

Psychosomatische Medizin

Ein Kurs – Buch

Die Hauptkrankheitsgruppen in der Psychosomatik



Biogr. Anamnese



Psychopathologischer Befund



Ich-Funktionen



Persönlichkeitszüge



Krankheitsverlauf



Prof. Dr. Thomas Loew
Abteilung für Psychosomatik
Universitätsklinikum Regensburg

Kontakt: thomas.loew@klinik.uni-regensburg.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen und Danksagung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz und bündig: wir versuchen hier eine kurze Übersicht über das medizinische Gebiet "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" zu geben – natürlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die Grundidee ist, einen Mit- und Nachlesetext zu schaffen – keine Angst: ein Drittel des Umfangs machen Fall- und Textbeispiele aus. Wichtiges zum Konzept finden Sie in der Einführung, Literaturempfehlungen finden Sie am Ende.

Für die hilfreiche Vor- und Mitarbeit möchte ich mich bei Prof. F. Rosanowski, Prof. U. Mahler, Dr. med. A. Calatzis, Dipl. Psych. N. Meyer, Dr. med. C., Denz, Frau Dr. med. F. Bartl- Vochin, Frau Prof. Dr. rer. soc. K. Tritt, PD Dr. med. C. Lahmann, PD Dr. med. Dipl. Psych. P. Leiberich und Dr. med. C. Pieh und Dipl. Psych. Psychol. Psychotherapeut H. Röder, Fr. Dr. phil. A. Calatzis und Dr. med. P. Kutz (die letzten beiden für die im Rahmen ihrer Doktorarbeiten erstellten Zusammenfassungen, die hier eingeflossen sind) und natürlich Studenten und Patienten, ohne deren hilfreiche Rückmeldungen und Lebenserfahrung ein psychosomatisches Lehrwerk undenkbar wäre, danke! Das vorliegende Konzept ist – wie der Leser bald merken wird – eher eine β -Version. Ich freue mich über Korrekturen und Anregungen.

Einführung

Die Psychosomatik hat nunmehr in unserem Land über nunmehr ein dreiviertel Jahrhundert eine Erfolgsgeschichte geschrieben, besonders rasant in den letzten 20 Jahren, die das Gebiet besteht.

Der Text gliedert sich in drei Teile:

- 1. Was sollten wir alle über Psychosomatik wissen?**
- 2. Was darüber hinaus unsere unmittelbaren Patienten und deren Angehörige?**
- 3. Logischerweise ausgehend davon und darüber hinaus – alle Medizin- Psychologie- und Sozialpädagogikstudenten über das Gebiet Psychosomatische Medizin im Sinne eines Grundstocks.**

Ergänzt werden sollte diese Wissen um kommunikative Grundlagen und das besondere Rollenverständnis des ärztlichen Berufsfeldes und Wissen um die Patientensituation (siehe auch Medizinpsychologie und Soziologie)

In der Facharztqualifikationsphase baut auf diese Grundlagen die

Psychosomatische Grundversorgung (berufsbegleitende Qualifikationsmaßnahme mit 80 Stunden) auf, der Zusatzbezeichnung Fachgebundene Psychotherapie (mit etwa 350 Stunden Weiterbildung und 120 Stunden praktischer Behandlungserfahrung über 3 Jahre organisiert, ebenfalls berufsbegleitend), das Gebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ mit einer 5 jährigen interdisziplinären Weiterbildung (3 Jahre Psychosomatik, 1/2 Jahr Innere, 1/2 Jahr klinische Medizin freier Wahl (nicht Psychiatrie), 1 Jahr Psychiatrie) mit besonderen Qualifikationen in der

Paar- , Familien- und Gruppentherapie

Zusätzliche sinnvolle Module

Sind die Sozialmedizin aus der Sicht der Psychosomatik im Rahmen von Begutachtungen

die Psychoonkologie

die Psychotraumatologie

Was sollten alle wissen?

Was ist Psychosomatik? Eine Definition

In wenigen Worten: Die Medizin, die von allen medizinischen Disziplinen am meisten den Menschen mit seiner psychischen Ausstattung und seinem sozialen Gefüge sieht und Krankheitsursache sowie Heilungsmöglichkeiten in der Berücksichtigung dieser Bereiche ansiedelt.

Also: von der Zelle zum Zusammenleben und wieder zurück.

Unser Handwerkszeug: Was für den Chirurgen der OP, ist für uns die Arzt-Patient-Beziehung.

Psychosomatische Erkrankungen – Leiden ohne Lösungswege?

Psychosomatik ist keine „Einbildung“. Wenn sich Körperreaktionen verselbständigen Wer hätte das gedacht? Von den 2000 Krankenhäusern und Kliniken in Deutschland verfügen mittlerweile über 400 Psychosomatische Abteilungen und behandeln nahezu 200.000 Menschen jährlich. Dazu kommen etwa 2 Millionen ambulant versorgte.

Wer kann von einer stationären Behandlung profitieren?

Psychosomatische Beschwerden sind nicht so häufig wie „richtige“ Krankheiten, aber häufiger als man vermutet. Jeder Mensch kennt diese Symptome: Kopfdrücken, Hörgeräusche, Schwindel, Schluckbeschwerden, Engegefühl in der Brust, Verdauungsbeschwerden, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme, Schlafstörungen, Gelenk- oder Muskelschmerzen wie beim Rheuma, Schweißausbrüche, bis hin zu umschriebenen chronischen Schmerzen und – damit wir von psychosomatisch bedingten Problemen sprechen können – immer auch von der ärztlichen Seite mit der Beobachtung verbunden sind, dass sich keine körperlicher Befund entdecken lässt, der die beklagten Beschwerden ausreichend erklärt. Das bedeutet aber nicht, dass die Beschwerden „eingebildet“ sind. Sie sind da, beeinträchtigend, wie schwere körperliche Erkrankungen und führen zu ähnlichen Konsequenzen, wie zum Beispiel langen Krankschreibungen. Lassen sich die psychosomatischen Krankheiten, die Sie zum Arzt führen, nicht innerhalb von 6 Wochen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung herausfinden oder hilft die zusätzliche ambulante Psychotherapie nicht weiter, ist es angebracht – insbesondere, wenn die 6 Wochen eine Krankschreibung nötig war – schnell über eine stationäre psychosomatische Maßnahme nachzudenken.

Warum können Gespräche körperliches Leiden beeinflussen?

Seelisches Erleben ist beim Menschen eng mit körperlichen Sensationen verbunden: Uns können die Haare zu Berge stehen, das Herz kann uns stehen bleiben, wir sind vor Schreck schweißgebadet. Seelischer Stress führt zu körperlichen Verspannungen. Bei manchen Menschen treten diese Veränderungen nicht mehr sporadisch in bestimmten Situationen auf, sondern verselbständigen sich und werden chronisch, ohne dass der Auslöser erkannt wird. Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass manche Menschen bei zwischenmenschlichen Problemen eine Aktivierung der Hirnareale zeigen, die auch bei körperlichem Schmerz eine Bedeutung haben. Beziehungsstress kann also tatsächlich Schmerz verursachen. Schmerz wiederum ist eng verknüpft mit den Angstzentren und Hirnregionen, die verantwortlich sind für Empfindungen wie Trauer, innerer Leere und Gedankenkreisen. Wir nützen hier die so genannte „therapeutische Beziehung“, analysieren zusammen eventuelle Kommunikations- und Beziehungsprobleme, trainieren die Gesprächsfertigkeiten des Patienten, üben Selbstentspannungstechniken und schulen die Wahrnehmung in Beziehungen.

Wie lange dauert das?

In einer psychosomatischen Krankenhausabteilung wird - salopp gesagt - in einer Woche so viel Therapie gemacht, wie ambulant in einem halben Jahr möglich ist. Natürlich kann die Zeit der Genesung nicht unendlich gerafft werden, aber stationär ist doch manches möglich, was ambulant überhaupt nicht angeboten werden kann, etwa die besonders intensive Kunst- und Körpertherapie. Im Mittel sind die Patienten 4 bis 8 Wochen in psychosomatischen Einrichtungen. Manchmal wird die Behandlung auch auf mehrere Aufenthalte „verteilt“, um den Anschluss an das Leben nicht zu verbauen (Arbeitsplatz).

Was ist, wenn ich „richtig“ krank bin?

Auch bei langwierigen Krankengeschichten kann eine ergänzende psychosomatische Behandlung das richtige sein, weil ihre Bewältigungsmöglichkeiten durch psychologische Techniken „aufgepeppt“

werden. Entspannen will gelernt sein. Manchmal braucht es nur die geeignete Anleitung und einen passenden Rahmen.

Daneben ist alles an medizinischen, v.a. auch diagnostischen Möglichkeiten gegeben, wie in einem „normalen“ Krankenhaus, was den Vorteil beinhaltet, dass die Zeit vom ersten Tag an doppelt genutzt werden kann – für weitere Diagnostik und multimethodale Psychotherapie.

Wer behandelt mich?

Das Besondere an der psychosomatischen Medizin, die seit fast 20 Jahren nunmehr eine eigene medizinische Disziplin ist, ist die Interdisziplinarität. Neben den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie arbeiten in vielen Kliniken auch Ärzte anderer Gebiete wie Anästhesie oder Neurologie mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie auf den Stationen mit und bringen in die Betreuung der Patienten ihren besonderen Sachverstand mit ein, neben den Psychologen und Sozialarbeitern, die sich natürlich auch dort finden, neben vielen weiteren Disziplinen:

Physiotherapeuten, Ernährungswissenschaftler, Kunst- Körper,-Tanz und Bewegungstherapeuten. Traditionell werden auch alle Formen schwerer Essstörungen wie Magersucht aber auch morbide Adipositas (mit einem BMI von über 40) stationär therapiert. In der Regel werden auch die Familienangehörigen in die Behandlung mit einbezogen. (Quelle Ärzte in der Oberpfalz, MZ-Sonderausgabe)



Das Leben balancieren

Die einen leben, um zu arbeiten, die anderen arbeiten, um zu leben...

Wer hat diesen Spruch nicht schon einmal gehört? Und so lange Sie darüber noch lachen können, ist die Hoffnung nicht verloren. Werden Sie nachdenklich, ist es Zeit einmal „abzuwägen“, also die „Work-Life-Balance“ zu überprüfen, wie es auf englisch heißt.

Was sind die Komponenten eines zufrieden stellenden Lebens? In der Psychotherapie kennen wir ein pragmatisches, Ideologie- und weltanschauungsfreies Modell, welches unsere Patienten idealerweise im Therapieprozess selbst entdecken, und dabei auch ihre individuellen Stärken und Schwächen und dann auch ihre Schwerpunkte verschieben lernen. Der besondere Blickwinkel der Psychosomatischen Medizin ist der, körperliches und seelisches Wohlbefinden oder eben auch entsprechende Einschränkungen mit einzubeziehen.

Ausgangspunkt ist der normale Alltag, also unsere 24 Stunden, die wir zunächst einmal einteilen in Wachsein und Schlafen, letzteres im besten Fall für acht Stunden am Tag am Stück, bleiben also 16 Stunden zum Füllen übrig: davon sollten acht Stunden (natürlich im Wochenschnitt über sieben Tage) den Pflichten, und da gehört die Berufstätigkeit oder das Äquivalent dazu: Weiterbildung, Studium, aber auch Wegezeit, Aufgaben zu Hause, die – wichtig - jetzt nicht den großen Spaß machen, dazu, aber auch 8 Stunden freie Zeit. In beiden Zeiträumen – also je acht Stunden - sollte die Hälfte mit körperlichen Aktivitäten, in erster Linie Bewegung, und geistigen gefüllt sein, wie Lesen, Schreiben, Nachdenken, Reden.

Des Weiteren sind Menschen von Grund auf soziale Wesen; Interaktion beeinflusst unseren Stoffwechsel (Hormonausschüttungen bei Begegnungen, Berührungen), also sollten die vier bisher definierten Zeitfenster (vier Stunden körperliche Bewegung in der Arbeit, vier Stunden in der Freizeit, vier Stunden geistige Beschäftigung in der Arbeit, vier Stunden in der freien Zeit) häufig mit Menschen zusammen. Es muss aber auch Phasen geben, wo sie alleine sind, also sich auf sich konzentrieren können, ohne dass sie sich auf andere einstellen, oder auf andere achten müssen: also nicht nur im stillen Kämmerlein vor sich hinarbeiten und auch noch den ganzen restlichen Tag in der Wohnung alleine sitzen.

Aber unabhängig davon gilt es, sich zu fragen: Für wen mache ich das gerade, was ich tue: mache ich das zu meinem Wohl, lerne ich was dabei, habe ich etwas davon (Fitnessgewinn, positive Gedanken)

etc. oder hat jemand anderes was davon. Auch letzteres verbessert unseren Selbstwert, wenn es denn ankommt und – wichtig! – bestätigt wird. Das heißt, auch Tätigkeiten wie Einkaufen gehen, Kochen, Aufräumen, Ordnung halten, Briefe schreiben oder spirituelle Aktivitäten, letztlich sogar die Körperpflege können in diesen bisher vier Dimensionen betrachtet werden. Wenn Sie dieses Grundraster auf Ihr Leben übertragen, wird es Ihnen leicht fallen, zu beurteilen, ob Sie die einzelnen Bereiche und Ausrichtungen ausreichend berücksichtigen oder Schwerpunkte verschieben sollten. Vergessen Sie nicht: Haben Sie viel Spaß und Erfolg dabei - das ist ein berechtigter, gut gemeinter Wunsch, und nicht nur eine Grußfloskel.

Krankheit bewältigen

Unter chronischen Krankheiten verstehen wir Erkrankungen, die durch Medikamente, veränderte Verhaltensweisen oder Operationen nicht vollständig zu heilen sind und die für das restliche Leben des Patienten häufig in unvorhersehbarer Weise neue Aufgaben und Beeinträchtigungen bedingen können. Unter **Krankheitsbewältigung** (Coping) verstehen wir alle Verhaltensweisen (günstige und ungünstige), die Patienten an den Tag legen, um die Belastungen, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu sehen sind, zu ertragen. Über zwei Drittel der Patienten lernen im Laufe der Zeit, ihre Erkrankung zu akzeptieren, entwickeln ein Repertoire von Lösungsmöglichkeiten der verschiedenen Probleme (körperliche - psychische - soziale) und zeigen dabei Flexibilität.

Hervorzuheben sind dabei, daß **Trauer, gedrückte Stimmung und Angst, die zunächst für eine bestimmte Zeit normale und wichtige Gefühle** sind, und die bei akuten Schüben oder einem chronischen Verlauf auftreten können. Fachärztliche Hilfe ist nötig, wenn diese Gefühle länger, z.B. über 14 Tage anhalten und die Lebensaktivitäten beeinflussen (beispielsweise wenn **Unternehmungen mit der Familie nicht mehr geplant oder unternommen werden, bisherige Interessen, etwa Hobbys nicht mehr verfolgt werden**).

Patienten, die das Gefühl haben, daß sie ihr Leben noch in der Hand haben, daß sie das Umfeld in ihrem Sinne positiv beeinflussen und Aktivitäten entwickeln, haben häufiger **günstige Bewältigungsformen** entwickelt. Hierzu zählen unter anderem:

Günstige Coping-Strategien

ein optimistisches Grundgefühl	(„ich werd's schon wieder packen“)
sich anvertrauen	(„ich weiß, daß ich in guten Händen bin“)
sich mit anderen vergleichen, und die eigenen Einschränkungen relativieren	(„es gibt andere, denen geht es noch schlechter“)
aktiv Zuwendung suchen, sich aussprechen	
sich über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informieren, gute Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie leisten	(schmerzhaftere Prozeduren über sich ergehen zu lassen, wenn sie notwendig sind)

Eine **gelungene Bewältigung führt trotz der Erkrankung oft sogar zu einer Verbesserung der familiären Beziehungen, das vor der Erkrankung gewohnte berufliche und soziale Leben wird - abhängig von den tatsächlichen notwendigen Einschränkungen - im großen und ganzen aufrechterhalten**. Die Patienten zeichnen sich durch ein verantwortliches, aktives, gesundheitsbewußtes Verhalten aus.

Ungünstige Bewältigungsmechanismen sind.

Ungünstiges Coping

- ein sich passives Ausliefern
- Schicksalsgläubigkeit
- die Krankheit herunterspielen
- das Unterlassen notwendiger diagnostischer oder Behandlungsmaßnahmen
- Rückzugsverhalten im Sozialleben
- Auflehnung und Wut über längere Zeit
- Selbstbeschuldigungen
- Anzetteln von Streitigkeiten in der Familie
- Verzicht auf sexuelle Aktivität

Liegen **ungünstige Bewältigungsstrategien vor, ist es ebenfalls sehr wahrscheinlich, daß den Patienten durch eine Psychotherapie zu einer verbesserten Lebensqualität und Krankheitsbewältigung verholfen werden kann.**

Was Sie schon immer über das Entspannen wissen wollten...

(aus einem Interview in „Schrot und Korn“ anlässlich der Studie „Atemtherapie beugt burn-out vor!)

Tief Durchatmen ist eine psychophysiologische Basistechnik. Wer spürt, dass Aggressionen entstehen, der sollte erst einmal zehn Mal durchatmen und sich so selbst beruhigen. Aber das ist nur der Einstieg in die Möglichkeiten, die wir haben, uns durch Atemtechniken zu entspannen und zu regulieren.

Stellenwert

Bei komplexen Erkrankungen kann das Erlernen von Atemtechniken nur ein kleiner, aber wichtiger Baustein sein. Essstörungen beispielsweise kann ich nicht über Atemtechnik heilen. Aber ein Mensch, der Essanfälle bekommt, kann lernen sie „weg zu atmen“, um nicht in der Masslosigkeit zu enden. Zur Stressbewältigung für den Alltagsgebrauch sind die atembezogenen Entspannungsverfahren allerdings ideal. Wenn man sie richtig lernt, kommen sie an die Wirkung von Medikamenten heran - und sie haben keine Nebenwirkungen.

Methoden

Inzwischen ist durch Studien belegt, dass die Atemtherapien, wie sie z.B. durch die Arbeitsgemeinschaft für Atemtherapie AFA vermittelt werden, bei Stresssymptomen hilfreich sind. Solche wissenschaftlichen Belege gibt es auch für die Funktionelle Entspannung und für etablierte Entspannungsverfahren wie der Progressiven Muskelentspannung, dem Autogenen Training, dem Yoga, Tai Chi oder der Feldenkrais-Methode, bei denen Atemtechnik eine wichtige Rolle spielt. Jeder muss schauen, was am besten zu ihm passt: Bei Tai Chi und der Atemtherapie braucht man Platz für die Bewegungen, für das Autogene Training einen Rückzugsraum. Die Funktionelle Entspannung hingegen ist so unauffällig, dass man die Übungen in der U-Bahn machen kann.

Einstieg

Das wichtigste ist, dass man nicht nur ein Buch liest, sondern die Technik bei einem qualifizierten Lehrer lernt. Idealerweise macht man das in einer Zeit, in der es einem gut geht. Ich bin sogar dafür, dass Kinder schon in der Schule lernen, wie sie über den Atem ihr Befinden regulieren können.

Entspannen im Alltag

Unsere Philosophie ist, dass man die Pausen, die einem der Alltag aufzwingt, sinnvoll nutzt. Dass man aus jedem „ich warte“ ein „ich warte mich“ macht, also „warten“ von dem Wort Wartung (wie beim Auto) abgeleitet und nicht von Warten. Wenn man an der Kasse, an der Ampel oder im Stau steht, kann man sich seinem Atem zuwenden und etwas für die Entspannung tun.

(Autorin: Martina Petersen)

Konkret: z.B. über Volkshochschulkurse, bei manchen niedergelassenen Psychotherapeuten:

Autogenes Training (ca. 1926 von J.H. Schulz begründet) ÷

Indikation: Somatoforme Störungen, leichte Angststörungen, Erschöpfungsgefühl, muskuläre Verspannungen, chronische Schmerzzustände.

Kontraindikation: Akute Schizophrenie, Melancholie

Vorgehen: In Gruppenschulungen werden unter Anleitung in etwa vierzehntägigem Abstand (je Termin ca. 1 Std.) über ca. 1/2 Jahr systematisierte Konzentrationsübungen im Sinne einer autohypnotischen Körperselbstbeeinflussung durchgeführt: Gedankliches mehrmaliges Wiederholen von Formeln, z.B. "Arm wird schwer", "Arm wird warm", "Atem ruhig". Die Patienten sollten täglich zweimal zu Hause ca. 5-15 Min üben. Ziel ist, einen Zustand der Ruhe und Entspannung zu erreichen. Bei ausdauerndem Üben kann eine Beeinflussung unwillkürlicher Körperfunktionen mit dem Effekt einer Stabilisierung des autonomen Nervensystems erreicht werden. Später können auch eigene (positiv formulierte) Formeln entwickelt werden. (z.B. "bin gut konzentriert") Suggestionen und Entspannung am Ende der Übungsphase immer zurücknehmen, z.B. durch Strecken und Beugen, Anspannen der Arme und tiefes Durchatmen. Nach der Anleitung können die Übungen selbständig durchgeführt werden.

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (ca. 1930 entwickelt)

Indikation: Angststörung, somatoforme Störungen.

Vorgehen: Jeweils abwechselnd maximale willkürliche Anspannung von Muskelgruppen (zunächst Arm, dann Beine, Atem-, Bauch-, Gesichtsmuskulatur) für Sekunden, dann willkürliches Loslassen. Über Konditionierung und Autosuggestion wird eine psychische Entspannung und Angstreduktion erreicht. Besonders geeignet als vorbereitende Entspannungsübungen bei weiterem verhaltenstherapeutischen Vorgehen. Kann in Gruppen vermittelt werden.

Was sollten Patienten wissen?

Was erwartet Patienten in der Psychosomatik?

Die erste Anlaufstelle für den Patienten ist meist der Hausarzt, zu dem der Pat. Vertrauen hat und der ihn und sein Umfeld idealerweise seit langem kennt. Er wird ihm zuhören, ihn befragen, untersuchen und wenn es die Therapie erfordert auch medikamentös behandeln und krankschreiben; der Kontakt zu Psychotherapeuten ist dann indiziert, wenn die AU länger als 4 Wochen besteht und der Verdacht auf eine psychische Störung oder seelische Belastungsfaktoren sich erhärten oder wenn nach 6 Monaten einer qualifizierten psychosomatischen Grundversorgung durch den HA keine Besserung der Beschwerden eingetreten ist. Gelegentlich kommt es auch zu einer Direktverlegung von anderen Stationen.

Lassen sie uns einen fiktiven Patienten begleiten, der auf einem besonderem Weg "in der Psychosomatik gelandet ist", um Ihnen so das therapeutische Team und die therapeutischen Möglichkeiten vorzustellen:

Bsp: Herr S., 43 Jahre, langjähriger Angestellter bei der Stadt. In vielen Jahren hat er sich hochgedient und ist für die gehobene Beamtenlaufbahn vorgeschlagen; er hat einen großen Sinn für Gerechtigkeit und deckt bei einem seiner Vorgesetzten eine Unzulänglichkeit auf (Gelder unterschlagen), daraufhin sorgt der Vorgesetzte dafür, daß Herr S. wegen angeblich "charakterlicher Mängel" als nicht für die Beamtenlaufbahn geeignet eingestuft wird; er ist massiv verletzt, entscheidet sich aber dafür, alles zu schlucken, unter seiner Qualifikation zu arbeiten und als niederer Angestellter Akten zu sortieren. Er schluckt in großen Mengen Beruhigungs- und Aufputzmittel und behandelt seine Schmerzen im Schritt (kleinen Becken, orthopädische Verlegenheitsdiagnose: "Beckenverwringung") mit Analgetika. Bei einem selbst eingeleiteten Entzug von den Benzodiazepinen fällt er eines Nachmittags vom Sofa seiner Mutter, bei der er überwiegend wohnt - seine Ehefrau lebt wenige Gehminuten entfernt! Der Sturz vom Sofa aktiviert die medizinische Notfallkette incl. Reanimation und führt zur Einweisung auf die Neurologische Intensivstation bei V.a. Grand Mal-Anfall unklarer Genese.

Sein Weg im Bezirksklinikum führt ihn von der Neurologischen Intensivstation nach gründlicher neurologischer Diagnostik über die geschlossenen Männerstation P 12, wo ein Benzodiazepinentzug erfolgt, nach Gesprächen mit den Kolleginnen der Psychosomatischen Ambulanz auf die Station P32 der Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Stationäre Psychotherapie:

Im psychosomatischen Krankenhaus ist er seinen alltäglichen Verpflichtungen enthoben, an die Stelle des sozialen Umfeldes, in dem er üblicherweise lebt, ist jetzt für einen begrenzten Zeitraum die soziale Welt der Station mit vielfältigen sozialen Beziehungen und einer ebenso großen Vielfalt von Gruppenformationen getreten. Hier erwartet ihn ein multiprofessionelles Team, um ihm als Patienten eine multimodale Therapie bieten zu können. Zusammenarbeit im Team ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine fruchtbare Arbeit, "die vom Miteinander lebt". Der Erstkontakt aller Patienten in der Ambulanz erfolgt meist durch unsere **Sekretärin**, die die Patientendaten aufnimmt und dann das Erstgespräch mit den **Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen** der Psychosomatischen Ambulanz koordiniert.

Bei Aufnahme auf die Station oder in die Tagesklinik werden jedem Patienten Gruppen- und Einzelgespräche durch Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen angeboten; auch Ergotherapie durch entsprechend geschulte Ergotherapeuten, Kunst- und Bewegungstherapeuten zur kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie, ergänzt durch Sportangebote und eine sozialpädagogische Betreuung. Ferner arbeiten mit den Patienten auch Pflegekräfte, die Entspannung, Skills-Training, EÜ (erfahrungsorientierte Übungen), TZI (themenzentrierte Interaktion), Sport und viele "Gespräche zwischendurch" anbieten.

Nicht unerwähnt bleiben soll die Arbeit der Psychoonkologin, die unterstützende psychologische Beratung und Begleitung für stationäre Tumorpatienten bei krankheitsbezogenen seelischen Belastungen anbietet (derzeit in der hiesigen Frauen- und Strahlenklinik).

Herr S. hat eine Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, selbstunsicheren und narzistischen Zügen, sein Bedürfnis nach ungeteilter Zuwendung zeigt sich in seinem bisherigen unreflektierten Konsumverhalten von Schmerzmitteln, Beruhigungs- und Aufputzmitteln.

Es gelingt ihm, das therapeutische Angebot für sich zu nutzen und seine Beschwerden (Angst, Unruhe, Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schmerzen im kleinen Becken) in Zusammenhang mit früheren Erlebnissen und Erfahrungen zu bringen. Die Auseinandersetzung mit sich selbst und dem bisherigen Lebensweg in vielen Einzel-, Familien und Gruppengesprächen ist zeitweilig schmerzhaft und schwierig, jedoch die geeignete Möglichkeit für ihn, für sich neue Wege der Konfliktbewältigung und neue Muster für den Umgang mit sich selbst und anderen zu entwickeln. Seine Ausdrucks- und Erlebnisfähigkeit wird gefördert, verdrängte Gefühle bewußtgemacht und

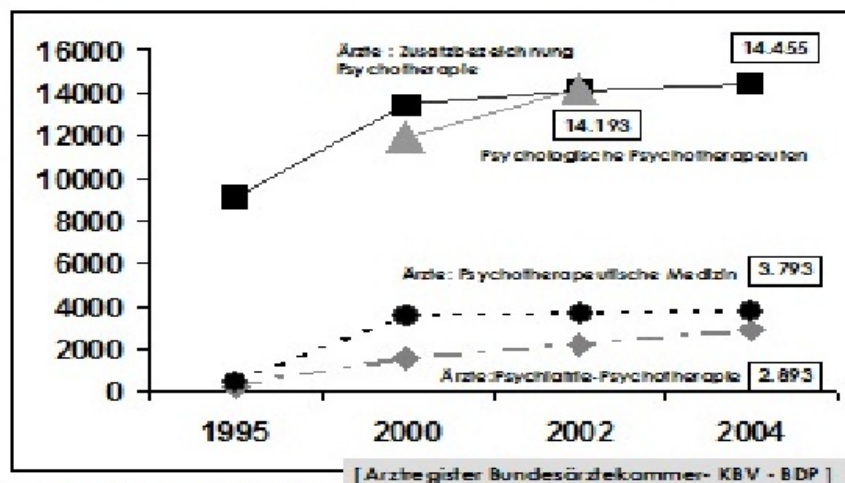
schöpferisches Gestalten angeregt, sein sozial-kommunikatives Verhalten erweitert - über Mutter und Frau hinaus-. Er lernt über die Therapie in der Gruppe, Lob und Kritik anderer anzunehmen. Sein Selbstwert wird gestärkt und damit seine Eigenverantwortung und initiatives Handeln gefördert (Auflösung der 3-er Beziehung, Aufwertung der Rolle der Ehefrau). Alternativen zur Sucht hat er kennengelernt und in den Alltag integriert.

Nach Beendigung der stationären Therapie braucht er zur weiteren Stabilisierung eine ambulante psychotherapeutische Begleitung.

Ambulante Psychotherapie

wird durch niedergelassene Fachärztinnen und - Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte anderer Fachrichtungen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (meist praktische Ärzte oder Allgemeinärzte) und durch niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeboten. Das therapeutische Angebot ist groß und umfasst ein Spektrum von Einzel- über Gruppenpsychotherapie, Bewegungstherapie und Musiktherapie sowie Kurse zum Erlernen von Entspannungsverfahren. Leider sind die Wartezeiten für die Patienten in der Regel mehrere Monate lang; vereinzelt gibt es auch Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychosomatischen Beschwerden und neurotischen Krankheiten.

Abbildung 4 : Vertragsärztliche Versorgung - Psychotherapeutische Kompetenz



Stationäres Behandlungsangebot

z.B. Klinik Donaustauf – Zentrum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Die Abteilung für Psychosomatik der Klinik Donaustauf bietet auch körperlich Schwerkranken die Möglichkeit, stationär behandelt zu werden. Wir verfügen über die

dafür notwendigen Voraussetzungen: eine exzellente Physiotherapie und ausgebildetes Pflegepersonal. Im Mittelpunkt unseres Therapieplans steht eine besondere Behandlungsmethode der Funktionellen Entspannung: die dezidierte körpertherapeutische bzw. körperpsychotherapeutische Ausrichtung der Regensburger universitären Psychosomatik. Der eigene Körper kommt auch bei der Kunst-, Tanz- und Musiktherapie ins Spiel.

Fächerübergreifendes Zusammenspiel

Psychosomatische Medizin ist interdisziplinär. In unserem Team finden sich neben den einschlägigen Gebietsärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch Psychiater, eine Neurologin, Anästhesistinnen, Ernährungsberaterinnen, Psychologinnen, eine Sportlehrerin und Sozialpädagoginnen sowie Ärzte mit der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie, Sozialmedizin und Psychoanalyse.

Kooperationen mit Kliniken

Wir arbeiten mit allen Abteilungen und Kliniken des Universitätsklinikums Regensburg intensiv zusammen, insbesondere mit der Kardiologie, der Gastroenterologie, der Chirurgie sowie der Dermatologie. Damit können wir die nahtlose Mit- und Weiterbehandlung garantieren. Unsere Abteilung ist mit dem Transplantationszentrum und organbezogenen Zentren vernetzt, zum Beispiel dem Beckenbodenzentrum und dem Darmzentrum mit Spezialdisziplinen. Neben den psychotherapeutischen Maßnahmen

im engeren Sinn kommen bei uns auch die technische Möglichkeiten der Psychosomatik, wie computergestützte Diagnostik und Biofeedback zum Einsatz. Bewegungsanalysen (Aktinometrie) und medikamentöse Therapien stehen ebenfalls auf dem Behandlungsplan.

Klinische Indikationen (siehe auch 1.Fünffingerregel unten):

- Essstörungen, insbesondere morbid Adipositas, hier auch in Zusammenarbeit mit plastischen und Abdominalchirurgen;
- Anorexia nervosa
- somatoforme Störungen und chronischer Schmerz
- chronische Lungenerkrankungen
- rheumatologische, neurologische,
- dermatologische Erkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen mit zusätzlicher psychosomatischer Komponente bzw. Problemen in der Krankheitsbewältigung oder bei Schwierigkeiten im Krankheitsverlauf, die mit psychologischen Faktoren zusammenhängen.
- Schwer einzustellender Bluthochdruck
- Tinnitus
- Ängste vor besonderen Behandlungsmaßnahmen wie Herzschrittmachern oder Transplantation.

Chronische Schlafstörungen, denen wir uns besonders gerne widmen, wenn es sich um überlappende Krankheitsbilder handelt. Uns ist bewusst, dass unsere Patienten oft bereits mehrere stationäre Behandlungen in anderen Einrichtungen hinter sich haben. Wir berücksichtigen das selbstverständlich in unserer Therapieplanung und arbeiten auch gerne vernetzt mit den niedergelassenen Kollegen – auch überregional.



(Eindrücke aus der Kunsttherapie)

Was sollte Medizinstudenten klar sein?

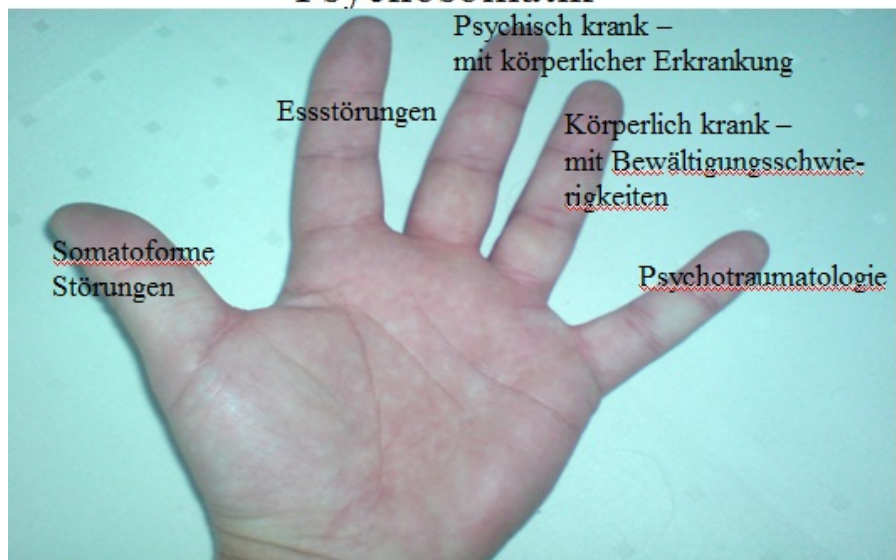
Was ist Psychosomatik?

Definition: siehe oben...

Krankheitsbilder

(1. Fünffingerregel)

Die Hauptkrankheitsgruppen in der Psychosomatik



Epidemiologie

Depression jeder 5.

Angst jeder 10.

Suchtmittelmissbrauch jeder 20.

Esstörung jede 33.

Persönlichkeitsstörung jeder 100.

Somatoforme Störung: jeder 3. Patient im hausärztlichen Bereich

Zum Vergleich: Schizophrenie jder 100.

Kurzer Exkurs:

Die sozialmedizinisch relevantesten Krankheiten hinsichtlich ihrer Komorbidität

Schmerzkrankungen	bis	40%
Angsterkrankungen	bis	25%
Übergewicht, Somatoforme Störungen	bis	15%
Depression	bis	10%
Asthma bronchiale, Diabestes mellitus	bis	5%
Suchterkrankungen	bis	3 %
Herz-Kreislaufkrankungen (in Abhängigkeit vom Alter bis 50%)		
Schlaganfall (in Abhängigkeit vom Alter ca. jeder 20.)		
Tumorerkrankungen (im Laufe des Lebens ca. jeder 3.)		
Demenzen (zunehmend mit dem Alter: bei 70jährigen 10%, 80jährigen 20%, 90 jährigen 50%)		
Parkinson-Syndrom (in Abhängigkeit vom Alter ca. jeder 20.)		
Schizophrenie	bis	1%
Persönlichkeitsstörungen		
körperliche Behinderungen		
Epilepsie		

Wer versorgt?

(Ein Märchen)

Es waren einmal Psyche und Iatros, ein Elternpaar, das lebte glücklich und zufrieden in einer fernen Vergangenheit. Die Probleme der Großeltern, Irren und Arzt auf der mütterlichen sowie Nerven und Arzt auf der väterlichen, waren längst Geschichte (interessant, dass beide Großväter den selben Namen hatten – sie waren Cousins und stammten ursprünglich ab von Bader und Medicus), und weil Psyche und Iatros ihrer harmonischen Beziehung nicht nur einen fleischlichen, sondern auch einen namentlichen Ausdruck geben wollten, nannten sie ihren Erstgeborenen „Psychiater“. Nun will es manchmal das Leben, dass sich Beziehungen weiterentwickeln, oder sagen wir besser, verändern: Psyche fühlte sich nicht mehr so verstanden und lernte über den Gartenzaun hinweg nicht ganz zufällig Somatik kennen, der spannende Geschichten erzählen konnte und übrigens ein Verwandter von Neuro war, mit dem sich Iatros gerne austauschte. Wie das Leben so spielt, war Psyche plötzlich wieder schwanger und brachte ein Kind zur Welt, das Somatik so ähnlich sah, dass sich der Name Psychosomatik förmlich nicht vermeiden ließ.

Rational und praktisch veranlagt, wie unsere Eltern in dieser Geschichte nun mal waren, sollte das Kind bei der Mutter bleiben und Iatros wollte es nach einiger Zeit sogar adoptieren, nachdem er es zunächst schlichtweg verleugnet hatte. Vielleicht bewunderte er insgeheim die Vielfalt der Spiele, die dem neuen Sohn von Psyche so einfielen. Und die Bindung zwischen Psyche und Iatros wurde auch wieder enger, nachdem die Familie Zuwachs bekommen hatte. Somatik lebte dagegen in einer großen Kommune (das war früher mal modern), da wäre das Kind wohl nicht gut aufgehoben gewesen, und obwohl Somatics Kameradinnen und Kameraden schon immer wieder mal gerne mit ihm gespielt hätten und seinen Erzählungen gerne lauschten, wäre es nach Ansicht von Psyche doch nicht der richtige Platz gewesen. Kinder gehören zur Mutter ...

Sie werden sich vielleicht fragen, wie geht denn die Geschichte vom Anfang weiter?

Na gut, wie es sich für tröstliche Geschichten gehört: Psychosomatik wird älter, er löst sich aus der Bindung an Mutter und Stiefvater, kann sie auch gut als innere Objekte stabil halten und ist natürlich neugierig auf seinen Vater ... und dessen Verwandtschaft. Er macht sich auf die Reise, besucht den einen oder anderen, hat dort manche interessante Begegnung und konstatiert seine Selbst-Objektbeziehungen neu (Bauer 2005). Und wenn sie nicht gestorben sind ...

Aus- und Weiterbildung in **Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen** und **fachgebundener Psychotherapie** fördern und integrieren

im Medizinstudium

im Krankenhaus

(Ort der Weiterbildung der Arbeitsplatz:
Innere Med., Anästhesie, Gynäkologie, Dermatologie etc.)

„Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ –
30 Std. Balintgruppe
bzw. Fall-bezogene Interaktionsarbeit

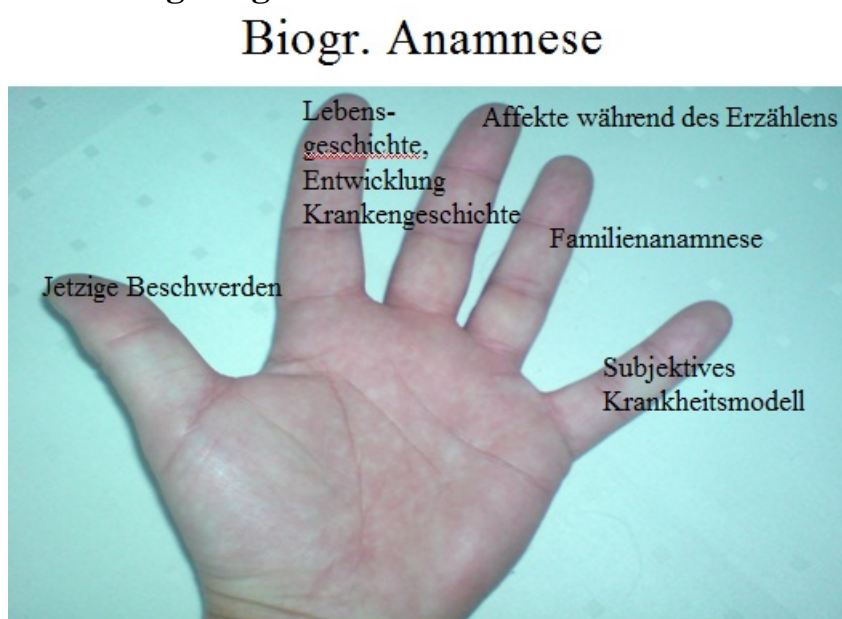
140 Stunden: fachgebundene Psychotherapie (Theorie und Supervision)
**aber! Im Rahmen der Arbeitszeit - am Arbeitsplatz -
Behandlungen ermöglichen!** (z.B. durch Ambulanzen / Beauftragungen)

WB durch **Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
und **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** in Kooperation mit den
Fachabteilungen (Rotationen), überregionale Vermittlung von Spezifika (z.B.
Dermatol., HNO)

Diagnostik

Biographische Anamneseerhebung

2. Fünffingerregel



Was ist das Ziel der Anamneseerhebung?

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, beginnt die Beziehung zwischen Arzt und Patient gewöhnlich mit einem Gespräch zwischen den beiden; der Arzt "macht die Anamnese". Üblicherweise kommt der Patient, weil er Beschwerden hat und sich vom Arzt Hilfe erhofft. Der Arzt benötigt Informationen, um zu einer Diagnose zu kommen. Es ist es wichtig, ganz genaue Angaben über die Beschwerden zu erhalten, um das vorliegende Krankheitsbild von Erkrankungen, die ein ähnliches Bild bieten, abzugrenzen, damit eine sinnvolle Behandlung angeboten werden kann. Dazu dient dem Arzt, neben den Angaben des Patienten, die körperliche Untersuchung, die Deutung von Laborwerten und weitergreifende Untersuchungsmethoden.

