

Literatur

- Kordy, H. & Kächele, H. (2003): Ergebnisforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik. in Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T & Wesiack W (Hrsg.) Uexküll – Psychosomatische Medizin München u. a.: Urban & Schwarzenberg. S. 555-564.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004): The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders - A Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry, 61 (12):1208-1216
- Leichsenring, F. & Rabung, S.(2008): Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A meta-analysis. JAMA, 300 (13): 1551-1565
- Schüßler, G. (2005). Psychosomatik / Psychotherapie systematisch. 3. Auflage, Bremen: Uni-Med

⁵ Eine Effektstärke von 0,85 bedeutet, dass es dem Durchschnitt der behandelten Gruppe besser geht als 80% der unbehandelten Vergleichsgruppe. Was heißt das? Liegt bei heute 40-jährigen die durchschnittliche Lebenserwartung bei 70 J. (SD=10 J.), würde ein Anstieg der Lebenserwartung um 8,5 Jahre einer Effektstärke von 0,85 entsprechen.

Strauß, B. & Wittmann, W.W. (2000): Wie hilft Psychotherapie? in Senf, W. & Broda, M. (Hrg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag.

3.5.3. Kosten und Nutzen von Psychotherapie

Eine der frühesten Untersuchungen, die Nachweis geben konnten, dass Psychotherapie die Kosten für eine medizinische Behandlung in einem mehrjährigen Zeitabschnitt deutlich reduzieren kann, geht auf Dührssen Anfang der 60er Jahre zurück: Neurotische Patienten waren nach einer abgeschlossenen psychoanalytischen Behandlung deutlich weniger krank und hatten weniger jährliche Krankenhausaufenthalte (auch aufgrund körperlicher Erkrankungen) als vor der Behandlung dies auch im Vergleich zu einer unausgelesenen Stichprobe anderer Krankenkassenmitglieder. Dieses Erfolgskriterium (die Verminderung medizinischer Kosten) war in Deutschland ein wichtiger Grund für die Einführung der Psychotherapie in die Kassenärztliche Versorgung 1967. Seitdem werden die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung (tiefenpsychologisch analytisch oder verhaltenstherapeutisch) seelischer Störungen getragen.

In Abschnitt 3.2. wurde darauf hingewiesen, dass psychogene Erkrankungen häufig sind, dass psychogen Erkrankte oft über einen langen Zeitraum im somatischen System (fehl-)behandelt werden und insbesondere Patienten mit somatoformen Störungen eigeninitiativ kaum Zugang zur für sie indizierten Psychotherapeutischen Behandlung finden. Zielke (1999, 2001) hat in einer Kostenanalyse die durch psychosomatische Erkrankungen über einen Zeitraum von 2 Jahren entstandenen Kosten je Fall ermittelt. Grundlage seiner Analyse waren Daten von Patienten aus mehreren psychosomatischen Reha-Kliniken. In den letzten 2 Jahren vor stationärer Behandlung psychosomatischer Erkrankungen entstanden im Schnitt je Patient:

- 5,19 Arbeitsunfähigkeitsfälle;
- 140,33 Arbeitsunfähigkeitstage.

Das entspricht Kosten von 22796.- €.

- 3,4 mal häufiger stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus (2811.- € Mehrkosten);
- 1790.- € für ambulante Untersuchungen und Behandlungen, sowie Medikamente.

Die Gesamtkosten beliefen sich auf 27977.- € (27108.- € Frauen).

Im nächsten Schritt wurden zum Vergleich die nach der stationären Behandlung entstandenen Kosten ermittelt, um das Kosteneinsparungspotential abschätzen zu können. In den 2 Jahren nach stationärer Behandlung psychosomatischer Erkrankungen reduzierten sich die Kosten im Schnitt je Patient um

- 65,6% für Arbeitsausfälle.

Das entspricht Restkosten von 10926.- €

- 70,3% für stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus (2169.- € Restkosten);
- 464.- € für ambulante Untersuchungen und Behandlungen, sowie Medikamente.

Die Gesamtkostenreduktion betrug somit 12880.- €. Demgegenüber standen Mehraufwendungen für stationäre psychosomatische Behandlung in Höhe von 5169.- €. Der verbleibende Nettogewinn war demnach 7710.- €. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis liegt damit bei 1:2,49. Rückblickend für das Jahr 1995 errechnet sich nach Zielke somit eine Verringerung der kostenrelevanten Krankheitslast von **1,291 Mrd.** Euro für knapp über 100.000 stationäre Behandlungsmaßnahmen.

