

Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

Depression

Depressogene Verarbeitungsmuster in der »Boomergeneration«

Diabetes und depressive Störungen

Suizidalität im Alter

Sport- und Bewegungstherapie bei Depression

2. Revision der NVL »Unipolare Depression«

CBASP bei chronischer Depression



 Schattauer

Schriftleiter:innen

M. Neises-Rudolf, Leimen
G. Berberich, Windach
W. Bertram, Stuttgart
K. Giesemann, München
M. Herrmann, Magdeburg

V. Köllner, Teltow
B. Nolting, Esslingen
N. Panitz, Berlin
I. Pfaffinger, München

Organschaften



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.



Vereinigung psychotherapeutisch
und psychosomatisch tätiger
Kassenärzte e.V.



Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.

BPM-Jahrestagung 2023

Grenzen – Coping: Wenn es so nicht mehr weitergeht

Im ersten Beitrag widmeten sich die beiden Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Dr. Max Redlich und PD Dr. Christian Sturm, der Frage »Wie kann die Physikalische und Rehabilitative Medizin psychosomatisch Kranken helfen?«

Stress kann als Ausgangspunkt verschiedener psychosomatischer Erkrankungen gesehen werden. Die damit verbundenen Veränderungen von Cortisol und proinflammatorischen Markern sind charakteristisch bei Depression, Anorexia nervosa und Angsterkrankungen, sowie (mit gegensätzlicher Ausrichtung) auch bei Störungen wie CFS, Fibromyalgie oder PTBS.

Training im allgemeinsten Sinne ist ein induzierter Stress, der bei adäquatem Reiz und rechtem zeitlichen Intervall durch eine Superkompensation einen Zuwachs an organismischen Möglichkeiten bewirkt, sowohl körperlich als auch mental. Allerdings wird ein Trainingseffekt nur dann erreicht, wenn man dabei auch »ins Schwitzen kommt« – als Faustregel kann gelten, dass ein körperlicher Trainingseffekt erreicht wird bei 150–300 Min./Woche körperlicher Betätigung bei einer Herzfrequenz von 170 minus Lebensalter oder 75–150 Min./Woche bei einer Herzfrequenz von 190 minus Lebensalter.

Wie notwendig körperliche Beanspruchung ist, zeigt sich, wenn man das verbreitete Ausmaß körperlicher Inaktivität betrachtet: 80% der Jungen und 88% der Mädchen sind in Deutschland körperlich inaktiv, unter den Erwachsenen sind es 40% der Männer und 44% der Frauen. Dabei sind die positiven Auswirkungen körperlicher Anstrengung offensichtlich: Sport reduziert die Cortisolproduktion, steigert Serotonin und Noradrenalin und verbessert natürlich auch die körperliche Leistungsfähigkeit. In sozialer Hinsicht regt Sport Kommunikation und neue Kontakte an. In psychologischer Hinsicht steigert Sport das subjektive Kompetenzerleben, die Eigeninitiative lenkt von psychischen Beschwerden ab und stiftet eine positive Erwartungshaltung.

Ein besonderes Problem ist dabei mit dem Begriff der »head-down generation« bezeichnet: Sehr viele Menschen haben sich v. a. durch die Smartphone-Nutzung eine schädliche Körperhaltung angeeignet, die heute schon zu einer Punktprävalenz der Schulter- und Nackenschmerzen von 30–40% führt, da bei der ständig gebeugten Kopfhaltung enorme Kräfte v. a. auf die kleineren Muskeln einwirken, die den Kopf in gebeugter Haltung stabilisieren.

Oftmals halten sich Patient:innen für körperlich leistungsfähiger, als sie sind: Hier hilft ein Leistungsscheck Patient:innen, ihre eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Dann kann Sporttherapie hilfreich sein, besonders wenn die sportliche Aktivität supervidiert, aber eigenverantwortlich ausgeübt wird, wenn Fehler ermöglicht, aber entkatastrophisiert werden. Wichtig ist auch, dass im Sport spontanes Handeln und kognitive Flexibilität gefördert wird, es eine Balance zwischen Belastung und Erholung gibt und eine regelmäßige Steigerung der Intensität erfolgt, wobei besonders initial auf Überlastung zu achten ist.