Aus der Praxis: Vielen Patienten ist häufig nicht klar, dass zur Diagnostik grundsätzlich zwei Wege gewählt werden können. Einmal kann man zeigen, dass eine Krankheit vorliegt, zum andern können Untersuchungen gemacht werden, um Krankheiten auszuschließen, bei einem Verdacht auf eine Krebserkrankung zum Beispiel. Da dieses Vorgehen vielen Patienten nicht bewusst ist, kann es zu Missverständnissen kommen; sie sind mit dem ihrer Ansicht nach "schlechten" Arzt unzufrieden, weil der viele, oft auch unangenehme Tests veranlasst hat, und anscheinend "doch nichts dabei herausgekommen" ist.

Die Art der Gesprächsführung natürlich immer auf die Situation abgestimmt sein sollte. Selbstverständlich wird es bei einem Notfall, bei lebensbedrohlichen Umständen vorrangig notwendig sein, klar und direkt das Unfallgeschehen, mögliche entscheidend wichtige Vorerkrankungen u.ä. zu klären.

Die erste Frage, die sich der Anfänger in der Situation stellt, lautet meist: "Welche Fragen soll ich überhaupt stellen?"

R. Adler hat die biographischen Anamneseerhebung einmal folgendermaßen definiert: "... eine Technik..., die zum Ziel hat, die somatischen, die psychischen und die sozialen Gegebenheiten in einem Schritt einzuholen und in Beziehung zu bringen, und so eine Beurteilung nicht nur eines Organs oder Organsystems, sondern auch des Menschen in seiner Umwelt mit seiner Krankheit zu ermöglichen ...das ist das Ziel. ...es setzt also Kenntnisse in den somatischen Aspekten in der Medizin voraus, kombiniert soziale und psychische Belange."

Ich möchte aber nochmals darauf anmerken, dass gerade für die Gesprächstechnik meiner Ansicht nach keine Regel allgemeine Gültigkeit hat. Immer besteht ein Bezug zur Situation und zu den Gesprächspartnern. Jeder sollte für sich selbst überlegen und entscheiden, was für ihn eine Möglichkeit darstellt. Er sollte vor allem Erfahrung in Gesprächen sammeln und dabei praktisch erproben, was er für sich herausgearbeitet hat. Adler sagt: "... "learning by doing", ist der Grundsatz. ...und bedeutsam ist, dass man den Studenten Zeit gibt.

Elemente eines Anamnesegespräches

Glücklicherweise ist ein erfolgreiches Anamnesegespräch nicht abhängig von einem ausgeklügelten Fragenschatz oder Schema. Werden einige wichtige Grundregeln beachtet, dann besteht die Chance, dass der Patient im Gespräch versucht, für sich Verantwortung zu übernehmen und selbstständig Symptome, Krankheitsverlauf, seine soziale Situation etc. schildert. Das Resultat wird eine "innere Gliederung" sein, die gleichsam "automatisch" auf den einzelnen Patienten abgestimmt ist. Oft reichen die Informationen, die wir dadurch erhalten, aus, um arbeiten zu können. Daneben sollte dem Patienten immer vermittelt werden, dass wir ihn ernst nehmen möchten. Ein weiterer bedeutender Punkt ist, ihm Zeit zu lassen.

Zeit lassen, Sprechen lassen, erweist sich als relativ einfach. Als Interviewer muss man es aber auch aushalten, ein längeres Schweigen zu überstehen; der Patient wird oft nach einer Pause das Gespräch von sich wieder beginnen und dabei dann gerade die Fragen beantworten, die ihm wichtig sind. Aber wie kann man einem Menschen signalisieren, dass man ihn ernst nimmt?

Eine gute Möglichkeit stellen die beiden ersten Schritte des Engel-Schemas dar:

1. Schritt - Begrüßung

2. Schritt - Die Botschaft: Patient, du bist mir wichtig!

Vermitteln kann ich das dem Patienten dadurch, dass ich ihn frage, ob ihm der Zeitpunkt des Gespräches recht ist, ob er etwa auf Besuch oder auf das Essen wartet; ob er bequem sitzt, ob man ihm das Bett hochstellen oder das Kissen zurechtrücken soll. Adler schreibt: "Fühlt sich der Patient seines Arztes nicht sicher, so hält er wesentliche Informationen zurück oder entstellt sie."

Dieses "ernst nehmen", kann ich auch dadurch vermitteln, dass ich den Patienten nun nicht mit Fragen überschütte, sondern ihm besonders am Anfang des Gesprächs viel Gelegenheit gebe, von sich aus zu berichten. Hin zum Thema kann folgender Weg führen.

3. Schritt: - "Warum sind Sie hier/im Krankenhaus?" Durch eine offene Frage wird der Patient nun angeregt, über seine augenblickliche Krankheit, sein "Thema" zu sprechen.

Wolfram Schüffel sagt dazu: "Wenn wir unbefangen sein könnten, so würde die Antwort lauten, wie in einem normalen Gespräch, für das wir uns Zeit nehmen, um die Lösung für ein wichtiges Problem zu entwickeln." Er schreibt weiter: "Der Patient soll in seinem Worten, in seinem Tempo und zu vom ihm gewählten Zeitpunkten seine eigenen Eindrücke wiedergeben und seine Feststellungen treffen. Der Arzt stellt daher offene Fragen, also Fragen, die nicht mit ja oder nein beantwortet werden können. Jede Frage wird daher zur Aufforderung zum selbstständigen Sprechen. Bewusst werden Pausen gelassen, die dem Patienten Zeit zur Besinnung geben. Sehr schnell werden sich bereits in den ersten Minuten die Hauptpunkte herauskristallisieren... Bereits hier werden vielfach neben der eigentlichen Körpersymptomatik Gefühle und soziale Bezüge erwähnt (meine Frau wischte mir den Schweiß von der Stirn, als ich vor lauter Enge im Brustkorb Angst hatte, nicht mehr atmen zu können). Sie werden aber noch nicht aufgegriffen, sondern vermerkt, noch werden keine Detailfragen gestellt...Im Übersichtsformat erhält man eine Landkarte der Probleme des Patienten und seiner Beschwerden und seiner biographischen Situation."

Schüffel führt noch einen weiteren Vorteil an: "Indem der Patient seine eigenen Gedanken verfolgt, statt auf Fragen zu warten, werden bis dahin zurückgehaltene Eindrücke und unter Umständen krankheitsrelevante Daten, sowie seine Einstellung zu den Beschwerden formuliert. Wir erhalten Einblicke in seine psychologische und soziale Situation, die wir in unsere späteren Behandlungspläne einbauen können."

Ich habe versucht, für mich diese ersten drei Schritte nach George Engel, der diese Form der Gesprächsführung entwickelt hat, entsprechend ihren Kernaussagen, in zwei Merksätzen zusammenzufassen:

Ich komme wie von selbst zum Thema, wenn der Patient Thema wird,

und

zur Struktur ohne Strukturierung.

Für mich persönlich bilden diese beiden Grundregeln das Fundament meiner Gesprächstechnik; ich habe die Erfahrung gemacht, dass man, beachtet man nur diese wenigen Punkte, schon ein sehr befriedigendes Gespräch führen kann.

Der Unterschied zwischen einem normalen wichtigen Gespräch und einem Arztgespräch

An dieser Stelle wird jedoch deutlich, dass die Informationen über die Symptomatik, die der Patient ohne weiteren Anstoß von sich aus schildert, in vielen Fällen nicht ausreichen. Mit dem medizinischen Wissen im Hinterkopf kann der Interviewer durch ausgewählte Fragen wichtige klinische Fakten herausarbeiten. Engels

4. Schritt: "Der Arzt/Student wird nun gezielter fragen. Die von dem Patienten selbstentworfenen Übersichtskarte seiner Beschwerden und seiner Person liegt vor... Bei der Abklärung der Beschwerden wird die vorliegende Landkarte nun unter Lupenvergrößerung gesehen." Wie solche Fragen aussehen können, hängt natürlich von den Krankheitsbildern ab, die in Erwägung gezogen werden müssen. Versucht man sich ein Schema zu entwickeln, können zum Beispiel die Systeme, die Adler oder Schüffel anbieten, eine Anregung sein. Adler ordnet zum Beispiel dem einzelnen Symptom, welches vom Patienten im "3. Schritt" angeboten wurde "7 Dimensionen" zu (zeitliches Auftreten, Intensität etc.), die durch weitere Fragen erhellt werden können. Manchem können solche Modelle eine Hilfestellung sein, und wenn man sich bereits intensiver mit der Materie beschäftigt hat, möglicherweise zum besseren Verständnis beitragen. Mir erschienen diese Konzepte, als ich selbst anfang und von Semiotik noch keine Ahnung hatte, zu sehr aus dem Zusammenhang herausgelöst. Meiner Erfahrung entwickeln sich die individuellen Fragenkataloge zusammen mit dem klinischen Wissen. Mit wachsendem Verständnis von Erkrankungen und Zusammenhängen wird sich der einzelne sich diese "Dimensionen" erst im Laufe der Zeit erarbeiteten können, gerade auch durch praktische Tätigkeit.

Ganz genauso verhält es sich mit den ebenfalls sehr wichtigen Bereichen, wie der lebenslaufbezogenen Krankheitsgeschichte oder dem Erfragen von Krankheiten und Lebensumständen der Angehörigen über das im Vordergrund stehende Krankheitsgeschehen hinaus, die neben dem aktuellen Beschwerdebild des interviewten Patienten unbedingt in das Anamnesegespräch gehören. Anfangs tat ich mich dabei schwer, denn gerade hier, würde sich ein formales Vorgehen anbieten. Ich habe es nie als leicht empfunden, diese Punkte flüssig in ein Gespräch zu integrieren. Gerade am Anfang hatte ich damit zu kämpfen, wenn ich erst einmal mit formalen Fragen angefangen hatte, wieder zu einem offenen Gespräch überzuleiten. In diesem Zusammenhang möchte ich noch auf ein weiteres Problem hinweisen: Je mehr klinisch - somatisches Wissen sich ansammelt, desto mehr kann ich Opfer einengender Wahrnehmungsschablonen werden. Engel gliedert diese Teilbereiche der Anamneseerhebung folgendermaßen: der

5. Schritt beinhaltet die Schilderung der früheren Krankheiten, der

6. Schritt, die Gesundheit der Angehörigen. Gerade diesbezüglich war ich anfangs ziemlich hilflos. Als ich mich in der üblichen, krankheitsorientierten Literatur über die Anamneseerhebung informierte und mit dem Stichwort "Familienanamnese" konfrontiert wurde, dachte ich natürlich zuerst an die Frage nach den Krankheiten oder Todesursachen, falls Angehörige bereits verstorben waren, oder später auch an Erbkrankheiten. So "...soll der Patient die seiner Ansicht nach wichtigsten Beschwerden der Familienmitglieder und seine eigene Reaktion darauf darstellen. Viel wichtiger ist es zu erfahren, dass die Mutter lebenslang unter rezidivierenden, z. T. schwersten Abdominalschmerzen litt, als zu vermerken, dass sie sich im Alter von 83 Jahren einen Schädelbasisbruch zuzog und hieran verstarb. Im ersten Fall ermöglicht uns das den Schluss, dass sich der Patient von früh an mit einer leidenden Mutter auseinandersetzen musste... dass möglicherweise eine Prädisposition für Abdominalschmerzen vorliegt ...seine Reaktion auf Krankheit und Gesundheit seiner... Familienangehörigen gibt uns wichtige Hinweise auf seine Einstellung zu Bezugspersonen, zu denen im späteren Leben auch Ärzte und Pflegepersonal gehören."

Nun geht es in Richtung "persönliche Entwicklung", des Patienten, nach Engel der

7. Schritt, und um die sozialen Lebensumstände, den

8. Schritt, geht.

Das Vorgehen, welches Adler beschreibt, hat sich für mich ebenfalls sehr bewährt, auch wenn der nächste Satz nicht unbedingt beim ersten Durchlesen verständlich wird; er schlägt in diesem Zusammenhang vor: "Der Arzt folgt den Assoziationen des Patienten zu den Schritten 5 bis 8 (Anm.: frühere Krankheiten, Gesundheit der Angehörigen, soziale Lebensumstände), während er das jetzige Leiden erforscht, und integriert sie dadurch in Schritt 4 (Anm.: gezieltes Nachfragen)."

Hier stellt sich übrigens der Kerngedanke dieser Gesprächstechnik dar, an der sich meine Empfehlungen anlehnen. Schüffel bezeichnet sie als "assoziative Gesprächsführung". Der Anteil des Patienten ist hierbei, dass er, wie bereits vorher in anderem Zusammenhang zitiert, "in seinen Worten, in seinem Tempo und zu von ihm gewählten Zeitpunkten seine eigenen Eindrücke wiedergeben und seine Feststellungen treffen kann."

Um noch einmal auf mein persönliches "System" zurückzukommen - in der zweiten Stufe (die Schritte 4 bis 8 nach G. Engel) wendet der Interviewer gezielt medizinisches Wissen an. Auch jetzt

sollte der Patient möglichst wenig direktiv, sondern assoziativ geführt werden. Er soll also nicht abgefragt, sondern immer ausgehend von der momentanen Gesprächssituation, von dem Hier und Jetzt, den augenblicklichen Beschwerden, wichtige Punkte aus seiner bisherigen Krankengeschichte erzählen. Er kann Wichtiges von seinen Angehörigen, seinen persönliche Lebenslauf und seine soziale Situation, also sein Umfeld, schildern. In vielen Lehrbüchern werden diese Inhaltspunkte des Gespräches als Familienanamnese, Sozialanamnese und Altanamnese bezeichnet.

Wie kann ich bei offener Gesprächsstruktur sicher sein, keinen medizinisch wichtigen Punkt zu übersehen?

"9. Schritt": Stichwort - Organsysteme. Im letzten Absatz ging es bereits um Beschwerden, die sich meistens einem Organ(system), einem Funktionskreis zuordnen lassen können. Um nichts zu übersehen, müssen auch die anderen, bisher vielleicht im Gesprächsverlauf noch nicht aufgetauchten körperlichen Funktionseinheiten in einem Anamnesegespräch abgefragt werden, um das Bild abzurunden.

Es empfiehlt sich, dass man einmal für sich selbst ausführlich zusammenstellt, auf welche Punkte hierbei geachtet werden muss. Immer häufiger werden zur Erweiterung oder Standardisierung der Anamneseerhebung vorformulierte Fragebögen benutzt. Weit verbreitet sind zum Beispiel die Formulare, die von den Anästhesieabteilungen im Rahmen der Narkosevorbereitung den Patienten zum Ausfüllen und Ankreuzen ausgehändigt werden, es gibt aber noch viele andere. Einige sind sehr durchdacht konzipiert. Ein Anamnesegespräch können sie sicher nicht ersetzen, ob sie als Ergänzung dienlich sind, kann diskutiert werden. Meiner Meinung nach gibt es Arbeitsgebiete in der Medizin, wo sie ihren gerechtfertigten Einsatz finden.

Ein umfassender Fragebogen kann aber auch ein geeigneter Einstieg sein, eine persönliche Strategie in Bezug auf das Abfragen und Abdecken von Störungen in den Organsystemen und zum Integrieren von "ärztlichen Pflichtfragen" in das eigene Konzept zu entwickeln. Es lohnt sich auch, vor allem im klinischen Abschnitt, die Punkte eines ausgearbeiteten Fragebogens in Hinblick auf die Differentialdiagnose oder auf Untersuchungen, die anschließend weitere Informationen bringen könnten, zu durchdenken. Gerade dem, der sich mit der Anamneseerhebung beschäftigt, möchte ich dieses systematische Vorgehen neben dem Sammeln praktischer Erfahrung ans Herz legen.

Versucht man das Gespräch nach dem assoziativen Grundsatz zu führen, so stellt diese 3. Stufe die höchsten Ansprüche an den Interviewer. Blicke ich zurück auf die Gespräche, die ich selber geführt oder in der Gruppe erlebt habe, so fällt mir auf, dass gerade diese Übersicht über die Organsysteme, zu denen bisher im Gespräch z.B. noch nicht ausreichend Informationen vorliegen, bzw. die noch nicht angesprochen wurden, oft zu kurz kommt.

Theoretisch dürfte eine vorstrukturiertes Anamneseerhebung eher zum Ziel führen. Soll man also hier, um nichts zu übersehen und nichts zu vergessen, nicht wenigstens auf ein Raster umschalten? Ich habe es eigentlich nie erlebt, dass dieser Weg gewählt wurde. In der Praxis ist es häufig so, dass ein sehr ausführlich geführtes Gespräch viele Punkte automatisch mit einschloss und einen praktisch kompletten "Organdurchlauf" mit sich brachte; zum anderen schließt sich an die Anamneseerhebung im Regelfall die körperliche Untersuchung an (die wir im Praktikum der Psychosomatik ja bewusst auslassen - sie kann in anderen Unterrichtsveranstaltungen besser gelernt werden), die alle Organkreise erfassen muss. Eventuelle Probleme könnten also auch hier noch auffallen.

Die Medizin ist kein Fach, welches man von heute auf morgen erlernen kann. Und auch noch so umfangreiches Literaturstudium ersetzt nicht das möglichst häufige Üben. Ich erlaube mir also folgende Gliederung aus mnemotechnischen Gründen anzubieten. Versucht man sich in der assoziativen Anamneseerhebung, so gilt in Stichworten:

1. Stufe - "vorklinischer Student" –

Das kann jeder, auch der Anfänger, wenn er die zwei Grundregeln berücksichtigt: Interesse zeigen an einer ernsthafte Beziehung und offene Fragen stellen.

2. Stufe "klinischer Student" -

Dazu muss man nun doch etwas von den Krankheitsbildern wissen; dieses Niveau erreichen meiner Erfahrung nach alle Studenten, die sich mit der Materie beschäftigen.

3. Stufe - "Arzt" –

Ein assoziatives Gespräch stellt hohe Anforderungen an den Interviewer. Ich habe oft erlebt, dass es bedingt durch die große Zahl von Eindrücken, dem Interviewer schwer fällt, sich von seinem Gespräch zu lösen, den Abstand zu finden, den er benötigt, um zu diesem Zeitpunkt noch "Pflichtfragen" oder das nochmalige Durchgehen der Organsysteme unterzubringen. Sicher ist diese Fähigkeit anzustreben, aber diese Art Gespräche zu führen, ist nicht in kurzer Zeit erlernbar. Je mehr sich das medizinische Wissen setzt, und je mehr erlebte Erfahrung dabei hilft, Fakten zu vertiefen,

desto eher werden alle Anforderungen auch zu integrieren sein. Auch ein Student der klinischen Semester braucht meiner Ansicht nach nicht verzweifeln, wenn er merkt, dass er hier an seine Grenzen stößt. Denn in dem Augenblick, in dem der diese Beobachtungen macht, ist er bereits dabei, seine Fähigkeiten zu erweitern. Es gibt viele Bücher, die Fragen der Anamneseerhebung behandeln. Auch in fast jedem Lehrbuch der verschiedenen klinischen Gebiete kann man ein Kapitel dazu finden. Während der ganzen Zeit meiner Ausbildung habe ich immer wieder gespürt, dass gerade in diesem Bereich die Diskrepanz zwischen Praxis und der Theorie besonders groß ist. Es ist wichtig auf die Anforderungen eines Anamnesegespräches in der Theorie genau einzugehen, und aufzuzeigen, wo besondere Gefahr besteht, Lücken zu lassen. Gerade der Alltag vieler Studenten zeigt aber auch, dass das "Machbare" doch sehr häufig von dem Bild, das theoretisch entworfen wird, abweicht (z.B. wegen Zeitdruck). Insbesondere der, der lernt, der sich unsicher ist, weil seine alltägliche Erfahrung abweicht von dem, was in den Lehrbüchern eigentlich gefordert wird, sollte Gelegenheit haben, zu erfahren, dass es anderen damit ganz genauso geht, und davon ausgehend erst einmal als "normal" anzusehen ist. Ich habe bemerkt, dass der einzelne viel besser zurechtkommt, motivierter wird und sich gerne fortbildet, wenn er ein Gefühl dafür bekommt, wie die Kollegen, die Kommilitonen diese Situationen erfahren, wie es sich mit ihren Fähigkeiten verhält, anstatt einem unerreichbaren Ideal nachzujagen. Da dies ein Buch ist, das in erster Linie von Studenten für Studenten geschrieben wurde, habe ich mir in diesem Abschnitt erlaubt, auf persönliche Erfahrungen hinzuweisen. Vielleicht ist es ein Anstoß.

Biographische Anamnese im Überblick (siehe auch 2. Fünffingerregel)

1. Begrüßung
2. Die Botschaft, Patient, du bist mir wichtig!
3. „Warum sind Sie im Krankenhaus?“
4. „Übersichtskarte“ der Beschwerden und der Person des Patienten
5. Frühere Krankheiten
6. Persönliche Entwicklung des Patienten
7. Gesundheit der Angehörigen
8. Soziale Lebensumstände
9. Stichwort Organsysteme –
10. Ansichten des Patienten über Entstehen, Art der Erkrankung, gegenwärtige und zukünftigen Auswirkungen der Krankheit

(Untersuchungs und Behandlungsprogramm)

Ziel: Dem Patienten soll gezeigt werden, dass der Dialog Arzt/Patient fortgesetzt wird

Wie abschließen?

Gegen Ende der Begegnung sollten dann Fragen geklärt werden, die vielleicht im Verlauf des Gespräches dem Interviewer bisher unklar geblieben sind. Eventuell noch nicht zur Sprache gekommene "Pflichtfragen"¹ können spätestens jetzt angesprochen werden. Dann sollte vom Interviewer nochmals eine Zusammenfassung des herausgearbeitete Beschwerdebildes dem Patienten rückgemeldet werden. Danach sollte der Patient gefragt werden, ob die Zusammenfassung dem entspricht, was er vermitteln wollte, und man sollte ihn fragen, ob er noch etwas ergänzen oder fragen möchte.

Der "Zehnte Schritt" nach Engels beinhaltet noch mehr: Schüffel schreibt dazu: "... soweit als möglich wird das weitere Untersuchungs- und Behandlungsprogramm mit dem Patienten durchgesprochen ...soweit keine Informationen hierüber vorliegen, wird versucht, die Ansichten des Patienten über Entstehen, Art, gegenwärtige und zukünftige Auswirkungen der Krankheit zu erfahren. Ziel: Dem Patienten soll gezeigt werden, dass der Dialog Arzt/Patient fortgesetzt wird."

Gerade wenn es um Fragen nach den Vorstellungen des Patienten ging, habe ich oft sehr spannende Situationen erlebt.

Sehr wohl kann der Patient aber gefragt werden, welche Untersuchungen mit ihm gemacht wurden, welche Behandlung er erhält, und besonders, wie es ihm damit geht, welche Gefühle er dabei hat; ob er Untersuchungen oder Therapien als unangenehm empfunden hat, etc.. Der Interviewer kann bei Fragen wie diesen gut lernen, auch einmal seine eigenen Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren. Man kann gezwungen sein, z.B. im Zusammenhang mit Rückfragen des Patienten, die dieses Thema betreffen, eingestehen zu müssen, daß man dazu oder über das weitere Programm nichts sagen kann.

In der Praxis erweist sich oft das Beenden eines Gespräches als sehr schwierig, gerade wenn dazu ermuntert wurde, Eindrücke oder Empfindungen zu schildern. Häufig nehmen Patienten diese Anregungen auf, weil sich eben durch die assoziative Gesprächsführung und das Verhalten des Interviewers eine gute Beziehung entwickelt hat. Es fällt dann schwer, den Patienten wieder zu unterbrechen. Oft wird der Gesprächs-führende Student das Gespräch mehr oder weniger abrupt beenden. Auch dieser Bereich des Gespräches und die oft im Zusammenhang damit auftretenden Gefühle der Hilflosigkeit sind wichtige Themen in den darauffolgenden Diskussionen.

Die meisten Studenten bedanken sich am Ende des Gespräches beim Patienten. Ich persönlich finde das in Ordnung. Der Patient hat sich für uns Zeit genommen, und wir haben die Chance, aus seinen Leben, dem was und wie er uns erzählt, zu lernen. Natürlich gibt es auch andere Ansichten. Schüffel schreibt dazu: "Der Anfänger und vor allem der Student als noch nicht fertiger Arzt hat neben Gefühlen der Unsicherheit auch leicht Schuldgefühle dem Patienten gegenüber. Er meint, er müsse sich entschuldigen oder sich bei ihm bedanken, dass er sich ihm zur Verfügung stellt. Demgegenüber muss betont werden, dass die Gelegenheit, sich über seine Beschwerden und Probleme mit einer Person aussprechen zu können, die zuhören und menschliches und ärztliches Interesse zeigen kann, dem Kranken eine hilfreiche Erfahrung bedeuten wird, die ihn häufig von der Angst befreit. Zudem dienen die Informationen, die der Arzt/Student in dem Gespräch erhält, zur Vervollständigung der ärztlichen Aufzeichnungen und können das Bild abrunden... Der Arzt/Student braucht sich daher nicht bei dem Patienten zu bedanken. Er sollte es auch nicht tun, da er das Gespräch für den Patienten entwertet."

Was passiert in einem Gespräch alles gleichzeitig?

Wie in allen, auch alltäglichen Gesprächen geschehen im Anamnesegespräch mehrere Dinge gleichzeitig. Insbesondere die Gesichtspunkte, die eine Rolle für den Interviewer spielen könnten, sollten nun angesprochen werden.

Zum einen geht es in dem Gespräch natürlich um die Schilderung der Beschwerden. Wir können aber auch noch anderes im Zusammenhang mit dem Gespräch wahrnehmen, wobei einmal das Gespräch selbst betrachtet werden kann. In diesem Zusammenhang werden Fragen diskutiert, wie: Wie wird der Kontakt aufgenommen?

Wie wird auf den Patienten eingegangen?

Lässt der Interviewer ihn ausreden oder unterbricht er ihn?

Wie und wann unterbricht er ihn?

Bezieht sich der Interviewer nur auf das, was der Patient konkret möchte?

Versucht er Vertrauen zu vermitteln, antwortet er einsilbig u.s.w.?

Zusammenfassend also Anteile wie reine Information, Kontakt, und letztlich das Bemühen des Interviewers ein Gesamtbild von dem Patienten zu bekommen. Schüffel schreibt hierzu: "...in jedem Anamnesegespräch werden diese ... Punkte immer wieder ein etwas anderes Gewicht haben. Grundsätzlich sollte immer das Ziel verfolgt werden, eine zwischenmenschliche Beziehung herzustellen, in welcher der Patient spürt, dass der Arzt ihm helfen will; erst dann wird der Patient über seinen Zustand und sein Befinden sprechen können; und erst zu diesem Zeitpunkt hat sich in der neu entstandenen zwischenmenschlichen Beziehung das Empfinden des Patienten herausbilden können, dass der Arzt an allem interessiert ist, was er, der Patient für berichtenswert hält."

Eine andere Möglichkeit besteht darin, sich von dem direkten Gesprächsverlauf zu lösen, quasi etwas Abstand nehmen und mehr die Wechselbeziehung zwischen Interviewer und Patient zu beobachten. Ein Ansatz, diese Wahrnehmung zu strukturieren, wurde meiner Ansicht nach von Wolfgang Wesiack beschrieben. Er unterscheidet drei Ebenen:

1. Die Ebene der objektiven Informationen.
2. Die Ebene der subjektiven Informationen bzw. der Bedeutungen
3. Die Ebene der szenischen Information"

"Subjektive Information" ist die Information im Zusammenhang mit der individuellen Bedeutung für den Patienten. Unter Punkt drei versteht man, zusammenfassend erklärt, den Eindruck, den der Patient noch vermittelt, welche Gefühle beispielsweise mit bestimmten Aussagen verknüpft sind.

Hat man im ärztlichen Alltag Zeit, so ausführliche Anamnesegespräche zu führen?

Das längste Anamnesegespräch, das ich bisher erlebt habe, dauerte zwei Stunden, das kürzeste acht Minuten. Im Schnitt wir im Kurs mit 20 bis 40 Minuten aus, so wie anfangs vereinbart wurde. In diesen Gesprächen wird eigentlich eine ausreichende Menge an Informationen erfasst. Von den Patienten werden die Gespräche praktisch immer als sehr angenehm empfunden, wie sich bei der von uns durchgeführten Nachbefragung herausstellte.

Geht man davon aus, dass sich die Fertigkeiten im Laufe der Zeit durch weitere Übung verbessern, und von den einzelnen daran gearbeitet wird, auch die Lücken in medizinischer Hinsicht kleiner werden zu lassen, so werden meiner Ansicht nach im zeitlichen Rahmen von etwa einer dreiviertel Stunde durchaus für beide Partner befriedigende Gespräche geführt werden können. Schüffel schreibt dazu:

"Obwohl vielfach behauptet wird, dass sie (die biogr. Anamneseerhebung; Anm. d. Verf.) sehr zeitaufwendig sei, ist dies nicht der Fall. Wenn sie auch in der Hand des Anfängers 45-60 Minuten erfordert, reduziert sich diese Zeit später, weil berücksichtigt werden muss, dass man Informationen erhält, die späteres zeitaufwendiges Rückfragen erspart."

Meine bisherige praktische Erfahrung zeigt, dass oftmals durchaus der Wille vorhanden ist, Gespräche zu führen, die ganze Person des Patienten mit einschließen. In den meisten Fällen mangelt es an den Räumlichkeiten. Häufig müssen sich mehrere Assistenzärzte ein Arztzimmer teilen, manchmal gibt es nicht einmal ein richtiges Untersuchungszimmer, so dass nichts anderes übrig bleibt, als das Gespräch am Krankenbett zu führen, oft dazu noch im Beisein von Mitpatienten. In dieser Atmosphäre dem Patienten zu vermitteln, dass man in den nächsten Augenblicken nur für ihn da sein möchte, erfordert viel Engagement. Deshalb ist es von großer Bedeutung, in den nächsten Jahren endlich die entsprechenden Bedingungen zu schaffen, damit auch der äußere Rahmen für diese Gespräche gegeben ist.

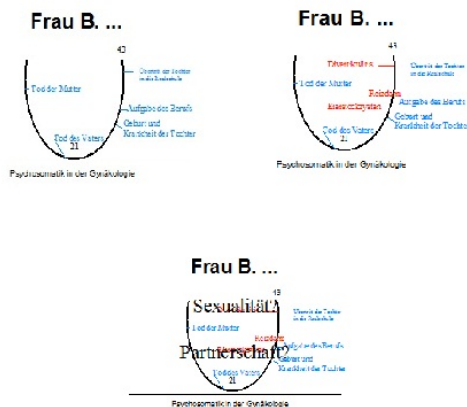
Kann man sich den Inhalt eines so langen Gespräches überhaupt merken?

In den ersten Interviews hatte ich bereits Mühe, zu erfassen, was der Patient in 20 Minuten erzählt. Zuerst habe ich mir angewöhnt, die Ereignisse, von denen der Patient berichtet - Symptome, Krankheiten, Veränderungen in seinem Leben - der Abfolge nach zu ordnen und mir auf einer Art Zeittafel vorzustellen. Ich bemerke dann gleich, wo mir Fakten fehlen, etwa die zeitliche Zuordnung, oder wo mir etwas nicht ganz klar ist. Zusätzlich bekomme ich einen Eindruck, von welchen Dingen der Patient ausführlicher erzählt, was er nur streift, usw. Später habe ich dann gelernt, auch auf Formulierung, Wortwahl und schließlich auf etwaige Gefühlsregungen, den Ausdruck, die Haltung zu achten. Erst langsam gelang es mir, meine eigenen Reaktionen miteinzubeziehen.

Kann man diese Art der Gesprächsführung erlernen?

Ich möchte mich der Meinung Prof. Schüffel anschließen, der sagt: "Sie erfordert Übung, ist aber mit gewissen Einschränkungen erlernbar. Sie ist das wichtigste Handwerkszeug des Arztes und es kann mit Recht verlangt werden, dass zu ihrem Erwerb Energie aufgewandt wird. Ihre Möglichkeiten und Grenzen werden weitgehend durch die Persönlichkeit des Untersuchers bestimmt."

Aus der Vorlesung: Das Orientierungs-, „U“: Lebenslinie



Psychopathologischer Befund

Hier werden folgende Teilbereiche erfasst:

Psychopathologischer Befund (siehe auch 3. Fünffingerregel)

1. Bewusstsein und Orientierung
2. Aufmerksamkeit und Gedächtnis
3. Affektivität
4. Psychomotorik, Antrieb und Verhalten
5. Formales Denken
6. Inhaltliches Denken
7. Ich-Erleben
8. Wahrnehmung
9. Vegetativum
10. Selbst- oder Fremdgefährdung
11. Ergänzungen, z.B. Intelligenzniveau, Sucht

Bewusstsein und Orientierung

Jaspers definiert Bewusstsein als das „Ganze des augenblicklichen Seelenlebens“, das Wissen von Erleben, Erinnerungen, Vorstellung und Denken, begleitet von dem Wissen, dass Ich es bin, der diese Inhalte erlebt. Eine allgemeingültige Definition von Bewusstsein besteht nicht, weshalb man sich in der klinischen Praxis vielfach von der negativen Seite nähert, d.h. von den psychopathologischen Veränderungen, die bei einer Bewusstseinsstörung auffallen.

Quantitative Bewusstseinsstörung: wird beobachtet und nicht erfragt; Vorkommen: z.B. bei schweren organischen Schäden

- Somnolenz: Patient ist schläfrig, dösig, aber leicht weckbar
- Sopor: Patient mit Mühe weckbar
- Präkoma: Patient nicht weckbar, zeigt aber gerichtete Abwehrbewegung auf Schmerzreize
- Koma: Patient ist nicht weckbar, zeigt keine oder nur ungerichtete Abwehrbewegungen

Qualitative Bewusstseinsstörung: i.S. einer Orientierungsstörung (zeitlich/ örtlich/ zur eigenen Person/ zur Situation)

Bewusstseinsengung: Einengung des bewussten Erlebens auf bestimmte Themen, innerhalb dieser das Denken klar und geordnet sein kann

Bewusstseinsverchiebung

Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Aufmerksamkeit: Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen Gegenstand

Konzentrationsstörung: Einschränkung der Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Gegenstand zuzuwenden

Gedächtnis: beinhaltet die Fähigkeit, Erfahrungen und Bewusstseinsinhalte zu registrieren, speichern und zu reproduzieren (Sofortgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis)

Merkfähigkeitsstörung: Einschränkung der Fähigkeit, sich neu erworbene Eindrücke über einen Zeitraum von 10 min. zu merken

Gedächtnisstörung: Einschränkung der Fähigkeit, länger als 10 min. zurückliegende Eindrücke zu behalten

Auffassungsstörung: Einschränkung der Fähigkeit, Erlebnisse und Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll zu verbinden

- falsch oder vermindert
- verlangsamt oder erschwert

Affektivität und Schwingungsfähigkeit

Beschreibt Stimmung und Emotionen einer Person, sowie die affektive Variabilität und kann als Gegensatz zur Kognition interpretiert werden. Unter Schwingungsfähigkeit versteht man die Veränderung der Affektlage und Stimmung in bestimmten Situationen. Die individuelle Affektivität und Schwingungsfähigkeit muss als Bereich verstanden werden, erst Abweichungen davon können beschrieben werden:

- Deprimiertheit: negativ getönte Befindlichkeit, Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung, Freud- oder Lustlosigkeit,...

- Ängstlichkeit: in Erwartung einer Bedrohung
- Innere Unruhe: Spannungsgefühl, Aufregung, Empfinden "getrieben" zu sein
- Euphorie: gehobene Stimmungslage
- Dysphorie: missmutiges, gereiztes Gefühl, erhöhte aggressive Bereitschaft
- Affektstarre: gleichbleibende Stimmungslage ohne Schwingungsfähigkeit
- Affektlabilität oder -Inkontinenz: schneller Stimmungswechsel mit hoher Schwingungsfähigkeit; wenn zudem Affektäußerungen auffallen (Weinen, Schreien) spricht man von Affektinkontinenz
- Parathymie: inadäquate Affekte-> Erleben und Affekte stimmen nicht überein; z.B.: wenn jemand freudig über an sich tragische Erlebnisse berichtet;
- Affektverarmung: verringerte Schwingungsfähigkeit wie z.B. bei Depression

Zwang

Darunter versteht man Vorstellungen und Impulse, die sich aufdrängen, als unsinnig wahrgenommen werden, aber nicht verhindert werden können.

Je nach dem Bereich, in dem ein Zwang auftritt, kann man Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen differenzieren.

Verhalten. Antrieb und Psychomotorik

Verhalten: Bewegung, Körperhaltung, Gesten, Stimme,...

Unter *Antrieb* wird ein vitaler Impuls verstanden, jedem Verhalten zugrundeliegend und durch Wirkung und Störungen erkennbar.

- Antriebsminderung: Reduktion von Energie, Interesse, Lust,... z.B.: bei Depressionen
- Antriebshemmung: subjektiver Widerstand, gebremst, bis hin zur psychomotorischen Hemmung, z.B.: Depression, organische Störungen, Schizophrenie
- Antriebssteigerung: kann zielgerichtet oder ziellos sein, z.B.: bei einer Manie
- Motorische Unruhe
- Situationsinadäquates Verhalten

Formale und inhaltliche Denk- und Sprachstörungen

Formale Denkstörung: Wie und was wird gesagt? Welche Geschwindigkeit? Wie groß ist das "gedankliche Feld"?

- Denkverlangsamung: unspezifisch bei organischen und psychischen Ursachen
- Denkhemmung: subjektiv empfundener Widerstand
- Gedankeneinengung, -grübeln: wenige Themen, die einen beschäftigen
- Weitschweifigkeit: Nebensächliches wird nicht von wesentlichen Themen getrennt
- Ideenflucht: Patient springt von einer Thematik zur nächsten
- Zerfahrenheit: wie Ideenflucht, im Gegensatz kann man dem Gedankengang nicht mehr folgen
- Sperrung, Gedankenabreißen: plötzlicher Stop, anschließend meist Themenwechsel; z.B.: bei Schizophrenie

Inhaltliche Denkstörung/ Wahn:

=objektiv falsche Überzeugung, die trotz vernünftiger Gegengründe aufrechterhalten wird; durch Erfahrung nicht korrigierbar; "Unmöglichkeit" des Inhaltes,...

Unterschiedliche Inhalte: wie z.B.: Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Größenwahn, hypochondrischer Wahn, religiöser Wahn,...; z.B.: bei affektiven Störungen, Schizophrenie

Ich-Funktionen und Störungen des Ich Erleben

1. innere und äußere Reize beurteilen zu können (Realitätsprüfung/ Wahrnehmung)
2. Trennung von innerer und äußerer Welt durch die Aufrechterhaltung von ich-Grenzen (Welt und Selbst)
3. Kontrolle von Impulsen: Gefühle und Antrieb steuern können
4. Kontakt aufnehmen können, Beziehungen aufrecht halten
5. Einsatz von Abwehrmechanismen

Daraus können sich folgende Ich-Störungen entwickeln:

- *Gedankenausbreitung:* Der Patient ist davon überzeugt, dass andere wissen, was er denkt.
- *Gedankenentzug:* Der Patient ist davon überzeugt, dass ihm Gedanken entzogen werden.
- *Gedankeneingebung:* Der Patient ist davon überzeugt, dass ihm Gedanken eingegeben werden.
- *Depersonalisation:* Einzelne Körperteile oder der gesamte Körper kommen dem

Patienten fremd vor, als nicht zugehörig.

- *Derealisation*: Die Umgebung erscheint dem Patienten fremd.

Wahrnehmungsstörungen. Sinnestäuschungen

Einfache Wahrnehmungsveränderungen:

wirkliche Wahrnehmungen erscheinen verändert (farbiger / blasser, verkleinert / vergrößert, formverändert), der Inhalt der Wahrnehmungen bleibt aber erhalten, v.a. bei organischen Störungen (z.B.: Drogen), Schizophrenie und Angstzuständen.

Illusion, illusionäre Verknennung:

etwas wirklich gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten bei affektiver Anspannung oder kognitiven Beeinträchtigungen

Halluzinationen:

Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechende reale Reizquelle
typisch bei Schizophrenie (v.a. akustische Halluzinationen), manchen organischen Störungen (v.a. optische H.), selten bei affektiven Störungen
- Unterteilung in Akustische (Akoasmen (ungeformte Gehörtäuschungen), Stimmenhören (Kommentierende Stimmen, Imperative Stimme, Dialogisierende Stimmen, Gedankenlautwerden), Optische, Zoenästhetische (Körperhalluzinationen), Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
Vegetative Störungen

L Schlafstörungen: Hyposomnien (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Früherwachen), Hypersomnie

2. *Appetitstörungen*: Hypophagie, Hyperphagie

3. *sexuelle Störungen*: verminderte / vermehrte sexuelle Lust (Libido), Orgasmusstörungen/Potenzstörungen

4. *Tages Schwankungen* Morgentief (schlimmer am Morgen, Abendtief, indifferent

5. *Schmerzen* (vegetative Störungen im engeren Sinn):

Schmerzzustände od. Missempfindungen (Kribbeln, Parästhesien usw),

Tachykardien, Tachypnoe, Hyperhidrosis / Hypohidrosis, Schwindel, Seh- und Gleichgewichtsstörungen usw.

Aggressivität

- Aggressionstendenzen
- Aggressionshandlungen

Suizidalität

- Todeswünsche
- Suizidgedanken - Erwägung als Möglichkeit / Impuls
- Suizidabsicht (Ohne / mit Plan, Ohne / mit Ankündigung)
- Suizidhandlung
- vorbereiteter Suizidversuch, begonnen und abgebrochen (Selbst- / Fremdeinfluss)
- gezielt geplant, impulshaft durchgeführt
- durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden)

3. Fünffingerregel

Psychopathologischer Befund



Ich Funktionen

Wichtige Begriffe:

Übertragung: Empfindungen, die aus früheren psychischen Erlebnissen stammen und von dem Patienten auf die aktuelle Beziehung übertragen werden.