Literatur

Zielke M. (1999): Kosten-Nutzen-Aspekte in der psychosomatischen Rehabilitation. Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie, 49. 361-367

Zielke M. (2001): Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotentiale durch psychotherapeutische Interventionen). In Deter HC (Hrsg.) Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts - Chancen einer bio-psychosozialen Medizin. Bern u. a.: Huber-Verlag. 582 – 601

4. WAS HÄLT UNS GESUND? – SALUTOGENESE RISIKEN UND CHANCEN DER SOZIALISATION ZUM ARZT / ZUR ÄRZTIN, HILFSANGEBOTE BEI KRISEN, BALINT- GRUPPENARBEIT, WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN

4.1. KRANKHEIT VS. GESUNDHEIT

Zum Selbstverständnis der gegenwärtigen Medizin gehört eine intensive Auseinandersetzung mit Krankheiten (Krankheitslehre=Nosologie), ihren Entstehungen (Pathogenese), den daran beteiligten Mechanismen (Pathophysiologie) und den resultierenden Organveränderungen (pathologische Anatomie). Krankheit wird dabei definiert als eine Abweichung vom „Normalzustand“. Diese kann teilweise als qualitative Veränderung von Organstrukturen oder –funktionen (z.B. maligne Entartung bei Krebserkrankungen; absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern), teilweise aber auch nur als Abweichung von einer statistischen Norm (z.B. Hypercholesterinämie) beschrieben werden.

Die **Definition von Gesundheit** fällt demgegenüber oft schwerer. Gesundheit wird häufig angesehen als das „Fehlen“ von Krankheit – so als sei dies ein Mangel und Krankheit der Regelfall. In ihrer Gesundheitsdefinition von 1946 fühlte sich die **Weltgesundheitsorganisation** daher genötigt, eine positive Definition von Gesundheit aufzustellen. **Gesundheit ist demnach „ein Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“**. Diese oft zitierte Gesundheitsdefinition als positiver Zustand entspricht einerseits uralten Gesundheitsvorstellungen, ist aber aus Sicht der heutigen Medizin kaum jemals erreichbar.

Bei den allermeisten Menschen finden sich in dem einen oder anderen biologischen oder psychologischen Messwert **Normabweichungen**, was allein schon daran liegen kann, dass eine statistische Norm automatisch „Fälle“ definiert, die von dieser Norm abweichen, ohne dass ihr Wohlbefinden oder ihre Prognose dadurch beeinträchtigt sein muss. Gesundheit im Sinne der WHO definiert sich aber gerade nicht als das Fehlen von Normabweichung sondern als Vorhandensein (subjektiven!) **Wohlbefindens**. Dies ist freilich auch nicht unproblematisch, da danach z.B. ein Mensch mit einer noch asymptomatischen und unentdeckten Krebs- oder Gefäßerkrankung durchaus als gesund gelten kann. In der Tat vermeiden manche Menschen den Gang zum Arzt, etwa zur Vorsorgeuntersuchung, weil man „vom Arzt erst krank gemacht“ würde. Dies ist subjektiv ja auch oft zutreffend, da erst die ärztliche Diagnose und die daraus folgenden Aktionen dazu führen, dass der Mensch zum Patienten und in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt wird.

Wir sehen uns hier offenbar mit unterschiedlichen und z.T. widersprüchlichen Verständnissen von Gesundheit und Krankheit konfrontiert. Die Medizin neigt dabei in der Regel dazu, nicht subjektives Befinden sondern (mehr oder weniger „objektive“) Befunde zur Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit zu benutzen. Dabei wird in der Regel ein vereinfachtes **dichotomes Verständnis** offenbart: Jemand ist **entweder krank oder gesund** – auch aus sozialrechtlichen Gründen: Leistungsanspruch entsteht in den meisten Bereichen der Krankenversicherung erst durch den Eintritt von Krankheit, auch wenn sich Krankenkassen mittlerweile gern als „Gesundheitskassen“ bezeichnen.

