

Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

Systemische Therapie in Psychosomatik, Psychotherapie und Familienmedizin

Diagnostik in der Systemischen Therapie

Systemisch-therapeutische
Interventionen

Systemische Therapie in der ambulanten
psychotherapeutischen Versorgung

Systemische Familienmedizin

Systemisches Arbeiten in
hausärztlicher Praxis

Coaching und Praxismanagement



 Schattauer

Schriftleiter:innen

M. Neises-Rudolf, Leimen V. Köllner, Teltow
W. Bertram, Stuttgart N. Panitz, Berlin
K. Giesemann, München I. Pfaffinger, München
M. Herrmann, Magdeburg
G. Hildenbrand, Lüdenscheid

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.

Der Einstieg in die Psycho- somatische Praxis

Psychosomatische Medizin schließt eine diagnostische und therapeutische Lücke – Diagnostik und Therapieplanung

»Wir haben nichts Organisches gefunden, – es muss psychisch sein«, ist eine immer noch häufig verwendete Formulierung von Ärzt:innen und Patient:innen. Ergo, machen wir eine biografische Anamnese und beginnen mit den probatorischen Sitzungen. Der Patient:innenwunsch oder die Zuweisung zur Psychotherapie reichen oft aus. Und lukrativ ist es auch, sich nicht zu viele Gedanken um die Bedeutung der Psychosomatischen Medizin zu machen, da die Diagnostik- und Sprechstunden-Ziffern entweder, wie in der GOÄ überhaupt nicht existieren oder wie im EBM nicht wirtschaftlich sind und durch die Hintertür den Punktwert unserer »Psycho«-ziffern absenkt. Also – warum das Ganze?

Weil die Psychosomatische Medizin mehr kann als Richtlinienpsychotherapie und wichtig für die Legitimation unseres Fachgebietes in Abgrenzung zur Arbeit von Psychologischen Psychotherapeut:innen ist. Psychosomatische Medizin schließt eine diagnostische und medizinische Behandlungslücke neben der Inneren Medizin und der Richtlinienpsychotherapie. Dieser Versorgungsauftrag ist seit 20 Jahren sogar juristisch legitimiert, auch wenn der Gesetzgeber nicht nachkommt, diese Versorgungslücke durch entsprechend wirtschaftliche Abrechnungsmöglichkeiten zu hinterlegen und damit zu schließen.

Nichtsdestotrotz lade ich Sie heute ein, dieses spannende Fachgebiet aus der Perspektive eines praktisch erfahrenen Konsiliar- und Liaisonarztes näher zu beleuchten. Im Fokus meiner Arbeit an der Schnittstelle zur Akutmedizin war es wichtig, die Patient:innen differenzialdiagnostisch zu bewerten und so zu *kommunizieren*, dass der zeitlich sehr beanspruchte Somatiker nicht schon wegläuft, weil er Psychogeschwafel befürchtet. Diese hierzu notwendige *interdisziplinäre Sprachformel* sollte bestenfalls dazu dienen, die bei den Patient:innen (eigentlich allen Patient:innen – aber das verraten wir dem somatischen Kolle-

gen erst, wenn wir das nötige Vertrauen aufgebaut haben) vorliegenden Beschwerden im zeitlichen Zusammenhang biopsychosozialer Aspekte verständlich und nachvollziehbar darzulegen. Einmal verinnerlicht, lässt sich die Art der Kommunikation auch gut in der eigenen Praxis als Niedergelassener am Patienten anwenden und zeitökonomisch im Rahmen einer Psychosomatischen Sprechstunde gebrauchen. Viele dieser somatischen Patient:innen haben zunächst kein adäquates Verständnis dieser biopsychosozialen Zusammenhänge. Sie gehen, wie die ärztlichen Zuweiser:innen häufig noch, davon aus, dass organopathologische, pathophysiologische und pharmakologische etc. Betrachtungen ausreichen, um somatische Symptome der Patient:innen zu erklären. Oder eben dann psychisch sein müssen, ohne die Grundlagen von Psychologie, Wahrnehmung, emotionale Körperresonanz, Körperschemastörung, Alexithymie, Konflikt- und Interaktion etc. gehört, verstanden und durchdrungen zu haben. Somatopsychische Patient:innen werden als kompliziert und nervig erlebt. Psychosomatische Aspekte werden meist nicht mehr gelehrt, jedoch ist diese Begrifflichkeit häufig auch nicht (be)greifbar. Somatopsychosomatische, psychosomatopsychische Effekte, einzeln oder in Kombination überfordern zunächst völlig. Aber gut, irgendwo müssen wir anfangen. Dass es sich lediglich um die *Conditio humana* handelt, welche völlig normale Wechseleffekte des *Mensch-Seins* in seinem sozialen Umfeld beschreibt, ist vielen leider immer noch nicht geläufig. Mit *Psychopathologie* hat diese Sichtweise zunächst einmal nichts zu tun!