Gegenübertragung: Empfindungen, die der Therapeuten in der Arbeit mit dem Patienten wahrnimmt. Dabei muss der Therapeut zwischen Gegenübertragung und seiner eigenen Projektion unterscheiden können.

Widerstand: Abwehr gegen die Bewusstmachung von Konflikten

Bindung: Einteilung nach Bowlby in sichere Bindung, unsicher vermeidende Bindung, unsicher ambivalente Bindung und desoragisiert erscheinende Bindung

Konflikt (Rudolf): Aktive Wünsche, Bedürfnisse oder Impulse können aus inneren (neurotischen) Gründen nicht realisiert werden (neurotisch blockierte Eigenaktivitäten)

Abwehrmechanismen: Um Konflikte zu verarbeiten und Impulse/ Affekte zu steuern, kommen bei jedem Menschen Abwehrmechanismen zum Einsatz, die unbewusst ablaufen und das Ziel haben, einen "konfliktfreieren" Zustand zu erzeugen. Aus psychoanalytischer Sicht wird Abwehr als Lösung der Konflikte zwischen Es und Überich verstanden und ist für eine intrapsychische und interpersonelle Auseinandersetzung essentiell. Abwehrmechanismen können beobachtet werden, Rückschlüsse auf Konflikte geben, und im Falle einer "Über- oder Unterfunktion" zu Symptomen führen.

Abwehrmechanismen dienen als Orientierungssrütze, um unbewusste Konflikte aufzudecken.

Projektion

Verleugnung

Spaltung

Identifikation

Verdrängung

Verschiebung

Verkehrung ins Gegenteil/

Reaktionsbildung

Rationalisierung

eigene Triebimpulse werden auf andere übertragen

Realität wird nicht anerkannt oder wahrgenommen

in gute und böse Teile, die getrennt voneinander

betrachtet werden

um eigene Triebe nicht wahrzunehmen, werden andere

übernommen

Triebe werden ins Unbewusste verdrängt und zeigen

sich z.B. als Fehlleistungen oder neurotische Konflikte

Triebe, die auf ein Objekt bezogen sind, werden auf ein

anderes verschoben

gegenteiliger Triebimpuls wird gezeigt

Erklärung und damit Rechtfertigung für Verhalten/

Identifikation

„ich bin wie der andere“

Internalisierung

„ich verhalte mich so,

wie wenn der andere in der Nähe wäre“

Introjektion

„ich behandle mich,

wie der andere mich behandelt“

Affektisolierung
Wendung gegen die eigene Person
Somatisierung
Regression
Triebe
Abspaltung der Gefühle/ Emotionen von den Gedanken/ Erlebnissen
Empfindungen werden gegen sich selbst gerichtet
Konflikte werden nur körperlich wahrgenommen, affektiv
Zurückfallen auf eine frühere Entwicklungsphase, der Konflikt noch nicht bestanden hat
nicht
in der
Nach der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) können die Abwehrmechanismen je nach Integrationsniveau eingeteilt werden:
Gute Integration:
Mäßige Integration:
Geringe Integration:
Desintegration:
Verdrängen, Rationalisieren und Verschieben (Antizipation)
Verleugnung, Wendung gegen die eigene Person, Reaktionsbildung, Isolierung (affektiv- kognitive Entkoppelung), Projektion
Spaltung (gut-böse), Proj. Identifizierung,
Spaltung (psychotisch), Verleugnung (Manie), Projektion (wahnhaft)
Die OPD versucht über 5 Achsen (Behandlungsvoraussetzung und Krankheitsverarbeitung, Beziehung, Konflikt, Struktur und psychische/ psychosomatische Störungen) die psychische Diagnostik um den psychodynamischen Bereich zu erweitern. Zudem liefert sie ein Manual, um die Diagnostik zu standardisieren.

4. Fünffingerregel

Ich-Funktionen



Psychologische Testdiagnostik

- Zur Testentwicklung
Woodworth 1918: „sich selbst interviewen“

(personal data sheet)

Militärischer Kontext: psychische Belastung als kurz- oder längerfristige Stressreaktion
(Beispiel 11. September)

Ökonomisch, neue Quelle, Vergleichbarkeit (Normal / Abweichung)

Historisch

Was können wir testen?

- Intelligenz
- Persönlichkeit
- Symptomatik
- Lebensqualität
- Verlauf (wiederholte Testungen)
- Intelligenz

Beispiel: HWI

Wortschatztests: [www.uni-münchen.de/Psychiatrie](http://www.uni-muenchen.de/Psychiatrie)

- Sucht

Sucht (Screeningfragen: je mehr mit ja beantwortet werden, um so wahrscheinlicher wird der Alkoholmissbrauch)

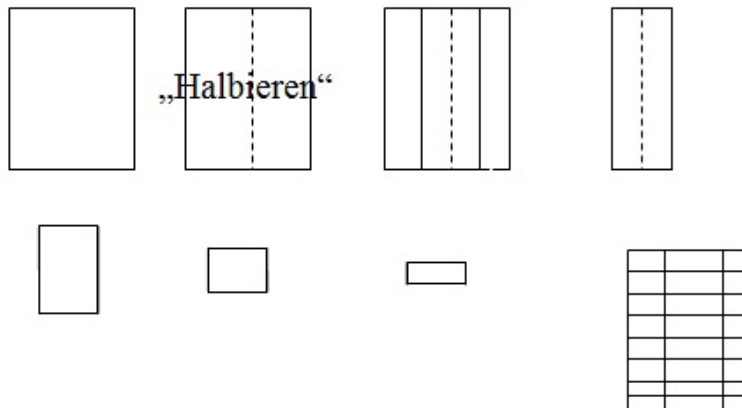
1. Trinkt der/ die Betroffene, um sich besser entspannen zu können oder um Probleme zu vergessen?
2. Wird der/ die Betroffene in Gesellschaft anderer selbstbewußter und sicherer, wenn er die ersten Gläser Alkohol getrunken hat?
3. Hat der/ die Betroffene bereits versucht sein Trinken vor Ihnen zu verbergen?
4. Wird der/ die Betroffene wütend, oder versucht er das Gesprächsthema rasch zu wechseln, wenn Sie sich mit ihm über seinen Alkoholkonsum oder Alkohol im allgemeinen unterhalten?
5. Traten bei dem/ der Betroffenen in der letzten Zeit häufiger Gedächtnislücken nach dem Trinken auf?
6. Hat der/ die Betroffene Schwierigkeiten auf der Arbeit wegen seines Alkoholkonsums bzw. hat er wegen seines Alkoholkonsums öfter einmal "blaugemacht"?
7. Hat der/ die Betroffene Ihnen schon einmal versprochen, mit dem Trinken aufzuhören oder es einzuschränken?
8. Haben Sie das Gefühl, es steht ein ganz anderer Mensch vor Ihnen, wenn der/ die Betroffene Alkohol getrunken hat?
9. Hatten Sie bereits Auseinandersetzungen mit dem/ dir Betroffenen wegen seines Alkoholkonsums, oder haben Sie ihm gedroht, den Kontakt zu ihm abubrechen, wenn er / sie mit dem Trinken nicht aufhört?
10. Kann der/ die Betroffene nicht oder nur schlecht mit dem Trinken aufhören, wenn er / sie die ersten Gläser getrunken hat?

Beispiel (siehe Anhang – PHQ-D)

Eine weitere Möglichkeit stellen Dokumentationsbögen dar, sogenannte Visuelle Analog-Skalen (VAS) z.B. für aktuelle Schmerzbelastung, Schlafqualität oder Stimmung. Bsp.:

Schmerzkalender

VAS: 7 Tage, 2 Werte,
z.B. Stimmung, Schlafqualität



Dokumentation

Eine weitere Form der Fremdbeurteilung der Belastung ist der

Beeinträchtigungsschwere-Score zur Beurteilung der Indikation

- Körperlich
- Seelisch
- Sozial

Fremdbeurteilung, Eindruck und Anamnese
berücksichtigen
jeweils 0 bis 4, Dimensionen addieren

ab 4 Punkte Fall,
ab 7 Punkten stationär

Therapie

Beratung oder Psychotherapie?

Wird die Fragestellung des Patienten „psychosomatischer“ greifen zunächst die Möglichkeiten der Psychosomatischen Grundversorgung; hier spielen neben der Diagnostik die Vermittlung von Krankheitskonzepten (Krankheitsmodelle) und allgemeinen Work-Life-Balance-Modellen sowie die Kommunikationsberatung (z.B. am Arbeitsplatz, in der Beziehung und der Familie) die größte Rolle. Unter Psychotherapie kann man einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen verstehen, die in einem Konsensus (Patient und Therapeut) für behandlungsbedürftig gehalten werden. Durch verbale und averbale Kommunikation soll ein, nach Möglichkeit gemeinsam, erarbeitetes und definiertes Ziel erreicht werden. Das psychoanalytische Setting (2-3x/ Woche im Liegen über einen Zeitraum von 160-240 Stunden) fordert regressive Prozesse (z.B. zur Behandlung von neurotischen Konflikten und Persönlichkeitsstörungen). Tiefenpsychologische und Psychodynamische Verfahren (1x/ Woche im

Sitzen über 50-80 Stunden) sind konfliktzentriert und setzen sich ein begrenztes Behandlungsziel, sowie eine Einschränkung regressiver Tendenzen (z.B. zur Behandlung von Anpassungsstörungen, affektiven Störungen oder psychosomatischen Erkrankungen).

Wie wirkt Psychotherapie?

Zusammenfassung:

In dem Abschnitt werden die wichtigsten verfahrenstypischen Wirkfaktoren der bekanntesten modernen Psychotherapiemethoden anhand einer historischen Systematik von A.E. Meyer zusammenfassend präsentiert (Übende- und Entspannungsverfahren (Beispiel Hypnose) Körperpsychotherapieverfahren (Beispiel Bioenergetik); psychoanalytisch begründete Verfahren anhand von Beispielen von Methoden der humanistischen Psychologie (klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers und der Gestalttherapie); Verhaltenstherapie am Beispiel der Kognitiven Therapie, systemische Therapieansätze (Familientherapie nach V. Satyr), Kunst und- Gestaltungstherapie). Sie werden den von K Grawe differenziert dargestellten empirisch abgesicherten Wirkfaktoren (Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, Bewältigungskonzepte, motivationale Aspekte, Klärungsarbeit,) gegenübergestellt. Vorteile eines patientenzentrierten integrierenden Vorgehens und der multimodalen Therapie werden erläutert, sowie ein praktikables Konzept der Qualitätsüberprüfung von Vorgehensweisen, das auch intra- und interpersonale Aspekte berücksichtigt (das von Grawe vorgeschlagene dreiachsige Modell mit sechs Perspektiven) kurz dargestellt und auf das Arzt-Patient-Gespräch übertragen.

Psychotherapeutische Möglichkeiten sind vielfältig und so unterschiedlich wie bekannte Psychotherapeuten oder Psychotherapieschulenbegründer. Trotzdem können Wirkfaktoren konzeptuell klar differenziert werden. Diese Übersicht ist auf in erster Linie an den von Adolf E. Meyer, ehemaliger Ordinarius für Psychosomatik und Psychotherapie in Hamburg benannten orientiert, der leider vor knapp einem Jahr verstorben ist. Im letzten Teil wird in Ergänzung das Denkmodell von Klaus Grawe dargestellt, der vor 3 Jahren die sehr umfangreichen empirischen Forschungsbefunde zur Psychotherapie zusammengetragen hat. Die beiden Standpunkte in Verbindung zu bringen, ist der Grundgedanke dieser Arbeit.

Um zu verstehen, wie Psychotherapie wirkt, wird zunächst definiert, was Psychotherapie ist: Psychotherapie ist nach Strozka ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit psychologischen Mitteln. Im Augenblick lassen sich, je nachdem wie eng die Grenzen gezogen werden, zwischen 100 und 400 verschiedene Psychotherapieverfahren abgrenzen. Hier sollen von den jeweiligen Hauptströmungen jeweils einige Beispiele vorgestellt werden. Die den jeweiligen Verfahren zuordnbaren# wichtigen Wirkfaktoren, wie sie Meyer sieht, sind induktiv aus den einzelnen Verfahren abgeleitet in Abbildung 1 zusammengestellt.

Verfahrens-typische Wirkfaktoren

Eine historische Systematik hat den Vorteil, daß sie auch die Entwicklung der Verfahren, die ja z.T. auf einander Bezug nehmen, verdeutlicht. Nach Meyer beginnt die moderne Psychotherapie mit der Hypnose. Die Hypnose läßt sich im weitesten Sinn den Entspannungstechniken und den körperbezogenen Methoden zuordnen. Wirkprinzipien sind die sensorische Deprivation, eine Reduktion der einwirkenden Reize, z.B. durch ein verdunkeltes Zimmer, ruhige Atmosphäre, ähnlich wie bei der Meditation, die Bahnung von Körpervorgängen, z.B. Spüren von Wärme, Entspannung oder Schwere in den verschiedenen Körperteilen. Die Hypnose dient vor allem als Entspannungstechnik, z.B. in modifizierter Form als Autogenes Training und findet ihre Anwendung vor allem in der komplementären Schmerztherapie. Eine objektivierbare Veränderungen der Schmerzleitung, eine Aktivierung der Killerzellen sowie eine Immunmodulation sind empirisch belegt.

Auch Breuer und Freud haben mit der Hypnose experimentiert. Sie haben zunächst versucht, diese explorativ zu nützen, um verdrängte Erlebnisse erinnern zu lassen und später dann eine Abfuhr der damit verbundenen Gefühle im Sinne einer Katharsis zu ermöglichen. In einer etwa 15 jährigen Entwicklung entstand aus diesen Anfängen vor ca. 100 Jahren dann die Psychoanalyse, wobei sich sehr bald herausstellte, daß das Problem nicht das Abgewehrte, sondern eher die Abwehr zu sein schien. Aus der Psychoanalyse entwickelten sich weitere Verfahren, hier in der Kategorie „psychoanalytisch begründete Verfahren“ zusammengefaßt, z.B. die psychodynamischen Psychotherapien, die auf dem induktiv hergeleiteten Modell des Unbewußten, der Abwehr und des Widerstands begründet sind. Ein Zitat von Friedrich Nietzsche zeigt dies anschaulich: „Das habe ich getan, sagt mein Verstand. Dies kann ich nicht getan haben, sagt mein Stolz und bleibt beharrlich. Endlich gibt der Verstand nach.“ Eine Rekonstruktion der in der Therapie zunehmend erinnerten individuellen Lebens- und Beziehungsgeschichte ermöglicht Einsicht, die als Wirkfaktor verstanden

werden kann, ein weiterer ist das emotionale Nacherleben in der Übertragungsbeziehung, d.h. daß der Patient sich dem Behandler gegenüber nicht wie es der realen Person entsprechen würde, fühlt, sondern als ob dieser eine andere Person, z.B. Mutter oder der Vater sei. Das Verhältnis zu dieser Person kann dann in der Therapie bearbeitet werden. Weitere Verfahren, die den psychoanalytisch begründeten Verfahren zugeordnet werden können, und auch tiefenpsychologisch fundiert bezeichnet werden, sind daneben die Methoden der humanistischen Psychologie, z.B. die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, die in den 40er Jahren von Carl Rogers konzipiert wurde. Ein wichtiges Wirkprinzip ist bei dieser die Empathie, ein zweites der Abbau der Fremdbestimmtheit und ein drittes die Stärkung der Selbstakzeptanz. Ein weiteres Beispiel für die Methoden, die der humanistischen Psychologie nahestehen, ist die Gestalttherapie, die von Fritz Perls begründet wurde. Hier wird die Wirkung besonders durch das Hervorrufen von Emotionen und dem Herstellen eines Bezug zur Realität z.B. zur Verdeutlichung irrationaler Befürchtungen, erreicht.

Die nächste wichtige Kategorie ist die Verhaltenstherapie. Sie fußt auf den Befunden der experimentellen Psychologie. Ein Beispiel ist die Kognitive Therapie. Hier lassen sich besonders die Wirkfaktoren, Denkmuster zu hinterfragen und Entscheidungsmöglichkeiten aufzuzeigen identifizieren.

Die nächste Kategorie umfaßt die systemischen Ansätze, die in den 60er Jahren entwickelt wurden. Diese Konzepte haben Ähnlichkeit mit den kybernetischen Modellen der Physik, die auf die Beziehungsebene umgesetzt wurden. Zentral ist hierbei, daß Familien und Bezugspersonen in die Behandlung integriert werden, und bei den Gesprächen möglichst persönlich anwesend sind und neben dem Patienten miteinbezogen werden. Wirkprinzipien sind hier das zirkuläre Denken, das beinhaltet, daß nicht das Prinzip Ursache - Wirkung zählt, sondern daß Handlungen und Verhalten im Kreisschluß auch indirekt und wechselseitig induziert sein und Personen eine Stellvertreterfunktion haben können. Somit ist ein weiterer Wirkmechanismus die Intervention auf der Beziehungsebene, z.B. im Rahmen eines Familien- oder eines Paargesprächs.

Eine weitere systematische Kategorie ist die Kunst- und Gestaltungstherapie. Patienten können hier kreative Fähigkeiten entwickeln, die sie oft seit dem Kindesalter nicht mehr gepflegt hatten. Hier wirkt, daß zum einen durch dieses bildhafte Gestalten Symbolisches zum Ausdruck gebracht werden kann, zum anderen können die Patienten Erfahrungen mit ihren Fähigkeiten machen, die ihnen vielleicht bis zu diesem Zeitpunkt nicht bewußt waren, und damit den Selbstwert stärken.

Ein Beispiel aus der Körperpsychotherapie, einer weiteren Kategorie, die auch einen Brückenschlag zu den Entspannungsverfahren darstellt, ist die von Alexander Lowen in den 30er und 40er Jahren entwickelte Bioenergetik. Lowen war ein Schüler von Wilhelm Reich, der das Konzept des Körpergedächtnisses und der analytischen Körperarbeit entwickelte. Es ist theoretisch darin begründet, daß sich Stimmung und Lebensschicksal auch auf der Leibebene einen anhaltenden Ausdruck verschaffen und Interventionen auf der Leibebene, die diese Panzerungen oder Verspannungen lösen auch das seelische Erleben verändern. Ein Wirkfaktor besteht darin, physiologische Ressourcen zu mobilisieren, d.h. daß sich die Patienten als bewegende, handelnde und emotionale Wesen erleben können. Ein anderer zeigt sich darin, daß die Patienten Metaphern zu ihrer Lebenssituation auf der Leibebene benennen, ein Nachdenken und einen Dialog darüber einleiten können. So kann ein seelischer Konflikt deutlich werden, etwa ein schwelender Streit am Arbeitsplatz, ähnlich dem Druck im Nacken.

Allgemeine Wirkfaktoren

Es gibt mittlerweile eine Fülle empirischer Befunde, die darauf hinweisen, daß sich durch Psychotherapie wichtige Effekte, Veränderungen der Befindlichkeit und sogar der Persönlichkeit induzieren lassen.

Das Überraschende ist, daß verschieden gestaltete Therapien denen unterschiedliche theoretische Modelle zur Begründung dienen, Beispiele die Tiefenpsychologie oder die Lerntheorie, anscheinend ähnliche Effekte erzielen. Diese Beobachtung nannte Meyer „das Äquivalentparadox“.

Ein ganz wichtiger allgemeiner Faktor ist zweifellos die Beziehung zwischen Therapeut und Patient in einem geschützten Rahmen, dem therapeutischen Setting. Psychotherapie beinhaltet also immer eine Beziehungserfahrung auf einer neuen Ebene. Der Patient erlebt den Therapeuten als unterstützend, als aufbauend, als den Selbstwert des Patienten stärkend. Sehr bedeutend ist, daß der Patient erlebt sich selbst als beziehungsfähig erlebt. Der Therapeut wendet sich nicht ab, er hört ihm zu, nimmt die Gedankengänge des Patienten ernst. Das führt beim Patienten auch zu einer erhöhten Aufnahmebereitschaft für veränderte Strategien, etwa dazu, sich z.B. alternative Handlungsweisen zu überlegen.

Ob eine Behandlung wirksam wird oder nicht, ist aber nicht nur abhängig von den spezifischen Effekten des ausgewählten Vorgehens, sondern - vergleichbar mit einer Pharmakotherapie - auch abhängig von der Dosierung und der Therapiedauer.

Empirisch belegte Wirkfaktoren

Psychotherapiewirkfaktoren, die jeder für sich in einer Vielzahl von Studien belegt sind, und die im Prinzip bei den vorgestellten Therapierichtungen bei genauem Hinsehen bereits identifiziert wurden, wurden von Klaus Grawe zusammengefaßt dargestellt. Es benennt die folgenden vier Hauptelemente:

Ressourcenaktivierung Problemaktualisierung Bewältigungskonzepte Klärungsarbeit - motivationale Aspekte
--

Unter Ressourcenaktivierung versteht er, sich deutlich zu machen, welche Möglichkeiten und Fähigkeiten dem einzelnen Patienten zur Verfügung stehen, die noch ausgebaut werden können, z.B. die Mobilisierung des sozialen Netzwerks, das Aufzeigen weiterer Perspektiven, z.B. daß es nicht nur den beruflichen, sondern auch den privaten Lebensbereich gibt. Beispiele hierfür finden sich in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie oder in der Paartherapie.

Für die Problemaktualisierung gilt das Prinzip der realen Erfahrung, oder mit Grawe „Reden ist Silber, real erleben Gold.“ Dieses Prinzip spielt eine große Rolle in der Verhaltenstherapie. Ein Beispiel hierfür ist das Flooding: Patienten, die einen Waschzwang und Beschmutzungsängste haben, erleben mit Unterstützung, daß sie es überleben können, z.B. ein beschmutztes Wäschestück anzufassen, und daß sich die wahrgenommene Anspannung, die sie durch die Vermeidung umgehen wollten, erstens aushalten läßt und zweitens nach einer bestimmten Zeit, in der Regel etwa 30 min., wieder vergeht. Andere Verfahren, bei denen sich dieser Faktor finden läßt, sind die Gestalttherapie oder die Paartherapie.

Bewältigungskonzepte, aktive Hilfe bei Problemlösungen, vermögen die Entspannungsmethoden zu bieten, die zu einer Reduktion der physischen Mißempfindungen führen können oder beruhigend wirken. Welche anderen Handlungsmöglichkeiten dem Patienten offenstehen, die er vielleicht nicht wahrnimmt, wird besonders in der Kognitiven Therapie thematisiert.

Das vierte Element ist die Klärungsarbeit oder das Aufdecken nicht bewußter Motive. Hier finden sich vornehmlich die psychodynamischen Therapien wieder oder auch die Kognitive Therapie.

Grawe schlägt nun vor, sich diese vier Hauptelemente von Wirkfaktoren als zwei entgegengerichtete Paare vorzustellen:

Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung
sowie

Bewältigungskonzepte und Klärungsarbeit.

Therapieansätze können auch danach eingeteilt werden, ob eher die positiven Seiten eines Patienten, z.B. die Möglichkeiten, die realisierbare Bewältigung, oder die negativen, etwa die neurotischen Verhaltensauffälligkeiten, im Vordergrund des Ansatzes stehen. (Abbildung 2)

In einem nächsten Schritt kann man für jedes Verfahren überprüfen, welcher Anteil dieser vier Wirkprinzipien wie ausgeprägt ist: z.B. wäre dies bei der analytischen Psychotherapie besonders der Aspekt Klärungsarbeit. Bei einem Entspannungsverfahren, z.B. der progressiven Muskelrelaxation, würde dies ganz anders aussehen, hier stünde das Bewältigungskonzept oder die Ressourcenaktivierung im Vordergrund. Bei der Desensibilisierung im Rahmen der Phobiotherapie würden die Problemaktualisierung und in Verbindung mit einem Entspannungsverfahren die Bewältigung gezielt angegangen werden, die Klärungsarbeit spielt dagegen kaum eine Rolle.

Grawe ergänzt diese beiden Hauptachsen um eine weitere Achse, deren Pole die intrapersonalen und die interpersonalen Aspekte einer Therapie darstellen. Intrapersonal bedeutet: Was spielt sich in einem Menschen an Gefühlen und Gedanken ab? Interpersonal berücksichtigt die Beziehungsebene, zum einen zwischen Patient und Therapeut, zum anderen aber auch hinsichtlich der relevanten Bezugspersonen des Patienten, z.B. in der Paar- oder Familientherapie.

Die drei auf einander senkrechtstehenden Achsen kann man sich auch als Würfel vorstellen oder das „Grawesche Antidot gegen therapeutische Orthodoxie“, dem der Gedanke zugrunde liegt, daß unterschiedliche Psychotherapieverfahren differenzierbare Stärken und Schwächen haben.

Nun kann man jedes Verfahren aus der Sicht jedes der sechs möglichen Kategorien einschätzen und zwar in der Form, daß jeweils aus der Perspektive des gewählten Aspekts die benachbarten Kategorien eingeschätzt werden. Dies wird nun am Beispiel der Paartherapie erläutert:

Wie werden die Möglichkeiten und Fähigkeiten des Paares genützt 1. unter dem Bewältigungsaspekt, 2. auf der inter-, 3. auf der intrapersonalen Ebene und 4. unter dem Aspekt der Klärungsarbeit. Genauso kann man sich vorstellen, das Verfahren auf der intrapersonalen Ebene zu hinterfragen, d.h., was passiert im Innenleben der Patienten und aus dieser Perspektive heraus 1. hinsichtlich der Bewältigungsaspekte, 2. der Problemaktualisierung, 3. der Klärungsarbeit und 4. der Ressourcenaktivierung.

Abschließende Bemerkungen

Ein patientenbezogenes Hinterfragen der Wirkungen und Veränderungen, die man durch eine Intervention erreichen kann, kann zu einer individuellen Zusammenstellung von therapeutischen

Bausteinen führen und so die Effektivität einer Behandlung weiter verbessern. Die Analyse der Wirkfaktoren könnte nach Grawe aber auch dazu führen, die Stärken in einem Behandlungsverfahren schulenunabhängig zu kombinieren und so eine Allgemeine Psychotherapie zu kreieren, die dann wirksamer als die ursprünglichen Methoden sein müßte. Psychotherapeutische Kompetenz zu verbessern kann bedeuten, die gezeigten Elemente gezielter und bewußter in die Interaktion zwischen Behandler und Patient einzubeziehen. Im Sinne einer Qualitätssicherung könnten darüber hinaus auch umgekehrt die Inhalte von beratenden oder aufklärenden Gesprächen im ärztlichen oder psychologischen Bereich hinsichtlich der Wirkfaktoren, wie es mit dem Psychotherapiewürfel dargestellt wurde, hinterfragt werden.

Tabelle 1: Verfahren und entsprechende wichtige Wirkfaktoren von Psychotherapie nach A.E. Meyer (modifiziert) - historische Systematik

Wirkfaktor	Beispiele	Kategorien
sensorische Deprivation Bahnung von Körpervorgängen Entspannung Immunmodulation	Hypnose	Entspannungsverfahren
Einsicht in unbewusste Zusammenhänge emotionales Nacherleben	Psychoanalyse	psychanalytisch begründete Verfahren
Empathie Abbau der Fremdbestimmtheit Stärkung der Selbstakzeptanz	Gesprächspsychotherapie	Verfahren der humanistischen Psychologie
Intensivierung von Emotionen Verbesserung des Realitätsbezugs	Gestalttherapie	
Hinterfragen von Denkmustern Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten	kognitive Therapie	Verhaltenstherapie
zirkuläres Denken Intervention auf der Beziehungsebene	Familientherapie	systemischer Ansatz
symbolische Verknüpfungen Erleben eigener Fähigkeiten	Gestaltungstherapie	
Eröffnung physiologischer Ressourcen Leibebene als Metapher	Bioenergetik	Körperpsychotherapie

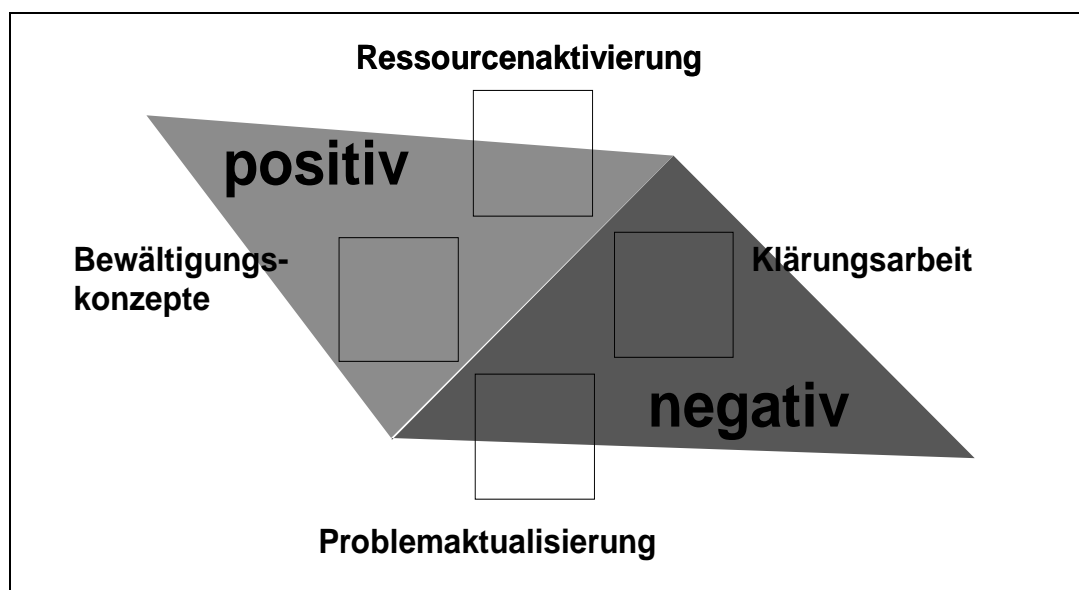


Abbildung 1: Wirkfaktoren von Psychotherapie nach K. Grawe (empirisch belegt)

Psychologische Schmerzbehandlung

Psychologische Interventionsverfahren kommen vor allem im Rahmen der Behandlung chronischer Schmerzen zum Einsatz. Ein wesentliches Ziel der psychologischen Behandlung ist es in den Prozess der Verarbeitung von Schmerzinformationen einzugreifen und damit das Schmerzerleben positiv zu beeinflussen. Zu den im Rahmen der psychologischen Behandlung am häufigsten eingesetzten Interventionsmethoden zählen folgende:

Verfahren	Indikationsbeispiel
Entspannungsverfahren	Alle chronischen Schmerzen, besonders: Spannungskopfschmerz Rückenschmerzen (HWS-LWS Beschwerden)
Biofeedback	Migräne Spannungskopfschmerzen Rückenschmerzen (Low-Back-Pain)
Hypnose	Akuter und chronischer Schmerz, besonders: Geburtsschmerzen Zahnschmerzen Phantomschmerzen
Operante Verfahren	Bei Nachweis von Konsequenzen, die Schmerzverhalten aufrechterhalten, besonders bei: überhöhtem Medikamentenkonsum überproportionalen Aktivitätsverlust ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten
Kognitiv verhaltenstherapeutische Verfahren	Akute und chronischer Schmerzen besonders bei chronischen Erkrankungen, die schmerzübergreifende Problemfelder beinhalten

„Ef, Ef“ der Psychotherapie

- Durchhalten-Dranbleiben
- **Schule** - Weiterbilden - Sprache
- **Schöpferisch** sein
- **Sport**
- Persönlichkeit **akzeptieren**
- **Zeit** für sich **selbst** nehmen
- **Freundschaft** pflegen
- (Probleme) **erzählen**
- **engagieren**
- Im Zweifel nach Hilfe **fragen**

6+4

Psychologische Verfahren der Schmerzbehandlung

Die gemeinsamen Ziele dieser psychologischen Behandlungsverfahren werden von Basler et al (1997) wie folgt zusammengefasst:

Verringerung der psychophysischen Aktivierung durch Stressoren (Einschließlich durch den Schmerz als Stressor)

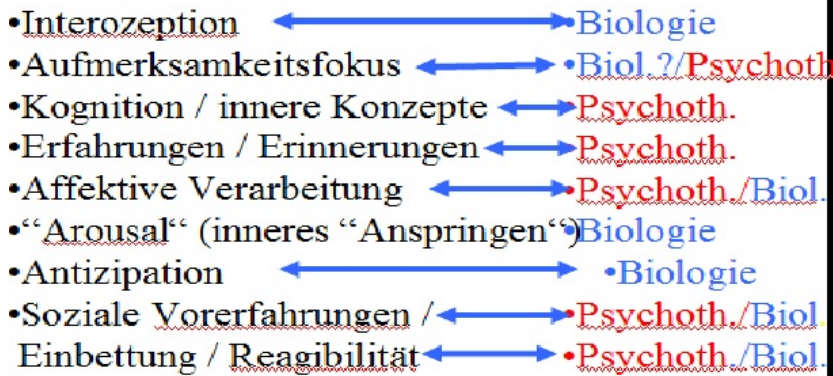
Dysfunktionale Kognitionen sollen erkannt und verändert werden

Die Patienten sollen ihre Gesundheit trotz bestehender Beschwerden fördern, aktiver werden, weniger beeinträchtigt sein, sowie Genuss und Lebensfreude finden.

Entspannungsverfahren

Ein Zusammenhang zwischen Schmerz und Anspannung der Muskulatur ist seit vielen Jahren bekannt. Erst in den vergangenen Jahren wurden intensive Forschungsarbeiten dazu durchgeführt. So bildet das Entspannungsverfahren eine therapeutisch wirksame und vorbeugende Maßnahme bei Schmerzen.

Zusammenfassung



Oder: „Fünf Säulen der Schmerztherapie“

- Interozeption
- Kognition
- Affektive Komponente
- Soziale Komponente
- Bewegung

Autogenes Training

Das Autogene Training versucht über Autosuggestion Entspannung zu bewirken. An den blutdrucksenkenden Effekt glaubte schon Schultz selbst. Die Bedeutung des Autogenen Trainings liegt sicher einmal in seinem Bekanntheitsgrad und seiner Verbreitung.

Stetter und Kupper untersuchten 1998 und 2002 in zwei Metaanalysen die Wirkungen des Autogenen Trainings und beschreibt einen positiven Effekt unter anderem bei Arterieller Hypertonie, der in der jüngeren Studie auf die Grenzwerthypertonie eingeschränkt wird. (Stetter 1998 und 2002)

Auch Linden gab 1994 einen Überblick über Studien zum Autogenen Training. Seine wesentliche Erkenntnis besteht darin, dass die spezifischen biologischen und psychologischen Wirkungen des Autogenen Trainings mit anderen biobehavioralen Techniken wie Biofeedback und Muskelentspannung vergleichbar sind. (Linden 1994)

Kanji, White und Ernst (Kanji 1999) zeigen auf, dass die von ihnen analysierten fünf Studien methodologisch brüchig waren und sehr kleine Fallzahlen aufwiesen, zudem nur in zwei Studien alle sechs Grundübungen des Autogenen Trainings vermittelt wurden. Drei Studien waren randomisiert, sie zeigten eine signifikante systolische Blutdrucksenkung im Vergleich zu keiner Behandlung, eine Studie erbrachte auch signifikante diastolische Blutdrucksenkungen. Die Wirkungen des Autogenen Trainings waren insgesamt mit den Effekten von Biofeedback und Progressiver Relaxation vergleichbar.

Im Ergebnis weicht auf Basis der Datenlage der spezifische blutdrucksenkende Effekt des Autogenen Trainings nicht wesentlich von dem Ergebnis der Untersuchungen ab, die zu den oben angeführten kognitiv-behavioralen Verfahren, einschließlich der Progressiven Relaxation vorliegen.

Indikation: Somatoforme Störungen, leichte Angststörungen, Erschöpfungsgefühl, muskuläre Verspannungen, chronische Schmerzzustände.

Kontraindikation: Akute Schizophrenie, Melancholie.

Weiterentwicklung:

Kathathymen

Bilderleben

Indikation: Entspannung, Angst und Zwangssymptome, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen. Kontraindikationen: Eine Psychose kann aktiviert werden.

Vorgehen: Entspannung, z.B. wie im autogenen Training, dann suggerierte Anregung: Der Patient wird aufgefordert, sich eine Situation vorzustellen, z.B. Wiese, Bach, Berg, Waldrand, später Bezugspersonen, Aggressivität, Sexualität, Ich-Ideal. Die Symbole können Selbsterkennen und Einsicht bewirken. Auch in der Gruppe möglich.

Progressive Muskelrelaxation (PMR)

Noch vor Beginn des 1. Weltkriegs begann der an der Harvard University forschende Dr. Edmund Jacobson etwa zeitgleich zu der Entwicklung des Autogenen Trainings durch Prof. J. H. Schultz die Progressive Muskelrelaxation zu konzipieren

Dieses Entspannungsverfahren beruht auf dem theoretischen Gedanken, dass eine alternierende Folge von Muskelanspannung und Muskelentspannung zu Entspannung sowohl physischer, wie auch konsekutiv psychischer Art führen kann. Neben einer Anzahl weiterer Entspannungsverfahren ist es auch heute noch eines der Entspannungsverfahren, die die größte Verbreitung und die am weitest gehende gesellschaftliche und wissenschaftliche Anerkennung erreichen konnten.

Theorie der Progressiven Muskelrelaxation

Es handelt es sich bei der Progressiven Muskelrelaxation nicht um ein suggestives, sondern ein aktiv-muskuläres Verfahren. Hieraus ergibt sich der Vorteil, dass sie auch für Menschen geeignet zu sein scheint, die nicht allein durch ihre Vorstellungskraft in der Lage sind, sich entspannen zu können.

Jacobsons erste Forschungen zeigten, dass Unruhe, Angst und somit Stress mit der Anspannung der Muskulatur korrelieren. Bei einer stressbelasteten oder ängstlichen Person ist in den meisten Fällen auch der Muskeltonus erhöht. Eine Lockerung der Muskulatur geht somit nach Jacobson in der Regel mit einem Ruhegefühl einher. Jacobson stellte die heute nicht mehr in Frage stehende Hypothese auf, dass diese Interaktion zwischen körperlicher und psychischer Anspannung nicht nur unidirektional verläuft, sondern sowohl körperliche Anspannung seelische Anspannung bedingen kann, wie auch umgekehrt..

Diese Erkenntnis führte schrittweise zur Entwicklung der Progressiven Muskelrelaxation, die als Entspannungsverfahren durch willkürliche Anspannung von Muskelgruppen zu einer andauernden Verringerung der Vorspannung dieser Muskelgruppen sorgt und so, vermittelt durch das autonome Nervensystem und Reflexbahnen, konsekutiv zu einer Senkung der psychischen Anspannung führen kann. Durch das bewusste An- und Entspannen der Muskulatur wird ferner bei vielen Anwendern ein besseres Körperbewusstsein entwickelt.

Sicher darf hierbei nicht erwartet werden, dass ein Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelrelaxation dafür ausgelegt ist, Stress im Alleingang zu bekämpfen. Vielmehr gehören weitere günstige ausfallende stressmoderierende Faktoren dazu, wie eine Verbesserung des Arbeitsklimas, familiäre und monetäre Zufriedenheit, wie auch viele weitere individuelle Determinanten.

Jacobsons Intention war es vor allem mit Hilfe der Progressiven Muskelrelaxation, den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung fühlbar zu machen und als Zugang zur physischen und psychischen Entspannung zu nutzen. Ziel ist es ein intensives Körperbewusstsein entwickelt, das hilft, Entspannung schneller und vor allem effektiver wahrzunehmen. Auf somatischer Ebene wird die Muskulatur besser durchblutet, was zu einem Gefühl von Wärme führen soll.

Jacobson stellte im Rahmen seiner Forschungsarbeit den Zusammenhang zwischen der Stressbelastung von Menschen und bedeutenden Zivilisationserkrankungen her. Mittlerweile sind viele dieser Korrelationen durch Studien gut belegt. Ein positiver Einfluss von PMR konnte in mehreren Studien in diesem Kontext belegt werden. Rückenschmerzen, Arthritis und Fehlhaltungen sollen hier als wichtige Beispiele genannt sein.

In diesem Kontext wird auch postuliert, dass nicht nur die Willkürmuskulatur, sondern auch die autonome Muskulatur durch Stress beeinflusst werden kann. Diese These erklärt auch teilweise durch Stress mit verursachte Entstehung von Dysfunktionen auf Organebene. So ist nicht zu vernachlässigen, dass eine durch Stress mit bedingte Kontraktion der glatten Muskulatur in der Wand von Gefäßen eine Rolle bei der Verursachung sowohl des primären Hypertonus, als auch bei entsprechender Vorschädigung von Angina pectoris oder auch Herzinfarkten spielen kann. Desweiteren kann eine stressbedingte Überstimulation der autonomen Muskulatur zu Störungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Bronchialsystems, Störungen des Nervensystems und der Psyche mit bedingen. Beispiele für diesen Zusammenhang stellen Asthma bronchiale oder Spannungskopfschmerzen und Lernstörungen dar.

Der Aufbau und die Anwendung der Progressiven Muskelrelaxation

Im Einzelnen handelt es sich bei den verschiedenen Übungen zur Progressiven Muskelentspannung jeweils um eine Reihe gleicher Grundzyklen, bestehend aus einer Anspannungs- oder Kontraktionsphase und einer Entspannungsphase. Hierbei lassen sich, wie im Folgenden beschrieben, verschiedene Parameter verändern, was zu einer unendlich großen Vielfalt und damit zu einer guten individuellen Anpassungsfähigkeit der Progressiven Muskelrelaxation führt.