Krankheitsdefinitionen lassen sich mittels allgemeiner Klassifikationssysteme wie der ICD-10 vereinheitlichen, das weitgehend subjektive erlebte Krankheits- oder Gesundheits-Gefühl dagegen sehr viel weniger. Da Menschen aber sowohl durch ihre physische Existenz als auch durch ihr subjektives Erleben charakterisiert sind, entsteht die bereits angedeutete Problematik, dass ein Mensch gleichzeitig physisch krank und subjektiv gesund (wie im obigen Beispiel des Menschen mit der unentdeckten Krebserkrankung) oder aber physisch gesund und dennoch subjektiv krank sein kann (wie z.B. ein Patient mit subjektiv sehr belastenden Körperbeschwerden ohne messbaren pathologischen Organbefund).

Dieser vermeintliche Widerspruch lässt sich allerdings problemlos überwinden, wenn wir davon ausgehen, dass **Gesundheit und Krankheit nicht einander ausschließende Seins-Kategorien darstellen, sondern idealisierte Extreme auf einem Kontinuum**, zwischen denen sich jeder lebende (und natürlich sterbliche) Patient befindet. Gesundheit wäre dann das deutliche Überwiegen der gesunden (somatischen und psychosozialen) Lebensanteile, Krankheit dagegen das mehr oder weniger starke Auftreten kranker Anteile. Diese Balance kann sich bei jedem Menschen ständig in die eine oder andere Richtung verschieben und oft ist es gar nicht leicht zu benennen, bis wann der Mensch noch gesund und ab wann er oder sie schon krank ist.

Diese Beschäftigung mit Krankheit und Gesundheit ist uns für den Kontakt mit dem Patienten wichtig, da sie es uns erleichtert, den ganzen Menschen mit seinen gesunden und kranken Anteilen zu sehen und zu verhindern hilft, im Kranken nur seine Krankheit („das Colonkarzinom ☹ aus Zimmer 5“) zu sehen.



Gesundheit können wir dabei außer im Sinne der WHO über das subjektive Befinden auch auf verschiedenen anderen Ebenen definieren: Gesund ist es z.B. auch, flexibel auf Anforderungen der Umwelt reagieren zu können (so reduziert z.B. die physiologische, vegetativ gesteuerte Variabilität der Herzfrequenz das Risiko für das Auftreten maligner Herzrhythmusstörungen), sich an äußere Störfaktoren anpassen zu können (z.B. durch eine kompetente Immunantwort auf ein eindringendes Pathogen) und dadurch das physiologische und psychische Gleichgewicht zu bewahren. Gesundheit kann aber auch das Vorhandensein von Fähigkeiten (körperliche Leistungsfähigkeit, Fähigkeit zur Übernahme sozialer Rollen, z.B. Arbeitsfähigkeit) bedeuten.

Literatur

Schorr, A. (1995): Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrennter Historie? in Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg): „Wie gesund sind Kranke?“ Göttingen u. a.: Hogrefe-Verlag; S. 53-69.

4.1.1. Was hält Menschen gesund? Das Salutogenese-Konzept

Sobald wir damit positive Vorstellungen von Gesundheit formuliert haben, können wir die typische Frage der Medizin: „Was macht Menschen krank?“ erweitern und zusätzlich fragen: „Was hält Menschen auch in belastenden Lebenssituationen gesund bzw. was ermöglicht ihnen, Krankheit zu überwinden?“ Als Ärzte können wir ja oft tatsächlich nur Krankheit bekämpfen, gesund wird der Patient dann selbst (Medicus curat, natura sanat“).

Diese Selbstheilungs- bzw. Gesunderhaltungskräfte stellen unter dem Schlagwort „Salutogenese“ in den letzten Jahrzehnten ein wichtiges Thema in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie dar.

Das Salutogenese-Konzept geht auf den israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück, der die Frage stellte, wie es vielen KZ-Überlebenden gelingen konnte, die psychischen und physischen Maximalbelastungen weitgehend gesund zu überstehen oder allgemein: **Welche Kraft hält mache Menschen am Leben und unerwartet gesund, obwohl sie extremen Belastungen ausgesetzt sind?**