Eine nützliche Trainingsmethode ist dabei die Verwendung von sog. Vibrationstäben, die insbesondere geeignet sind, auch die tieferen Muskelpartien zu trainieren. Auch einfache Gummibänder oder das Arbeiten gegen die Schwerkraft können gut zu Trainingszwecken eingesetzt werden.

Das ärztliche Handeln sollte hier immer auch die gründliche körperliche Untersuchung von Patient:innen einbeziehen: Manches Mal wird ein untersuchendes Abtasten der Nervenaustrittspunkte am Hinterhaupt oder der Scalenuslücke rascher zu einer diagnostischen Klärung führen als das oft reflexhaft durchgeführte MRT.

Insgesamt vermittelten die beiden Referenten ein im Wortsinne psychosomatisches Verständnis der häufigen Beschwerden im Stütz- und Bewegungsapparat, das uns psychosomatische Mediziner:innen anregen sollte, Patient:innen tatsächlich ganzheitlich und nicht lediglich aus einer psychotherapeutischen Sicht zu behandeln.

Ein weiterer Schwerpunkt waren die Vorträge von Prof. Dr. Ulrike Kluge (Zentr. interkulturelle Psychiatrie der Charité) und Prof. Dr. Eckardt Koch

(Univ. Marburg), die sich mit Fragen der Migration befassten. U. Kluge gab Einblicke in die Psychologische und Medizinische Integrationsforschung und ihre versorgungspraktischen Implikationen, und sie stellte dazu eine beeindruckende Fülle von Projekten dar, an denen sie sich beteiligte – von Myanmar im Osten bis Chile im Westen und von Uganda im Süden bis Dänemark im Norden. Ein Befund war, dass bei Migrant:innen die Nachbarschaft, in der sie leben, einen korrelativen Zusammenhang mit dem Grad seelischer Belastung aufweist.

Weiterhin berichtete sie über Befunde, denen zufolge Geflüchtete sich oftmals durch Ankunftsprozesse in der Aufnahmegesellschaft stärker belastet erleben als durch die eigenen Fluchterfahrungen. Abschließend stellte sie die Arbeitsweise ihres Teams dar, bei der die Integration in die umfangreichen Netzwerke anderer mit Migrant:innen befasster Institutionen eine zentrale Rolle spielt.

E. Koch berichtete vor dem Hintergrund seiner langjährigen Erfahrungen als Leiter der interkulturellen Station eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses, als Leiter der Arbeitsgruppe »Psychiatrie und Migration« der Bundesdirektorenkonferenz und als Vorsitzender der Deutsch-Türkischen Psychiatriegesellschaft über den praktischen Umgang mit Geflüchteten und die Geschichte von Flucht und Asyl.

Asyl und Migration gehörten seit je zur Menschheitsgeschichte. Wie Pater Andres in »Eine afrikanische Odyssee« sagt: »Es liegt in der Natur des Menschen zu wandern, wenn er in Not ist.« Eines der ältesten Dramen, die hiervon berichten, ist das Drama »Die Schutzfliehenden« von Aischylos ca. aus dem Jahr 465 v. Chr., das die Flucht der Danaiden beschreibt, die – wie wir es in heutiger Sprache ausdrücken würden – die Heimat aus Sorge um ihre sexuelle Selbstbestimmung verlassen mussten.

Im westlichen Denken war es Kants im dritten Definitivartikel seiner Schrift »Zum ewigen Frieden« (1795) niedergelegte Auffassung, Hilfsbedürftigen dürfe die Einreise nicht verwehrt werden, wenn dies zu ihrem Untergang führen würde. Diese fand Eingang in die Genfer Flüchtlingskonvention und das moderne Recht zum Umgang mit Geflüchteten.



Nach aktuellen Zahlen des UNHCR gibt es ca. 108,4 Millionen Geflüchtete weltweit. Türkei und Iran nehmen die meisten Flüchtlinge auf, Deutschland liegt hier an vierter Stelle nach Kolumbien und knapp vor Polen. 76% der Geflüchteten finden Aufenthalt in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, 70% in benachbarten Ländern.