Am offensichtlichsten unterscheiden sich die einzelnen PMR-Übungen in der Reihenfolge und der Anzahl der Einzelzyklen zu den ausgewählten Muskelgruppen. So ist je nach geplantem Zeitaufwand eine Anzahl von einigen wenigen bis hin zu über 20 Muskelgruppen denkbar, die nacheinander angespannt und entspannt werden. Die Reihenfolge dieser Einzelzyklen wird zur besseren Merkbarkeit zumeist schematisiert. So kann man zum Beispiel mit einer Muskelgruppe einer unteren

Extremität beginnen und sich auf dieser Körperseite bis zum Kopf emporarbeiten, sowie dann in umgekehrter Reihenfolge mit der anderen Körperhälfte absteigend verfahren oder auch jede Einzelübung abwechselnd an beiden Körperseiten durchführen. Im Weiteren können auch einzelne Übungsteile oder alle Einzelzyklen wiederholt in einer Übung vorkommen.

Eher versteckt lassen sich weitere Parameter, wie das zeitliche Verhältnis von Anspannungs- und Entspannungsphase, die Intensität der Anspannung - zum Beispiel bandförmig oder spindelförmig - wie auch die Anpassung der Zyklen an einen bestimmten Atemrhythmus verändern.

Auch die äußeren Umstände lassen sich frei variieren. So können die Übungen im Liegen, im Sitzen, im Stehen, mit geschlossenen oder offenen Augen durchgeführt werden. Lediglich ein ruhiger, von Stressoren abschirmender Ort der Anwendung von PMR scheint von Vorteil zu sein.

Die ursprüngliche Version der Progressiven Muskelrelaxation sah nach Edmund Jacobsen für jede Muskelgruppe eine tägliche Übungszeit von etwa einer Stunde vor. Des Weiteren war vorgesehen, dass das Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation etwa eine Zeitspanne von drei bis sechs Monaten in Anspruch nimmt. Jeden Tag sollten im Mittel etwa drei Muskelgruppen trainiert werden.

Hieraus ist ersichtlich, dass die ursprüngliche Form der Progressiven Muskelrelaxation nicht für eine breite, eigenverantwortliche Anwendung durch große Bevölkerungsgruppen vorgesehen war, sondern als Ergänzung des Instrumentariums von Psychologen und Psychiatern gedacht war.

Nach dieser Version wird heutzutage kaum mehr verfahren. Sie wurde zu Gunsten einer breiten Anwenderschaft popularisiert und ist, wie oben bereits beschrieben, in unterschiedlichen Längen verfügbar.

Zumeist wird mit einer 14 bis 20 Einzelübungen umfassenden ca. 15-minütigen Version angefangen, die dann mit zunehmender Sicherheit und sich einstellenden ersten stressreduzierenden Erfolgen stetig weiter verkürzt werden kann. Sinn der verkürzten Version ist es, mit pharmakologischen Worten gesprochen, eine Erhaltungs-dosis zu erreichen.

Im Rahmen der meisten in Deutschland angebotenen Kurse und im Umlauf befindlichen Bücher und Filme kommen im Rahmen dieser Lernphase fest standardisierte und meist mehr als 12 Einzelzyklen umfassende Übungen zum Einsatz. Werden hierbei zu Beginn fast alle oben genannten Parameter durch einen festen, meist von einem Lehrer gesprochenen Ablauf festgelegt, werden dann mit der Zeit immer mehr Einzelkomponenten individualisiert.

Einmal richtig erlernt, kann man die Progressive Muskelrelaxation dann fast überall und unter selbst steuerbaren Bedingungen durchgeführt werden.

Hierbei bleibt allerdings zu bedenken, dass ein kontinuierlich oder intermittierend weiterhin durchgeführtes Training der Progressiven Muskelrelaxation ein wichtiger Beitrag ist, um die Vorsorge gegen Stress und den stressabbauenden Effekt der Methode zu konsolidieren.

Funktionelle Entspannung (FE) (siehe auch Körpertherapieverfahren)

In den 40er Jahren entwickelt von Marianne Fuchs

Ursprünglich entwickelt bei der Arbeit mit einem Kind

Entspannung wird erreicht über eine Veränderung der Körperwahrnehmung

Die Methode geht wie auch die Psychoanalyse nach S. Freud von einem Unbewussten aus

Die FE versucht eine Beeinflussung des vegetativen Unbewussten

Zugrunde liegt das Konzept einer subjektiven Anatomie

Subjektive Anatomie als Basis der FE

Subjektive Anatomie als die Eigenwahrnehmung des lebendigen, erlebten Körpers

Körperliche Eigenwahrnehmung als unser „sechster Sinn“

Sensoren der Eigenwahrnehmung liegen in den Gelenken, Muskeln, Sehnen und der Haut

Über die Eigenwahrnehmung werden wir uns selbst bewusst (→ Selbstbewusstsein!) und treten mit uns selbst in den Dialog

FE als Methode, den Dialog des Körpers mit sich selbst zu belauschen

Zielsetzung der Funktionellen Entspannung

Entdeckung der Eigenwahrnehmung (Propriozeption), d.h. Schulung des Körperbewusstseins als nötige Voraussetzung für eine bessere Selbstfürsorge

Finden des Eigenrhythmus, d.h. das vegetative autonome Nervensystem mit seinen rhythmisch ablaufenden Vorgängen wird wieder in Einklang gebracht

Umsetzung des Wahrgenommenen in Sprache, da durch den sprachlichen Ausdruck von Erlebtem die bewusste Wahrnehmung gefördert und somit der Weg für Veränderungen bereitet wird.

Methodisches Vorgehen in der FE

Über im Laufe der Therapie immer kleiner werdende Bewegungen werden bestimmte Körperregionen fokussiert

Die feinen Bewegungen werden während der Ausatmung durchgeführt, wodurch diese betont wird

Mit der Zeit Entwicklung weg vom Streben nach willkürlicher Kontrolle der Körperfunktion hin zu einem gesteigerten Körpervertrauen mit Zulassen selbstregulierender Fähigkeiten
„Spielregeln“ als strukturierende Hilfestellung

Psychodynamische Psychotherapien

oder psychoanalytisch orientierte Psychotherapie oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP)

Beziehungs-, Einsichts- und/oder konfliktorientiert (vs symptomzentriert, edukativ = Ratschläge zur Symptomreduktion, -vermeidung oder zu symptomauslösenden Situationen; Symptommanagement)

Aber: die TfP ist in der Regel symptom-orientiert: a) Einsicht in die bewusste oder unbewusste Bedeutung der Symptome im lebensgeschichtlichen und/oder familiären Kontext b) Auswirkungen und Bedeutung der Symptome auf/für die aktuellen Beziehungen des Patienten

TfP fokussiert die Übertragung: wie gestaltet der Pat die aktuelle Beziehung zum Therapeuten und auf welche Weise ist diese durch den Wunsch des Pat bestimmt, von der Behandlung zu profitieren.

Pragmatische Unterscheidungskriterien zur klassischen psychoanalytischen Psychotherapie:

Wenn länger als 100 Sitzungen (Gruppe: 50) oder mehr als 2 Sitzungen pro Woche, dann aP

Wenn Behandlung länger als 2 Jahre, dann aP

Störungsspezifischer Ansatz: =TfP

Gezielte, begrenzte Regression

Als Regression wird in der Tiefenpsychologie folgendes Phänomen bezeichnet. Wir erleben, dass das Konstrukt „Ich“ über die Zeit hinweg nicht stabil ist, sondern sich verändert, wobei eine Entwicklung nachvollzogen werden kann. Das „Ich“ „reift“. In emotionalen Krisensituationen oder auch im Sinne einer Regression zum Wohle des Ichs können wir klinisch beobachten, dass Reaktions- oder Verhaltensweisen- oder aber auch Erleben in der Form verändert, dass bereits früher beobachtete oder überwundene Muster wieder auftreten. Diese Erscheinungen können unterschiedlich lange auftreten. Wenn wir das „Ich“ als die Summe der Ichfunktionen auffassen (ähnlich wie der lebendige Körper sich als das Ganze körperlicher Funktionen definiert werden kann, wie etwa die Atmung oder der Kreislauf) können wir für die verschiedenen Ichfunktionen (zum Beispiel die psychologischen Konstrukte Abwehrmechanismen, Selbst-Welt-Grenzziehung, emotionale Regulations- oder Bindungsverhalten sowie die Selbstwertregulation), die wir uns auch als Achsen vorstellen können, unterschiedliche regressive Tendenzen beobachten, mal mehr oder weniger ausgeprägt, relativ stabil oder sehr vulnerabel, was sich abhängig von äußeren oder inneren Faktoren auch wieder ändern kann. Vorausgesetzt, dass es den Patienten eine therapeutische Ichspaltung möglich ist, und ihm in oder außerhalb der therapeutischen Beziehung seine Regressivität bezogen auf jeweilige betroffene Ichfunktion im Dialog bewusst gemacht werden kann, kann dieses Phänomen psychotherapeutisch genutzt werden. Die klinische Erfahrung zeigt, dass es gerade bei umschriebenen konflikthaften Situationen und eines - wenigstens in Teilbereichen stabilen Ichs - das Fördern auf einzelne dieser Ichfunktionen beschränkte regressiver Prozesse (und damit nicht die Zielsetzung der Etablierung und Aufarbeitung einer Übertragungsneurose) hilfreich ist.

Multimethodaler Zugang zu unbewussten Prozessen auch über andere als verbale Kommunikationsformen, Nutzung von Inszenierungen

Die Erfahrung lehrt, dass drei Bereiche in der Entwicklung der verschiedenen Ichfunktionen, insbesondere der Emotionalität und der Bindung, durch Erinnerungs- oder symbolische Trigger aber auch über die direkte Erfahrung der Propriozeption einen hohen Stellenwert haben. Dies sind die Kunst-, die Musik und die Körperselbsterfahrung und zwar jeweils aus der Sicht des inneren Erlebens und auf der Beziehungsebene. Ähnlich wie in der kulturell akzeptierten Sublimierung von Triebimpulsen mithilfe des Ausübens oder Rezipierens der schönen Künste und des Sports können die selben Stimuli auch zum Auslösen und Bearbeiten regressiver Prozesse eingesetzt werden.

Verhaltenstherapie

1953 wurde von B.F. Skinner (1904-1990) der Begriff "behavior therapie" verwendet und er setzte damit einen Grundstein der heutigen Verhaltenstherapie (VT). Ausgehend von den klassischen Versuchen von Pawlow und den Lerntheorien verstand man jedes Verhalten als Reaktion auf einen spezifischen Reiz und fokussierte die Forschung auf beobachtbare Ereignisse. Als weiterer wichtiger Baustein wurde die Kogniton in das Modell miteinbezogen (siehe Verhaltenstherapie). In der 2. Hälfte des 20. Jhdts wurde das Spektrum der therapeutischen Theorien immer komplexer und undurchsichtiger, sodass ein fundierter Überblick, selbst für Fachleute, immer schwieriger wird. In ihrer Wirksamkeit sicher nachgewiesene Therapie verfahren sind psycho analytische/

tiefenpsychologische Verfahren, kognitiv- behaviorale Verfahren, die Gesprächspsychotherapie und die systemische Familientherapie. Wissenschaftlich begründete Methoden die Neuropsychologie, die Hypnose, die Psychotraumatheorie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und die Entspannungsmethoden. Dennoch muss man sich vor Augen führen, dass eine Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapie eine sehr schwierige Aufgabe darstellt, da eine Veränderung im seelischen oder zwischenmenschlichen Bereiche nur schwer objektivierbar ist. Andere psychotherapeutische Ansätze, wie die systemische Psychotherapie, das Psychodrama, die Gestalttherapie, die Individualtherapie sind aufgrund der bestehenden Studienlage nicht ausreichend hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft, wodurch ich nicht den Eindruck erwecken möchte, dass sie in ihrer Theorie oder Effektivität zweitrangig seien.

Grundlage für alle Techniken und Vorgehens weisen stellt immer die empirische Psychologie dar, d.h. es wird versucht, die anzuwendenden Konzepte und Methoden zu operationalisieren und empirisch zu prüfen. Hierbei werden natürlich auch nichtpsychologische Nachbardisziplinen mit einbezogen. Das dadurch gewonnene Wissen wird dann in der Therapie möglichst genau an die Störung und an den jeweiligen Patienten angepasst. Dabei werden Funktionseinschränkungen auf der Verhaltens-, auf der Erlebnis-, auf der körperlichen und auf der sozialen Ebene berücksichtigt. Die Verhaltenstherapie stellt damit eine sehr problemorientierte Form der Psychotherapie dar. Mit dem Patienten werden dann genau die prädisponierenden, die auslösenden und die aufrechterhaltenden Bedingungen analysiert, wobei die größte Bedeutung natürlich den aufrechterhaltenden Bedingungen zukommt, da diese am ehesten verändert werden können. Eine gemeinsame Festlegung der Therapieziele ist ein wichtiger Bestandteil der grundsätzlich zielorientierten, verhaltenstherapeutischen Behandlung. Zur Zielerreichung wird eine aktive Beteiligung des Patienten in Form von konkretem Erproben neuer Verhaltens- und Erlebnisweisen vorausgesetzt. Die Arbeit ist dabei nicht auf das therapeutische Setting begrenzt, denn nur eine Übernahme der neu gelernten Strategien in den Alltag ermöglicht eine Bewältigung ohne therapeutische Begleitung. Schließlich soll Verhaltenstherapie eine „Hilfe zu Selbsthilfe“ sein. Hilfreich ist hier eine möglichst hohe Transparenz, damit der Patient sich aus der therapeutischen Arbeit Fertigkeiten zur Analyse und Bewältigung zukünftiger Probleme erschließen kann. Es wird also versucht, die allgemeine Problemlösefähigkeit des Patienten zu erhöhen um damit in Zukunft auftauchenden Symptomen vorzubeugen. All diese Prinzipien unterstehen dabei ständiger empirischer Überprüfung, damit eine Entwicklung stattfinden kann. Mit welchen konkreten Methoden wird nun gearbeitet? Das Konzept der Verhaltenstherapie setzt sich aus unterschiedlichen sowohl störungsspezifischen als auch störungsunspezifischen Techniken zusammen, welche einzeln miteinander kombiniert und auf Grundlage der Basisfertigkeiten wie Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit zur Anwendung kommen. Solche Störungsübergreifenden Methoden sind z.B. Konfrontationsverfahren, Entspannungsverfahren, operante Methoden, kognitive Methoden, Kommunikationstraining, Training sozialer Kompetenz und Selbstkontrollen. Diese kommen bei unterschiedlichen Symptomen, aber immer individuell an den Patienten angepasst, zum Einsatz. Störungsspezifische Therapieprogramme wie z.B. für Angststörungen, Depressionen, als Schizophrenierückfallprophylaxe etc. orientieren sich genau an den Gegebenheiten dieser Störungsbilder. Auch bzgl. der Methodik findet aufgrund des der Verhaltenstherapie ureigensten Anspruches auf theoretische Fundierung und empirische Überprüfung eine ständige Evaluierung und Weiterentwicklung statt, sodass immer neue Therapiemanuale entwickelt und die vorliegenden verbessert werden. Dabei werden zunehmend auch Elemente aus anderen Therapieformen integriert, sodass sich die Verhaltenstherapie als solche immer wieder selbst neu definiert und vielleicht kann im Sinne einer Überwindung des Schulstreites zwischen analytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie einmal von einer allgemeinen Psychotherapie gesprochen werden.

Hypnose

Indikation: Somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen.

Kontraindikation: Akute Psychosen

Vorgehen: Durch ein Fixieren des Blickes des Patienten mit Pupillenerweiterung, Ermüdung, Brennen und Schließen der Augen wird ein schlafähnlicher Zustand erreicht. Durch Fremdsuggestion soll anschließend eine Bewußtseinseingung, durch weitere Suggestionen ein Schwere- und Wärmegefühl induziert werden. Ist eine tiefe Entspannung erreicht, können kurze positiv formulierte Formeln, die auf die Schwerpunktsymptomatik oder den gewünschten Behandlungseffekt zielen, Angstreduktion, Schmerzdämpfung oder Verhaltensregulierung erreicht werden. Dauer 1-3 Sitzungen pro Woche je 30 Min.

Körperpsychotherapieverfahren

Methoden, die ein Wahrnehmen von Körperempfindungen und eine therapeutische Beeinflussung von Körpervorgängen, z.B. über Berührung, aktive oder passive Bewegung zum Ziel haben und darüber eine Veränderung von psychischen Vorgängen bewirken, ohne daß die psychische Problematik besprochen werden muß. Sie eignen sich damit besonders für Patienten, die von sich aus zunächst noch nicht für eine Psychotherapie motiviert sind.

Beispiel: Funktionelle Entspannung (siehe auch S. 36)

Kommt zum Einsatz als Entspannungsmethode, eignet sich aber auch wegen der Möglichkeit des Ebenenwechsels („Wo drückt es?“) und damit integration in die psychodynamische Psychotherapie. Indikation: Somatoforme Störungen, leichte Angststörungen.

Verfahren: Der Patient wird vom Therapeuten im Dialog angeleitet, kleinste Bewegungen von Körpergelenken, die bei körperlichen Beschwerden möglichst weit weg vom Symptom angesiedelt sein sollen, zunächst 2-3 mal mit möglichst wenig Kraftaufwand durchzuführen und dabei auf die Körperempfindung zu achten. Parallel dazu wird er aufgefordert, die spontane Atmung nicht zu beeinflussen, und die Wahrnehmung darauf zu richten und zu beschreiben, was sich während der Ein- und Ausatemphase hinsichtlich des Wahrgenommenen verändert. Die Empfindung soll zu einer Harmonisierung des vegetativen Nervensystems mit der entsprechenden entspannenden Wirkung auf den Gesamtorganismus führen. Die Verbalisierung der Empfindungen schafft einen Brückenschlag zum Kognitiven und somit tritt auch Material zu Tage, was weiter psychotherapeutisch bearbeitet werden könnte.

Dauer: 5 -40 Sitzungen.

Gruppenpsychotherapie

Fast alle Verfahren können als Einzeltherapie oder in der Gruppe angewandt werden. Im Gegensatz zur Einzeltherapie werden in der Gruppe kommunikations- und gruppendynamische Prozesse wirksamer. Die Gruppe hat immer eine gewisse pädagogische Wirksamkeit und fördert die Realitätsüberprüfung und Selbsterfahrung für den einzelnen.

Beispiele

z.B. Stationsgruppe für psychiatrische Patienten:

Indikation: Wie bei supportiver Psychotherapie

Vorgehen: Gruppenrunde mit einem Moderator, der strukturiert und bei Bedarf interveniert (Technik wie bei der supportiven Psychotherapie). Effekte sind eine verbesserte Solidarität der Patienten und gegenseitige Stützung, Schulung der sozialen Kompetenz, Gemeinschaftserleben. Daneben Möglichkeiten des Rollenspiels. Rahmen, Dauer, therapeutische Ziele vorher festlegen.

Kontraindikation: akute Psychosen

Analytische / psychodynamische Gruppenpsychotherapie:

Indikation: Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen, viele depressive- und Angststörungen, Sucht.

Vorgehen: Geschlossene Gruppe, 7-10 Patienten, der Therapeut arbeitet wie im Einzelsetting, nur bezogen auf den Gruppenprozeß. Er greift bei Bedarf schützend ein, d.h. er interpretiert Übertragungsphänomene und Beziehungen in der Gruppe.

Dauer 1-2 Jahre mit ca. einer wöchentlichen Sitzung.

Psychodrama:

Indikation: wie analytische Gruppenpsychotherapie.

Vorgehen: Auf einer durch den Halbkreis der Patienten gebildeten Bühne werden Situationen aus dem Leben eines Patienten dargestellt. Der Patient, der seine Lebenssituation vorgestellt hat, wird durch ein anderes Gruppenmitglied, das für ihn weiteragiert, ersetzt, so daß der Patient sich selbst zusehen kann. Unbewußte Motive sollen durch andere Teilnehmer dargestellt werden. Dadurch werden verborgene Gefühle und Interaktionen deutlich und die Einstellungen können verändert werden.

Familientherapie

Indikation: Wenn ein Familienmitglied erkrankt ist und der Verdacht auf pathologische Interaktionsmuster in der Familie besteht. Eine notwendige Einzelbehandlung des Patienten sollte immer parallel erfolgen. Typische Indikation: Anorexia nervosa

Vorgehen: Der Familie als besondere Form der Gruppe kann auf verschiedene Art therapeutisch begegnet werden; Systemisch oder strukturtherapeutisch. Bei ersterer verordnet der Therapeut neue Verhaltensweisen, im Sinne einer paradoxen Intervention und versucht dadurch das System zu ändern. Bei letzterer greift der Behandler in die familiären Beziehungsmuster ein und nimmt Partei für ein bestimmtes Familienmitglied und versucht dadurch, die gesamte Struktur zu ändern. Bei beiden Verfahren soll zusätzlich ein offener Dialog über bisher alle tabuisierten Themen in der

Familie in Gang gesetzt werden.

Dauer und Abstände der Sitzungen variabel, meist eine pro Monat.

Musik-, Tanz-, Kunsttherapie

ergänzen im stationären Setting regelhaft, ambulant manchmal die psychotherapeutischen Gespräche: Den eigenen Körper „richtig“ zu spüren, den Zusammenhang zwischen Empfindung, Symptom und Gefühl festzustellen ist die Basis. Über Musikinstrumente können Emotionen auf das wesentliche reduziert und ausgetauscht werden. Eigene und fremde Rhythmen werden deutlich. Beim Tanz kommt zur Musik die zeitlich begrenzte körperliche Berührung, und versinnbildlicht viel zwischenmenschliches. Und bei der Kunsttherapie finden sich etwa beim Malen Hinweise auf unbewusste Motive. In der Gruppen- und Familientherapie wird dann die direkte Kommunikationsfähigkeit weiter entwickelt.

Spezielle Psychosomatik

Wir kennen verschiedenen Gliederungsmöglichkeiten:

1. über die Leitsymptome, da die Symptome auch das sind, was die Patienten erklärt haben möchten und die Beeinflussung ein Therapieziel ist, unabhängig von der Genese.

2. Krankheitshauptgruppen:

1. Somatoforme Störungen

2. (Chronische) körperliche Krankheiten mit psychischen Symptomen und Problemen bei der Krankheitsbewältigung

3. chronische psychische Erkrankungen mit Problemen bei der Bewältigung der körperlichen Krankheit

4. Psychotraumatologie

5. Essstörungen

(1. Fünffingerregel)

Die Gliederung nach speziellen Krankheitsbildern sowie 3.:

Ausgehend von Leitsyndromen

Schmerz

Schmerz ist ein „...unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (Schmidt und Struppler 1982). Mit dieser Definition wird klar, dass es sich bei Schmerzen um mehr als nur ein bloßes Sinnesphänomen oder eine reine Reizwahrnehmung handelt. Schmerz umfasst immer auch gefühlsmäßige, affektive Komponenten. Schmerz ist auch dann Schmerz, wenn für ihn keine organischen Ursachen oder Auslösebedingungen nachweisbar sind.

Schmerzen gehören zu den am weitesten verbreiteten körperlichen Beschwerden (Brähler und Strauss 2001). 60-80% der Bevölkerung leiden im Laufe des Jahres ein oder mehrmals an Schmerzen unterschiedlichster Schweregrade (Kohlmann und Raspe 1992). Aber vor allem in klinischen Gruppen (Patienten mit somatoformen Störungen oder Patienten mit primär körperlichen Erkrankungen) sind Schmerzsymptome sehr häufig anzutreffen.

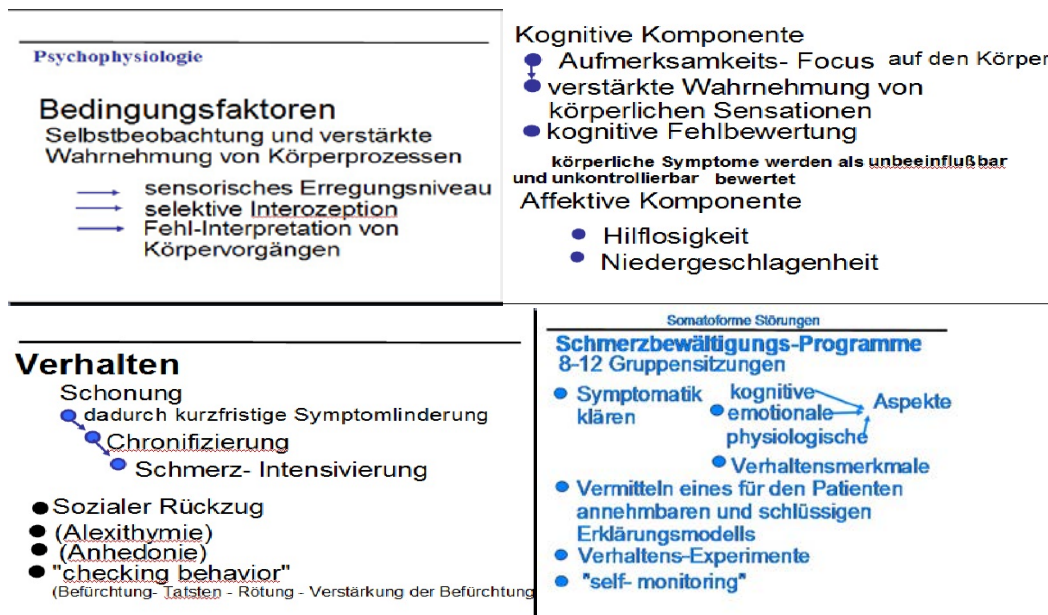
Bei einer Betrachtung der Ergebnisse vorliegender epidomologischer Studien kann man davon ausgehen, dass 30% bis 40% der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an chronisch-persistierenden oder chronisch-rekurrierenden Schmerzen leiden (Kohlmann und Raspe 1992). In einer englischen Studie wurde allein für Rückenschmerzen eine 1-Monats-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 39% gefunden (vgl. Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson und Silman 1995). In einer deutschen Studie litten 36% der insgesamt 900 befragten Patienten von Facharztpraxen unter chronischen Schmerzen (vgl. Willweber-Strumpf, Zenz und Bartz 2000). Man differenziert zwischen zwei Schmerzformen: akuter und chronischer Schmerz:

Akuter Schmerz:

Akuter Schmerzen treten kurzfristig auch und verlaufen mit einem absehbaren Ende. Sie weisen auf eine drohende oder bereits eingetretene Gewebsschädigung hin und lassen sich oft auf den Ort lokalisieren, wo die Schädigung ansetzt. Akute Schmerzen haben daher eine Signal und Warnfunktion und haben daher die Aufgabe den Organismus vor weiteren Schädigungen zu schützen (vgl. Brähler und Strauss 2001). Sobald die Schmerzursache beseitigt ist, erholt sich der Körper und es werden in der Regel auch keine Schmerzen mehr empfunden (Basler, Zimmer und Rehfisch 1997; Birbaumer und Schmidt 1996).

Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen werden nach der Dauer ihres Auftretens definiert. Länger anhaltende oder dauerhaft bestehende Schmerzen wie zum Beispiel Rückenschmerzen (wie in dieser Studie behandelt) werden als chronisch bezeichnet, wenn sie drei Monate nach Beginn einer akuten Schmerzepisode immer noch bestehen. Kröner und Herwig gehen sogar von einer Zeitgrenze von sechs Monaten aus. Neben der Dauer des Schmerzes finden sich auch auf anderen Bereichen Beeinträchtigungen: im kognitiv emotionalen Bereich wo sich oftmals Beeinträchtigungen der Befindlichkeit und der Stimmung, sowie des Denkens wiederfinden. Im sozialen und beruflichen Bereich finden sich Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion in der Familie sowie mit Freunden und Bekannten sowie eine häufig schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes (Brähler und Schumacher 2001). Auf organisch physiologischer Ebene sind Beeinträchtigungen wie Funktionsbehinderungen der Fein- und Grobmotorik zu verzeichnen. Auch Beeinträchtigungen auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens die Schmerzen beeinträchtigen werden sie als um so stärker chronifiziert gelten. Chronische Schmerzen haben in Gegensatz zu den akuten Schmerzen ihre Schutz- und Warnfunktion verloren; denn ein direkter Hinweis auf drohende oder bestehende Schädigungen besteht nicht mehr. Es ist quasi von der ursprünglichen Störung abgekoppelt und muß als ein eigenständiges Krankheitssymptom betrachtet werden (Brähler und Schumacher 2001). Charakteristisch ist das Fehlen hinreichender organischer Ursachen oder Auslöser für chronische Schmerzerkrankungen. Zentrales Ziel in der Therapie und Behandlung von chronischem Schmerz ist daher nicht mehr die Beseitigung der Schmerzursache, sondern eine Modifikation des Schmerzerlebens im Sinne einer Schmerzlinderung (Birbaumer und Schmidt 1996; Kröner-Herwig 1996), wie sie in Form von Entspannungsverfahren erreicht werden kann.



Schmerz-Modi aus psychotherapeutischer Sicht

Lernvorgänge in der Schmerzgenese	
„Depression“	
somatoforme autonome Funktionsstörung	Konversionsmechanismus <ul style="list-style-type: none"> • „altes Schlimme“; • Schuld und Sühne, • Entlastung von Affekten; • vermiedenen Aggression; • Beziehung besteht fort
somatoforme Schmerz-Störung	
unspezifische Somatisierungsstörung	Narzißtischer Mechanismus der Schmerzentstehung

	„Schmerz als Plombe“
„Angst“	
Somatisierungsstörung	
Konversionsstörung	„Resomatisierung“ psychovegetative Spannungszustände in der Schmerzgenese
Artefakt-Störung	

Fxx.xx + F54.xx + ●●●●	
„Depression“	Krankheitserleben
somatoforme autonome Funktionsstörung	
somatoforme Schmerz-Störung	Struktur (Selbstwahrnehmung / Selbststeuerung / Abwehr/ Objektwahrnehmung / Kommunikation / Bindung)
unspezifische Somatisierungsstörung	
„Angst“	habituelles Beziehungsmuster
Somatisierungsstörung	
Konversionsstörung	Konflikt
Artefakt-Störung	

Angst

Zusammenfassung

Was ist Angst?

- zählt zu den Grundemotionen (Freude, Trauer, Wut, Ekel, Überraschung)
- Gefühle sind Reaktionsmuster auf Reize

Angst und ihre Funktionen

- Biologisch sinnvolle Reaktion (Flucht vs. Angriff)
- Angstsymptome sind sozial vermittelt und kulturell geformt
- Angst ist eine Kraft (Erhöhung der Aufmerksamkeit: Auto fahren)
- Lust an der Angst (Horrorfilme, Bungeejumping)
- Angst als Stresssymptom (Überlastungssignal; Panikattacke)

Angst als ganzheitliches Erleben:

3-Komponenten-Modell nach Lang

Physiologische Ebene

- Objektiv messbare Veränderungen, Herzrasen, Atembeschleunigung

Subjektive Ebene

- Gedanken und Gefühle der Hilflosigkeit, Angst erzeugende Denkmuster

Motorische Ebene

- Beobachtbare Verhaltensweisen, Erstarren, Zittern

Angst ist ein Gefühl, das in Momenten der Bedrohung/ Ungewissheit entsteht, zum Schutz vor Gefahren (Warnung) dienen soll und eine grundlegende menschliche Erfahrung ist. Entwicklungspsychologisch gesehen ist Angst ein zum Überleben notwendiger Impuls (=Realangst) und keine Pathologie, erst eine Verstärkung oder Verringerung dieser Empfindung kann krankhafte Ausmaße annehmen. Angst wird von vegetativen Symptomen (Schwitzen, Blässe, Herzklopfen, Blutdruckanstieg, ev. Ohnmacht, Durchfall, etc) begleitet und kann biologisch als Stresszustand gesehen werden. Psychoanalytisch/ tiefenpsychologisch wird Angst als innere Bedrohung gewertet, die durch den Abwehrmechanismus der Verschiebung auf einen äußeren Stimulus übertragen wird. Verhaltenstherapeutisch wird Angst als fehl-erlerntes Verhalten gewertet. Alle Angststörungen äußern sich in ihrer Symptomatik ähnlich, eine Einteilung kann je nach auslösender Situation und Ausmaß der Symptomatik getroffen werden.

Folgende Symptome können auftreten:

Angstgefühl, Schwitzen, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Ohnmachtgefühl, Taubheit, Depersonalisation, Diarrhöe, Tachykardie, Palpationen, R-R-Anstieg, Dyspnoe, gürtelartige Einengung um die Brust; Kloß im Hals, Thorax schmerzen ev. mit Ausstrahlung, Todesangst, Bewusstlosigkeit,...

a) Phobie:

Darunter versteht man eine übersteigerte Angst vor bestimmten Objekten, Situationen oder Aktivitäten, die als phobischer Stimulus bezeichnet werden. Die Symptomatik tritt in Begegnung mit dem Stimulus auf und verschwindet anschließend, kann aber auch durch bloße Vorstellung ausgelöst werden (Erwartungsangst) oder zu einer generalisierten Angststörung übergehen. Durch Vermeidungsverhalten kann es zu einer Symptombesserung/-freihaltung kommen, längerfristig wird dadurch die Symptomatik

aufrechterhalten. • Agoraphobie mit/ ohne Panikattacken: Agora (Marktplatz; griech.) beschreibt eine Angst vor öffentlichen Plätzen, Menschenansammlungen, Geschäften, öffentlichen Verkehrsmitteln oder engen Räumen, in denen keine Aussicht auf Hilfe oder unmittelbare Fluchtmöglichkeit besteht. • Soziale Phobie: Angst davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen und von anderen prüfend beobachtet zu werden, aber keine Angst vor anonymen Menschenansammlungen. • Spezifische Phobie: Isolierte Situationen oder Objekte rufen zur Angstsymptomatik, die häufigsten davon sind Tierphobien (Hunde, Spinnen,...), spezielle Situationen (Höhe, enge Räume,...) Naturereignisse

b) Panikstörung:

Wiederholte, anfallsartig auftretende Angstattacken, die binnen weniger Minuten ihr Maximum erreichen und nicht nur durch einen phobischen Stimulus ausgelöst werden. Die Symptomatik kann sehr ausgeprägt sein und geht häufig mit einem Vernichtungsgefühl einher (Todesangst). Akuttherapie bei Panikattacken: Benzodiazepine; z.B. Lorazepam (Tavor®) 1-2,5mg p.o Chronisch: S SRI, TCA

- Experimentelle Befunde zur Panikstörung
- **CO₂-Rezeptor-Hypersensitivität** → Panikpatienten reagieren auf erhöhte CO₂-Inhalation (4-7,5% kontinuierlich oder 35% single-breath) eher mit Panik als gesunde Kontrollen; daher bei vielen Panikpatienten latente Hyperventilation mit niedrigem pCO₂;
Substanzen wie Imipramin, Alprazolam können diese Hypersensitivität herunterregulieren
- Panikpatienten reagieren sensibler auf Zufuhr von **Koffein** oder **Yohimbin** bzw. Infusion von **Laktat** als gesunde Kontrollen.
- Im MR nach Laktatinfusion bei Panikpatienten signifikant höhere Laktatspiegel im Hirngewebe als bei gesunden Kontrollen

c) Generalisierte Angststörung:

Über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehende Angstsymptomatik, die weder an einen phobischen Stimulus gebunden ist, noch auf eine Erwartungsangst vor Panikattacken zurückzuführen ist. Die andauernde Symptomatik besteht aus Anspannung, Besorgnis, Muskelverspannung, Ruhelos, ständiger Alarmbereitschaft, gesteigerte Reizbarkeit, unterschiedlichen vegetativen Symptomen und Panikattacken. Häufig kommen auch depressive Symptome vor, weshalb man die generalisierte Angststörung auch zu den affektiven Störungen zählen kann.

Depression

Stimmung (Affektivität) und Antrieb sind krankhaft verändert. einhergehen, entweder im Sinne einer Verringerung (depressiv) oder selten einer Steigerung (manisch). Schon frühzeitig beschrieben, unterlag diese Krankheitsgruppe häufig diagnostischen Veränderungen. Eine Einteilung ist nach Verlauf, Dauer und Schweregrad möglich:

• unipolare oder bipolare Störung: manische/ depressive Episode oder bipolare Störung (manisch-depressiv)

• akuter oder chronischer Verlauf: z.B.: akute Episode, rezidivierende depressive Störung oder anhaltende affektive Störung (z.B.: Dysthymia)

• Schweregrad mit/ ohne weiteren Symptomen: z.B.: leichte/ mittelgradige oder schwere depressive Episode mit/ ohne psychotischen Symptomen/ Angst

Depressive Episode:

Symptome:

• Hauptsymptome: negative Verschiebung der Stimmungslage, Antriebsminderung, Interessensverlust/ Freudlosigkeit

- Weitere häufige Symptome: Verminderung der Konzentration/ Aufmerksamkeit, Vermindertes Selbstwertgefühl/ Selbstvertrauen, Schuldgefühle/ Gefühl der Wertlosigkeit, negativ/ pessimistische Zukunftsperspektive, Suizidalität Schlafstörungen, Appetitreduktion

- **Somatisches Syndrom: wenn 4 der genannten Symptome eindeutig feststellbar sind:** Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung/ freudiges Ereignis emotional zu reagieren, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, psycho motorische Hemmung/ Agitiertheit, **Appetitverlust/ Gewichtsverlust, deutlicher Libidoverlust**

—» Die Symptome müssen über einen Zeitraum von 2 Wochen bestehen.

Leichte depressive Episode: mindestens 2 Hauptsymptome und 2 weitere Symptome (mit/ ohne somatisches Syndrom)

Mittelgradige depressive Symptome: mindestens 2 Hauptsymptome und 3(-4) häufige Symptome (mit/ohne somatisches Syndrom)

Schwere depressive Episode: mindestens 3 Hauptsymptome, mehr als 4 häufige Symptome, mit somatischem Syndrom;

mit psychotischen Symptomen: zusätzlich z.B.: Wahnideen, Halluzinationen oder depressiver Stupor

Eine Überschneidung mit anderen psychischen Erkrankungen ist bei der Depression häufig und kann die Diagnoseerhebung erschweren: Angststörung, Somatoforme Störung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung.

Bestehen Hinweise auf eine Depression? (Selbsteinschätzungsskala)

Patienten können auch an einem depressiven Syndrom leiden, ohne daß es auf Anheb auffällt. Die typische gedrückte Stimmungslage kann fehlen. Die Wahrscheinlichkeit, an einem behandlungsbedürftigen depressiven Syndrom zu leiden, nimmt zu, je mehr die im Kasten zusammengestellten Selbstbeobachtungen für Patienten in einem umschriebenen Zeitraum (über mindestens 2 Wochen) zutreffen.

Patientenselbsteinschätzung

Um zu überprüfen, ob ein depressives Syndrom bestehen könnte, können Sie folgende Fragen beantworten, die angelehnt sind an einen wissenschaftlich überprüften psychologischen Fragebogen, das Depressions-Inventar nach BECK. Die Fragen sollten spontan und ehrlich beantwortet werden. Werden mehrere Fragen mit Ja beantwortet, auch ohne dass zusätzliche Belastungen bestehen, sollten Sie Ihren Arzt auf ihre Stimmungslage und Symptome aufmerksam machen.

Bin ich trauriger als früher? Muß ich häufiger weinen? Sehe ich schlechter aus als früher? Sorge ich mich mehr um meine Gesundheit als früher? Ist mir häufiger langweilig? Bin ich weniger entschlußfreudig? Arbeite ich nicht mehr so gut wie früher? Ermüde ich schneller? Ist der Appetit schlechter? Habe ich abgenommen? Fühle ich mich eher als Versager? Habe ich weniger sexuelles Interesse als früher? Denke ich manchmal dran, meinem Leben ein Ende zu machen? Schlafe ich schlechter als früher? Mache ich nun häufiger Fehler als andere? Bin ich weniger mit mir zufrieden? Habe ich eine weniger gute Hoffnung als früher für die Zukunft? Habe ich weniger Interesse an anderen Menschen? Habe ich häufiger das Gefühl, daß das Schicksal mich straft? Bin ich reizbarer als früher? Fühle ich mich eher schuldig?
--

Daneben sollten Sie sich fragen, ob es einen Anlaß gibt, der im Zusammenhang mit dem Entstehen des depressiven Syndroms stehen könnte, z.B. einen Trauerfall in der Familie. Eine Zusammenstellung von möglichen vorstellbaren Belastungsfaktoren zeigt die folgende Tabelle. Sollten die Symptome länger als einige Wochen bestehen oder das depressive Beschwerdebild zu einer Sie einschränkenden Beeinträchtigung führen, sollten Sie nervenärztliche, psychiatrische oder fachpsychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Tabelle: Schweregrad Belastungsfaktoren

	akute Ereignisse	längerdauernde Lebensumstände
leicht	Auseinanderbrechen der Freundschaft mit Freund oder Freundin Schulbeginn oder Abschluß Kind verläßt Elternhaus	Familiäre Streitigkeiten Unzufriedenheit mit der Arbeit
mittel	Heirat Trennung von Ehepartnern Pensionierung oder Arbeitsplatzverlust andere Mißerfolge	Eheprobleme schwerwiegende finanzielle Probleme Ärger
schwer	Scheidung Geburt des ersten Kindes	Arbeitslosigkeit Armut
sehr schwer	Tod eines nahen Verwandten Diagnose einer schweren Erkrankung Opfer einer Vergewaltigung	eigene schwere chronische Erkrankung oder Erkrankung eines Kindes fortwährende körperliche Mißhandlung oder sexueller Mißbrauch
katastrophal	Tod eines Kindes Selbsttötung eines nahen Angehörigen	Gefangennahme als Geisel Erfahrung im Konzentrationslager

Psychotraumatologie

Spezielle Psychotraumatologie – Diagnosen:

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43)

Diese Störungen entstehen immer als direkte Folge der akuten, schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen eine Rolle, das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind aber primäre Kausalfaktoren, die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden.

a) Akute Belastungsreaktion (F43.0)

Die akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis entsteht und innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit und vegetativen Zeichen (Tachykardie, Schwitzen, Erröten). Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation (bis hin zu dissoziativem Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion) folgen. Teilweise oder vollständige Amnesie bezüglich dieser Episode kann vorkommen.