Wir fragen damit nach den **Ressourcen**, die einem Menschen zur Bewältigung solcher Belastungen zur Verfügung stehen. Eine wichtige innere Ressource bezeichnete Antonovsky als „Sense of Coherence“ (SOC=Kohärenzgefühl). Das **Kohärenzgefühl** ist ein Grundgefühl, genug Ressourcen zur Verfügung zu haben, um mit den Anforderungen des Lebens fertig zu werden. Es ähnelt damit dem was andere Autoren als „self-efficacy“ oder „generalisierte Selbstwirksamkeitserwartungen“ etc. bezeichnen. Gemeint ist mit dem SOC eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass

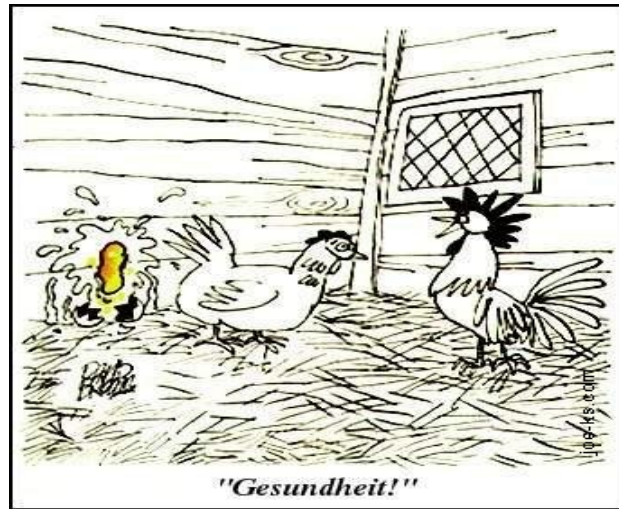
1. die Ereignisse des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (**Verstehbarkeit**=Comprehensibility)
2. entsprechende Ressourcen verfügbar sind um den aus den Ereignissen resultierenden Anforderungen gerecht zu werden (**Handhabbarkeit**=Manageability) und
3. diese Anforderungen als Herausforderungen betrachtet werden können, für die es sich lohnt, sich zu engagieren (**Sinnhaftigkeit**=Meaningfulness).

Dieses Kohärenzgefühl ist bei Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt. Da wo es gut entwickelt ist, können wir unseren Patienten helfen, es als Ressource bei der Überwindung von Belastungen bzw. Krankheiten zu nutzen. Menschen mit geringerem Kohärenzgefühl können dieses teilweise durch neue Lebens- bzw. Beziehungserfahrungen - nicht nur aber insbesondere auch im Rahmen psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen - weiterentwickeln.

Eine **salutogenetische Herangehensweise** kann uns aber auch im ärztlichen Beruf helfen, unsere eigenen Belastungen zu bewältigend und auch unter oft gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen selbst gesund zu bleiben.

Literatur

- Antonovsky, A. (1989): „Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit.“ MEDUCS - Bulletin der Schweizerischen Vereinigung für Medizinische Ausbildung; Vol 2 (2): S. 51-57.
- Maoz, B. (2004): „Salutogenese – die Entwicklungsgeschichte einer Idee und ihre Anwendung in Medizin und Psychotherapie.“ In Gunkel, S. & Kruse, G. (Hrsg.): Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie.“ Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union: S. 69-98.



4.2. BELASTUNGEN JUNGER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Die **Tätigkeit als Arzt bzw. Ärztin** stellt in vielerlei Weise einen **Belastungsfaktor** dar. Ärzte sind in der Ausübung ihres Berufs zahlreichen äußeren Stressoren ausgesetzt, die nicht selten zu psychischen bzw. psychosomatischen Symptombildungen führen können.

Buddeberg-Fischer und ihr Team (2005) konnten an über 500 schweizerischen Medizinabsolventen zeigen, dass schon im letzten Studienjahr die **Lebenszufriedenheit der Studierenden signifikant unter derjenigen ihrer Altersgenossen bzw. -genossen** liegt. Mit Eintritt in das Berufsleben werden dann zusätzliche Belastungen relevant. So berichteten die jungen Ärztinnen und Ärzte nach einjähriger Berufstätigkeit von **mittleren Wochenarbeitszeiten um 57 Stunden** (maximal sogar bis zu 90 Stunden!). Bei ihrer Arbeit litten sie unter **hohem Zeitdruck und geringer Entscheidungsfreiheit**. Solche „high demand – low control“-Arbeitsbedingungen werden als ein typisches Merkmal gesundheitsschädlicher beruflicher Stressbelastungen betrachtet. Die Ärztinnen und Ärzte klagten über **unzureichende Teamarbeit und schlechte Führungskultur**.