In diesem biopsychosozialen Verständnis des Menschen ist die *psychosomatische Schnittstellenkompetenz* gefragt und die damit verbundene differenzialdiagnostische Abgrenzung von inneren, stressachsenspezifischen, neurologischen, hirnganischen Somatisierungs- und Konversions-Erkrankungen etc.

Erfahrungen aus den letzten Jahren meiner Praxistätigkeit sollen exemplarisch verdeutlichen, warum die somatische Diagnostik/Differenzialdiagnostik *vor* und *während* einer Psychotherapie meines Erachtens so wichtig ist. Bei Pa-

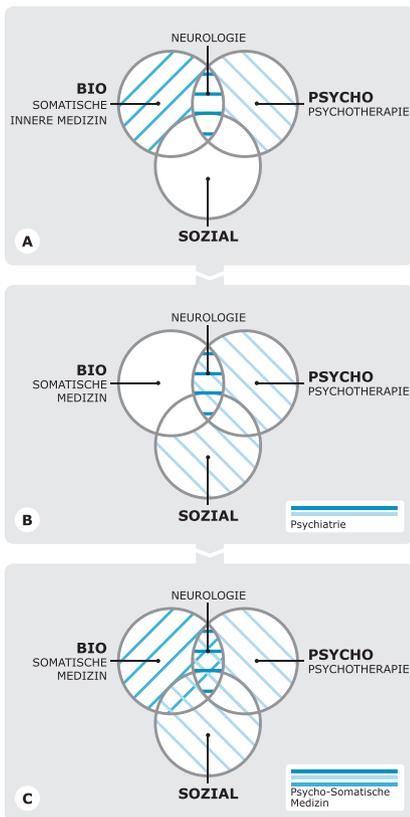
tient:innen mit Indikation zur Psychotherapie oder Psychotherapiewunsch ließen sich bei tieferer Exploration eine *Multiple Sklerose, Endometriose, AVK, hypertensive Krise, metabolisches Syndrom, Progression einer KHK* oder ein metastasierendes *Mammakarzinom* als somatische Ursachen der beklagten psychischen Symptome diagnostizieren. Dies kommt leider häufiger vor, als ich zunächst angenommen hatte.

Es wird ersichtlich, dass lediglich eine *biografische* Anamnese und probatorische Sitzungen zu diesem Zeitpunkt nicht zielführend sind. Hier bräuchte es initial vor Richtlinienpsychotherapie eine *differenzialdiagnostische und biopsychosoziale* Anamnese und Diagnostik. Körperlicher Untersuchungsbefund, Blutentnahme, EKG und craniale Bildgebung sind vom Selbstverständnis her lediglich den klinischen Psychosomatikern vorbehalten, aber auch in der ambulanten Versorgung essentiell im Sichten von somatischen Befunden, Denken und Handeln. Erst nach gründlicher Differenzierung sollte die Indikation, der Patient:innenwunsch und das geeignete Verfahren berücksichtigt werden. Die große Anzahl somatisch Erkrankter, welche trotz hohem Leidensdruck jedoch (noch) keinen Wunsch nach Psychotherapie haben, werden häufig nicht behandelt und bedürfen häufig auch keiner Richtlinienpsychotherapie.

Dies möchte ich an einem *Beispiel* näher erläutern:

Männlicher Patient, 43 Jahre alt, erleidet 05/2018 einen Herzinfarkt bei koronarer Drei-Gefäßerkrankung und eingeschränkter Pumpfunktion und rezidivierender Angina pectoris im Vorfeld. 05/2020 kommt es aufgrund nächtlicher Progression seiner KHK zur Indikation eines notfallmäßigen aortocoronaren Venenbypass (ACVB). 04/2021 wird der Patient mit Herzphobie auffällig und wird lediglich medikamentös mit Antidepressiva versorgt. 05/2022 wird der Patient wegen Herzdruck und Angst mit Notarzt in die Klinik eingewiesen. Ein klassischer Fall könnte man meinen. Anpassungsstörung und Kurzzeittherapie.