Klassifikation von Traumen

Menschlich verursachte Traumen

z.B. sexueller Missbrauch, familiäre oder kriminelle Gewalt, Folter, Kriegserlebnisse, Massenvernichtung

Zufällige Traumen

z.B. Naturkatastrophen, technische Katastrophen, Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle

Kurzfristige Traumen (Typ-I-Traumen)

Meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet.

z.B. Naturkatastrophen, Unfälle, kriminelle Gewalttaten (Überfall)

Langfristige Traumen (Typ-II-Traumen)

Durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens gekennzeichnet.

z.B. Geiselhäft, Folterungen, wiederholte Kindesmisshandlung o. Kindesmissbrauch, massive Vernachlässigung resp. Deprivation

1. Wiedererleben des Traumas durch Intrusionen

- Ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebnis, in Form von Bildern, Geräuschen, Gerüchen
- Sie dringen unbeabsichtigt in den wachen Bewusstseinszustand und den Schlaf ein
- Subjektiv oft als „Überflutungszustand durch innere Bilder“ erlebt
- Erscheinen häufiger als es der Betroffene ertragen kann
- Im Traum oft auch extreme Verzerrungen des Erlebten in Alpträumen

Übertragung bzw. Generalisierung auf Situationen und Personen des täglichen Lebens in unkontrolliertem Ausmaß !

2. Vermeidung und / oder Betäubung

- Versuch der Verdrängung, des nicht-daran-Denkens (gelingt meist nicht)
- Extremes Bemühen kann zu dissoziativen Zuständen führen

→ Teilamnesien

- Vermeidung von Aktivitäten bzw. Orten, die an das Trauma erinnern
- Klage über emotionales Betäubungsgefühl

→ alle Gefühle erscheinen nivelliert

- Äußerung auch in Konzentrationsproblemen,

Gefühl der Entfremdung, allgemeiner sozialer Rückzug, Interessenverlust

Übertragung bzw. Generalisierung auf Situationen und Personen des täglichen Lebens in unkontrolliertem Ausmaß

3. Hyperarousal

- Senkung der Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems
- kleine nachfolgende Belastungen führen zu starker Erregung
- Dadurch Beeinträchtigung des Einschlaf- und Durchschlafverhaltens
- Am Tage Hypervigilanz gegenüber allen möglichen Reizen

(z.B. Geräusche, fremde Gesichter, Gerüche)

- Schreckreaktion wird heftiger → kleinste Berührungen oder Geräusche führen zu extremem Erschrecken

- Affektintoleranz

- Konzentrationsstörungen

- Reizbarkeit

Übertragung bzw. Generalisierung auf Situationen und Personen des täglichen Lebens in unkontrolliertem Ausmaß

Zusammenfassung: Die 3 Hauptsymptome

1. Wiedererleben des Traumas durch **Intrusionen** (= unwillkürliche belastende Erinnerungen)
2. **Vermeidungsverhalten** und / oder Betäubung
3. **Hyperarousal** (= chronische physiologische Übererregung)

Exkurs Salutogenese: Schützende Faktoren bei der Traumatisierung:

Der Kohärenz-Sinn

Der Kohärenzsinn ist beim Individuum eine grundlegende Art, sich in der Welt zu orientieren. Er wird in der Regel während der Kindheit geprägt und während des weiteren Lebens erweitert und gestärkt.

Er legt im Menschen positive Eigenschaften an, wie Grundvertrauen, Offenheit, Loyalität, Konstruktivität, Beziehungs- und Liebesfähigkeit, Gerechtigkeitssinn, Konfliktfähigkeit und Bereitschaft zur Auseinandersetzung, Selbstwertgefühl, Lebenssinn, um nur einige zu nennen. Der Kohärenzsinn ist somit eine Art Grundvertrauen in drei Fähigkeiten / Eigenschaften eines Individuums bzw. einer Organisation, die in ihrem Zusammenwirken über Funktionalität oder Dysfunktionalität entscheiden:

Verstehbarkeit: Eine Organisation ist verständlich, stimmig und geordnet. Alle Vorgänge sind transparent und nachvollziehbar. Auch Schwierigkeiten und Belastungen können von den MitarbeiterInnen in einem größeren Zusammenhang begriffen und mitgetragen werden.

Handhabbarkeit: Das Unternehmen verfügt über innere Ressourcen (z. B. Vertrauen in die Fähigkeiten der Führungskräfte und MitarbeiterInnen) und äußere Ressourcen (z. B. Vertrauen in die vorhandenen Unternehmensstrukturen, Wissenspool, etc.), wodurch Arbeitsaufgaben und Probleme erfolgreich bewältigt werden können.

Sinndimension: Ein Grundvertrauen, dass die Herausforderungen des Lebens sinnvoll sind und es Ziele und Projekte gibt, für die zu engagieren es sich lohnt. Ziele, Motive und Entwicklungsperspektiven sowohl des Unternehmens als auch der Einzelpersonen müssen transparent sein.

Die pathogensten Traumen

- * Vergewaltigung (enge Definition, d.h. ohne sexuelle Belästigung)
- * Kriegsteilnahme (ohne Unterscheidung zwischen Soldat & Zivilist)
- * Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit
- * Folterungen

Verlauf und Prognose

Verlauf: → In verschiedenen Traumapopulationen relativ homogen:

- * Durchschnittlich 25 % aller Traumatisierten entwickeln PTSD
- * 1/3 zeigen deutlichen Symptommrückgang nach 1 Jahr
- * Bei 1/3 auch 10 Jahre nach Traumatisierung noch wöchentliche Symptome
- * Chronifizierungsprozess innerhalb des 1. Jahres abgeschlossen (danach wird keine Spontanremission erwartet)

Verlauf und Prognose

Gute Prädiktoren für den Verlauf von Typ-I-Traumata:

* Symptomentwicklung in den ersten 4 Wochen nach einer anfänglichen hohen posttraumatischen Belastung

- * Wenn stetige Erholung in den ersten Tagen
→ nach 3 Monaten Kriterien der PTSD nicht mehr erfüllt

Umgekehrt eher chronische PTSD wenn nach 4 Wochen keine deutliche Symptomreduktion zu erkennen ist !

Komorbidität

vor allem:

- * Suizidalität
- * Affektive Störungen
- * Angststörungen
- * Substanzmissbrauch und -abhängigkeit
- * Essstörungen
- * Soziale Beziehungsstörungen

Bei 1/3 der Traumatisierten gab es bereits vor der Traumatisierung psychische Auffälligkeiten, 2/3 entwickeln sekundär zur PTSD weitere psychische Störungen !

Folgen eines Traumas

Veränderung kognitiver Schemata:

- * Selbstbild ändert sich („Ich bin inkompetent“)
- * Weltbild ändert sich („Die Welt ist extrem gefährlich“)
- * Massive Verstärkung von Ängsten und Unsicherheiten
- * Verändertes Grenzerleben

Einfluss auf das Gedächtnis:

Die Erinnerungen an das Trauma werden überwiegend *implizit* im Gehirn abgespeichert: in Form von Affektzuständen, Sinnesmodalitäten (z.B. Gerüche) oder Körperwahrnehmungen

→ Unkontrollierbare Reizüberflutung

Traumatherapie

Phase I: Stabilisierung & Ressourcenaktivierung

- Angebote für sicherheitsgebende Erfahrungen (Halt; Grenzen)
- Ressourcenaktivierungen und -organisation
- Einsatz imaginativer und stabilisierender Verfahren
- Noch nicht unbedingt das Trauma mit dem Patienten besprechen
→ Gefahr der Re-Traumatisierung

Phase II: Bearbeitung des Traumas (überwiegend stationär)

- Voraussetzung: tragfähige therapeutische Beziehung, erst dann sind aufdeckende Interventionen sinnvoll

- Interventionen immer „unter Regie“ des Patienten
- Traumaexposition „light“, z.B. durch imaginative Verfahren

Methoden:

- * EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing)
- * Imagination („Sicherer Ort“, „Innere Helfer“)
- * VT-Exposition
- * Körperbezogene Interventionen (KBT, FE)

Phase III: Integration des Traumas (überwiegend ambulant)

- TP: Bearbeitung der Konflikte und Ich-Funktions-Defizite

Ich-Funktionen: Realitätsprüfung, Affekttoleranz, Impulskontrolle, Selbst-Objekt-Differenzierung (+ Bewusstsein, Wahrnehmung, Gedächtnis, Antrieb)
- Erproben des eigenen Standpunktes im Leben
- Evtl. soziale Neuorientierung
- Erleichtern der Trauerarbeit, Angebote zum „Loslassen“

Zusammenfassung: Traumatherapie

Bewährt hat sich das folgende Setting:

Phase I	Stabilisierung & Ressourcenaktivierung
Phase II	Bearbeitung des Traumas
Phase III	Integration des Traumas

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Diese Störung entsteht als eine verzögerte Reaktion auf ein traumatisches Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß wie z.B.

Vergewaltigung (50%), anderen Gewaltverbrechen (25%), Krieg und Vertreibung, Verkehrs Unfall oder schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen, erlebt werden können. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten.

Die **Lebenszeitprävalenz** beträgt 2% - 7%. **Symptome** sind: sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie), Gefühl von Hilflosigkeit, Übererregung s Symptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affekttoleranz, Konzentrationsstörungen), Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaas assoziierter Stimuli), emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit). Im Kindesalter zeigen sich teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster). Der **Verlauf** ist wechselhaft, oft selbst Rückbildung, selten chronischer Verlauf mit Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung. Eine **Komorbidität** ist häufig zu beobachten mit affektiven Störungen, Angst, Substanzmissbrauch, Somatisierungstörung, einem erhöhten Risiko körperlicher Erkrankungen und bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensproblemen, schlechteren Schulleistung, Suizidgedanken und -versuchen, interpersonellen Schwierigkeiten, körperlichen Beschwerden und Trennungsangst.

Zusammenfassung

Posttraumatische Belastungsstörung Operationalisierung (1980): DSM III

Hauptkriterien – F43.1 (ICD-10):

1. Erlebnis eines Traumas (→ **Umschriebener Auslöser !!!**)
2. Wiedererleben des Traumas (**Intrusionen**)
3. **Vermeidungsverhalten** (oder allg. emotionaler Taubheitszustand)
4. Anhaltendes physiologisches **Hyperarousal** (chron. Übererregung)
5. Symptome dauern länger als 1 Monat
 - sonst: „Akute Belastungsstörung, F43.0
 - Verzögerter Beginn: Symptome erst 6 Monate nach Ereignis
6. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen

Häufiger: Anpassungsstörungen (F43.2)

Anpassungsstörungen sind Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Symptome sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen), das Gefühl, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können, Störungen des Sozialverhaltens insbesondere bei Jugendlichen.

Phänomenologische Gruppierung

Somatoforme Störungen

Somatisierung beschreibt einen Vorgang, bei dem körperliche Symptome infolge seelischer, ev. unbewusster Konflikte auftreten, häufig ohne den damit verbundenen Affekt. Der seelische Konflikt (z.B.: Angst) wird abgewehrt, die körperlichen Empfindungen (z.B.: Tachykardie, Dyspnoe, Schwitzen,...) werden empfunden. Somatisierung beschreibt keine Pathologie, sondern einen Abwehrmechanismus, der durch Verstärkung oder Persistenz krankhafte Ausmaße annehmen kann. Als somatoforme Störung werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf organische Ursachen zurückführen lassen. Damit sind nicht nur Beschwerden ohne organisch nachweisbare Ursache gemeint, sondern auch, bei vorhandenen körperlichen Korrelaten, deren Symptome jedoch in Art und Ausmaß deutlich über dem Organbefund ausfallen. Die Klinik ist sehr unterschiedlich, häufig treten Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Erschöpfung auf, im weiteren Schmerzen, Herz-Kreislauf auf Beschwerden oder Magen- Darm Beschwerden. Die Symptome werden so wahrgenommen/ geschildert, wie bei organischen Ursachen, was zu häufigen Arztbesuchen und Untersuchungen führt. (Siehe auch Abschnitt 1)

a) *Somatisierungsstörung* (F45.0): multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die seit mindestens 2 Jahren bestehen und bei denen der Betroffene trotz umfangreicher körperlicher Abklärung ohne adäquaten Befund an der Überzeugung einer organischen Ursache der Symptome festhält; Symptome können jedes Organ betreffen:

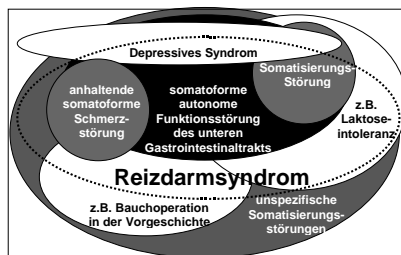
- *kardiovaskulär*: z.B. als Gefühl der Ateniheftung, Druckgefühl, Stiche, Beklemmungsgefühl in der Brust, Herzstolpern
- *gastrointestinal*: Übelkeit, Völlegefühl, Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten
- *urogenital*: häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen, Gefühl, erschwerte Miktions, Schmerzen im Unterbauch/Damm

Wenn das Vollbild der Somatisierungsstörung nach ICD 10 Kriterien nicht erreicht wird, spricht man von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1)

b) *Hypochondrische Störung* (F45.2): Vorherrschendes Merkmal ist die beharrliche Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, die Beschäftigung mit den eigenen körperlichen Empfindungen sowie anhaltende körperliche Beschwerden

c) *Somatoforme autonome Funktionsstörung* (F45.3): Symptome werden so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, am häufigsten kardiovaskulär, respiratorisch und gastrointestinal.

Überlappungen unterschiedlicher Krankheitsdefinitionen des unteren Gastrointestinaltrakts und wichtiger Komorbidität (schematisch)



d) *Anhaltende somatoforme Schmerzstörung* (F45.4): andauernder, quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig geklärt werden kann; in Lokalisation und/oder Qualität (brennend, ziehend, drückend, stechend,...) häufig wechselnd; Veränderung in Abhängigkeit mit psychosozialen Belastungsfaktoren;

Die Diagnose wird durch den Ausschluss der organischen Ursache sowie der psychischen Diagnostik gestellt. Neben psychologischen Testungen sprechen folgende Punkte für eine somatoforme Störung: Zusammenhang zwischen Beginn und Biographie, Veränderung in Abhängigkeit zu psychosozialen Belastungsfaktoren, trotz umfangreicher negativer Diagnostik, hartneckige Forderung nach medizinischer Diagnostik, häufig aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten,...

(Siehe auch bei den einzelnen medizinischen Gebieten in Abschnitt 3 – Krankheitsbilder)

Ätiologie

- **Traumatisierungen in Form von körperlichen Misshandlungen oder sexuellen Übergriffen** in der Vorgeschichte: Insbesondere bei Patienten mit psychogenen Anfällen und mit chronischem Unterleibsschmerz lassen sich gehäuft Traumatisierungen im Vorfeld eruieren.

- Somatoforme Beschwerden in der Familie und in der eigenen Kindheit
- **Alexithymie:** Die so genannte Unfähigkeit, Gefühle zu erkennen und zu benennen, soll zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit führen, körperlich-emotionale Spannungszustände als Körperbeschwerden zu interpretieren.
- **Bindungsstörung oder Grundkonflikte:** Gerade die für somatoforme Störungen charakteristische **spezifische Beziehungsstörung** legt es nahe, dass Patienten mit derartigen Störungen auch ein entsprechend auffälliges Bindungsverhalten bzw. damit zusammenhängend Grundkonflikte in der Regulation von Abhängigkeit und Autonomie an den Tag legen.

Der erste ärztliche Ansprechpartner sollte folgendermaßen vorgehen:

- hinreichend sicherer **Ausschluss organischer Ursachen der Beschwerden:** geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft (Anmerkung: Wegen der Vielgestaltigkeit möglicher Beschwerdekongstellationen können im Rahmen dieser Leitlinien keine Empfehlungen zur spezifischen organischen Ausschlussdiagnostik der unterschiedlichen Körperbeschwerden gegeben werden)
- **Erkennen einer somatoformen Störung**, d.h. die Diagnose sollte explizit gestellt werden. Die Zuordnung zu speziellen Unterformen ist nicht zwingendes Ziel primärärztlicher Diagnostik.
Patienten mit einer somatoformen Störung sind nicht mehr, aber auch nicht weniger organisch krank als Patienten der Primärvorsorgung ohne eine somatoforme Störung. Darum muss im Verlauf, bei plötzlich veränderten Beschwerdecharakteristika, das **Vorliegen einer organischen Erkrankung** gegebenenfalls erneut **ausgeschlossen** werden.
- Bei Verdacht auf somatoforme Störung sollte die **Anamnese über Leitsymptom hinaus erweitert werden:** 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:** Dies 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 erfolgen, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch begründbar sind, und nicht erst nach Abschluss aller notwendigen organmedizinischen Untersuchungen **Mögliche sozialmedizinische Folgen der Körperbeschwerden (Beantragung einer Rente, Sozialgerichtsverfahren etc.) müssen erfragt werden.**

Handlungsempfehlungen für **die Therapie...**

- Entlastung der Beziehung zum Patienten **durch Wissen um die Diagnose**
- Die **ärztliche Haltung** („Klage entgegennehmen“) signalisiert, dass Beschwerden ernst genommen werden.
- **Vermeiden** nicht streng indizierter apparativer und invasiver diagnostischer Prozeduren, auch wenn der Patient darauf drängt (cave: Selbstschädigung); dadurch Verhinderung weiterer Chronifizierung und somatischer Fixierung
- kritische Bewertung von somatischen **Bagatell- und Zufallsbefunden**
- Aufstellen und Durchsprechen eines zeitlich und bezüglich der **Therapiemaßnahmen gestuften Behandlungsplans**
- **Entkopplung** von Kontaktangeboten und Beschwerdeintensität (zeitkontingente statt beschwerdekontingente Termine)
- Vermeiden ausschließlicher Mitteilung negativer organischer Befunde („Sie sind organisch gesund“), **Angebot eines interaktiven Erklärungsmodells der Beschwerdeentstehung (z.B. Rückenschmerzentstehung durch anhaltende muskuläre Verspannungen aufgrund chronischer psychischer Anspannung)**
- **Erweiterung der organischen Kausalattribution zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis**
- **Interventionen zu psychosozialen Aspekten: wenn, dann eher beiläufig, am Rande, dem Krankheitsverständnis des Patienten angemessen**
- ggf. Motivierung zur Überweisung in Fachpsychotherapie

- Begleitung bei eingetretener Chronifizierung
- aktive Unterstützung der sozialen Reintegration
- Pharmakotherapie bei spezifischer Indikation zur Linderung psychischer Symptome und von Schmerzen, nicht zur Behandlung „des Herzens“ oder „des Rückens“.

Empfehlung für die Hinzuziehung eines psychotherapeutischen Konsils

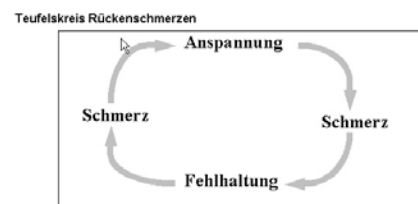
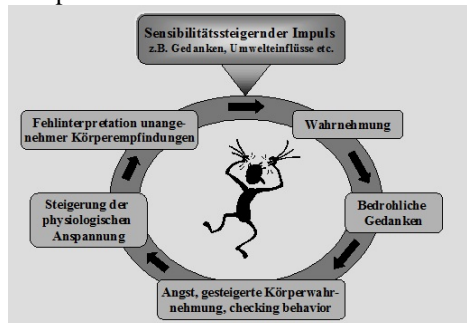
- wenn nach sechs Monaten einer adäquaten psychosomatischen Grundversorgung durch den Hausarzt keine Besserung erfolgt oder wenn die Schwere oder Akuität der Symptomatik dies nahe legt
- wenn es zu Krankschreibungen von mehr als vier Wochen Dauer gekommen ist
- wenn der Verdacht auf zusätzliche akute psychische Störungen oder offensichtlich stark beeinträchtigende biographische Belastungsfaktoren besteht
- wenn aufseiten des Patienten der Wunsch nach einer fachpsychotherapeutischen Behandlung seiner Beschwerden oder Probleme deutlich geworden ist
- wenn interaktionelle Probleme mit dem Patienten die Behandlung erschweren

Kriterien für die Überweisung in **stationäre** Fachpsychotherapie (siehe auch Beeinträchtigungsschwerescore S.##)

- wenn ein multimodales therapeutisches Vorgehen erforderlich ist, z.B. ein verbales und ein körperorientiertes Verfahren indiziert
- wenn durch eine stationäre Therapie eine hinreichende Motivation für eine indizierte ambulante Psychotherapie erzielt werden kann
- wenn die Funktionsstörung die Teilnahme an ambulanter Psychotherapie einschränkt oder aufhebt
- wenn sich nach sechs Monaten ambulanter Psychotherapie keine symptombezogene Besserung erkennen lässt
- beim Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität (z.B. Persönlichkeitsstörungen) oder einer die somatoforme Störung komplizierenden körperlichen Erkrankung
- wenn es zu Krankschreibungen über drei Monate hinaus gekommen ist oder bei anderen Gefährdungen der Berufs- und Erwerbsfähigkeit

Quelle (AWMF Leitlinien Somatoforme Störungen)

Beispiele von Patientenedukation: Stessmodell und Teufelskreismodell



Persönlichkeitsstörungen und andere psychische Erkrankungen kompliziert durch körperliche Erkrankungen

Kriterien der Persönlichkeitsstörungen, modifiziert nach ICD- 10

Dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster weichen in mehr als einem der folgenden Bereiche deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ab: Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation der Umwelt, Einstellungen und Vorstellungen)

Affektivität

Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung

Zwischenmenschliche Beziehungen

Das daraus resultierende Verhalten ist in vielen Situationen unflexibel, unangepaßt oder unzuweckmäßig

Persönlicher Leidensdruck und / oder nachteiliger Einfluß auf die Umwelt

Stabilität und lange Dauer und Beginn im späten Kindesalter oder der Adoleszenz

Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder als die Folge einer anderen psychischen Störung erklärt werden

Persönlichkeitsstörungen

Unter Persönlichkeit versteht man die Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Menschen, die für ihn charakteristisch sind, ihn unverwechselbar machen und weitgehend konstant sind.

Bei Persönlichkeitsstörungen findet man Erlebens- und Verhaltensmuster mit relativ starren, unangepassten Reaktionen sowohl mental als auch sozial. Die Betroffenen leiden erheblich darunter und/ oder das soziale Umfeld kann sich durch diese Verhaltensabweichungen deutlich beeinträchtigt fühlen. Traditionell wurden die Persönlichkeitsstörungen auch als Kern- und Charakterneurosen bezeichnet.

5. Fünffingerregel (Beschreibende Persönlichkeitsdiagnostik)



Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach ICD-10

F60.0 **Paranoide** Persönlichkeitsstörung:

fanatische expansive/sensitive/querulatorische Persönlichkeit(sstörung) Diese Persönlichkeitsstörung ist durch übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, dem Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie einer Neigung, Erlebtes zu verdrehen, gekennzeichnet. Neutrale oder freundliche Handlungen anderer werden als feindlich oder verächtlich missgedeutet. Oft bestehen unberechtigte Verdächtigungen hinsichtlich der sexuellen Treue des Ehegatten oder Sexualpartners, die zu streitsüchtigem Verhalten führen können. Diese Personen tendieren zu überhöhtem Selbstwertgefühl, das sich häufig in übertriebener Selbstbezogenheit zeigt.

F60.1 **Schizoide** Persönlichkeitsstörung:

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven und sozialen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerischem Verhalten und in sich gekehrter Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben.

F60.2 **Dissoziale** Persönlichkeitsstörung:

soziopathische /asoziale /antisoziale /psychopathische Persönlichkeit(sStörung) Eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

F60.3 **Emotional instabile** Persönlichkeitsstörung:

Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline- Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

F60.30 impulsiver Typus

reizbare /explosive aggressive Persönlichkeit(sstörung)

F60.31 Borderline Typ

emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Borderlinetypus		
	typisierte Aussagen und Gedanken	Diagnostische Leitlinien nach ICD- 10
1.	"ich fühle nichts"	Anhaltende Gefühle von Leere
2.	"Ich tue alles, was Du willst"	Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
3.	"manchmal weiß ich nicht, wer ich bin"	eigenes Selbstbild, innere Präferenzen (einschließlich der sexuellen) sind verwischt
4.	"ich liebe dich, ich hasse dich"	Neigung sich in intensive instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
5.	"Ich bringe mich um, wenn Du mich verläßt"	wiederholte Selbstbeschädigungen und Suizidhandlungen (auch als Drohung)

F60.4 **Histrionische** Persönlichkeitsstörung:

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Dramatisierung, einen theatralischen, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äußeren Reizen und Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist.

F60.5 **Anankastische** (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung:

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebene Gewissenhaftigkeit, ständige Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet ist. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

F60.6 **Ängstliche** (vermeidende) Persönlichkeitsstörung:

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichnet ist. Es besteht eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten.

F60.7 **Abhängige** (asthenische) Persönlichkeitsstörung:

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung verlassen sich bei kleineren oder größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen. Die Störung ist ferner durch große Trennung s angst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, durch eine Neigung, sich den Wünschen Alterer und Anderer unterzuordnen sowie durch ein Versagen gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens gekennzeichnet. Die Kraftlosigkeit kann sich im intellektuellen und emotionalen Bereich zeigen; bei Schwierigkeiten besteht die Tendenz, die Verantwortung anderen zuzuschieben.

F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen:

- **Exzentrisch**
- **Haltlos**
- **Narzisstisch**
- **passiv-aggressiv**
- **psychoneurotisch**
- **unreif**

F60.9 Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet:

Charakterneurose o.n. A.

Pathologische Persönlichkeit o.n.A.

Esstörungen

Darunter versteht man eine Gruppe heterogener Krankheitsbilder, deren Gemeinsamkeit eine Verhaltensstörung beim Essen darstellt. Bezüglich der Prävalenz gibt es wenig genaue Daten. Zu den häufigsten Vertretern zählen:

- Anorexia Nervosa (Magersucht)
- Bulimia Nervosa (Ess- Brech Sucht)
- Binge-Eating-Disorder (Ess-Sucht)

Die unterschiedlichen Krankheitsbilder sind nicht immer klar abgrenzbar und können ineinander übergehen.

a) *Anorexia Nervosa*

Das wichtigste Merkmal ist ein selbst herbeigeführtes Untergewicht (15 - 25 % unter Normalgewicht, BMI < 17,5), welches nicht auf eine andere Krankheit zurückzuführen ist.

Das Körperschema- bzw. das Körperbild ist gestört, d.h. einzelne Körperteile oder der gesamte Körper werden als zu dick wahrgenommen, was eine Reduktion des Selbstwertes zur Folge hat. Die Angst vor einem normalen Körpergewicht führt zu exzessivem Fasten und erhöhter körperlicher Aktivität. Es wird Gewicht unter dem Wunschgewicht angestrebt, um eine gewisse Sicherheit bei möglichen Kontrollverlusten zu haben. Es besteht meistens keinerlei Krankheitseinsicht, das Untergewicht wird positiv bewertet und die Patientinnen sind trotz normalem Appetit nicht zum Essen zu bewegen. Der daraus folgende körperliche Verfall und die Bedrohlichkeit der Erkrankung werden ignoriert und verdrängt, Untergewicht und Nahrungsverweigerung werden verheimlicht. Trotz Fehlen von Hunger und Sättigungsgefühl kreisen die Gedanken um ständig um Essen, Gewicht und Figur. Weiterhin typisch ist eine soziale Rückzugstendenz, Verlust von Interessen, Depressivität, Zwanghaftigkeit, Schlafstörungen, Nervosität und Ängstlichkeit.

„asketischer Typ“

- Gewichtsreduktion ausschließlich durch Hungern

- Anfängliche Hungergefühle verschwinden im Laufe der Krankheit

„hyperorektischer Typ“ / bulimischer Typ

- Ebenfalls Gewichtsreduktion durch Hungern -> kalorienarme Speisen

Abführmittel und/oder Erbrechen zum Beibehalten des Untergewichts

Epidemiologie: 0,5 - 1% der Bevölkerung, Auftreten zwischen 12. & 18.

Lebensjahr, hauptsächlich bei Mädchen und Frauen (>90%)

Klinisch-entwicklungspsychologische Hypothesen zur Entstehung

Die Magersucht stellt einen Versuch, die eigene Identität, das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit zu kompensieren und stabilisieren, dar. Brave, angepasste und oft überdurchschnittlich intelligente Kinder, die unfähig sind, auf sich und ihre Umwelt einzuwirken (mangelnde Problemlöse- und Konfliktlösefertigkeiten) haben Schwierigkeiten, sich von den Eltern zu lösen, eigenständig zu werden und Verantwortung für sich zu übernehmen. Die Familien sind häufig überbeschützend, in sich abgeschlossen und konfliktvermeidend. Die in der Pubertät anstehende sexuelle Reifung überfordert die Kinder. Die Magersucht stellt eine Lösung dieses Konfliktes dar. Die Abmagerung bewirkt eine Kontrolle über die eigene Situation. Die Mädchen können sich gegen ihre weibliche Entwicklung behaupten, genauso wie gegen ihre Eltern, die sie zum Essen drängen. Sie individualisieren sich in der Familie, ohne sich abzulösen. Es kommt zu einem psychischen und physischen Entwicklungsstillstand. Darüber hinaus schützt und stärkt die Krankheit das Ich, denn sie ist ein vermeintlicher Beweis persönlicher Stärke und Willenskraft, eine Entschuldigung und Entlastung von anderen Problemen, sie erwirkt Zuwendung und Fürsorge und gibt das Gefühl, außergewöhnlich zu sein. Hier spielen gesellschaftliche Normen, wie das allgemein gültige Schlankheitsideal, eine große Rolle. Biologische bzw. genetische Faktoren haben einen ebenso großen Einfluss wie sogenannte Life-Events (Verlust von Bezugspersonen, Veränderung der Lebensbedingungen,...) oder chronische Belastung. Medizinische Komplikationen:

Amenorrhö (Aussetzen der Monatsblutung) verlangsamter Herzschlag, Hypotonie, trockene, blauverfärbte Haut, Lanugo-Behaarung, Haarausfall, Untertemperatur, Erniedrigung des Schilddrüsenhormons, Verstopfung, Blähung, Völlegefühl, Zahnschäden, Komorbidität mit Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit

b) *Bulimia Nervosa*:

Da die Patientinnen ein körperliches Ideal anstreben, wird das Körpergewicht durch Fasten, Erbrechen, Abführmittel, Entwässerungsmittel, Appetitzügler versucht zu regulieren. Trotz Normalgewicht ist das Verhältnis zum Körper gestört, es herrscht große Furcht vor Gewichtszunahme und die Gedanken kreisen häufig ums Essen. Durch Hunger und aus einem Gefühl der inneren Leere heraus treten zeitlich begrenzte Heißhungeranfälle auf, bei denen große Mengen an Nahrung (v.a. „verbotene Nahrung“ wie Chips und Schokolade) zu sich genommen werden. Die Patientinnen verlieren die Kontrolle und essen weiter. Es entsteht ein massives Schuldgefühl und die befürchtete Gewichtszunahme wird durch umgehendes Erbrechen verhindert. Zur Vorbereitung der Heißhungerattacken wird häufig Nahrung gehortet, zur Nahrungsbeschaffung kommt es auch zu Ladendiebstählen oder Schulden. Es entsteht ein Teufelskreis aus Diät, Essanfällen, verstärkter Angst vorm Dicksein und in der Folge einer strengeren Diät.

Es besteht ein enormer Leidensdruck, denn die Essanfälle werden als persönliches Versagen interpretiert und sind damit stark schambesetzt. Die Erkrankung wird lange versteckt, es kommt zum sozialen Rückzug, zu Depressionen und Selbstabwertung oder Suizidgefahr.

Epidemiologie: 2-5% der Gesamtbevölkerung, Auftreten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr, häufiger bei Frauen

Klinisch-entwicklungspsychologische Hypothesen

Die Bulimie tritt meist nach der sexueller Reifung auf. Der weibliche Körper soll nicht negiert werden, sondern nach Idealmaßen geformt sein. Die Patientinnen haben sich

bereits mit ihrer Geschlechterrolle identifiziert, sind aber unfähig, ihr körperliches Ideal zu erreichen. Häufig treten starke Trennungsängste auf. Das Fasten gaukelt eine Pseudoautarkie vor, obwohl damit eine Regression auf triebhafte Wünsche erfolgt. Es

handelt sich hierbei häufig um auseinanderstrebende Familien mit einer starken Affektäußerung mit teilweise feindlicher Verstrickung. Patientinnen mit einer Bulimia Nervosa zeigen häufig eine „affektiv-labile Persönlichkeit“, d.h. eine erhöhte Depressivität, geringe Frustrationstoleranz, mangelnde Impulskontrolle, schlechte Problemlösestrategien. Sie haben Schwierigkeiten, eigene Gefühle (Hunger, Sättigung) wahrzunehmen und auszudrücken. Auch hier spielt die genetische Vulnerabilität eine Rolle. Medizinische Komplikationen: Magenwandschädigungen (Magenerweiterung), Speiseröhrenrisse, Schwellungen der Speicheldrüsen (Ohrspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse) Erkrankungen der Zähne (Karies, Erosionen d. Zahnschmelzes), Flüssigkeitsverlust -> Mangel an Elektrolyten (Kalium) -> Nierenversagen, Osteoporose, Störungen des Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes -> Muskelschwäche, Tetanie, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle oder irreversible Nierenschäden, Komorbidität mit Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit

c) Binge-Eating-Disorder (Ess-Sucht)

Es treten immer wieder unkontrollierte Essanfälle auf, die ein extremes Übergewicht oder ständige, starke Gewichtsschwankungen zur Folge haben. Trotz großer Scham werden keine Kompensationsstrategien (wie z.B. Erbrechen) angewandt. Die Patienten ziehen sich zurück, werden depressiv und leiden unter massiver Selbstabwertung. Es besteht eine enge Beziehung zu anderen Ess-Störungen. Häufiges Diät-Halten und gezügeltes Essen sind zwar bei der Entstehung beteiligt, werden aber mit der Zeit aufgegeben. Die kognitive Kontrolle über das Essens lässt nach und das Essverhalten chaotisiert zusehends. Medizinische Komplikationen: Herz- Kreislaufprobleme, Belastungen des Skeletts, Leberschäden, Diabetes Epidemiologie: 2 -5 % der Allgemeinbevölkerung (30% der behandelten Übergewichtigen)

d) Therapie bei Essstörungen:

- Medizinische Betreuung der körperlichen Komplikationen, - Verhaltenstherapie, - Ernährungsberatung / - therapie, - Psychoedukation: - Gruppenpsychotherapie, - körperorientierte Verfahren, - Familien- und Paargespräche, - Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs und Rückfallprophylaxe, -> Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen fördern (Verantwortung für die Krankheit und deren Überwindung übernehmen)

e) Verlauf:

- ohne Behandlung ca. 2 Jahre stabil, - Mortalitätsrate über mehrere Jahrzehnte: 10 -15 % -> Unterernährung, Selbsttötung, Krankheiten, Unfälle, - nach > 10 Jahren: 1/3 noch magersüchtig, 1/3 bulimische Restsymptomatik, 1/3 symptomfrei

• prognostisch günstig: geringes Auftrettsalter, geringe Chronizität bei Behandlung, Abwesenheit psychopathologischer Züge • Ungünstige Prognose: längerer Behandlungsdauer, älter bei Krankheitsbeginn, gestörte familiäre Beziehungen, prämorbid Entwicklungsstörungen, • häufig Übergang in andere psychische Krankheiten (Depression, Drogen, Alkohol, Zwangsstörungen)

Chronische körperliche Erkrankungen mit psychischen Symptomen

Diese Gruppe umfasst ein großes Spektrum an unterschiedlichen Erkrankungen, bei deren Ätiologie und Verlauf psychische Faktoren wesentlich beteiligt sind, die aber in der ICD-10 außerhalb der psychischen Störungen klassifiziert werden. Die psychischen Störungen sind meist langanhaltend und rechtfertigen keine eigene F-Diagnose. In diese Gruppe fallen unter anderem Erkrankungen, die von Alexander (1951) als klassische Psychosomatosen (holy seven) bezeichnet wurden, wie Ulcus pepticum, Asthma bronchiale, Neurodermitis oder Colitis ulcerosa.

Subkategorien für F54 nach OPD: Adipositas, Dermatitis und Ekzem, Urticaria, Gastritis, Kolitis mucosa, Colon irritabile, Hypotonie, Synkope, Kollaps, Migräne, sonstige Kopf/Rückenschmerzen, Tinnitus, (Hörsturz, M. Meniere)

Torticollis spasticus, Multiple Sierose, Dysmenorrhische u. menopausale Beschwerden. Die Vorstellung, dass diese Erkrankungen einer primär psychischen Genese unterliegen, konnte in zahlreichen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Eine psychosomatische Mitbeteiligung bei der Entstehung scheint dennoch wahrscheinlich.

Psychosomatik aus der Sicht der Gebiete und spezielle Krankheitsbilder

Gynäkologie

Wichtige Erkrankungen aus dem Bereich:

Unerfüllter Kinderwunsch
Invitro Fertilisation (IVF)
Totgeburt
Frühgeborene
Behinderte Kinder
Libidostörungen
Sexuelle Gewalt
Genetische Beratung
„eingebildete“ Schwangerschaft
Onkologie (Brust-, Unterleibskrebs)
Beispielfälle besprochen.

Chirurgie

Siehe auch besonders posttraumat. Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen

Wichtige Aspekte (beispielhaft) - Stichworte

Operationen im eigenen Sinn

Einmalig

Wiederholte Eingriffe

Unfälle – Berufsgenossenschaft zuständig?

Selbstverletzendes Verhalten – by proxy?

Münchhausensyndrom

Pseudologia phantastica

Bandig bei Adipositas

Ästhetische Chirurgie (siehe auch Dysmorphophobie bei den somatoformen Störungen)

Urologie

Fallbeispiel

Reizblase (somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitaltrakts)

Herr S., ein 54-jähriger, verheirateter Feuerwehrmann, klagte über seit zwei Jahren bestehende Beschwerden beim Wasserlassen. Er müsse mindestens 15mal am Tag die Toilette aufsuchen und habe auch zwischen den Toilettengängen immer das Gefühl eines Brennens in der Harnröhre bzw. im Bereich der Blase, ohne daß mehrmalige urologische Untersuchungen einen Hinweis auf eine organische Erkrankung in diesem Bereich erbracht hätten. Zudem bemerke er eine deutlich vermehrte Schweißneigung und habe auch immer wieder das Gefühl, als ob ihm ein Kloß im Hals stecke. Der Patient war über einen niedergelassenen Nervenarzt zur stationären Psychotherapie eingewiesen worden, da durch die Beschwerden eine längere Arbeitsunfähigkeit erfolgt war und die Berufsunfähigkeit drohte. An belastenden Lebensfaktoren konnte herausgearbeitet werden, daß der Patient eine deutliche Beeinträchtigung der Partnerschaft erlebte, seine Ehefrau beklagte sich zunehmend über seine in Wechselschicht ausgeübte Berufstätigkeit und die vielen Hobbies des Patienten und konsumierte vermehrt Alkohol. Die Lieblingstochter des Patienten hatte geheiratet und einen Partner, der keine Kinder zeugen konnte, gewählt, so daß dem Patienten die Perspektive Großvater zu werden und darin neue Aufgaben zu finden, zunächst verschlossen blieb. Zudem erwies er sich auch die berufliche Entwicklung des Sohnes als nicht so günstig, wie erwünscht.

Verlauf und Therapie

Im Zusammenhang mit der stationären Psychotherapie des Patienten konnte auch die Ehefrau für eine psychotherapeutische Behandlung ihrer bisher nicht diagnostizierten psychischen Erkrankung gewonnen werden, ein Offenlegen der verschiedenen Konflikte führte zu einer Umorientierung in der Familie.

Fallbeispiel

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Ein 28-jähriger pharmazeutisch-technischer Assistent, Herr F., stellte sich nach zwei Jahre bestehenden massiven Schmerzen im Bereich der Genitalien, die er als ein Ziehen im Hoden und ein Verkrampfen des Unterbauchs beschrieb, nach mehrmaliger urologischer Abklärung in der psychosomatischen

Abteilung vor. Die akute Schmerzsymptomatik war nach einer kränkenden Auseinandersetzung mit einem Vorgesetzten am Arbeitsplatz des Patienten aufgetreten, nach der es dem Patienten nicht mehr möglich war, an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Eine mehrmonatige Krankschreibung wegen der Beschwerden und späterer Verlust des Arbeitsplatzes waren die Folge. In der zunächst stationären, später ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie ergab ein Aufarbeiten der Lebensgeschichte, daß es für den Patienten, der als Einzelkind aufgewachsen war, immer schwer gewesen war, den Ansprüchen der Mutter zu genügen, die den Vater, der nur einen einfachen Beruf ausübte immer wieder abwertete. Im Alter von 4 Jahren wurde bei dem Patienten eine Vorhautverengung am Glied operativ behandelt. Der Eingriff mußte im 12. Lebensjahr des Patienten wiederholt werden. Einen weiteren wichtigen Faktor stellte die Beziehung zu einem vier Jahre älteren, einfach strukturierten jungen Mann dar, der dem Patienten über einen längeren Zeitraum nachstellte, und von dem der Patient befürchten mußte, daß dieser sexuell übergriffig werde, was er ebenfalls als sehr beschämend erlebte. Weitere Schuldgefühle stellten sich in bezug auf die Großeltern ein, die der Patient sehr verehrte, die von der Mutter in häuslicher Umgebung bis zum Tod gepflegt wurden, was den Patienten während der Pubertät innerlich sehr beschäftigte. Er konnte aber keinen Zugang mehr zu den alten Menschen finden und empfand die Pflegesituation als sehr abstoßend.