Tatsächlich werden erst in jüngster Zeit in relevantem Ausmaß die Führungsqualitäten vorgesetzter Ärzte gezielt geschult. In der Vergangenheit war oft lediglich eine gute klinische oder evtl. sogar nur wissenschaftliche Ausbildung das entscheidende Kriterium für die Besetzung ärztlicher Führungspositionen, während die erforderlichen psychosozialen Führungskompetenzen weder gelehrt noch verlangt wurden.

Die Schweizer Studie macht nun deutlich, dass dies zur Belastung der ärztlichen BerufsanfängerInnen führt. Insbesondere für Frauen **fehlen geeignete Mentoring-Angebote** zur gezielten Planung der beruflichen Weiterentwicklung und Karriere. **Insbesondere Ärztinnen neigen nach den Studienergebnissen auch dazu, sich übermäßig im Beruf zu verausgaben**. So kommt es, dass sich gerade bei den Frauen auch die **Lebenszufriedenheit** im ersten Berufsjahr als Ärztin signifikant **weiter verschlechtert**. Unzufriedenheit entsteht insbesondere über die knappe Freizeit, unter der Freundschaften und Unternehmungen ebenso leiden wie familiäre und partnerschaftliche Bindungen und die Familienplanung. Schließlich wird selbst in der Schweiz das Einkommen als unbefriedigend erlebt.

In der Folge finden sich am Ende des ersten Berufsjahres **bei rund einem Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte auffällige Angst- und Depressionssymptome**. Passend hierzu konnte kürzlich eine zusammenfassende Auswertung zahlreicher Studien zu diesem Thema zeigen, dass Ärzte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein gut 40%, Ärztinnen sogar ein fast 130% **erhöhtes Suizidrisiko** aufweisen (Schernhammer und Colditz 2004, Schernhammer 2005).

Medizinstudierende werden im Allgemeinen nur **unzureichend auf viele Aspekte ihrer Berufstätigkeit vorbereitet**. Während in einer Erhebung des Centrums für Hochschulentwicklung aus dem Jahr 2004 an deutschen Medizinabsolventen das im Studium erlernte Grundlagenwissen und die Forschungskompetenz für den Arztberuf als ausrei-

chend bewertet wurden, fühlten sich die jungen Ärztinnen und Ärzte insbesondere **bezüglich praktischer Fertigkeiten und psychosozialer Kompetenzen** (sowie bzgl. zunehmend relevanter ökonomischer Kompetenzen) nur sehr unzureichend für den Berufsalltag gerüstet. Auch die erlernten **Problemlösungsstrategien, Teamarbeit, selbstständiges Arbeiten und fachübergreifendes Wissen** wurden als **unzureichend** wahrgenommen.

Zu den Defiziten in der ärztlichen Ausbildung und veralteten Strukturen kommt in vielen Bereichen der Medizin auch die psychische Belastung durch den häufigen **Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten**. Die ständige Konfrontation mit schwerstem Leiden kann aber in einer Arbeitssituation, die durch Zeitdruck, den Primat technischer diagnostischer bzw. therapeutischer Prozeduren, hierarchische Entscheidungsstrukturen und mangelnden Rückhalt im medizinischen Team geprägt ist, oft nicht kompetent verarbeitet werden. **Emotionale Belastungen** von PatientInnen und ÄrztInnen können so oft nicht angesprochen und aufgegriffen werden; stattdessen werden „schwierige“ emotionale Anteile von Krankheit und Sterben oft sowohl von den ÄrztInnen als auch von den PatientInnen selbst ausgeblendet. „Ersatzweise“ neigen ÄrztInnen oft zu übertriebenem Engagement in der somatischen Diagnostik und Behandlung, worauf PatientInnen dann mit übertriebenem Autonomiestreben incl. Missachtung auch sinnvoller ärztlicher Empfehlungen reagieren können.