Bei vielen Patient:innen mit gemischter Anpassungsstörung nach Akutereignis kommt es häufig am Jahrestag des Ereignisses zu einer Aktivierung des somatischen Gedächtnisses mit Reakti-



vierung der Stressachsen und nachfolgender *paradoxe Stresswahrnehmung*, welche dann oft nachhaltig aktiv bleibt. D.h., diese Patient:innen erleben Stress als sicherheitsgebend. Da Stress Wehrhaftigkeit bedeutet, ist der Patient eher geneigt sich mit hohem Blutdruck, in einer diabetogenen Stoffwechsellage oder Schlafmangelsyndrom wohlfühlen. *Angst und Depression* sind Stresso-

ren und Trigger, z.B. für eine periphere Vasokonstriktion, und erhöhen somit die Nachlast des Herzens. Eine diastolische Relaxationsstörung am Herzen und eine leichte Mitralinsuffizienz sind häufig zu beobachtende Begleitbefunde, Risikofaktoren, welche nachweislich zu Progression einer KHK mit erhöhter Mortalität führen.

»Wie geht es Ihnen?« – »Gut!« – könnte hier ein fataler Aspekt in der weiteren Behandlung werden, da die verzerrte SELBST-Wahrnehmung der Patient:innen in die Irre führen kann. Aus diesem Grund erscheint Biofeedback zur Differenzierung und Korrektur der Wahrnehmung somatischer Prozesse indiziert, um diesen fatalen somatopsychosomatischen Teufelskreislauf zu unterbinden und gleichzeitig die Selbstwirksamkeit der Patient:innen zu stärken und der Angst somit effektiv entgegenzuwirken.

Häufig kam es im weiteren Behandlungsverlauf zu Schwindel, da die Medikation internistisch nicht angepasst wurde und die *multimodalen psychosomatischen Interventionen* mittlerweile antihypertensiv etc. wirken konnten und somit eine Dosisanpassung notwendig wurde. Weiterhin ließen sich die psychosomatisch-medizinischen Interventionen auch an anderen somatischen Befunden, wie z.B. in der Echokardiografie, am HbA1c oder dem Langzeit-Blutdruckprotokoll objektivieren und nachweisen. Die enge kooperative Zusammenarbeit mit Internisten und Allgemeinmedizinern erleichterte die Therapieplanung und war für den Patienten enorm hilfreich

in seiner Angstbewältigung. Es konnte ein positiver somatopsychosomatischer Genesungsprozess initiiert werden. Der Patient kam initial wöchentlich und im weiteren Verlauf nur noch in größeren Abständen. Insgesamt waren sechs Sprechstundentermine ausreichend, um seine psycho-somatische Erkrankung zu behandeln.

Hier ist interdisziplinäre Zusammenarbeit und internistische Erfahrung im Umgang mit diesen Prozessen enorm hilfreich, um bei Nichtbeachtung nicht den nächsten Anstoß einer somatischen Eskalation durch z.B. eine Synkope nach Blutdruckabfall und nachfolgender psychischer Traumatisierung zu setzen.

Leider immer noch häufig zu beobachten ist ein unzureichendes Indikationsverständnis für eine psychosomatische Behandlung und Differenzierung/Abgrenzung zur Richtlinienpsychotherapie. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Austausch sowie Weiterbildung (psycho)somatischer Kolleg:innen wären hier sehr wünschenswert.

Psychosomatische Medizin ist nachvollziehbar ein wichtiger Baustein in der Behandlung von (nicht nur) somatisch Kranken, da viele unserer Patient:innen komorbid sind. Inhaltlich sollte dieses Beispiel helfen, die eigene fachliche Legitimation als Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin neben der Arbeit der psychotherapeutisch tätigen Ärzt:innen und Psycholog:innen und als notwendige Schnittstellenkompetenz zu begreifen.

Dr. med. univ. Rüdiger Behnisch, Nürnberg