Verlauf und Therapie

Während der Behandlung wurde dem Patienten deutlich, daß die Wahrnehmung der Schmerzen ein Ventil darstellte, das den Patienten vor den überwältigenden Gefühlen der Kränkung und Scham schützte und er so eine Rivalisierung mit den Gleichaltrigen vermeiden konnte. Er faßte Vertrauen zum Therapeuten und konnte in eine psychotherapeutische Wohngemeinschaft ziehen, so erste Kontakte knüpfen und erlebte, daß er sich anderen Menschen zuwenden und Anerkennung zulassen konnte. Der Schmerz spielte kaum mehr eine Rolle mehr. Der Patient lernte, schmerzliche Gefühle zu zulassen und konnte sich erfolgreich den Anforderungen des Berufslebens stellen.

Arbeitsmedizin

Fallbeispiel

Umweltbezogene Ängste und Körperbeschwerden

Herr U., ein 36jähriger Ingenieur aus Schwaben, wurde von der medizinischen Klinik in die psychosomatische Abteilung überwiesen. Er hatte bereits 6 Jahre zuvor erstmalig Schmerzen im Bereich der Brust und ein Herzstolpern, verbunden mit körperlichen Unwohlsein erlebt, das ihn zunächst dazu veranlaßte, eine organische Diagnostik durchführen zu lassen. Da sich kein pathologischer Befund abzeichnete, versuchte er auch alternative Behandlungsmaßnahmen. Nachdem eine Akupunkturbehandlung ohne größeren Erfolg, mit Ausnahme, „daß mir ein Haufen Geld abgenommen wurde“ durchgeführt wurde, konnte ihm sein Zahnarzt ein Krankheitsmodell vermitteln, das dem Patienten zunächst eingängig war. Die Beschwerdesymptomatik wurde auf das Vorliegen von einer Vielzahl von Amalgamfüllungen zurückgeführt. Einem Austausch der Plomben folgte dann tatsächlich eine Phase mehrjähriger relativer Beschwerdefreiheit. Als sich erneut die körperlichen Probleme einstellten, hatte der Patient die Vermutung, daß diese im Zusammenhang mit den in der Werkhalle, in der er beschäftigt sei, eingesetzten Stoffe zu tun haben könnte, z.B. Formaldehyd, was sie aber durch toxikologische Untersuchungen des Bluts des Patienten und der Raumluft am Arbeitsplatz nicht bestätigen ließ. Die Lebensgeschichte des Patienten beinhaltete einen frühen Verlust der Mutter, die plötzlich an einer möglicherweise herzbedingten Erkrankung verstarb, eine psychische Erkrankung des Onkels, deren Symptome der Patient als Kind als sehr beängstigend und einen tiefen Eindruck hinterlassend erlebte und die in ihm Befürchtungen auslösten, er könne ebenfalls im Laufe seines Lebens an einer solchen Erkrankung leiden. Die bei der erstmaligen Durchuntersuchung wegen der Herzbeschwerden von der Ärztin damals formulierte Diagnose „Herzneurose“ konnte der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht akzeptieren und hat sie aus seiner Wahrnehmung völlig verdrängt.

Verlauf und Therapie

Rückblickend konnte mit dem Auftreten der ersten Beschwerden eine Krise in der weiteren Familie des Patienten in zeitlichen Zusammenhang gebracht werden; die aktuelle Krise ließ sich auf eine Entscheidung gegen einen weiteren Aufstieg in der Firma, der mit einer Versetzung an einen anderen Ort verbunden gewesen wäre, begründen.

Dem Patienten gelang es, nun bewußter abzuwägen und für seine Ziele, nämlich das Familienleben in den Vordergrund zu stellen, einzutreten; die befürchteten Konflikte mit dem Bruder konnten angesprochen werden. Im Zuge einer vermehrten Übernahme von erzieherischen und häuslichen Aufgaben rückten die Beschwerden in den Hintergrund.

Neurologie

Fallbeispiel

Psychogene Krampfanfälle

Frau H., eine 26jährige Altenpflegerin wurde von der neurologischen Klinik der Universität in die Psychosomatik überwiesen. Der erste Krampfanfall sei während eines Badeurlaubs in Bali, den die Patientin mit einem Bekannten verbringen wollte, am ersten Tage nach der Ankunft vor dem Beginn eines Einführungslehrgangs in das Tauchen aufgetreten. Die Patientin habe sich bereits nach der Ankunft nicht ganz wohlgefühlt, ihr sei übel gewesen; sie habe sich dann in ihr Zimmer zurückgezogen. Der Bekannte habe sie an den Extremitäten zuckend und nicht ansprechbar aufgefunden. Es sei dann eine sehr aufwendige Verlegung, zunächst in das nächstgrößere Inselhospital und dann zurück nach Europa erfolgt. Eine in der Folge durchgeführte neurologische Abklärung habe keinen Hinweis auf ein organisches Krampfleiden ergeben.

Verlauf und Therapie

Ein intensiveres Durchgehen der Biographie der Patientin ergab, daß sie zwei Jahre vor dem Anfallsleiden eine schwere Traumatisierung durchlebt hatte. Damals war ihr damaliger Verlobter wenige Tage vor der Hochzeit im Zusammenhang mit einem nicht selbst verschuldeten Verkehrsunfall ums Leben gekommen. Die Zunahme der Krämpfe, die nun auch am Arbeitsplatz aufgetreten waren und die zur akuten Einweisung in die neurologische Klinik vor der psychosomatischen Konsiliaruntersuchung geführt hatten, ließ sich im Nachhinein erklären durch eine Belastungssituation am Arbeitsplatz, wo ein der Patientin sehr sympathischer Vorgesetzter die Arbeitsstelle verlassen mußte. Im Laufe der Gespräche über diese Lebensereignisse und auch danach traten keine Krampfanfälle mehr auf.

Fallbeispiel

Psychogene Lähmung

Eine 62jährige türkische Arbeiterin, Frau I., stellte sich im Rahmen einer sozialgerichtlich veranlaßten Begutachtung vor. Sie litt seit 13 Jahren an einer teilweisen Lähmung des linken Oberarmes ohne daß apparative Untersuchungen die Lähmung bestätigen konnten. Willkürliche Bewegungen waren der Patientin nicht möglich, die Untersuchung der Reflexe ergab keine Auffälligkeiten, ein unbewußtes Mitbewegen beim Sprechen, insbesondere wenn es um emotional belastende Inhalte ging, war zu beobachten. Am Anfang der Leidensgeschichte der Patientin stand ein Bagatellunfall am Arbeitsplatz, sie war damals als Löterin beschäftigt und hatte sich bei einem Unfall mit Schwachstrom, den sie nicht verschuldet hatte, eine minimale Verbrennung zugezogen. In zeitlichem Zusammenhang mit diesem Trauma stand jedoch der Plan zur Beerdigung der Mutter in das Heimatland zu reisen, was die Patientin dann nicht auf sich genommen hatte. Zunehmend war nun eine Verstärkung der Lähmungssymptomatik zu beobachten, ein vom Hausarzt verordnetes kankengymnastisches Programm erlebte die Patientin als zusätzlich schmerzhaft und belastend. Eine jahrelange Odyssee führte die Patientin zu verschiedensten Nervenärzten und Orthopäden. Wegen langer Krankschreibungen kam es zum Verlust des Arbeitsplatzes und letztendlich zu dem Sozialgerichtsprozeß, bei dem die Patientin eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aufgrund der Lähmungserscheinung einklagte.

Verlauf

Obwohl der Charakter der Konversionsstörung, die Auslösesituation und das Symptom letztendlich offensichtlich war, war die Patientin über die Jahre hinweg von keinem der Untersucher zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu bewegen.

Fallbeispiel

Psychogener Tremor

Herr J., ein 32jähriger, verheirateter Installateurmeister leidet seit 5 Jahren zunehmend an einem Zittern der Hände, das sich insbesondere in Situationen verstärkte, in denen er sich beobachtet fühlte, oder bei größeren Festivitäten. Der Patient wurde der psychosomatischen Abteilung durch ein internistische Klinik zugewiesen. Die Mutter des Patienten litt ebenfalls an einem Tremor der Hände, der sie selbst nicht weiter zu belasten schien, Parallel mit dem Entwickeln des Symptoms beim Patienten wurde aber deutlich, daß er sich aus dem Schatten des Vaters herausarbeiten wollte und sich im Zusammenhang mit seiner Berufstätigkeit finanziell übernommen hatte. Das Zittern der Hände wurde als Ausdruck einer zunehmenden innerseelischen Spannung im Zusammenhang mit der äußeren Situation, d.h. den Besprechungen mit den Kunden oder dem Sichzeigen in einem öffentlicheren Rahmen, verstehbar.

Verlauf und Therapie

Eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie ermöglichte es dem Patienten, diese Zusammenhänge für sich zu erkennen und zu verstehen und führte zu einem veränderten Geschäftsgebahren sowie zu einer Neuordnung der Lebensziele. Die Symptomatik veränderte sich allerdings nur unwesentlich.

Fallbeispiel

Dystonie

Herr K., ein 42jähriger, verheirateter Landmaschinenmechaniker, wurde von einem niedergelassenen Nervenarzt an die psychosomatische Abteilung überwiesen. Der Patient zeigte eine Schiefhals symptomatik, bei der er den Kopf nach rechts unten drehte. Die Symptomatik besteuhe zunehmend nun seit zwei Jahren, anfänglich habe er es selbst gar nicht gemerkt, sondern seine Kollegen hätten ihn darauf aufmerksam gemacht. Eine Behandlung mit örtlichen Injektionen mit Botulinustoxin (einem Stoffwechselprodukt von Bakterien, die ein Lebensmittelgift sein können und dann, wenn sie auf den Gesamtorganismus wirken können, tödliche Lähmungen herbeiführen können) das bei der örtlich begrenzten Injektion in den Muskel zu einer über mehrere Wochen anhaltenden gewünschten Erschlaffung des Muskels führen kann, brachte zunächst eine Besserung, im Laufe der Zeit, möglicherweise durch die Bildung von Antikörpern, stellte sich die gewünschte Wirkung nicht mehr ein. Die Betrachtung der Lebensgeschichte zeigte, daß sich der Patient am Arbeitsplatz seit einiger Zeit nicht mehr wohlfühlte, sich überfordert sah. Insbesondere durch die Notwendigkeit auch Kundenbesuche vorzunehmen, erlebte er sich von seiner Familien getrennt. Erschwerend kam dabei hinzu, daß die Ehefrau des Patienten zuckerkrank war und sich mit Insulin behandeln mußte, was dem Patienten zusätzlich Sorgen bereitete. Als auslösend für eine Verschlechterung der Symptomatik konnte ein Ereignis herausgearbeitet werden, wo die Ehefrau des Patienten ihn wegen einer Namensverwechslung kurzzeitig für tot halten mußte.

Verlauf und Therapie

Auch wenn die psychische Begründbarkeit für das körperliche Symptom nicht klar nachzuweisen war, wurde im Verlauf deutlich, daß die Erkrankung im Zusammenhang mit der Bewältigung der Lebenssituation, dem Krankheitsverhalten und den Wünschen des Patienten zu verstehen ist. Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie brachte eine Klärung seiner Beziehungsmuster, er konnte Erwartungen und Wünsche sowohl im beruflichen als auch privaten Bereich besser zum Ausdruck bringen. Im Zusammenhang mit der Therapie trat auch das Symptom weniger stark auf.

Fallbeispiel

Psychogene Gangstörung

Von der neurologischen Klinik wurde Frau L., eine 45jährige, verheiratete Konditorin, jetzt Hausfrau, an die psychosomatische Ambulanz überwiesen. Sie berichtete über ein Schwächegefühl in den Beinen, das es ihr nicht mehr ermöglichte, längere Strecken zu gehen. Die Lebensgeschichte ergab eine Umbruchsituation. Die beiden erwachsenen Söhne, die noch zu Hause lebten, waren dabei, ihre Ausbildungen abzuschließen und in eigene Wohnungen zu ziehen, was bis zu diesem Zeitpunkt aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen war. Als Auslösesituation konnte eine Auseinandersetzung zwischen der Freundin eines Sohnes, die in der Familie mitlebte und der die Patientin vorgeworfen hatte, sich an den Hausarbeiten nicht zu beteiligen, und der Patientin herausgearbeitet werden. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang war, daß der Ehemann der Patientin und die Söhne passionierte Langstreckenläufer waren und die Mutter immer ermunterten sich am Lauftraining zu beteiligen. Zudem hatten die Männer sich einen großen Jagdhund zugelegt, für dessen Auslauf sich nun vermehrt die Mutter zuständig fühlte, da sich die Söhne immer seltener im Hause aufhielten.

Verlauf und Therapie

Im Laufe einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie wurden Frau L. ihre Erwartungen klarer, insbesondere die Problemthemen in der Haushaltsführung, sie konnte eine gewisse Kompromißbereitschaft und Toleranz entwickeln, sich aber auch besser von den Ansprüchen ihrer Familie abgrenzen.

Bei den Patienten mit **Spannungskopfschmerzen** (die Frau, die da als Chefsekretärin ständig hinter der Schreibmaschine unter starkem Stress sitzt, vielleicht der Sache nicht mehr so gewachsen ist, es nicht mehr so locker nimmt, wird über Spannungskopfschmerzen klagen).

Patienten mit vasomotorischen Kopfschmerzen spielen gelegentlich eine Rolle.

Besonders: spezieller Schmerz (siehe auch Schmerztherapie)

Psychogener Schwindel (siehe Somatoforme Störungen)

Psychogene Epilepsie (Dissoziative Störungen / Persönlichkeitsstörungen)

Parkinson-Syndrom: Depression? / Demenz?

Multiple Sklerose (Somatoforme Störung)

Hirntumoren - Krankheitsbewältigung

Komorbidität - Doppeldiagnosen

Schmerz organisch nicht ausreichend erklärbar		
ca. 30%	„Depression“	Schmerz nur im Rahmen von depressiven Episoden
ca. 30%	somatoforme autonome Funktionsstörung	„vegetativ innervierte Organe“ beständig im Vordergrund
ca. 10%	somatoforme Schmerz-Störung (DSM II: „Psychialgie“	anhaltender („die meisten Tage“) sehr starker Schmerz
Fach- arzt: selten	unspezifische Somatisierungsstörung	obigen Kriterien nicht erfüllt ! wechselnde Lokalisationen und Schwerpunkte
10%	Angst ●Thoraxschmerz ●Palpitationen ●Schwindel ●Atembeschwerd. ●Kopfschmerz	Angstkorrelat Angstäquivalent Verlauf Problem: hypochondrische Befürchtung / Hypochondrie
2%-15%	Somatisierungsstörung „polysymptomatische Hysterie“ im engeren Sinn	mehr als 13 Symptome von 36, z.B. auch neurologische
30%	Konversionsstörung	auslösender Konflikt nachvollziehbar, Symbolik
5%	Psychose	! weitere Kriterien
selten	Artefakt-Störung	vorgetäuschte körperliche Symptome
selten	Simulation	

Komorbiditäten! (deshalb über 100%)

Individuelle Bedeutung

Engel (1959) Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient. Am J Med	
„Depression“	Schuld und Sühne
somatoforme autonome Funktionsstörung	lebensgeschichtlicher Hintergrund; Intoleranz für Erfolg
somatoforme Schmerz-Störung	gehemmte aggressive Bedürfnisse
unspezifische Somatisierungsstörung	Schmerz als Ersatz für Verlust
„Angst“	Schmerzepisoden bei konflikthaften sexuellen Impulsen
Somatisierungsstörung	
Konversionsstörung	
Artefakt-Störung	vorausgehende Schmerzerfahrungen („Schmerzgedächtnis“); Identifizierung mit sozialen Bezugspersonen

Augenheilkunde

<p>Fallbeispiel Psychogene Sehstörungen bei rezidivierender depressiver Störung Herr M., ein 35jähriger, verheirateter Verwaltungsangestellter ohne Kinder, der sich wegen einer vermehrten Ermüdbarkeit und Schlafstörungen sowie einer ausgeprägten Antriebslosigkeit in stationärer fachpsychotherapeutischer Behandlung befindet, klagt</p>

plötzlich über das Auftreten von Doppelbildern, die augenärztlich auf keine körperliche Ursache zurückgeführt werden können.

Verlauf und Therapie

Die Symptome treten während einer Behandlungsphase auf, bei der in einem Partnergespräch deutlich wird, daß seine Ehe gescheitert ist und sich der Patient von seiner Frau trennen möchte. Zur Lebensgeschichte ist erwähnenswert, daß der Patient als Einzelkind ebenfalls eine Scheidung der Eltern miterlebt hat, sich damals für ein Bleiben bei der Mutter entschieden und mit dem neuen Partner der Mutter große Schwierigkeiten hatte. Als Partnerin hatte er sich dann später eine Frau gewählt, die selbst keine Kinder haben wollte. Herr M. entschloß sich, sich von seiner Frau zu trennen. Sehstörungen traten bei ihm nicht mehr auf.

HNO

Fallbeispiel

Psychogene Stimmstörung

Frau N., eine 47jährige, verheiratete Bürokauffrau war zwei Jahre nachdem sie plötzlich ihre Stimme verloren hatte, von der Hals- Nasen- Ohrenklinik an die psychosomatische Ambulanz überweisen worden. Die Stimme war bereits im Vorfeld des plötzlichen und dann anhaltenden Stimmverlusts über den langen Zeitraum bereits zwischenzeitlich immer wieder für einige Tage weg gewesen. Ganz am Anfang lag rückblickend eine akute Halsentzündung vor. Als auslösendes belastendes Lebensereignis konnte im Rahmen der ausführlichen biographischen Anamnese herausgearbeitet werden, daß die akute Symptomatik im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt der Enkeltochter stand, mit der die Patientin bis zum Beginn der stationären psychosomatischen- psychotherapeutischen Behandlung (dem Wunsch der Tochter der Patientin nach) keinen Kontakt haben durfte. Diese hatte sich ganz in die Familie des Ehemannes zurückgezogen, der aus einem anderen Kulturkreis stammte, einer anderen Religionsgruppe angehörte und von der Patientin zunächst sehr abgelehnt worden war. Daneben konnten weitere Belastungsfaktoren herausgearbeitet werden: Die Patientin war für die Betreuung des pflegebedürftigen Vaters, der in der Familie mitlebte und in der sie sich von ihren Geschwistern allein gelassen fühlte, zuständig, zudem war der Ehemann der Patientin organisch- orthopädisch krank; ihm drohte eine Erwerbsunfähigkeit. Der jüngste Sohn der Patientin, ein Nachzügler, war zum Zeitpunkt der Manifestation der Beschwerden gerade eingeschult worden.

Verlauf und Therapie

In einer Familientherapie, in die im Laufe von 1 ½ Jahren alle Familienmitglieder mit Ausnahme des pflegebedürftigen Vaters in unterschiedlicher Häufigkeit miteinbezogen wurden, konnten die Spannungen angesprochen, Mißverständnisse ausgeräumt und der Kontakt zu Tochter und Enkelkind wieder hergestellt werden. Die Stimmstörung bildete sich im Rahmen einer ergänzenden Einzel- Hypnosebehandlung der Patientin zunehmend zurück.

Fallbeispiel

Dysmorphophobie

Herr E., ein 20jähriger junger Mann, wird kurz nach dem Fachabitur im Bereich Gestaltung von seinem Vater in der psychosomatischen Ambulanz vorgestellt. Zur Familiengeschichte erwähnt er, daß seine Ehe nun seit 5 Jahren geschieden ist, der Sohn habe bis vor einem Jahr bei der Mutter gelebt, die nun einen neuen Lebenspartner habe, dann sei er zum Vater gezogen; es gäbe noch einen drei Jahre jüngeren Bruder, der ebenfalls beim Vater, einem Diplomingenieur, lebe und der nun ein auffälliges Eßverhalten zeige und zunehmend dicker werde. Der Patient wirkt bei der Erstuntersuchung sichtlich bedrückt, berichtet, schon seit Jahren unter seiner - nach dem äußeren Anschein hin auf den Untersucher normal groß wirkenden - Nase zu leiden. Begonnen habe es plötzlich im Alter von 13 Jahren, als er sich zum erstenmal in ein Mädchen verliebt habe, die auf sein Werben hin sich ihm freundlich zugewandt habe und mit ihm ein Treffen in den nächsten Tagen vereinbart habe. Am nächsten Morgen habe er sich dann im Profil im Spiegel gesehen und sei dabei so erschrocken, daß er sich gedacht habe, so könne er sich niemals einem Mädchen zeigen. Er habe dann von dem Rendezvous Abstand genommen. Seitdem bestanden die Befürchtungen, häßlich zu sein, in wechselnder Stärke. Zugenommen habe die Überzeugung, sich anderen Menschen nicht zumuten zu können im letzten Jahr und habe dazu geführt, daß er sich nun kaum mehr aus dem Haus getraut habe und vermehrt versucht habe, Adressen von Schönheitschirurgen zu bekommen.

Verlauf und Therapie

In einer tiefenpsychologischen Einzeltherapie ließ sich herausarbeiten, daß der Beginn der Symptomatik zu einer Zeit zu beobachten war, in der es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen den Eltern gekommen war und sich bei dem Patienten die Vorstellung verfestigt hat, daß ein glückliches Zusammenleben in einer Partnerbeziehung eigentlich nicht möglich sei. Im Lauf der Zeit konnte Herr D. seine Aufmerksamkeit mehr auf seine Fähigkeiten richten, wurde selbständiger, zog beim Vater aus und fand auch eine Freundin.

Fallbeispiel

Hypochondrische Störung

Ein 45jähriger Bankdirektor, Herr D., wurde durch die Hals- Nasen- Ohrenärztliche Abteilung einer Universität in die Psychosomatik überwiesen. Er hatte seit zwei Jahren die Befürchtung, an einer Blutkrebserkrankung sterben zu können, die nicht rechtzeitig diagnostiziert werden konnte. Symptome wie leichtes Zahnfleischbluten nach dem Zähneputzen, eine leicht belegt klingende Stimme, sowie eine zwischenzeitlich aufgetretene verminderte körperliche Belastbarkeit (der Patient fährt täglich 30 Kilometer Rennrad), die er bei seinem sportlichen Training bemerkt hatte, waren die Symptome, die ihn immer wieder dazu bewegten, Fachärzte aufzusuchen und sich aufwendigen Laboruntersuchungen zu unterziehen, um eine Tumorerkrankung ausschließen zu lassen. Lebensgeschichtlich bedeutsam erwies sich der plötzliche Tod seiner Frau 15 Jahre vor dem Beginn der Symptome, wobei der Partnerin gegenüber noch massive Schuldgefühle bestanden. Kurz vor deren Tod durch eine nicht vorhersehbare Hirnblutung hatte er seine Frau durch einen Seitensprung hintergangen. Seine Kindheit hatte der Patient als sehr schwierig erlebt, der Vater war Bergarbeiter gewesen und frühzeitig an einer Lungenerkrankung verstorben. Der Patient hatte sich nach einer Lehre über den 2. Bildungsweg weiter qualifiziert und fühlte sich bis in die Gegenwart hinein nicht der Gesellschaftsschicht zugehörig, der er berufsmäßig zuzurechnen war.

Verlauf und Therapie

Das unbewußte Thema, das sich in einer ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Einzelspsychotherapie herausarbeiten ließ, war die Angst, die Früchte, seiner Arbeit - ähnlich wie sein Vater nicht mehr genießen zu können. Auf der anderen Seite konnte er aber noch nicht das Rivalisieren im Beruf lassen, das über die Jahre hinweg sein Antrieb gewesen war, ihn seiner Meinung nach erfolgreich werden ließ, und mit der er seine unglückliche Partnerschaft und Kinderlosigkeit zu kompensieren suchte.

In der Behandlung wurde ihm deutlich, daß er viele menschliche Qualitäten hatte, die er nun als Wert annehmen konnte; die Selbstzweifel wurden weniger und die Beziehung zu seiner zweiten Ehefrau intensiver.

Tinnitus

Vorab einige Bemerkungen zu den Ohrgeräuschen: In Deutschland leiden nach Angaben der deutschen Tinnitus Liga etwa 3 Mio. Menschen unter Ohrgeräuschen, 2,4% der Betroffenen erleben den Tinnitus so störend („dekompensierter Tinnitus“), dass dies Einfluß auf das Alltags- und Berufsleben hat mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, beispielsweise durch Schlaf-, Merk- und Konzentrationsstörungen. Begleitend liegt oft eine Überempfindlichkeit für Geräusche vor. Tinnitus kann mit Depressionen bis hin zur Suizidalität einhergehen, wobei diskutiert wird ob möglicherweise auch umgekehrt vorbestehende Depressionen oder bestimmte Persönlichkeitsstrukturen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Tinnitus einhergehen (Stobik et al. 2003). Oft entwickeln Patienten ein Schonungs-, Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, das unter Umständen auch durch die Familienangehörigen weiter fixiert wird, im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes. In Folge der Symptomatik kann sekundär Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen entstehen, ferner können primär hohe Erwartungen an das Medizinsystem zu immer wiederkehrenden Enttäuschungen führen mit der Folge von Doktor-hopping und passiver Erwartung von Hilfe von außen. Der Tinnitus wird als ein Komplex aus dem eigentlichen Ohrgeräusch und der Summe der psychosozialen Lebensbeeinträchtigungen betrachtet, im Grunde also als eine psychosomatische Störung. Es müssen der objektive und der subjektive Tinnitus unterschieden werden:

Der objektive Tinnitus ist derjenige, den man selbst als Untersucher hört, wenn man den Patienten vor sich hat (bei bestimmten Gefäßprozessen, im Mittelohr ist dies jedoch insgesamt sehr selten).

Zweitens muss unterschieden werden, ob der Tinnitus akut, subakut oder chronisch ist. Akut meint nach gängiger Definition „nicht länger als 6 Monate“, subakut meint „bis zu einem Jahr“. Alles was

länger als ein Jahr andauert, heißt „chronisch“. Eine weitere begriffliche Unterscheidung aus der HNO-Sicht, die man seitens der psychosomatischen Medizin noch etwas weiterfassen könnte, ist die Frage, ob der Tinnitus kompensiert ist, oder dekompenziert. Mit kompensiert wird gemeint, dass keine relevanten Folgeerkrankungen vorhanden sind. In diesem Zusammenhang wird bei manchen Darstellungen der Begriff des „chronisch komplexen Tinnitus“ genannt, womit ein langanhaltender dekompenzierter Tinnitus gemeint ist.

Für einen akuten Tinnitus kann jede Ohrerkrankung verantwortlich gemacht werden. Eine banale Mittelohrentzündung kann mit einem Tinnitus eingehen. Ein akuter Tinnitus kann z.B., das ist das Wochenend-Alltags-Brot des HNO-Arztes, durch ein akutes Lärmtrauma nach dem Diskothekenbesuch auftreten. Im weiteren Verlauf soll hier aber der chronische Tinnitus besprochen werden.

Ein chronischer Tinnitus kann durch eine ganze Vielzahl von verschiedensten Ohrerkrankungen hervorgerufen werden, bei denen das diagnostische Vorgehen standardisiert ist. Die Richtlinien hierfür sollen hier nicht weiter diskutiert werden. Gleichwohl ist mitunter wichtig, die Frage der „unterlassenen Behandlung“, z.B. bei einem akuten Lärmtrauma. Weitere möglichen Ursachen des subjektiven Tinnitus sind: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Hochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Nierenkrankheiten, neurologische Erkrankungen, auch Störungen der HWS. Gleichwohl wird es jedem deutlich sein, dass bei einer Häufigkeit von 3 Mio. potentiellen Tinnituspatienten in Deutschland und einer Vergesellschaftung mit Bluthochdruck, dem Diabetes über Fettstoffwechselstörungen, eine relativ große Schnittmenge von Betroffenen zu erwarten ist, was dann auch entsprechende Probleme machen kann.

Wenn Patienten ihren Tinnitus im zeitlichen Verlauf aufzeichnen, wird deutlich, dass manche Patienten nur im Intervall Probleme haben. Mancher hat ein Ohrgeräusch nur, wenn er gestresst ist., wenn er Probleme hat oder wenn er schlecht geschlafen hat. Schließlich verschwindet der Tinnitus zwischenzeitlich wieder, kommt dann irgendwann wieder. Es gibt andere Patienten, die nach einem schleichenden Beginn einen Dauerzustand bei den Ohrgeräuschen entwickeln. Es gibt hierbei alle Spielarten. Die Therapie des Tinnitus besteht im Wesentlichen aus Unterstützung in der Bewältigung der Krankheit, auch eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Tinnitusretrainingtherapie zeigt gute Erfolge (Delb et al. 2002, Hesse et al. 2001)), eine kausale Therapie ist ebenso wenig wie die Ursache des idiopathischen Tinnitus bekannt. Wird eine mangelnde Krankheitsbewältigung angenommen, so ist dies z.B. aus den lebensgeschichtlichen Umständen des zu Begutachtenden glaubhaft und nachvollziehbar darzustellen.

Fallbeispiel: Zur Aufnahme in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik erscheint Herr M. 44 Jahre alt, der Patient erscheint vital, aktiv, fester Händedruck, freundlich und zugänglich. Bei der Aufnahme übernimmt Herr M. gleich die Gesprächsführung. Er habe schon gehört von „dieser Tinnitusklinik“, und habe sich jetzt extra zwei Wochen Zeit genommen, damit dieses „Problem angegangen würde“. Er leide schon seit etwa fünf Jahren unter der Symptomatik, anfangs habe das Problem nur vorübergehend bestanden, jetzt seit zwei Jahren bestünde ein hoher Dauerton auf dem rechten Ohr. Der Ton „mache ihn fertig“, er sei vermehrt reizbar und geräuschempfindlich und die Konzentration sei durch das ständige Ohrgeräusch subjektiv vermindert. Er könne nicht mehr als zwei Wochen Zeit investieren, da es in seiner Firma „sonst brenne“. Er sei selbständig, habe eine gutlaufende Anwaltskanzlei mit mehreren Angestellten, er sei verheiratet und habe zwei Söhne im Alter von 12 und 13 Jahren, die beide auf Privatschulen gingen.

Er selber sei ein Self-made-man. Er sei mit sieben Geschwistern in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen, die Eltern hatten einen kleinen Hof bewirtschaftet. Er habe schon früh, wie auch seine Geschwister „mit anpacken müssen.“ Der Erziehungsstil der Eltern war sehr streng gewesen, bis heute würden seine Eltern noch „unermüdlich schaffen“ ohne an sich selbst zu denken. Er habe sich durch Begabtenförderung und harte Arbeit das Studium „erkämpft“ und eine eigene Kanzlei aufgebaut, er sei sehr stolz auf das, was er geschafft habe.

Therapieverlauf: in den Entspannungstherapien tritt der Tinnitus vermehrt auf, Herr M. stellt fest, dass er sich dort überhaupt nicht entspannen kann und verlässt die Gruppe auf eigenen Wunsch entgegen der Empfehlung des behandelnden Therapeuten. In der Gesprächsgruppe langweilt sich der Patient offensichtlich und kann sich wenig in die Situation der Mitpatienten einfühlen. Er neigt dazu pragmatische Vorschläge wie „wirst schon einen anderen finden“ zu machen, als eine Mitpatientin über den plötzlichen Tod des Ehemannes berichtet. Nach Ablauf einer Woche erscheint der Patient eher ungehalten, dass die Tinnitussymptomatik weiter bestehe und der Therapeut ihm noch nicht sagen konnte warum, und was er nun ändern könne. Nach Ablauf der zwei Wochen kann Herr M. nachvollziehen, dass in dieser Zeitperiode keine Verbesserung zu erzielen war. Zur Zeit könne er sich nicht die Zeit nehmen, „das Problem weiter anzugehen, aber vielleicht später einmal.“ Herr M. verlässt mit unveränderten Symptomen die Klinik.

In diesem Fall wird deutlich, dass Herr M. schon früh lernte, eigene Bedürfnisse zu unterdrücken, Möglichkeiten zu spielen hatte er praktisch nie gehabt, sondern musste schon früh Verantwortung übernehmen, was zu Hause anscheinend selbstverständlich war, da die Eltern dieses Modell auch vorlebten. Der Patient erscheint permanent unter Anspannung, kann sich keine Ruhe gönnen und lebt damit das Modell der Eltern weiter. Da auf die Bedürfnisse von Herrn M. nicht eingegangen wurden, als er klein war, fällt es Herrn M. schwer Bedürfnisse nach Ruhe, Faulenzen, „sich mal gehen lassen“ wahrzunehmen, und diese mangelnde Wahrnehmung spiegelt sich auch in dem wenig einfühlsamen Umgang mit anderen wider. Außerdem wird deutlich, dass Herr M. schlecht Verantwortung abgeben kann, er traut den Mitarbeitern nicht zu, dass sie auch ohne ihn sehr gut zurecht kommen können. Die Prognose des Tinnitus erscheint unter den gegebenen Umständen eher schlecht, insbesondere weil Herr M. sich nicht wirklich auf eine Therapie einlassen kann.

Ein weiteres Krankheitsbild das aufgrund der relativ großen Inzidenz von 1:1000 häufig ist der Morbus Meniere. Dieses Krankheitsbild mit dem Symptomtrias anfallsweiser Drehschwindel, meist mit einseitiger Innenohrschwerhörigkeit und Tinnitus wurde zuerst von Prosper Meniere 1861 beschrieben. Organisch findet sich ein endolymphatischer Hydrops. Psychogene Konstellationen werden für die Entstehung des Morbus Meniere diskutiert (Überblick bei van Cruijsen et al. 2003). So nimmt unter Belastung die Anfallshäufigkeit zu, und Anfälle können auch von bestimmten Situationen abhängen. Auch reaktive Beeinträchtigungen bis zu schweren Depressionen werden beschrieben. Reaktiv können auch Symptome wie psychogener Schwindel auftreten, was differentialdiagnostisch beachtet werden muss, damit diese Komplikation entsprechend psychotherapeutisch behandelt werden kann. Erklären lässt sich die Entstehung des psychogenen Schwindel lerntheoretisch: So tritt bei einem Meniere Anfall oft Angst, Panik und das Gefühl von Unsicherheit auf, einhergehend mit vegetativen Symptomen. Diese Gefühle und vegetativen Reaktionen können an ähnliche Reize, die zeitnah mit dem Anfall auftraten, geknüpft werden, so dass gleiche Situationen und später durch Reizgeneralisierung auch nur entfernt ähnliche Situationen Schwindel, Angst, Gefühle der Benommenheit hervorrufen, die wie ein Meniere Anfall erlebt werden. Bei diesen psychogenen Schwindelanfällen fehlen Nystagmus und Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung, (Schaaf et al. 2003 a,b) die Betroffenen können feste Gegenstände fixieren und die Anwesenheit vertrauter Menschen kann das psychogene Schwindelerleben deutlich bessern im Gegensatz zu einem Meniere Anfall. Durch Entspannungsverfahren, Erlernen aktiver Stressbewältigung, Stärkung sozialer Kompetenz, aber auch die Bearbeitung lebensgeschichtlicher Konflikte kann die innere Grundspannung gesenkt werden und damit auch die Anfallshäufigkeit des M. Meniere und psychogener Schwindelanfälle reduzieren (Lamparter 2002).

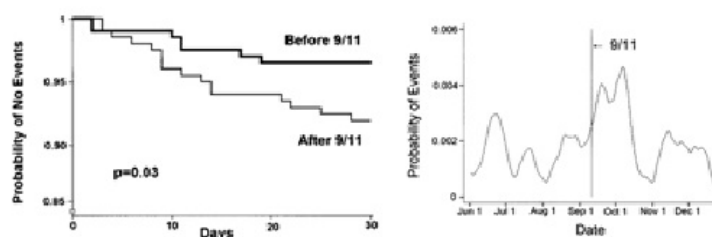
- Facialispause

Innere Medizin

Es werden die jeweiligen Teilgebiete behandelt.

Kardiologie

Bedrohliche Arrhythmien bei Defibrillator-Patienten vor und nach dem 11.9.2001



(Steinberg JS et al., JACC 2004)

Fallbeispiel

Herzneurose (somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems)

Herr Q., ein 65jähriger verheirateter Kaufmann, wurde 10 Jahre bevor er erneut von seiner Hausärztin an die psychosomatische Ambulanz verwiesen wurde, erstmalig stationär psychosomatisch behandelt. Damals klagte er über linksseitige Schmerzen im Brustbereich, verbunden mit einem subjektiven Herzstolpern, das sich bei Belastung verbesserte, und über Befürchtungen, an einer Herzerkrankung zu sterben. Damals fühlte er sich weniger körperlich belastbar, klagte wiederholt über Schweißausbrüche und fühlte sich so elend, daß er überlegte, seinen Beruf als Vertreter für Damenbekleidung aufzugeben. Nach der Krankenhaus- Behandlung, die in eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie mündete, fühlte er sich besser, zwischenzeitlich traten aber immer wieder Phasen körperlicher Beschwerden auf.

Verlauf und Therapie

Die psychosoziale Problematik, die sich hinter den körperlichen Beschwerden verbarg, ließ sich folgendermaßen zusammenfassen: Der Patient beschrieb seine etwa 10 Jahre jüngere Ehefrau als eher kühl und zurückhaltend, sehr auf sich selbst bedacht. Die Ehefrau habe sein berufliches Engagement nie nachvollziehen können. Sie selbst habe sich von ihrer beruflichen Tätigkeit ganz zurückgezogen. Die Entscheidung, die er vor etwa 10 Jahren getroffen hatte, sich selbständig zu machen, habe sie nicht mitgetragen. Auch seine beiden Töchter erlebte er nun eher so wie seine Frau, fühlte sich in der Familie isoliert. Der nun aktuellen Verschlechterung, die Anlaß zu einer Vorstellung in unserer Ambulanz war, lag die Entscheidung zugrunde, sich aus dem Geschäftsleben zurückzuziehen, was zu einer Verdichtung eines Konfliktes führte. Die Ehefrau hatte über viele Jahre den Wunsch gehabt, nach der Geschäftsaufgabe, in die nahegelegene Großstadt zu ziehen, um dort die kulturellen Möglichkeiten mehr in Anspruch nehmen zu können. Der Patient hatte von seinen Eltern einen großen Garten in einer anderen Region Deutschlands geerbt und hatte den Traum, sich nach seiner Pensionierung dorthin zurückzuziehen, fand aber von seiner Frau diesbezüglich keine Unterstützung. Während der Psychotherapie fiel es ihm zunehmend leichter, seine Interessen zum Ausdruck zu bringen; er konnte die Entscheidung treffen, für eine begrenzte Zeit in seine alte Heimat überzusiedeln; dort hatte er noch einige alte Freunde. Erleichtert wurde ihm dies, da seine Töchter ebenfalls in andere Regionen zogen. Die Frau entschied sich in der Großstadt eine kleine Wohnung zu nehmen. Die Ehe wurde nicht geschieden; beide Partner genossen das unabhängigere Leben und besuchten sich gegenseitig.

Gastroenterologie

Fallbeispiel

Reizmagen (somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts)

Herr O., ein 63jähriger, verheirateter kaufmännischer Angestellter wurde von der medizinischen Klinik an die psychosomatische Ambulanz überwiesen. Er beklagte seit vielen Jahren in unterschiedlicher Ausprägung auftretende linksseitige Oberbauchschmerzen, die plötzlich begannen und dann mehrere Tage anhielten, verbunden mit einem ausgeprägten Völlegefühl und einer leichten Übelkeit. Wiederholte körperliche Durchuntersuchungen hatten keine krankhaften Befunde ergeben. Dem Patienten selbst war es zunächst unerklärlich, welche Faktoren im Zusammenhang mit seinen Beschwerden gebracht werden konnten, er fühlte sich rundum zufrieden. Nachdem ihn die Beschwerden nun viele Jahre gequält hatten, bemerkte er dann eine Lebensphase, in der Beschwerden wie weggeblasen waren.

Verlauf und Therapie

Rückblickend konnte er für sich feststellen, daß er seine Symptome in Zusammenhang mit der Ehe seiner Tochter bringen konnte, die einen Partner gewählt hatte, mit dem der Patient überhaupt nicht einverstanden gewesen war. Als die Ehe scheiterte und sich seine Tochter scheiden ließ, verschwanden auch die Beschwerden. Rückblickend konnte der Patient berichten, daß die Beschwerden immer dann auftraten, wenn ein Besuch des Schwiegersohns ins Haus stand.

Fallbeispiel

Reizdarm (somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltrakts)

Frau P., eine 38jährige, ehemalige Friseurin wurde von einem auswärtigen Kreis Krankenhaus mit dem Verdacht auf einen Tumor oder eine schwere Entzündung im Bereich des Enddarmes in die medizinische Universitätsklinik verlegt. Auswärts wurde bei einer Röntgenuntersuchung des Darms mit Kontrastmittel im Bereich des Enddarms eine deutliche Enge nachgewiesen. Bei der nun durchgeführten Darmspiegelung zeigte sich eine ausgeprägte Verkrampfung des Enddarmes. Die Patientin berichtete folgende Krankengeschichte: Sie habe bereits seit über neun Jahren etwa jede Woche bis etwa einmal im Quartal einen schweren Unterleibskrampf, mit so starken Schmerzen, daß sie sich hinlegen müsse, dabei auch stark schwitze und sich kaum rühren könne. Wenn sie Wärme anwende, würden die Beschwerden im Laufe von Stunden besser werden, insbesondere auch wenn sie krampflösende Zäpfchen einsetze. Die zeitweise auftretenden Beschwerden schränkten sie sehr ein, so daß ihr Ehemann sie bereits vor Jahren überzeugen konnte, ihre Berufstätigkeit, die ihr sehr viel Spaß gemacht habe, aufzugeben. Vor vier Jahren sei es dann im Zusammenhang mit den Unterbauchschmerzen zu einer schwerwiegenden Komplikation gekommen. Zunächst habe man in einer Episode besonders ausgeprägter Schmerzen eine gynäkologische Erkrankung vermutet. Es mußte sogar eine Notfalloperation durchgeführt werden, bei der dann ein geplatzter Darm gefunden worden sei. (Med.: eine perforierte Divertikulitis). Seitdem habe sie immer wieder Angst, daß der Darm „platzen“ könne.