Auf diese Weise oft fehlende Erfolgserlebnisse sowie unvermeidliche (und leider gelegentlich auch grundsätzlich vermeidbare) Todesfälle können bei ÄrztInnen zur **Frustration** und **psychischen Symptombildungen** bis hin zur Suizidalität führen. Eine typische Folge anhaltender emotionaler Überforderung in den helfenden Berufen stellt das **Burnout-Syndrom** dar. Wichtig ist es, frühzeitig die Symptome eines solchen Burnouts bei sich oder bei KollegInnen wahrzunehmen und hierauf zu reagieren. Oft stehen am Anfang Bedürfnisse, zu den Patienten und ihrem täglichen Elend innerlich und äußerlich auf Distanz zu gehen. Das Engagement nimmt ab, Selbstzweifel und Zweifel an der eigenen Kompetenz kommen auf. Gefühle der Ohnmacht gegenüber dem Leiden können in Resignation münden. Es wird zunehmend schwierig, nach der Arbeit „abzuschalten“ und zur erholsamen Ruhe zu finden. Neben Reizbarkeit, Zynismus und aggressivem Verhalten können hieraus auch Ängste, Depression und diverse psychosomatische Symptome resultieren.

Literatur

- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C (2005): Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51, 163-178
- Schernhammer ES, Colditz GA: Suicide Rates Among Physicians (2004): A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). American Journal of Psychiatry 161, 2295–2302
- Schernhammer E (2005): Taking their own lives – the high rate of physician suicide. New England Journal of Medicine 352, 2473-2476

4.3. GESUNDHEITSHILFEN IM MEDIZINALLTAG

In der Schweizer Berufsanfängerstudie wurden allerdings auch Bedingungen identifiziert, die mit höherer Lebenszufriedenheit und geringerer psychischer Symptombelastung einhergingen. So waren Ärzte dann weniger belastet, wenn sie sich weniger stark verausgabten und weniger Stress ausgesetzt waren, wenn sie besser im Team arbeiten konnten und ein **höheres Kohärenzgefühl** aufwiesen. Auch mehr Anerkennung für die Arbeit, **Teilnahme an Mentoring-Angeboten und bessere soziale Beziehungen** schienen sich günstig auszuwirken. Während manche dieser Bedingungen nicht ohne weiteres zu beeinflussen sind, gibt es doch eine Reihe bewährter Hilfen im Umgang mit den typischen beruflichen Belastungen des ärztlichen Alltags:

Regelmäßige **Teamkonferenzen** können helfen, Belastungen gemeinsam zu tragen und aufkommende Teamkonflikte frühzeitig anzusprechen. Sie können damit die Funktionsfähigkeit des Teams verbessern helfen. Im Umgang mit sterbenden Patienten ist oft das Eingeständnis, das Sterben nicht mehr verhindern zu können, eine notwendige Voraussetzung dafür, handlungsfähig zu bleiben und den Patienten statt sinnlos gewordener Maximaltherapie eine oft sehr wertvolle Sterbebegleitung anzubieten. Für den Umgang mit Todesfällen auf Station haben sich kleine **Abschiedsrituale** im Team bewährt.

Sinnvoll ist darüber hinaus das Angebot einer professionellen **Supervision** – als feste Einrichtung im Arbeitsablauf des Teams oder ggfs. auch individuell aufgrund privater Vereinbarung mit einem Supervisor.

Balintgruppen geben Ärztinnen und Ärzten eine weitere Möglichkeit, ihre Begegnungen mit Patienten unter professioneller Leitung in der KollegInnengruppe zu reflektieren und dysfunktionale Beziehungsmuster zu überwinden. Schließlich kann die in der psychotherapeutischen Weiterbildung verbindlich vorgeschriebene Teilnahme an **Einzel- oder Gruppen-selbsterfahrungen** auch ÄrztInnen anderer Fachrichtungen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit – z.B. des Kohärenzgefühls – beitragen und damit ebenfalls einen Schutz vor psychischen Berufs-Folgeschäden bieten.

4.3.1. Weiterbildungs- und Hilfsangebote der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Mit dem Praktikum und Seminar der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie lernen Sie einige grundlegende Haltungen und Vorgehensweisen unseres Faches im Umgang mit Patienten, in der Reflexion und bewussten Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung kennen. Mit diesem ersten Einblick sind Sie natürlich ebenso wenig schon qualifizierte PsychosomatikerInnen oder PsychotherapeutInnen wie Sie nach dem Chirurgiepraktikum selbstständig operieren können. Es gibt jedoch eine Reihe Möglichkeiten, Ihr psychosomatisches Wissen und Ihre psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenzen weiter zu entwickeln:

Im **Praktischen Jahr** besteht die Möglichkeit, **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Wahlfach zu belegen**. Beim Zustandekommen einer ausreichend großen Gruppe (mindestens 5 Studierende) bieten wir für PJ-Studierende aller Fachrichtungen zudem eine **Balintgruppe** an.