Der Status Geflüchteter in Deutschland ist gekennzeichnet durch reduzierte Rechte, eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem, Residenzpflicht, geringe finanzielle Ausstattung, ein (inzwischen etwas gelockertes) Arbeitsverbot und existenzielle Unsicherheit im Status der Duldung. Eine Folge ist, dass Integration nicht gefördert wird und für viele Geflüchtete keine klare Zukunftsperspektive existiert. So stellte C.J. Laban – ähnlich wie U. Kluge – bereits 2010 in den Niederlanden fest, dass Symptome und Belastungen von Geflüchteten durch lange Asyl- und Aufnahmeverfahren auf ca. das Doppelte anwachsen.

In der therapeutischen Begegnung mit Geflüchteten sind Behandler:innen immer wieder auch mit eigenen Vorurteilen konfrontiert (»Ist das überhaupt ein richtiger Flüchtling, der kommt doch nur, damit es ihm bei uns besser geht!«). Hier

ist es wichtig, solche Vorurteile (bspw. in interkulturellen Teams) zu reflektieren, initial auf die Erwartungen der Schutzsuchenden einzugehen und v. a. zu Beginn von Behandlungen eine aktive Rolle zu akzeptieren. E. Koch wies auch darauf hin, dass wir (Ärzte und Ärztinnen) keine Richter und keine Detektive sind: Es ist nicht unsere Aufgabe, Schutzsuchende der Unwahrheit zu überführen. Wichtig ist eine Haltung der Anteil nehmenden und wohlwollenden Neugier. Es gehe darum, Ressourcen zu identifizieren, Respekt zu vermitteln und um die Gefahr patriarchaler Übertragungen zu wissen, trotz der anfänglich oft passiven Erwartungshaltung der Patient:innen. Wichtig sei es auch weiterhin, Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern durch Integration der Geflüchteten in Sportvereine, Jugendclubs, ethnische Communities, religiöse Gemeinschaften u. a. m.

Abschließend stellte E. Koch noch einige Maximen für die Arbeit mit Dolmetschern vor, in denen zentral die Forderung danach war, keine »ad hoc Dolmetschende« (bspw. Familienangehörige oder andere Personen aus dem Umfeld von Patient:innen) einzusetzen, die häufig Fehler machten und die Behandlungsbeziehung belasteten.

Post-Covid – Was haben wir aus der Pandemie gelernt und wie hat die Pandemie unser soziales Miteinander, das Leben vieler an Post-Covid Erkrankter verändert? waren die Titel von Frau Prof. Erim.

Post-Covid wird mittlerweile als ein »Poly-Krisen-Syndrom« und eine Gratifikationskrise infolge massiver Kränkungen diskutiert. Hierbei könnten kindliche Belastungsfaktoren, reaktivierte Kränkungen auf psychosoziale Verluste Ursache eines Copingversagens sein. Ein biologischer Kern dieser Erkrankungen werde nicht ausgeschlossen. Es lassen sich jedoch immer noch keine Biomarker finden. Antikörper-Thesen werden diskutiert.

Die Pandemie stehe hier für einen multidimensionalen Stressfaktor. Homeoffice, Vereinsamung, Alkohol, Verlust positiver Verstärker sind nur ein paar Beispiele für eine hohe Copinganforderung.

Die Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen scheint deutlich erhöht. Ein hohes Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten, Ängsten, Depressionen, Distress und Erschöpfung wurden dokumentiert.

Ebenso hohe Belastungen in Helfersystemen: Ärzt:innen, Pfleger:innen und

MTA's. Fehlende Erholung, mehr kompensatorischer Alkohol, Vertrauensverlust in Kolleg:innen (Kann ich mich verlassen, wenn es schwierig wird?), Angst sich/die Familie zu infizieren sind signifikante biopsychosoziale Befunde.

Als Lernerfahrung lassen sich ein verbessertes Gesundheitsmanagement durch präventives Denken und Handeln, Belohnungsmanagement und reduzierte Arbeitsbelastung erhoffen.

Aus praktischer Konsequenz wurde das Post-Covid-Zentrum in Erlangen gegründet: ein interdisziplinäres Zentrum, in dem Psychosomatiker:innen und Internist:innen, Immunolog:innen und Augenärzt:innen zusammenarbeiten. Makula-Diagnostik, neurokognitive Diagnostik, interdisziplinäre Schulungen, Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen sind einige Arbeitsfelder hieraus.