Verlauf und Therapie

Eine ausführliche biographische Anamnese ergab weitere wichtige Belastungsfaktoren. Die Patientin hatte im Alter von etwa 12 Jahren ihre Mutter nach einem langen Unterleibskrebsleiden verloren, danach fühlte sie sich intensiv für die Erziehung ihrer beiden jüngeren Schwestern mitverantwortlich. Sie heiratete früh; die Eheleute entschlossen sich zunächst beide auf die Berufstätigkeit zu konzentrieren, um sich einen höheren Lebensstandard zu ermöglichen. Im Alter von 30 Jahren brachte die Patientin dann ihre Tochter zur Welt. Diese litt weniger Tage nach der Geburt an einer schweren Blutvergiftung mit einer Entzündung des Gehirns, die zwar behandelt werden konnte, in deren Folge sich jedoch ein Krampfleiden einstellte, das immer noch besteht. Die Patientin war zunächst sehr ehrgeizig und versuchte ihre Tochter sehr zu fördern, mußte dann aber in der Grundschule erkennen, daß das Kind nicht so leistungsfähig war wie Gleichaltrige. Die Zunahme der Beschwerden war in Zusammenhang zu bringen mit der Situation, in der die Alterskameradinnen der Tochter sich für einen Gymnasiumsübertritt entschieden und die Patientin akzeptieren mußte, daß ihre Tochter keine höhere Schule besuchen konnte.

Die Gespräche empfand die Patientin als eine große Entlastung, in Paargesprächen konnte der Ehemann deutlich machen, daß er vermehrt Verantwortung für die Erziehung der Tochter übernehmen wollte. Die Patientin kehrte halbtags in ihren Beruf zurück, die Beschwerdephasen wurden deutlich weniger.

Fallbeispiel

Somatisierungsstörung, chronische Cholangitis (Gallenwegsentzündung)

Frau A., eine 36jährige Patientin, litt ab ihrem 20. Lebensjahr immer wieder unter teilweise krampfartigen Oberbauchschmerzen. Als Ursache wurde eine Gallenkolik vermutet und schließlich eine Spiegelung der Gallengänge durchgeführt. Hierbei wurde wie bei einer Magenspiegelung zunächst ein Endoskop (Glasfaserkabel, mit dem der Arzt in Körperhöhlen hineinschauen kann) in den Zwölffingerdarm eingeführt. Von dort aus wurde dann mit einer kleinen Sonde der Gang dargestellt, über den die Gallenflüssigkeit und der Saft der Bauchspeicheldrüse in den Zwölffingerdarm geleitet werden. Das Untersuchungsergebnis war unauffällig. In den folgenden Jahren suchte die Patientin nun „immer kompetentere“ Spezialisten, zuletzt Fachabteilungen in Universitätskliniken auf, um eine Ursache für ihre Beschwerden zu finden. Dort wurde die gleiche Untersuchung noch zweimal durchgeführt, einmal mit der Hintergedanken, die Kollegen könnten zuvor etwas übersehen haben, und dann noch einmal nach einem Jahr, um nachzukontrollieren, denn es hätte sich inzwischen ja etwas verändert haben können. Wiederum waren die Untersuchungsergebnisse unauffällig. Weitere Wiederholungen der Untersuchung wurden trotz Drängen der Patientin zunächst abgelehnt. Aus ihrer Angst heraus, daß bei den Untersuchungen etwas übersehen worden wäre, oder daß inzwischen doch eine krankhafte Veränderung an Galle oder Bauchspeicheldrüse aufgetreten sein, suchte die Patientin nun andere Spezialisten auf und sagte ihnen nichts mehr von den zuvor durchgeführten Untersuchungen. Sie wollte hiermit eine erneute Untersuchung erreichen und hatte auch Erfolg, da die nachbehandelnden Ärzte keine Chance hatten, etwas über die zuvor durchgeführten Untersuchungen zu erfahren (in Deutschland gibt es aus Datenschutzgründen keine entsprechende zentrale Kartei). So wurde bei dieser Patientin insgesamt zehnmal eine Sonde in die Gallen- und Bauspeicheldrüsengänge eingeführt. Dieser Eingriff beschädigt jedoch das körpereigene Schutzsystem gegen das Eindringen von Darmbakterien in

diese Gänge. Dieses Schutzsystem beruht darauf, daß die Bewegung nur in Richtung Darm und nicht umgekehrt läuft. Durch das wiederholte Einführen der Sonde wurde die Mündungsstelle des Ganges in den Darm erweitert und schließlich wurden Bakterien in die Gallenwege verschleppt. Es kam zu einer chronischen Entzündung. Bei dieser Patientin kam es also schließlich zu einer körperlichen Erkrankung als Folge der wiederholt durchgeführten Untersuchungen.

Sind Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen auch psychisch krank?

Auch über ein halbes Jahrhundert nach den Erstbeschreibungen der beiden wichtigsten Typen der chronischen entzündlichen Darmerkrankungen, dem Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa, ist die Ursache dieser Krankheiten noch unklar. In den fünfziger Jahren hatte man insbesondere bei Patienten mit Colitis ulcerosa den Eindruck, daß diese Patienten bestimmte psychische Aspekte häufiger zu haben schienen. So zählte die Colitis ulcerosa in den 50er und 60er Jahren zu den 7 klassischen psychosomatischen Erkrankungen. Es sollten Patienten mit typischen Persönlichkeitszügen oder bestimmten Charakteren sein.

Diese Ansichten sind aus wissenschaftlicher Sicht in der Form nicht begründet. Es kann also nicht angenommen werden, dass Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen im Vergleich zu anderen Personen besonders von im Folgenden beschriebenen seelischen Konflikten oder Entwicklungsverhältnissen betroffen sind.

Für den einzelnen mag es jedoch trotzdem ganz interessant sein, einmal nachzudenken, ob die eine oder andere Aussage auf ihn zutreffen könnte, weil gerade die aufgeführten Probleme in einer Psychotherapie gut bearbeitet werden könnten. Auch wenn der Laie auf den ersten Blick den Eindruck haben könnte, „da könnte man sowieso nichts machen“, ist es gerade die Psychotherapie ist, die eben in diesen Situationen, die zunächst aussichtslos festgefahren oder unveränderbar erscheinen, eine Veränderung bewirkt, die dazu beiträgt, dass sich die Lebensumstände des Einzelnen tatsächlich verbessern.

In diesem Sinne fanden sich also unter den Colitis Patienten gehäuft

Menschen, die sich eher als andere zurückzogen, evtl. um nicht erleben zu müssen, von anderen abgewiesen zu werden,

oder

Menschen, die kaum aggressive Gefühle zulassen und zeigen konnten;

auch

eine starke Abhängigkeit von einer häufig als fordernd und herrschend beschriebenen Mutter wurde beobachtet.

Eine weitere wichtige Kategorie waren

Überforderungsgefühle.

Wissenschaftlich besser kontrollierte Studien aus neuerer Zeit zeigten bei den

Persönlichkeitsmerkmalen, die während eines Schubes durchaus verändert sein können:

Depressivität

Unterdrückung von Aggressionen

emotionale Labilität,

keine Auffälligkeiten während eines beschwerdefreien Intervalls und keine auffälligen Unterschiede zu Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Herzkrankheiten, Bluthochdruck).

Auch Patienten mit einem Morbus Crohn fühlen sich während eines Schubes eher überfordert als in beschwerdefreien Zeiträumen. Crohn-Patienten können anscheinend

Gefühle schlechter ausdrücken als andere chronisch internistisch Kranke,

neigen mehr zu Kontrollverhalten und Ordentlichkeit,

sind

abhängiger von Beziehungen

und haben

eine Tendenz, ihre Symptome und die dadurch erlebten Einschränkungen deutlicher darzustellen.

Colitis ulcerosa Patienten unterscheiden sich ansonsten aus psychologischer Sicht nicht von der Allgemeinbevölkerung.

Auch Crohn-Patienten haben auf psychologischer Ebene keine Besonderheiten im Vergleich mit anderen körperlich Kranken. Man kann aber verschiedenen Typen von Crohn Patienten voneinander abgrenzen. Zwei Hauptgruppen sind:

Patienten, die ein die Krankheit verleugnendes, unabhängiges Verhalten zeigen, aber eigentlich doch sehr abhängig von ihren relevanten Bezugspersonen sind (pseudounabhängig)

Patienten, bei denen die vermehrte Abhängigkeit offensichtlich ist, und die Schwierigkeiten beim Zeigen aggressiver Gefühlsregungen haben

Diese beiden letzten Patientengruppen können besonders von einer Psychotherapie profitieren.

Verursachen psychische und / oder soziale Faktoren entzündliche Darmerkrankungen?

Colitis ulcerosa Patienten berichten während eines Schubes rückblickend gehäuft über lebensbelastende Ereignisse, die im Vorfeld des Schubes aufgetreten seien, als sie dies im beschwerdefreien Intervall tun. In Studien, die sozusagen „vorausschauend“ die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen als Belastungsfaktoren kontrollieren, fand sich kein Hinweis dafür, dass belastende Situationen tatsächlich einen Schub auslösen können. Wichtig ist aber hier ebenfalls das individuelle Erleben der Patienten.

Zunächst hatten Wissenschaftler den Eindruck, dass bei Patienten mit Colitis ulcerosa den Schüben belastende Ereignisse vorausgingen. Besonders häufig waren Trennungserlebnisse oder Befürchtungen von bevorstehenden Trennungen, die sich nicht unbedingt in der Realität abgespielt haben mussten. Den Patienten schien es also schwerzufallen, sich aus einer engen Beziehung zu lösen. Das Gefühl, zwischen zwei Parteien zu sitzen („in between“-Situationen), wurde ebenfalls häufiger beobachtet.

Bei Crohn-Patienten fiel auf, dass diese häufiger in der Stadt als auf dem Land leben, und dass die Krankheit insgesamt in den letzten Jahrzehnten häufiger zu beobachten ist. Menschen, die den gehobeneren Schichten entstammen, sind häufiger betroffen.

Kann eine Psychotherapie die medikamentöse Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen ersetzen?

Im akuten Schub ist eine medikamentöse Behandlung einer entzündlichen Darmerkrankung unerlässlich. Eingesetzt werden Salicylpräparate, Kortison, Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen, manchmal auch Antibiotika. Häufig ist eine Infusionsbehandlung notwendig, um die Versorgung mit Flüssigkeit, Energieträgern, Vitaminen und Spurenelementen zu gewährleisten. Auch eine spezielle Ernährung (Astronautenkost) kann erforderlich sein.

Auch im beschwerdefreien Intervall kann es der behandelnde Arzt für sinnvoll erachten, die medikamentöse Behandlung weiterzuführen. Auf eine genaue Erklärung der medikamentösen Behandlungsweise muss hier in der Kürze wegen verzichtet werden.

Eine Psychotherapie kann aber durchaus auch zu einer Verkürzung der Schübe und Verlängerung der beschwerdefreien Intervalle beitragen, evtl. kann eine Medikamentenreduktion nach Absprache mit dem behandelnden Gastroenterologen erfolgen.

Zusammenfassung:

Es gibt keine sicheren Hinweise, dass psychische Ursachen der Entstehung einer entzündlichen Darmerkrankung zugrunde liegen. Entzündliche Darmerkrankungen müssen daher in Abhängigkeit von der Ausprägung und der Dauer mit Medikamenten oder Operationen behandelt werden. Zusätzlich kann die Belastung durch die Erkrankung oder eine daneben bestehende psychische Störung, die möglicherweise durch das Vorliegen der körperlichen chronischen Erkrankung zum Ausbruch kam oder verstärkt wurde, eine psychotherapeutische Behandlung notwendig sein, die individuell auf die Persönlichkeit und das jeweilige Problem des einzelnen Patienten abgestimmt sein muss. Ziel dieser Behandlungen ist die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung und damit ein günstiger Verlauf.

Treten affektive Störungen (Depression / Ängstlichkeit) bei entzündlichen Erkrankungen vermehrt auf?

Zur Koppelung von psychischen und körperlichen Vorgängen - Neurobiologische und psychosoziale Wechselwirkungen

Depressive Symptome sind häufig verknüpft mit Stoffwechselveränderungen im Gehirn (neurobiologischer Regelkreis). Dies erklärt auch die Wirksamkeit von antidepressiven Medikamenten bei Depressionen. Ein Modell, das psychosoziale und neurobiologische Einflußfaktoren einbezieht, ist das Kindling-Modell: Belastende Lebensereignisse können neurobiologische Hirnreaktionen auslösen (z.B. die vermehrte Ausschüttung des Stresshormons Cortisol), die, wenn sie einmal begonnen haben, selbständig auch ohne Anlaß weiterlaufen und neurobiologische Regelkreise verstärken, die dann für sich wiederum depressive Symptome bedingen. Ein genetischer Faktor kann zu diesen neurobiologischen Überempfindlichkeiten gegenüber psychosozialen Belastungen beitragen. Auch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften (z.B. vermehrte Langeweile oder vermehrte Ängstlichkeit) können den Beginn einer solchen Wechselwirkung bedingen mit bereits in der Kindheit erworbenen oder vererbten biologischen Faktoren.

Durch häufige derartige Abläufe werden im Gehirn neurobiologische Mechanismen begünstigt, die schließlich auch spontan und immer schneller zu anhaltenden depressiven Zuständen führen. Mit diesem Modell können viele Depressionen sowohl soziopsychologisch als auch neurobiologisch begründet werden. Es erklärt, warum manche zunächst durch einen Anlass ausgelösten Depressionen, z.B. im Zusammenhang mit einem Schub einer entzündlichen Darmerkrankung, ab einem bestimmten Zeitpunkt nur medikamentös (also auf neurobiologischer Ebene) behandelt werden können.

Psychische Symptome als Folge von Medikamenten

Häufig taucht die Befürchtung auf, daß Medikamente, die in der Therapie von entzündlichen Darmerkrankungen eingesetzt werden, psychische Nebenwirkungen verursachen könnten.

Zusammenfassend kann die Frage wie folgt beantwortet werden:

Steroide (Corticoide) können bei manchen Patienten, also in sehr seltenen Fällen, wenn sie „systemisch“, also als Tabletten oder Spritzen eingesetzt werden, plötzliche psychische Störungen hervorrufen, die aufgrund der neurobiologischen Wechselwirkungen und Regelkreise entstehen. In praktisch allen Fällen werden diese Symptome in den ersten Wochen, wenn die Dosis noch am höchsten ist, beobachtet. In diesen Situationen ist es jedoch in der Regel so, daß sowieso eine engmaschige ärztliche Kontrolle besteht, so daß man keine Gefahr läuft, daß diese Symptome, die sich nach Absetzen der Medikation wieder zurückbilden, übersehen werden. Ist aufgrund der Erkrankung eine weitere Behandlung mit dem Steroid notwendig, können Psychopharmaka gegeben werden, die die psychischen Symptome beseitigen oder zumindest lindern. Zum Einsatz kommen bei der medikamentösen Behandlung von entzündlichen Darmerkrankungen auch sogenannte Immunsuppressiva (z.B. Azathioprin oder 6-Merkaptopurin oder auch Cyclosporin A) und Purinabkömmlinge. Hier sind diese Nebenwirkungen im Sinne von psychischen Störungen nicht beschrieben.

Kann Psychotherapie bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen einen Schub auslösen?

Häufig wird, auch von Ärzten, der Standpunkt vertreten, daß Patienten, die nun in einem beschwerdefreien Intervall sind, sich nicht zu intensiv mit ihren psychischen und sozialen Problemen auseinandersetzen sollten, da dies einen neuen Krankheitsschub auslösen könnte. Patienten tendieren deshalb häufig dazu, sich in einer symptomfreien Phase zu schonen. Da sie oft selbst von der Beobachtung berichten, daß seelischer Stress eine Verschlechterung bedingt habe, scheint dies zunächst auch verständlich.

Von wissenschaftlicher Seite liegt dagegen aber eine Vielzahl von Untersuchungen vor, die diese Aussage nicht stützen. Schübe entzündlicher Darmerkrankungen konnten durch Stressexperimente nicht ausgelöst werden.

(Quelle Falk Foundation: Seelisches Erleben bei chron. Entzündlichen Darmerkrankungen)

Rheumatologie

Fallbeispiel

Fibromyalgie- Syndrom

Frau C., eine 39jährige, verheiratete Hausfrau, litt seit über 7 Jahren unter Schmerzen in wechselnder Ausprägung, die vor allem im Bereich der Schultern, der Lende, aber auch unterhalb beider Knie und im Bereich des Nackens sowie an den Ellenbogen auftraten. Eigentlich waren sowohl die Innen- als auch die Außenseiten aller Gelenke ab und zu betroffen. Daneben bestanden seit Jahren chronische Schlafstörungen. Es fiel der Patientin immer schwerer, die notwendigen Hausarbeiten und die Erziehung ihrer beiden Kinder zu bewältigen. Auch die Arbeit in der Nebenerwerbs- Landwirtschaft der Familie fiel ihr immer schwerer. Sie hatte bereits eine Vielzahl von medikamentösen Behandlungen hinter sich gebracht und schon verschiedenste Ärzte aufgesucht, ohne daß es zu einem befriedigenden Erfolg gekommen war. Die Patientin wurde dann von ihren Hausarzt zu einer erneuten Abklärung in die Orthopädische Klinik einer Universität überwiesen. Diese stellte Frau B. schließlich konsiliarisch in der Psychosomatischen Ambulanz vor.

Verlauf und Therapie

Die Lebensgeschichte von Frau C. war gekennzeichnet durch den frühen Verlust der Mutter, die an einer Tumorerkrankung verstorben war. Deshalb mußte sich Frau C. bereits in ihrer Kindheit vermehrt für ihre jüngeren Geschwister einsetzen und diese beaufsichtigen. Sie heiratete früh und zog auf den Bauernhof des Ehemannes. Sie hatte deshalb Schuldgefühle, die Geschwister und den Vater im Stich gelassen zu haben. Der Bauernhof ihrer Eltern war dann an ihren jüngeren Bruder vererbt worden, sie selbst ging leer aus, was möglicherweise eine zusätzliche Enttäuschung bedingte. Dies geschah unmittelbar vor der letzten Verstärkung der Beschwerden. Zusätzlich wurde die Lebenssituation von Frau C. dadurch erschwert, daß der Ehemann genau zu diesem Zeitpunkt seinen Arbeitsplatz verloren hatte und die Familie vor finanziellen Problemen stand. In der Behandlung gelang es der Patientin zu entdecken, daß sie trotz aller Widrigkeiten auf ihr Lebensleistung stolz sein konnte, und das es keinen Grund gab, an Schuldgefühlen zu leiden. Ihr gestärktes Selbstbewußtsein führte dazu, daß sie sich eine Aushilfstätigkeit suchen konnte, die ihr neben dem finanziellen Gewinn und dem Gefühl nun auch etwas zum Familienunterhalt beisteuern zu können, Freude bereitete. Durch die neuen Kontakte war es ihr auch möglich, die Produkte, die die Landwirtschaft abwarf, besser zu verkaufen, was zu einer Stabilisierung der Einkommenssituation führte.

Das häufigste Krankheitsbild ist die Fibromyalgie (Synonyma: generalisierte Tendomyopathie, generalisierte Tendomyalgie, polytope Insertionstendopathie, obsolet Fibrositis) ist ein klinischer Symptomkomplex bestehend aus:

chronischen polytopen Schmerzen im Bewegungsapparat, vorzugsweise im Bereich der Muskulatur und der Muskel-Sehnen Ansätze

multiplen autonomen Funktionsstörungen, sowie

psychischen Auffälligkeiten (vgl. Pongratz et al 2001)

Die Diagnose der primären Fibromyalgie bzw. des Fibromyalgiesyndroms (FMS) wird nach den Klassifikationskriterien des „American College of Rheumatology“ (Wolfe et al 1990) gestellt.

Im Vordergrund stehen starke Schmerzen vor allem der Muskulatur und der Sehnenansätze. Häufig wird der Schmerz als großflächig und fließend beschrieben.

Neben dem Kardinalsymptom, generalisierter Schmerz (gesamte linke oder rechte Körperhälfte, Schmerzen unter- und oberhalb der Taille, Schmerzen im Bereich der vorderen Thoraxwand, sowie der Halswirbelsäule oder Rückenwirbelsäule), müssen mindestens 11 von 18 Druckpunkten (9 auf jeder Körperhälfte) auf Fingerdruck, den so genannten „tender points“ an folgenden Regionen schmerzhaft sein:

Occipital	Bilateral, an den suboccipitalen Muskelansätzen
Cervical	Bilateral, vorderer Intertransversalspalt C5-C7
M. trapezius	Bilateral, freier oberer Rand
M. Suprascapularis	Bilateral, Ursprung der Scapula
2. Rippe	Bilateral, Knorpel und Knochengrenze
Epicondylus Lateralis	Bilateral, 2 cm distal des Epicondylus lateralis
Gluteal	Bilateral, oberer äußerer Quadrant
Trochanter major	Bilateral, dorsal der Trochanterspitze
Knie	Bilateral, distal des medialen Gelenkspaltes

Schwieriger als die Klassifikationskriterien für die Fibromyalgie sind die diagnostischen Kriterien, wobei in Deutschland vor allem die von Müller und Lautschläger (vgl. Pongratz et al 2001)

Verwendung finden:

- spontane Schmerzen in der Muskulatur, im Verlauf von Sehnen und Sehnenansätzen mit typischer stammnaher Lokalisation, die über mindestens drei Monate in drei verschiedenen Regionen vorhanden sind.

- Druckschmerzhaftigkeit an mindestens der Hälfte der typischen Schmerzpunkte

- Begleitende vegetative und funktionelle Symptome inkl. Schlafstörungen

- Psychopathologischen Befunde (seelische und Verhaltensauffälligkeiten)

- Normale Befunde der gängigen Laboruntersuchungen

Bewertung: Für die Diagnose der Fibromyalgie sollen mindestens je drei der folgenden vegetativen Symptome und funktionellen Störungen nachweisbar sein:

Vegetative Symptome

- kalte Akren (Hände)

- trockener Mund

- Hyperhidrosis (Hände)

- Dermographismus

- Orthostatische Beschwerden (lage- und lagewechselabhängiger Schwindel)

- Respiratorische Arrhythmie

- Tremor (Hände)

Funktionelle Störungen

- Schlafstörungen

- Gastrointestinale Beschwerden (Obstipation, Diarrhoe)

- Globusgefühl

- Funktionelle Atembeschwerden

- Par-(Dys-)ästhesien

- Funktionelle kardiale Beschwerden

- Dysurie und/oder Dysmenorrhoe

Eine Vielzahl von Zusatzkriterien ist von den unterschiedlichsten Autoren beschrieben worden. Die häufigsten sind Schlafstörungen (Modolfsky et al 1975, Harding 1998), Atem-, Herz- und Kreislaufbeschwerden, gastrointestinale und gynäkologische Beschwerden (Ostensen et al 1997) und eine Reihe psychiatrischer Komorbiditäten (Goldenberg 1989, Boissevian et al 1991, Rüger et al 1994).

Eine immer wieder zu beobachtende Beziehung besteht zwischen dem Nachtschlaf und der Fibromyalgie. Patienten mit Fibromyalgie schlafen meist schlecht oder aber sie wachen morgens auf und fühlen sich wie „gerädert“ (Aussage einer meiner Patienten). Darüber hinaus kann man umgekehrt eine Fibromyalgie bei Probanden durch Schlafentzug geradezu hervorrufen. Eine noch weitgehend unerforschte Funktion des Schlafes bei der Entspannung der Muskulatur und dem psychischen Schmerzerleben scheint daher vor einer Fibromyalgie zu schützen.

Epidemiologischen Studien verschiedener Länder zu Folge liegt die Fibromyalgie Prävalenz in der Gesamtbevölkerung zwischen einem Prozent und vier Prozent (Wolfe et al 1995, Raspe et al 1993). Frauen sind vier bis achtmal häufiger betroffen als Männer. Der Grund hierfür wird von Clauw & Chrousos (1997) darin gesehen, dass Frauen ein generell höheres Druck- und Schmerzempfinden haben, als Männer. Eine auf Druckschmerzhaftigkeit basierende Diagnosestellung, wie es bei der Fibromyalgie der Fall ist zeigt eine höhere Anfälligkeit. Die Prävalenz jedoch für generalisierten Schmerz (als Kardinalsymptom für Fibromyalgie) liegt bei Frauen nur 1,5 Mal höher als bei Männern. Mit steigendem Alter steigt auch die Prävalenz der Erkrankung. Nach Goldenberg (1999) leiden sieben Prozent der Frauen zwischen 60 bis 79 am Fibromyalgiesyndrom. Nach der Osteoarthritis stellt daher die Fibromyalgie die am zweit häufigsten gestellte Diagnose in Rheumatologischen Kliniken dar.

Diagnose nach ICD10

Schwierig gestaltet sich die psychiatrische Differenzialdiagnose: Unter den somatoformen Störungen wird im ICD 10 unter F45.4 die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beschrieben, wobei bei Schmerzen aufgrund bekannter medizinischer Krankheitsfaktoren oder auch nur aufgrund der anatomischen Lokalisation eine Zusatzkodierung durchgeführt werden soll. Damit ist das derzeit noch bestehende Dilemma in der nosologischen Bewertung der Fibromyalgie deutlich, wobei nach Ansicht von Pongratz et al die klare Akzentuierung des Muskelschmerzes in bestimmten anatomischen Strukturen eher für einen medizinischen Krankheitsfaktor, eine generalisierte Schmerzhaftigkeit im Bewegungsapparat eher für eine primär somatoforme Störung sprechen.

Die meist deutliche Erhöhung „von Substanz P im Liquor“ läßt in jedem Fall die Fibromyalgie auch im Formenkreis psychiatrischer Krankheitsbilder eine Sonderstellung einnehmen, welche sie biochemisch von anderen chronischen Schmerzkrankheiten und auch von der Depression abgrenzt. (vgl. Pongratz et al 2001)

Die für die Diagnosestellung der Fibromyalgie geforderten ACR-Kriterien, insbesondere die so genannten „tender points“, unterliegen einer kontroversen Diskussion. Clauw und Chrousos (1997) zeigen, dass Fibromyalgieerkrankte älteren Studien zu Folge die Druckschmerzhaftigkeit nur an einigen speziell genannten Punkten aufweisen. Neueren Arbeiten zu Folge zeigt sich aber, dass der Druckschmerz keinesfalls sich auf die „tender points“ alleine beschränken lässt. Fibromyalgie ist eine auf den ganzen Körper vorhandene Schmerzempfindlichkeit. Diese ist wiederum von vielen Variablen abhängig: weibliches Geschlecht, höheres Alter, geringe sportliche Fitness, hohe Stressbelastung und Stimmungsstörungen. Diese Faktoren prädisponieren zu einer erhöhten Hautdruckempfindlichkeit. Ungeachtet dieser Probleme geben Clauw und Chrousos (1997) zu bedenken, dass sich die ACR-Kriterien nach extensiver Testung als am spezifischsten herausstellte.

Psychologische, psychiatrische und soziale Aspekte

Die Fibromyalgie zeichnet sich durch eine Reihe psychiatrischer Komorbiditäten aus. Offensichtlich gibt es einige Überlappungen mit anderen Störungen, wie dem Chronic Fatigue Syndrome, dem Colon irritabile, dem prämenstruellen Syndrom, Migräne und Spannungskopfschmerz. Besonders die Symptome Müdigkeit, Schlafstörung, und kognitive Einbußen deuten auf eine gewisse Verbindung zur Depression hin. 50%-70% (Goldenberg 1999) bzw. 20%-86% mit einem Median von 58% (Wolfe und Hawley 1998) der Fibromyalgiepatienten berichten anamnestic über mindestens eine depressive Episode. Fibromyalgiepatienten liegen daher konsistent höher als an anderen rheumatischen Erkrankungen leidende und gesunde Kontrollpersonen. 18%-36% leiden an einer aktuellen major depression (Goldenberg 1999).

Wolfe, der Erstautor der Fibromyalgie Diagnosekriterien des American College of Rheumatology von 1990 geht so weit, daß das Hauptproblem bei Fibromyalgieerkrankten Somatisierung und unangemessenes Schmerzverhalten auf dem Hintergrund einer signifikanten psychosozialen Dysfunktion darstellt (Bennett 1998).

Pneumologie

Fallbeispiel

Hyperventilations- Syndrom

(somatoforme autonom Funktionsstörung des respiratorischen Systems),
generalisierte Angststörung

Frau R., eine 45jährige Hausfrau klagte seit vielen Jahren über fast täglich auftretende Kribbelgefühle und manchmal auch ausgeprägte Krampfzustände der Arme in der klassischen Weise. Sie kannte den Mechanismus des Hyperventilations- Syndroms und konnte, wenn sie unter seelischen Druck geriet, dem Vorgang selbständig entgegenwirken. Der Ehemann von Frau R. berichtete, einen Hyperventilations- Anfall zum erstenmal kurz vor der Eheschließung miterlebt zu haben, als er mit seiner Frau die Hochzeitsreise besprochen hatte und diese sich ein anderes Ziel wünschte als er. Er selbst habe den Eindruck, daß sie immer dann mit solchen Anfällen reagiere, wenn es um Auseinandersetzungen im familiären Leben gehe und die Patientin das Gefühl habe, das was um sie herum passiere, nicht mehr kontrollieren zu können.

Verlauf und Therapie

In einer Paartherapie konnte die Patientin lernen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Sie erlebte, daß sie sich genauso mit Worten durchsetzen konnte, daß es aber andererseits auch notwendig war, in der Partnerschaft Kompromisse einzugehen und die Bedürfnisse des anderen nicht zu übergehen. Dies führte letztlich zu einer zufriedenstellenden Beziehung.

Lebenslang hat der Vorgang der Atmung eine hohe emotionale und symbolische Bedeutung und ist untrennbar an zahllose Gefühlsäußerungen wie Lachen oder Weinen gekoppelt.

Nicht nur die Eingliederung des Asthma bronchiale in die holy seven der Psychosomatosen nach Alexander, der von einem spezifischen zugrunde liegenden Konflikt ausging, zeugt vom Stellenwert psychosomatischer Ansätze in der Pneumologie; auch im klinischen Alltag finden sich zahlreiche psychosomatisch modulierte Störungsbilder.

Neben dem Asthma bronchiale, dem als Thema zahlreicher psychosomatischer Forschungsarbeiten in den meisten Lehrbüchern ein eigenes Kapitel eingeräumt wird sind zahlreiche weitere Störungsbilder von Bedeutung.

Das psychosomatische Interesse gilt hier meist funktionellen Störungen, die sich durch eine überwiegend unauffällige oder zumindest ätiologisch nicht eindeutige somatische Diagnostik auszeichnen und deren neurobiologische Basis noch Stand der Forschung ist. Hierzu zählen beispielsweise die somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen Systems, Einzelsymptome außerhalb der ICD-10-Diagnostik wie psychogener Husten oder psychogenes Niesen sowie die vocal cord dysfunction (VCS), bei der die Gewichtung psychogener und somatischer Faktoren noch nicht endgültig zu beurteilen ist.

Aber auch bei einer Reihe klassisch pneumologischer Erkrankungen spielen psychosomatische Aspekte eine entscheidende Rolle, deren Berücksichtigung den Krankheitsverlauf für Arzt und Patient in gewinnbringender Weise verändern kann: Obwohl die somatogene Basis des Asthma bronchiale als gesichert gelten kann und zur Entwicklung wichtiger diagnostischer und therapeutischer Strategien geführt hat, haben viele Untersuchungen den biopsychosozialen, also multifaktoriellen Charakter dieser epidemiologisch bedeutsamen Erkrankung hervorgehoben. Auch bei anderen überwiegend chronischen Krankheitsverläufen wie Tumorerkrankungen oder Lungentransplantationen ist die psychosomatische Komponente als krankheitsmodulierender Faktor zu berücksichtigen.

Funktionelle Störungen des Atmungssystems

Somatoforme autonome Funktionsstörung

Die funktionellen Störungen sind mit einer Prävalenz von 16% in der Allgemeinarztpraxis und 18% bei stationär internistisch behandelten Patienten (de Waal 2004, Fink 2004) häufige Krankheitsbilder und werden in der ICD-10-Klassifikation unter die somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.33) subsumiert. Mit eingeschlossen werden hier auch der psychogene Husten sowie die psychogene Hyperventilation.

Patienten mit funktionellen Störungen klagen neben unspezifischen, auf das Atmungssystem bezogenen Symptomen wie subjektive Luftnot, erschwertes Atmen, ein Gefühl der Enge oder Schmerzen im Bereich des Brustkorbs meist auch über objektivierbare Zeichen einer vegetativen Stimulation wie Herzklopfen, vermehrtes Schwitzen oder Zittern. Eine somatische Grunderkrankung schließt die Diagnose nicht aus, darf aber für die Beschwerden bzw. deren Ausmaß nicht ursächlich sein (Dilling 2004).

Therapeutisch liegt der Schwerpunkt im Bereich der psychotherapeutischen Verfahren. Wirksamkeitsnachweise für die generelle Behandlung somatoformer Störungen liegen vor allem für

kognitiv-behaviorale (Kroenke 2000) sowie psychodynamische Ansätze (Rudolf 2003) vor, wobei die zugrunde liegenden Studien meist auf unspezifische Somatisierungssyndrome, funktionelle Störungen des gastrointestinalen Systems oder chronic fatigue fokussieren.

Spezielle Therapieempfehlungen für somatoforme Störungen des respiratorischen Systems wurden bisher nicht systematisch entwickelt bzw. evaluiert (Lahmann 2002); nachdem derzeit jedoch keine Hinweise auf differentielle Effekte bei verschiedenen Subspezifitäten somatoformer Störungen vorliegen, ist eine Generalisierbarkeit der Studienergebnisse bei anderen somatoformen Störungen auch auf diese Subgruppe anzunehmen.

Im Bereich der Pneumologie liegen lediglich zum Hyperventilationssyndrom einige Untersuchungen vor, die die Kriterien der evidenzbasierten Medizin auf Stufe V (Henningsen 2002) erfüllen. Allerdings wird die Validität des Hyperventilationssyndroms, das gemäß ICD-10 unter die somatoformen Störungen subsumiert wird, aufgrund der weiten Überlappung mit anderen Krankheitsbildern zunehmend in Frage gestellt (Grossman 1985, Bass 1997, Hornsveld 1997) und ist als eigenständige psychosomatische Entität kaum noch Gegenstand jüngerer Forschungsarbeiten.

Van Doorn et al. (1982) konnten signifikante Effekte eines nicht näher spezifizierten Biofeedback-Trainings zeigen, Hosaka et al. (1995) belegten die Wirksamkeit von progressiver Muskelrelaxation in Kombination mit einer Modifikation des Autogenen Trainings. Han et al. (1996) konnten mit strukturierten Verhaltensexperimenten, kognitiver Umstrukturierung und Atemtraining eine signifikante Verbesserung von Angstsymptomen und Atemverhalten erreichen und auch Grossman et al. (1985) erzielte klinische relevante Verbesserungen von psychischer Symptomatik, subjektiven Beschwerden und Atmungsparametern.

Psychogener Husten

Eine monosymptomatische Form funktioneller respiratorischer Störungen stellt der psychogene chronische Husten dar. Bei Kindern und Jugendlichen ist dieser eine häufige Ursache längerdauernder Hustenbeschwerden, was sich in der beachtlichen Anzahl an Publikationen widerspiegelt.

Obwohl sich auch erwachsene Patienten im klinischen Alltag immer wieder mit chronischem Husten nicht organischer Genese präsentieren und eine psychosomatische Komponente stets differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden sollte, ist die Datenlage zum psychogenen Husten des Erwachsenenalters deutlich begrenzter.

Psychogener Husten entbehrt trotz umfangreicher Diagnostik eines wegweisenden somatischen Befunds und zeichnet sich meist durch ein Sistieren im Schlaf sowie bei angenehmen Aktivitäten aus. Bei physischer Belastung kommt es im Gegensatz zum somatisch bedingten Husten eher zur Symptomreduktion.

Vocal cord dysfunction (VCS)

Eine paradoxe Stimmlippenadduktion während der Inspiration als Ursache von paroxysmaler Dyspnoe und Stridor wurde erstmals 1978 von Rogers beschrieben und stellt eine wichtige Differentialdiagnose des Asthma bronchiale dar; 1983 wurde der Begriff vocal cord dysfunction von Christopher geprägt (vgl. Kothe 2004). Die Ursachen der VCS, die bei Frauen gehäuft auftritt, sind nach wie vor nicht völlig geklärt. Es werden ein laryngopharyngealer Reflux, allergische Reaktionen oder eine Hirnstammkompression genauso diskutiert wie eine psychogene Ursache. Die definitive Diagnosestellung gestaltet sich häufig schwierig und ist letztendlich nur laryngoskopisch während einer Attacke möglich. Können somatische Befunde erhoben werden, so sollten diese vordringlich kausal behandelt werden; bleibt die Ursache im Einzelfall jedoch trotz intensiver Diagnostik unklar, sollten psychosomatische Faktoren gezielt evaluiert und behandelt werden. So gibt es erste Hinweise, dass das VCS mit Traumaerfahrungen, psychosozialen Stressoren oder familiären Konflikten korreliert. Patienten mit VCS sind im Vergleich zu anderen Patientenkollektiven durch auffällige Persönlichkeitszüge, unter anderem in den Bereichen Abhängigkeit, Narzissmus, Perfektionismus, Zwanghaftigkeit und Selbstwertregulation charakterisiert (Leo 1999).

Pneumologische Krankheitsbilder mit psychosomatischer Komponente

Asthma bronchiale

Mit einer Prävalenzrate zwischen zwei und acht Prozent der erwachsenen Bevölkerung (ECRHS 1996) und bis zu 21% der Kinder (ISAAC 1998) gehört das Asthma zu den epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen. Ursprünglich wurde das Asthma bronchiale als Psychosomatose angesehen und als spezifischer auslösender Konflikt eine starke unbewusste Abhängigkeit von der Mutter bei gleichzeitiger Trennungsangst postuliert. Obwohl diese Spezifitätshypothese obsolet ist und die somatische Basis der Erkrankung zunehmend erforscht wurde, spielen psychodynamische Aspekte bei vielen Asthmapatienten dennoch eine große Rolle. Asthmatische Zustände können nach wie vor als Prototyp einer psychosomatischen Störung angesehen werden, was nicht nur in Redewendungen wie „da bleibt mir die Luft weg“ eine Alltagserfahrung widerspiegelt, sondern auch wissenschaftlich sicher fundiert ist. Es wurde wiederholt gezeigt, dass Asthma-Attacken häufig durch emotionale Stimuli getriggert werden bzw. der Krankheitsverlauf durch psychische Faktoren in relevanter Weise beeinflusst werden kann (Affleck 2000).

Beim jugendlichen und erwachsenen Asthma bronchiale fanden sich in 6,5 bis 24% Angst- und Panikstörung als Komorbiditäten. Insbesondere schwere Asthmaerkrankungen gehen mit einem höheren Risiko für Angsterkrankung (Odds Ratio OR = 2.65) und Panikstörung (OR = 4.61) einher (Goodwin et al 2003). In dieser in Deutschland durchgeführten Studie mit 4181 erwachsenen Asthmatikern fanden sich auch höhere Risiken für eine soziale Phobie (3.28), generalisierte Angststörung (5.51) und bipolare Störung (5.64). Negative Gefühlszustände wie Angst und Depression gehen ihrerseits mit einer erhöhten Lebenszeit-Prävalenz für Asthma, chronische Bronchitis und Lungenödem einher (Zandbergen et al 1991, Spinhaven et al 1994). In einer Längsschnittstudie an 5231 Erwachsenen aus der Durchschnittsbevölkerung ohne Asthma bei Beginn korrelierten hohe Scores in Depression und Angst signifikant mit einer erhöhten Asthmainzidenz bei Nichtrauchern und Personen ohne respiratorische Einschränkung (Jonas et al 1999). Dagegen wurden bei Rauchern oder Personen mit Einschränkungen in der Lungentestung, die später Asthma oder COPD entwickelten, keine gleichartigen Korrelationen gefunden. Durch Angst und Depression wird wahrscheinlich die Effektivität des Selbstmanagements von Asthmakranken, also ihre Kompetenz, sowohl die Krankheit wie auch andere herausfordernde Aufgaben zu meistern, reduziert. Die Betroffenen erleben eine verminderte interne Kontrollmöglichkeit ihrer Symptomatik, Angst und krankheitsbedingte Einschränkungen werden verstärkt (Katon et al 2004). Durch eine routinemäßige Fragebogendiagnostik mit der HADS konnten in einer Studie die psychosomatischen Konsiliarleistungen von 2.7% aller Aufnahmen einer pulmonologischen und kardiologischen Klinik auf 15,3% gesteigert werden (Häuser et al 2001). Zugleich wurde die Zeitdauer zwischen Aufnahme des Patienten in die Klinik und Vorstellung beim psychosomatischen Konsiliarius deutlich kürzer (von 6,4 auf 2,7 Tage). Auch in anderen Studien (Köllner et al 2003) zeigte sich, dass der Einsatz von Fragebogenverfahren wie dem HADS oder dem Gießener Beschwerdebogen, neuerdings auch dem PHQ (Profile of Health Questionnaire), zu einer deutlich höheren Zahl an psychosomatischen Konsilen führte (wenn die Werte im auffälligen Bereich lagen) als nur durch die Anforderungen der Ärzte (28,7% versus 2,9%).