Nach dem Staatsexamen haben Sie ebenfalls mehrere psychosomatisch-psychotherapeutische **Weiterbildungsoptionen**. Zunächst können (und müssen) Sie im Rahmen einiger Facharztweiterbildungen (Gynäkologie, Allgemeinmedizin) Kurse in „**Psychosomatischer Grundkompetenz**“ absolvieren, die Sie befähigen, wesentliche psychosomatische Krankheitsbilder zu erkennen und mit den Patienten eine hilfreiche Beziehung herzustellen.

Neben jeder somatischen Facharztbezeichnung können Sie zudem die **Zusatzbezeichnung „fachgebundene Psychotherapie“** erwerben, die Sie zur speziellen Psychotherapie bei Patienten Ihres Fachgebiets (z.B. funktionelle Sexualstörungen in der Urologie) befähigt.

Schließlich haben Sie die Möglichkeit, in einer fünfjährigen Weiterbildung auch einen eigenständigen **Facharzttitle in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie** (bzw. bisher in „Psychotherapeutischer Medizin“) zu erwerben. Sollten Sie ernsthaft über eine Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung oder zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nachdenken, stehen wir Ihnen gern für ein beratendes Gespräch zur Verfügung. Sprechen Sie uns dann einfach an!

Ansprechen können Sie uns bei Bedarf auch, wenn Sie selbst oder jemand in Ihrem Freundeskreis psychisch oder psychosomatisch in Not geraten, was wie oben ausgeführt leider bei Medizinstudierenden besonders in der Examenszeit und bei jungen ÄrztInnen tatsächlich ein häufiges Problem ist. Wir können dann mit Ihnen überlegen, welche Hilfsmöglichkeiten für Sie am besten geeignet sein könnten. **Wichtig ist es, in solchen Situationen den ersten Schritt aus der Hilflosigkeit zu tun. Dabei sind wir Ihnen im Bedarfsfall gern behilflich.**

ANHANG

Gliederungsmuster: Kurzanamnese bzw. Kurzarztbrief

Anrede

Einleitung

- Wir/Ich berichte/n über o.g. Pat., die/der sich am...auf Empfehlung/Überweisung von...erstmal in unserer...vorstellte. Es handelt sich um....(Alter; Beruf; Familienstand; ggf. Hauptsymptomatik oder Anlass der Vorstellung)
- *Beispiel: ...um einen 43-jährigen verheiratete Elektroinstallateur mit wiederholten nächtlichen Brustschmerzen aus dem Schlaf heraus ohne bisheriges organisches Korrelat...*

Aktuelles Beschwerdebild und Symptomatik

- Beschreiben ! ggf. eigene Worte; Beginn; Verlauf...; Vorbehandlung etc.

Diagnose

- ICD-10 Diagnose; zusätzlich frei formuliert; ev. Fremddiagnosen

Befund

- Psychischer Befund bzw. kurzer psychopathologischer Befund
- **Kriterien:** Vigilanz; Orientierung; kognitiver Eindruck; Stimmung (Schwingungsfähigkeit; Antrieb; Fähigkeit zur Freude; Lustlosigkeit); Affektstabilität; Suizidalität; inhaltliches und formales Denken; Vegetative Funktionen
- **Ggf.** körperlicher Untersuchungsbefund; ggf. weitere Untersuchungsergebnisse nur kurz nennen (auch z.B.: *...die und die Untersuchungen ergaben keinen auffälligen Befund*)

Vorgeschichte

- kurz einige wesentliche Aspekte der Biographie erwähnen

Aktuelle Lebenssituation

- Partnerschaft; Familie; Beruf; ökonomische Situation

Psychodynamische Überlegungen

- Versuch einer Darstellung der aktuell bedeutsamen Konfliktsituation; ggf. persönlichkeitsstrukturelle Besonderheiten
- (Persönlichkeit; Konflikte; Auslöser; Umgang)

Behandlungsempfehlung

- (alternativ: bisheriger Therapieverlauf; Fragestellung)

Schluss-Satz