Bisher gebe es keine kausalen Behandlungsansätze und interindividuellen, interdisziplinären, fachärztlichen Behandlungen. Die Therapie bestehe bisher in multimodalen Behandlungsoptionen, symptomatischer Medikation, psychischen Behandlungen und interindividuellen interdisziplinären fachärztlichen Behandlungen.

Frau Prof. Doris Schaeffer sprach zum Thema »Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten – Forschungsbefunde und Handlungserfordernisse und berichtete über die Bedeutung eingeschränkter Gesundheitskompetenz. Gesundheitsfragen und Verständnis, Lese-, Schreib- und Bildungskompetenz seien hierbei wichtige Voraussetzungen. Über 770 Mio. Menschen seien von eingeschränkter Gesundheitskompetenz betroffen. Soziale Ungleichheit führe zu gesundheitlicher Ungleichheit.

Sie führte weiterhin ein multidimensionales Verständnis von Gesundheits-

kompetenz aus. Grundsätzlich gäbe es allgemeine, digitale, kommunikative und navigationale Gesundheitskompetenz.

Das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen führe letztendlich zur Entscheidungskompetenz. Behandlungskompetenz zeige sich durch adäquates Vermitteln (Eduktion) von Informationen. Jedoch werde das Sortieren, des teilweise chaotischen Überangebots von Gesundheitsinformationen, immer schwieriger. Aus zu wenig, sei viel zu viel Information geworden.

Digitale Werbeinformation, Fehlinformation, Falschinformationen und Desinformation führen zu Fehleinschätzungen, Überforderung und unvereinbaren Wahrnehmungswelten. Künstliche Intelligenz und Zuwachs an Information führe zu Angst und Überforderung.

Das Gesundheitssystem scheint ebenso in Hinblick auf den demographischen Wandel und zunehmende Migration nicht entsprechend vorbereitet. Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland den eigenen Erwartungen weit hinterher.

Eine bio-psycho-soziale Gesundheitskompetenz sei deshalb umso wichtiger, insbesondere, da psychisch Kranke besonders eingeschränkt seien. Wie entsteht also aus Gesundheits-Informationswissen zielführendes Handlungswissen? Prävention und Gesundheitsförderung seien hierbei enorm wichtig. Wenn Informationen nicht verstanden werden, prallen diese am Patienten ab!

Am Ende eines langen Tagungstages berichtete Oberfeldarzt Stefan Bonhaus »Als Psychosomatiker in der Bundeswehr«. Er ist einer von bundesweit zwei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Bundeswehr (BW). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist in der BW nicht gewachsen, sondern ein Ergebnis der

im Rahmen der Auslandseinsätze, insbesondere in Afghanistan, aufgefallenen Traumafolgestörungen, wie PTBS. In der Versorgung traumatisierter Soldat:innen habe sich viel getan und es seien umfangreiche Strukturen geschaffen worden, welche eine Behandlung positiv unterstützen sollen.

Ein großer Teil von psychisch erkrankten Soldat:innen werde ambulant bei niedergelassenen fachärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut:innen behandelt, so dass es hier zu einer Schnittmenge zwischen Zivil und Militär komme. Um eine bio-psycho-soziale Therapie bestmöglich abzubilden, wurde darauf aufmerksam gemacht, dass an jedem Standort ein sog. Psychosoziales Netz, bestehend aus Truppenärzt:innen, Truppenpsychologie, Sozialdienst und Militärseelsorge, vorhanden sei, welches auch niederschwellige Hilfe leisten könne.

Die fachärztliche Versorgung werde durch die Fachuntersuchungsstellen 6 (FU 6) durch die Wehrpsychiatrie sichergestellt – in einer solchen Ambulanz arbeite zurzeit auch Herr Bonhaus. Insgesamt habe sich also vieles in der BW in guter Weise weiterentwickelt, dennoch werde die Psychosomatische Medizin als Teil der Psychiatrie behandelt, obgleich erkannt worden sei, dass es ein Konzept einer multifaktoriellen Genese psychischer Krankheiten benötige und die Integration psychodynamischer, psychosomatischer und sozialpsychiatrischer Therapieansätze. Die Psychosomatische Medizin braucht daher dringend eine Stärkung.

Dr. Norbert Hartkamp
Dr. Rüdiger Behnisch
Dr. Irmgard Pfaffinger