Zudem weisen Asthma-Patienten im Vergleich zu Gesunden wie auch zu anderen internistischen Patienten eine deutlich höhere psychiatrische Komorbidität auf, insbesondere für Angststörungen und depressive Erkrankungen (Nascimento 2002). Daher sollte stets das Zusammenspiel biopsychosozialer Faktoren erfasst und bei jedem Patienten die gleichen basalen Parameter wie Ausmaß der aktuellen Beschwerden, dadurch bedingte subjektive Beeinträchtigung, die Kongruenz von geklagter Symptomatik und objektivierbaren Befunden und mögliche auslösende Ereignisse unter Berücksichtigung der aktuellen Lebensumstände sowie der familiären Situation erfragt werden. Affektive Symptome wie Angst oder Depression können mit wenigen Standardfragen abgefragt oder mit Hilfe testpsychologischer Instrumente wie der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zeitsparend objektiv erfasst werden (Janson 1994).

Bedeutsam ist die differentielle Einordnung affektiver Auffälligkeiten als Trigger oder Folge der asthmatischen Symptomatik.

In einer älteren Untersuchung fand Pearson (1968) in einer Stichprobe von allergischen Asthmatikern (n=375) bei 54% auch emotionale Faktoren als Auslöser von Asthma-Anfällen und die experimentelle Exposition von Patienten mit Gräserpollen führte dann zu einer heftigeren allergischen Reaktion wenn die Exposition in einem konflikthaften und beängstigendem Setting durchgeführt wurde (Holmes 1951).

Unter einem bidirektionalen Ansatz der Verbindung von Asthma und negativen Emotionen kommt selbstverständlich auch der reaktiven Genese depressiver Verstimmung große klinische Bedeutung zu, wengleich die Datenlage noch unzureichend ist. Allerdings liegt es nahe, dass die reduzierte Lebensqualität von Asthmapatienten (Juniper 1999), die körperliche Funktionseinschränkung und die Selbstwahrnehmung als Patient zur Entwicklung depressiver Verstimmungen prädisponieren. So fanden Bell et al. (1991) in einer nicht-klinischen Stichprobe von College-Studenten eine höhere Rate von depressiven Symptomen bei denjenigen, die auch unter allergischen und asthmatischen Beschwerden litten.

Psychosomatische Therapieoptionen bieten verschiedene psychotherapeutische Ansätze sowie psychopharmakotherapeutische Strategien unter Berücksichtigung der pneumologisch relevanten Neben- und Wechselwirkungen.

Fleming et al. (2004) haben die vorliegenden Arbeiten zur psychotherapeutischen Intervention bei Asthma zusammengetragen und kommen zum Schluss, dass aufgrund kleiner Stichproben und mangelnder methodischer Qualität der Studien keine klaren Aussagen bezüglich der Effektivität oder Differentialindikation psychotherapeutischer Ansätze zu treffen sind. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ergeben sich jedoch Hinweise auf positive Effekte von kognitiv-behavioraler Therapie, Autogenem Training, Funktioneller Entspannung, Biofeedback und Psychoedukation.

Psychopharmakologische Therapieansätze zielen vor allem auf die Behandlung der psychiatrischen Komorbidität, die den Krankheitsverlauf ungünstig modulieren kann. Hier empfiehlt sich die

Verwendung neuerer Präparate wie (Es-)Citalopram oder Mirtazapin, akute Angstzustände können mit Lorazepam kupiert werden. Diese Präparate lassen sich bei den meist polypharmakologisch behandelten und somatisch vorbelasteten Patienten unproblematisch mit einer Vielzahl anderer Pharmaka kombinieren und werden bei einer geringen Inzidenz von unerwünschten Arzneimittelwirkungen von den meisten Patienten gut toleriert.

Malignome in der Pneumologie

Kaum ein anderer Bereich der Medizin ist emotional so stark besetzt wie die Onkologie, was in einem starken Bedürfnis onkologischer Patienten nach psychischer Betreuung und der Etablierung der Psychoonkologie als eigenständigem Teilbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie deutlich wird.

Im Bereich der pneumologischen Onkologie stellt das Bronchialkarzinom, das bei Männern die zweit- und bei Frauen die dritthäufigste Tumorerkrankung ist, das mit Abstand häufigste Malignom dar und erfordert eine besondere psychosomatische Beachtung. Zum einen ist es durch eine insgesamt ungünstige Prognose charakterisiert und kann nur selten unter kurativem Ansatz behandelt werden. Zum anderen ist die Inzidenz eines Bronchialkarzinoms bekanntlich bei Rauchern stark erhöht und kann somit oft als selbst induziert angesehen werden. Hier sollte die chronische Nikotinabhängigkeit als Suchterkrankung anerkannt und behandelt wie auch psychodynamische Aspekte der Autoaggression beachtet werden. Häufig unterschätzt wird, dass das Rauchen von Cannabis 10 mal toxischer und cancerogener zu sein scheint, wie das Rauchen von handelsüblichen Zigaretten.

Psychosomatische Aspekte im Rahmen des psychosozialen Risikoverhaltens sind nicht nur für die Pathogenese des Bronchialkarzinoms sehr bedeutsam, psychologischer Parameter scheinen als Prädiktoren auch für den weiteren somatischen Krankheitsverlauf bedeutsam zu sein, wenngleich dies in der Literatur kontrovers diskutiert wird (vgl. Faller 1997).

In einer eigenen Untersuchung kommen Faller et al. (1997) zu dem Ergebnis, dass aktives Coping und Hoffnung mit einer längeren Überlebenszeit, Depressivität und depressives Coping hingegen mit einer kürzeren Überlebenszeit korrelieren. Buccheri (1997) führte die erste prospektive Studie zu dieser Fragestellung durch und konnte ebenfalls zeigen, dass das Vorliegen depressiver Symptome mit einer signifikant verkürzten Überlebenszeit verbunden ist. Methodisch gesehen, ist das phänomenologische Vorliegen eines Copingstiles das hierfür entscheidende. Das würde bedeuten, dass eventuell prämorbid beobachtetes durch eine aktive Therapie moduliertes oder auch die erfolgreich behandelte Depression mit einer günstigeren Prognose einhergeht.

Auch wenn der aktuelle Wissensstand noch keine endgültige Beurteilung der prognostischen Relevanz psychosomatischer Faktoren zulässt und es noch keine Untersuchungen zum Effekt antidepressiver Maßnahmen auf die Überlebenszeit gibt, sollte die psychosomatische Situation dennoch bei allen Bronchialkarzinompatienten sorgfältig erfasst und im individuellen Fall in entsprechende Therapiemaßnahmen münden. Die Lebensqualität von Bronchialkarzinompatienten kann durch psychotherapeutische Interventionen zweifelsfrei gesteigert werden (Sola 2005).

Lungentransplantation

Seit der ersten erfolgreichen isolierten Lungentransplantation 1983 in Toronto hat sich das Verfahren zu einer etablierten Therapieoption bei vielen schweren Lungenerkrankungen im Endstadium entwickelt (Mukoviszidose, interstizielle Lungenerkrankungen (Lungenfibrose) schweres Lungenemphysem, pulmonale Hypertonie, Cor pulmonale (Kombinierte Herz, Lungentransplantation), wobei sowohl einzelne Lungenflügel (SLTX) als auch beide Lungenflügel (DLTX) transplantiert werden können. In Deutschland werden im Jahr insgesamt etwa 100 Lungen transplantiert. Die kurz- und langfristigen Erfolgsraten liegen aber immer noch deutlich hinter denen anderer Organtransplantationen, worüber die Patienten im Rahmen der Transplantationsvorbereitung informiert werden müssen. Die geringeren Erfolgchancen, der Mangel an Spenderorganen wie auch die fehlende Möglichkeit zum passageren künstlichen Organersatz wie sie beispielsweise durch die Hämodialyse in der Nephrologie gegeben ist, stellen relevante psychosoziale Stressoren dar. Craven et al. (1990) konnten zeigen, dass sich 21% aller psychischen Störungen bei LTX-Patienten während der Wartezeit auf ein Spenderorgan entwickeln.

Im Endstadium schwerer Lungenerkrankungen erfüllen bis zu 47% der Patienten die Kriterien mindestens einer behandlungspflichtigen psychischen Störung (vgl. Parekh 2003). Nachdem psychiatrische Störungen mit einer höheren Rate an Abstoßungen und einer längeren Hospitalisierung nach der Transplantation korrelieren und in einer Studie von Craven et al. (1990) nur 36% der Patienten mit einer psychiatrischen Störung vordiagnostiziert waren und adäquate Therapie erhielten, wird der Stellenwert einer sorgfältigen psychosomatischen Evaluation dieser Patientengruppe deutlich.

Die größte Bedeutung kommt hier den depressiven Störungen sowie den Angsterkrankungen, insbesondere der Panikstörung, zu.

Psychiatrie

Fallbeispiel

Erschöpfungs- Syndrom / Neurasthenie / Chronic Fatigue Syndrome

Die 19jährige kaufmännische Auszubildende Vera T. berichtete, seit dem sie an einem Pfeifferschen Drüsenfieber erkrankt gewesen sei, dies sei nun ca. ein Jahr her, praktisch nicht mehr arbeitsfähig gewesen zu sein. Kleinste Anstrengungen würden sie sehr erschöpfen. Früher sei sie Leistungssportlerin gewesen, nun könne sie kaum mehr den alltäglichen Aktivitäten nachkommen. Hinweise für eine manifeste depressive Symptomatik fanden sich nicht. Die Patientin konnte sich jedoch nicht länger in größeren Menschenmengen aufhalten, fühlte sich dort körperlich unwohl, befürchtete in Ohnmacht zu fallen, was sie jedoch nicht auf die Menschenansammlungen bezog. Sie war von einem Kreiskrankenhaus an die medizinische Klinik der Universität zur Abklärung verlegt worden, von dort der psychosomatischen Ambulanz konsiliarisch vorgestellt worden.

Verlauf

Als psychischer Belastungsfaktor konnte herausgearbeitet werden, daß die Mutter kurz vor dem Ausbruch der Infektionskrankheit in relativ jungem Alter an einem Bauchspeicheldrüsentumor gestorben war. Die Patientin wünschte keine Psychotherapie. Nachdem sie eine stabile Partnerschaft mit einem etwas älteren, verständnisvollen Mann eingehen konnte, hörten die Beschwerden im Laufe von 2 Jahren ganz auf.

Ein Arbeitsfeld, welches das Schwestergebiet ebenfalls mitbearbeitet sind die nichtorganischen Schlafstörungen (T51)

Darunter versteht man Schlafstörungen mit primär emotionalen Ursachen. Sie sind phänomenologisch fgendermaßen unterteilt

Dyssomnie: Störung von Dauer, Qualität und Zeitpunkt des Schlafes

- Nichtorganische Insomnie (F51.0): ungenügende Dauer oder Qualität des Schlafes; am häufigsten sind Einschlafstörungen, Durchschlaf Störungen und Früherwachen, Kombinationen sind möglich; mindestens 3x/ Woche über einen Monat hinweg; starker Leidensdruck und häufige Beschäftigung mit dem Thema; Auftreten bei Effektiven Störungen, Angst, akuter psychischer Belastung, bei Suchtproblemen, etc.;

- Nichtorganische Hypersomnie (F51.1): vermehrtes Schlafbedürfnis und exzessive Schläfrigkeiten während des Tages, verlängerte Übergangsphase vom Schlaf zum Wachsein (z.B. bei affektiven Störungen)

- Schlafwandeln (F51.3): ein Zustand veränderter Bewusstseinslage, in dem Phänomene von Schlaf und Wachsein kombiniert sind; CAVE:

Verletzungsgge fahr;

- Alpträume/ Angstträume (F51.5): Träume voller Angst und Furcht, lebhaft und mit sehr detaillierter Erinnerung; Wiederholung der Traumhalte und Erwachen aus dem Schlaf sind häufig, deutlicher Leidensdruck

Vorkommen bei:

Psychischen Erkrankungen/ Konflikten: z.B.: affektive Störungen, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Stress, Schuldgefühle,....

Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (§52)

Die sexuelle Reaktion ist ein psychosomatischer Prozess, was eine eindeutige Differenzierung zwischen psychogenen und organischen Ursachen oft schwierig gestaltet. Funktionsstörungen können als ein Mangel an sexuellem Verlangen oder Befriedigung, ein Ausfall der für den Geschlechtsakt notwendigen physiologischen Reaktion (Erektion) oder als eine Unfähigkeit, den Orgasmus zu steuern oder zu erleben, auftreten.

Dermatologie

Psychosomatische Dermatosen bei denen psychosomatische Faktoren die Entstehung oder Verarbeitung beeinflussen, z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Kontaktdermatitis, Akne, Urticaria. Hautmanifestationen zeigen sich auch als selbstinduzierte Artefakte, als Hilfeschreie von psychischer Belastung.

Hautmanifestationen zeigen sich bei psychiatrischen Leiden, wie z.B. bei der Schizophrenie der Dermatozoenwahn.

Psychische Begleitsymptome durch primär dermatologische Leiden sind ganz wesentlich, führen oft zu psychosozialem Rückzug. Patienten bspw. mit Schuppenflechte gehen seltenst noch gerne ins Freibad. Andererseits macht ein malignes Melanom auch psychische Begleitsymptome, die nicht zu unterschätzen sind.

Die Dermatosen werden wie folgt eingeteilt:

Nach streng psychogenem Ursprung, den Dermatosen als Artefakt, und den Wahnerkrankungen, psychogene Purpura, alles Erkrankungen die meist nicht zur Begutachtung vorstellig werden.

Schließlich die kinetisch- oder umweltbedingten Dermatosen, deren Verlauf durch Stress verschlechtert wird.

Fallbeispiel

Glossodynie (Mundbrennen)

Frau G., eine 47jährige deutschstämmige Sekretärin, die vor 25 Jahren aus Polen mit ihrem Mann übergesiedelt war, berichtete über ein Brennen im Mundraum und der Zunge seit einer Zahnwurzelanierung. Diese habe sie im Zusammenhang mit einer Schmerzsymptomatik im Bereich der Mundschleimhäute, die sich auch auf die Zunge ausdehnten, und ihr die Freude am Essen gründlich vereitelt hätten, einer vermehrten Ermüdbarkeit und Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sowie Schlafstörungen auf Anraten ihres Zahnarztes durchführen lassen. Sie könne nun nur noch bestimmte Mahlzeiten wie Brot mit Frischkäse zu sich nehmen, die sie dann auch in der Küche im Stehen konsumieren müsse. Die Beschwerden bestünden praktisch täglich in wechselnder Ausprägung nun seit 2 Jahren.

Verlauf und Therapie

Im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten ambulanten Einzelpsychotherapie zeigte sich, daß die Ehe der Patientin sehr belastet war, der Partner aufgrund eines beruflichen Abstiegs im Rahmen der allgemeinen Situation am Arbeitsmarkt zunehmend Alkoholmißbrauch betrieb und sich die familiäre Situation veränderte. Die beiden nun 23- und 21jährigen Söhne, die den zentralen Lebensinhalt der Patientin darstellten, schickten sich an das Elternhaus zu verlassen und wandten sich vermehrt ihren Partnerinnen zu. Die Schmerzsymptomatik der Patientin verhinderte, daß es zu einem gemeinsamen Essen mit dem Ehemann kam. Durch die Beschwerden fühlte sich die Patientin so beeinträchtigt, daß sie ihre Trennungswünsche, die bei einer Scheidung wohl auch den Verlust des Hauses bedeutet hätten, verdrängen konnte. Durch die Therapie ermutigt, konnte die Patientin ihren Söhnen ihre Schwierigkeiten und Probleme mit dem Vater schildern; gemeinsame Gespräche mit dem Ehemann führten letztlich dazu, daß er sich in eine Alkoholentzugs- und Entwöhnungsbehandlung begab.

Haut und Psyche haben sehr breite Überlappungsbereiche (19,71, Baldwin 2002 Gustafsson et al. 2002). Wir gehen von der Grundannahme aus, dass Beziehungsstörungen auftreten, wenn Menschen einen natürlichen Zwiespalt zwischen individuellen Wünschen und sozialen Notwendigkeiten, nicht ohne den unbewussten Einsatz von psychischen, aber auch körperlichen Symptomen, z. B. Hautsymptomen bewältigen können. Diese Symptome bekommen einen kommunikativen Charakter. Auch primär psychisch unauffällige Menschen können in besonderen Belastungssituationen diese Muster zeigen, die immer eine nicht optimale, also neurotische Lösung darstellen. Diese kommunikative Bedeutung ist dem Signalgeber nicht bewusst, fordert aber die Umwelt zu erfüllenden oder versagenden Reaktionen. Beziehungskonflikte sind vorprogrammiert. Die Therapiemotivation von Patienten mit Hauterkrankungen ist primär als eher gering einzuschätzen (AWMF 2002), ähnlich wie auch bei somatoformen Störungen, doch ist beispielsweise aus der Mannheimer Kohortenstudie bekannt, dass sich 65 % der Patienten sehr wohl motivieren lassen (Franz et al. 2000, Nickel et al. 2004 in press)

Bei Neurodermitis-Patienten beispielsweise wird von einer tiefgreifenden Störung in der Entwicklung der Persönlichkeit ausgegangen. Psychotherapie ermöglicht die Wiederanknüpfung an diese Entwicklungsprozesse durch Konfliktklärung und Konfliktlösung. Das Ziel wäre, das körperliche Symptom von der kommunikativen Funktion zu befreien. Der Mensch entwickelt die Fähigkeit andere suffiziente Ausdrucksformen zu nutzen. Auch wenn das Hautsymptom nicht ganz verschwindet, gelingt es dennoch häufig, die subjektiven Beschwerden und Beziehungsstörungen zu minimieren. Im Mittelpunkt der eigenen Behandlungsziele des Patienten steht anfangs die bessere Bewältigung der Situationen, die die Beschwerden verstärken oder auslösen. Die Patienten entdecken viele Widerspruchsmuster innerhalb ihrer sozialen Beziehung zuhause, im stationären Raum und auch in der Beziehung zum Therapeuten. Bei vielen von ihnen ist eine weiterführende ambulante Psychotherapie, eine modifizierte oder klassische Psychoanalyse notwendig.

Wichtig ist, die fachübergreifende Zusammenarbeit und die Suche nach integrativen Therapiemethoden. Die Fortführung einer symptomatischen Dermatotherapie sind ein wichtiger Bestandteil einer Behandlung (M. Nickel. 2003)

**Wissenschaftl. belegte psychosomatische Therapieansätze bei Hautkrankheiten
Hypnose bei chronischem idiopathischem vaginalem und analem Juckreiz , Psoriasis**

Weitere Themenfelder:

Alopecia areata, Stress und psychiatrische Komorbidität

Behandlung der primären palmaren Hyperhydrose

Akne: Eine biopsychosoziale und evolutionäre Perspektive mit einem Fokus auf die Scham

Fuoxetine in pathologic skin-picking: Open label and double-blind results

Lebensqualität von Eltern neurodermitiserkrankter Kinder

Emotionale Dysfunktion,

Kind-elternbeziehung und kindliche Neurodermitis

Experimentell:

Different expression of cytokine and membrane molecules by circulating lymphocytes on acute mental stress in patients with atopic dermatitis in comparison with healthy controls

Psychopharmakotherapie

Medikamentöse Effekte in der Akutbehandlung rasch und effektiv.

Psychotherapeutische Effekte später, aber nachhaltig

→ Psychodynamisches Verständnis des Symptoms als suboptimaler Lösungsversuch eines Konflikts; Therapie durch Bewusstwerdung bzw. Erarbeiten alternativer Denk- oder Handlungsstrategien

→ **Synergistische Effekte von Psycho- und Pharmakotherapie**

Medikamentöse Therapie stets im Rahmen einer therapeutischen Beziehung

Patient fühlt sich durch das Angebot einer „Medizin“ ernst genommen

Patient fühlt sich in seinem Beziehungswunsch zurückgewiesen und lediglich mit Tabletten vertröstet: Rezept als Pseudozuwendung

Pharmakotherapie kann Psychotherapie ermöglichen

Pharmakotherapie kann Psychotherapie verhindern

UAW können Psychotherapie erschweren

Pharmakotherapie kann Kompensationsmöglichkeiten behindern

Pharmakotherapie kann emotionale Prozesse dämpfen

Pharmakotherapie kann inadäquate Attribuierung fördern

Evidenzbasierter Einsatz von Psychopharmaka bei:

- depressiven Störungen

- Angststörungen

- Zwangsstörungen

- „klassisch“ psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Psychosen)

Wenig Evidenz bei:

- somatoformen Störungen

- dissoziativen Störungen

- spezifischen Phobien

- Persönlichkeitsstörungen

- Essstörungen

... beachten Sie bei der Pharmakotherapie in der Psychosomatik:

Indikationsgerechter Einsatz

Einsatz stets im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts

Keine leichtfertige Pharmakotherapie als Psychotherapieersatz

Beachtung der Interaktionen von Pharmako- & Psychotherapie

Falls möglich Pharmakotherapie und Psychotherapie aus einer Hand

Wirkstoff und Dosierung gemäß aktueller Standards

Präparate mit geringer Inzidenz an UAWs bevorzugen

Auswahl häufiger verwendeter Psychopharmaka in der Psychosomatik

- Citalopram (Cipramil)
- Mirtazapin (Remergil)
- Amitriptylin (Saroten)
- Lorazepam (Tavor)
- Opipramol (Insidon)
- Hypericum (Jarsin)

Exkurs: Spezielle Pharmakologie

Psychopharmaka sind Arzneimittel mit psychotroper Wirkung, die in die Regulation zentralnervöser Funktionen eingreifen und seelische Abläufe modifizieren. Wir unterscheiden:

1. Antidepressiva
2. Stimmungsstabilisierer
3. Neuroleptika
4. Tranquilizer und Hypnotika
5. Nootropika, Antidementiva = Arzneimittel, die bestimmte Hirnfunktionen wie Gedächtnis, Konzentrations-, Lern- und Denkfähigkeit verbessern.
6. andere Gruppen (z.B. Stimulanzien, Anticraving - Substanzen)

Antidepressiva

Einteilung:

Nach Stoffgruppe:

„klassische“ trizyklische Antidepressiva: Nortriptylin (Nortrilen), Clomipramin (Anafranil), Imipramin (Tofranil)

tetrazyklische und modifizierte trizyklische Antidepressiva: Maprotilin, Mianserin

serotoninselektive Rückaufnahme- Inhibitoren (SSRI): Citalopram (Cipramil), Escitalopram (Cipralext), Fluoxetin, Paroxetin (Seroxat), Sertralin (Zoloft)

noradrenalinselektive Rückaufnahme- Inhibitoren (NARI): Reboxetin (Edronax)

serotonin- noradrenalinselektive („duale“) Antidepressiva: Venlafaxin (Trevilor), Duloxetin

Selektive Noradrenalin - Dopaminwiederaufnahmehemmer: Bupropion

noradrenerg und spezifisch serotonerge Antidepressiva: Mirtazapin

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer): Irreversibel, nicht selektiv

(Tranilcypromin), Reversibel, selektiv (Moclobemid)

atypische Antidepressiva

hilfreich ist auch eine Einteilung nach Wirkung:

- antriebssteigernd - aktivierend (Vorsicht: Suizidrisiko)

sedierend - dämpfend

Indikationen:

1. Depression
2. Angststörungen (v.a. Panikstörungen)
3. Zwangsstörungen (SSRI: Fluoxetin, Paroxetin)
4. chronische Schmerzen
5. Schlafstörungen
6. Bulimie (SSRI: Fluoxetin, Paroxetin, Fluvoxamin)

Nebenwirkungen:

1. vegetative (häufigste)

RR - Senkung (sehr häufig)/ Steigerung (selten),

- Tachykardie / Bradykardie

Mundtrockenheit

Schwitzen / Anhidrosis

Miosis / Mydriasis und Akkomodationsstörungen

- Obstipation (selten Diarrhöe)

Tremor

- Müdigkeit, Schlafstörungen

2. EKG-Veränderung

- AV- Block

- Schenkelblock

- QT-Verlängerung
- Repolarisationsstörungen usw
- 3. neurologisch- psychiatrische
 - Tremor
 - Zentrale Krampfanfälle
 - Hypomanie
- 4. Erhöhungen der Transaminasen und alkalischen Phosphatase
- 5. endokrine /sexuelle - Libidominderung, verminderte Erektionsfähigkeit, Gewichtszunahme
- 6. seltene NW: allergische Reaktionen, Wirkungen auf das Blutbild
- Kontraindikationen:
 - Keine anticholinergen Antidepressiva bei
 - 1. Störung der Harnentleerung
 - 2. Prostatahypertrophie
 - 3. Engwinkelglaukom
 - 4. Pylorusstenose
 - 5. bestehende Überleitungsstörungen im EKG
 - 6. zerebralen Krampfanfällen
 - Keine Antidepressiva bei
 - 7. akuten Intoxikationen
 - 8. deliranten Syndromen
- Routineuntersuchungen:
 - 1. BB -zu Beginn, 03 Mo lang ca. 14-tägig, später monatlich / vierteljährig
 - 2. RR/Puls - zu Beginn, später monatlich
 - 3. Harnstoff/ Kreatinin - zu Beginn, später fakultativ vierteljährig
 - 4. GOT; GPT; GGT - zu Beginn, nach 14 Tagen, später monatlich / vierteljährig
 - 5. EKG - zu Beginn, nach 14-30 Tagen (bei trizyklischen A)
 - 6. EEG - zu Beginn, später fakultativ nach 14-30 Tagen
- Tranquilizer und Hypnotika
- Tranquilizer (Synonyme: Anxiolytika, Sedativa, Beruhigungsmittel) = verschiedene Substanzgruppen mit angstlösender und sedierender Wirkungskomponente (tranquillare = beruhigen).
- Wirkungen:
 - angstlösend
 - beruhigend
 - emotional entspannend
- Einteilung der Tranquilizer nach der chemischen Struktur:
 - Benzodiazepin - Tranquilizer
 - Niedrig dosierte / schwach potente Neuroleptika
 - Chemisch neuartige Tranquilizer (Non-Benzodiazepin-Tranquilizer)
 - pflanzliche Sedativa (Baldrian, Hopfen)
 - Sonstige anxiolytisch wirksame Substanzen (z.B. Hydroxyzin)
 - β-Rezeptorenblocker (z.B. Dociton)
 - Azapirone (z.B. Buspiron)
- Hypnotika - Arzneimittel, die Schlaf erzeugen:
 - 1. Benzodiazepine
 - 2. Non- Benzodiazepin- Hypnotika
 - 3. Chloralhydrat
 - 4. pflanzliche Sedativa (Baldrian, Hopfen)
 - 5. andere: sedierende Antidepressiva, niedrig dosierte Neuroleptika, Antihistaminika, L-Tryptophan
- Wann ein Sedativum zum Hypnotikum, ein Hypnotikum zum Sedativum oder auch zum Narkotikum wird, ist eine Frage der Dosierung.
- Benzodiazepin - Tranquilizer = die wichtigste Gruppe
- Klinisches Wirkprofil: angstlösend, sedierend, muskelrelaxierend (zB. Diazepam, Tetrazepam), antiepileptisch (zB. Diazepam, Clonazepam)
- Einteilung der Benzodiazepine nach pharmakokinetischen Eigenschaften:
 - mit langer HWZ (Halbwertszeit) und langwirksamen aktiven Metaboliten (z.B. Diazepam)
 - mit mittlerer bis kurzer HWZ mit aktiven Metaboliten (z.B. Alprazolam)
 - mit mittlerer bis kurzer HWZ ohne aktive Metaboliten (z.B. Lorazepam)
 - mit ultrakurzer HWZ ohne pharmakologisch relevante Metaboliten (z.B. Triazolam)
- Wirkstoffe und Präparatbeispiele:

Alprazolam - Xanax®

Bromazepam - Bromazanyl®

Diazepam - Valium®

Lorazepam - Tavor®

Anwendungen:

psychogene, psychoreaktive Neurosen verschiedener Art, psychosomatische, funktionelle Störungen (z.B. muskuläre Verspannungen), abnorme Konflikt- und Erlebnisreaktionen.

Zielsymptomen: Angst- und / oder Erregungszustände

- Als Zusatzmedikation bei depressiven Erkrankungen, zur symptomatischen Dämpfung bei Erregungszuständen, zur Behandlung von Entzugssyndromen oder als Antiepileptika

CAVE:

- die Verordnung sollte in der Regel nur kurzfristig (< 4-8 Wo) sein, die Dosis muss stufenweise reduziert werden Patienten mit einer Suchtanamnese sollten keine Benzodiazepin – Tranquilizer erhalten

Nebenwirkungen:

- Müdigkeit, Schläfrigkeit, Konzentrationsminderung, Schwindel, Muskel schwäche, Ataxie (Sturzgefahr!), Dysarthrie, Gedächtnisstörungen, Paradoxwirkungen (Erregung, Unruhe), Atemdepression

Psychische Abhängigkeit

Kontraindikationen:

- Myasthenia gravis

- Akutes Engwinkelglaukon,

Benzodiazepinüberempfindlichkeit

- vorbestehende Ataxie

Schwangerschaft

Intoxikationen

Schwere Leber- und Nierenschäden

Vorsicht: chronische Ateminsuffizienz, Schlaf-Apnoe

Neuroleptika (Synonyme: Antipsychotika, Antischizophrenika)

= Psychopharmaka, die sich durch ein charakteristisches Wirkspektrum auf die Symptome psychotischer Erkrankungen auszeichnen. Wir differenzieren:

typische („Klassische“, traditionelle) Neuroleptika

- hochpotente (= „antipsychotischere“): Flupentixol (Fluanxol), Haloperidol (Haldol), Perazin (Taxilan)

- niedrigpotente (= eher sedierende): Chlorprothien (Truxal), Levomepromazin (Neurocil), Melperon (Eunerpan), Pipamperon (Dipiperon), - atypische („neuere“) Neuroleptika: Amisulprid (Solian), Clozapin (Leponex), Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel), Risperidon (Rispedal)

Anwendung:

Psychiatrie:

- Schizophrene und schizoaffektive Psychosen (Zielsymptome:

Wahrnehmungs- und Denkstörungen, autistisches Verhalten, psychotische Angstzustände)

- Manien (Zielsymptome: Unruhe, Gereiztheit)

- Erregungszustände jeglicher Genese

- Organische Psychosyndrome (Zielsymptome: Unruhe, Angstzustände, Schlafstörungen)

- Delirien

- Neurologie (z.B. hyperkinetische Syndrome)

- Anästhesie (z.B. Neuroleptanalgesie)

Nebenwirkungen:

- extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS)

- Früh dyskinesien - zu Beginn . der Behandlung / bei plötzlicher Dosiserhöhung / Reduktion (v.a. bei hochpotenten Neuroleptika)

- Krampfartiges Herausrecken der Zunge, Blickkrämpfe, Ophistotonus, Hyperkinesien der mimischen Muskulatur, psychomotorische Unruhe mit Angst, Trismus usw

- Parkinsonsyndrom - nach 1-2 Wo

- Zunächst Einschränkung der Feinmotorik, dann der allgemeinen motorischen Beweglichkeit und Verlust der Mitbewegungen, Hypo- od. Akinimie, kleinschrittiger Gang, Erhöhung des Muskeltonus (Rigor), hochfrequentem Tremor der Mundmuskulatur

- Akathisie - nach Monaten bis Jahren " quälend erlebte Unruhe, oft mit der Unfähigkeit, sitzenzubleiben oder mit dem Drang zu ständiger Bewegung (häufig bei hochpotenten Neuroleptika)

- Spätdyskinesien - meistens nach jahrelanger Behandlung

- Verzögert auftretende hyperkinetische Dauersyndrome oder als tardive Dyskinesie oder Dystonie mit diskreten oder intensiven unwillkürlichen, stereotypen Bewegungen v.a. im Bereich der Zungen-, Mund, und Gesichtsmuskulatur, aber auch der distalen Muskelgruppen der Extremitäten.
 - Blutbildveränderungen (Leukopenien / Leukozytosen, reaktive Lymphozytosen, usw -> BB Kontrolle v.a. Clozapin)
 - endokrine Begleitwirkungen
 - Änderungen des Glukosestoffwechsels
 - Gewichtszunahme
 - Anstieg der Prolaktinsekretion -> Störung des Menstruationszyklus, Galaktorrhoe, Gynäkomastie
 - Gestörte Erektionsfähigkeit, Ejakulationsverzögerungen, Aspermie
 - Veränderung des EKGs (QT- Verlängerung)
 - Zerebrale Krampfanfälle
 - Psychische Nebenwirkungen
 - Depressive Symptome / akinetisch- depressive Syndrome
 - Müdigkeit, reduzierte Konzentrationsfähigkeit
- Kontraindikationen: bei Clozapin: Leukopenie / Blutbilddyskrasien in der Anamnese
Routineuntersuchungen: wie bei den Antidepressiva
bei Clozapin - 18 Wo lang wöchentlich BB

Psychosomatischer Konsiliardienst

Damit es zum Kontakt zwischen Psychosomatiker und Patient kommt, muss von dem behandelnden Arzt bereits einiges an Vorarbeit geleistet worden sein. Wird die Begegnung zwischen Psychiater oder Psychosomatiker und Patient entsprechend vorbereitet, so wird dieses erste Gesprächsangebot auch angenommen. Dabei sollten trotz der spezifischen Konsilfrage grundsätzlich die Probleme des Patienten in ihrer Gesamtheit gesehen werden. Stimmung, Abwehrmechanismen und vegetative Anamnese gehören zusammen. Dies ist ein Teil der Behandlung, aber eben nur ein Teil. Der Schulterschluss zwischen den Klinikern, die den Kontakt zum Patienten herstellen, und den Psychosomatikern ist wichtig. Auf die Bedeutung einer integrierten psychosomatischen Weiterbildung kann hier nur hingewiesen werden.

Argumentationshilfen: Verhalten und Umfeld

Verständnis und griffige Modelle helfen, die Compliance zu optimieren. Dazu kann man sich des Modells einer funktionellen Psycho-Somatopathologie bedienen, das vier pathogene Ebenen im Sinne von differenzierbaren Mechanismen beinhaltet. Daneben besteht eine empirisch nachweisbare Beziehung zwischen wahrgenommenem Stress und den Lebensumständen. Diejenigen, die sich am gefordertsten fühlen, sind bei geringer sozialer Unterstützung und wenig kontrollierter Lebensplanung am kränksten. Ein Brückenschlag könnte bei diesen Patienten auch die Konfrontation mit entsprechenden Zahlen im Einzelfall sein. Des Weiteren spielt natürlich die empathische Grundhaltung eine große Rolle. Neben den diagnostischen Aspekten ist die Motivierung des Patienten und die Darlegung eines möglichen Weges insbesondere im Sinne einer konkreten Handlungsanweisung, speziell des spezifischen Therapieangebots, Ziel des Konsils.

Liegen durch Lebensgewohnheiten beeinflussbare Störungen vor, können durch das Benennen der Störung und individuelles Relativieren, d.h. Deutlichmachen, dass der Patient mit seinem Problem nicht allein dasteht, und dem Vorschlag einer Verhaltensmodifikation Veränderungsspielräume angesprochen und ausgelotet sowie Widerstandsmuster wahrgenommen werden

Wer, wie und wo?

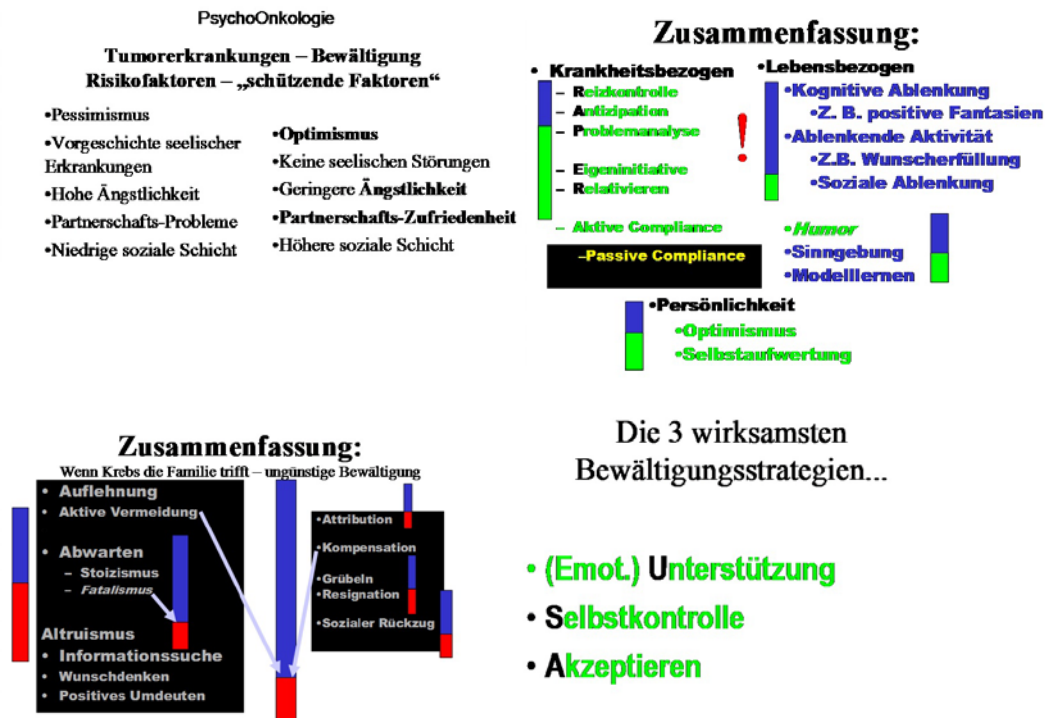
Pädagogisch orientierte Programme greifen nur zum Teil, wie zum Beispiel die verschiedensten Raucherentwöhnungsstudien zeigen. Es ginge mit Viktor von Weizsäckers Worten, einem der Urväter der Psychosomatik, nicht darum, nur zu bilden. Psychosomatische Grundversorgung ist mehr als das Aufzeigen des richtigen Weges. Der Patient muss im übertragenen Sinn da abgeholt werden, wo er steht. Damit steht die psychosoziale Absicherung im Vordergrund, Kooperation mit den unterschiedlichen Spezialdiensten wie Integration der Gemeindeschwestern und soziopädagogische Betreuung sind notwendig. Fachspezifische Hilfe beinhaltet die konkrete Weitergabe von Adressen eventueller Ansprechpartner. Das psychosomatische Konsil sollte z.B. ein Gesprächsangebot für die Angehörigen mit beinhalten, bei denen oft auch erst einmal um Verständnis und für Unterstützung geworben werden muss. Im Rahmen von Gruppenschulungen, z.B. bei Asthma bronchiale oder Selbsthilfegruppen bei Alkoholkranken oder Adipositas kann Unterstützung erlebt und Problembewusstsein entwickelt werden. Daneben sind entspannende Techniken wie Autogenes Training oder Funktionelle Entspannung wertvoll und von wissenschaftlich nachgewiesenem Effekt. Bei funktionellem Magen-Darm-Syndrom konnte daneben in kontrollierten Studien die Wirksamkeit von Hypnose belegt werden.

Wie groß ist der Umfang des Das Angebot der Behandlung der "Fern"-Probleme, also der vegetativen Störung oder des körperlichen Symptoms entspricht häufig am ehesten den augenscheinlichen Bedürfnissen des Patienten. Die "Kern"-Probleme, also die Identifizierung des Konflikts und Hinweise auf das Niveau und den Grad der Störung, d. h. ob eine frühe Störung, Neurose, Psychose oder gar multifaktorielle Probleme abgrenzbar sind, wird sich erst nach ausführlicher Anamnese abzeichnen, möglicherweise im Rahmen einiger Kontakte, primär auch zur eventuellen Krisenintervention. Eine Verdachtsdiagnose, Hinweise und kurze Erklärungen bezüglich der Prognose und ein Bezug zur empfohlenen Therapie sind für den momentan behandelnden Arzt wertvoll. Aus der klinischen Erfahrung heraus erscheint es sinnvoll, zum einen den aktuellen Behandler zu vorher vereinbarten zeitlich begrenzten regelmäßigen Kontakten zu ermuntern, wobei die angekündigte Begrenzung auf 15 -30 Minuten den zeitlichen Aufwand eher verringert, da logorrhoeischen und klammernden Patienten durch die Regelmäßigkeit der Wunsch nach Kontakt befriedigt und gleichzeitig einem Ausufernd es Gesprächsvorgebeugt wird. Zum anderen können dem Patienten durch den Psychosomatiker Wege zur aktuellen Selbsthilfe aufgezeigt werden, die ihn in seiner Autonomie unterstützen, z.B. konkrete Kurzeinführung und Demonstration von autosuggestiven oder mentalen Entspannungstechniken, das Angebot der Imagination oder kognitiv orientierte Verhaltenstherapie wie etwa das Tun, "als ob" die Krankheit nicht da wäre oder der "Gedankenstopp", z.B. im Rahmen der Schmerzbehandlung.

Vereinbaren von regelmäßigen Terminen Das Vereinbaren von mehreren in regelmäßigen Abständen stattfindenden Besuchen durch den Psychosomatiker zur Beurteilung des Verlaufes wäre dann der nächste Schritt. Zunächst auch als supportive Therapie und zur weiteren Diagnostik. Hierauf wird dann eine differenzierte Psychotherapieempfehlung begründet. Häufig ist den behandelnden Ärzten ein biografischer Zusammenhang nicht deutlich, da mittlerweile vielerorts leider problem- und nicht patientenzentrierte Arbeitsstile vorherrschen. Eine kurze Mitteilung von entwicklungsbezogenen relevanten Pakten auf dem Konsilschein verbessert die Versorgung, insbesondere, wenn dadurch die Arbeitsdiagnose untermauert wird. Wenn die weitere spezielle psychosomatische/ psychotherapeutische Beetreuung nicht vom Konsiliararzt selbst übernommen wird, sollte ein Ansprechpartner, niedergelassener Kollege oder ein ambulanter Dienst empfohlen werden. Wenn eine stationäre Behandlung erforderlich wird, ist die Nennung einer Klinik und kurze Spezifikation wertvoll. Dem Patienten soll das angebotene Therapieverfahren zur Orientierung erläutert werden. Zu diesem Zeitpunkt ist es auch wichtig, die Kostenübernahme zu klären, z. B. wenn ein Volkshochschulkurs oder ein Angebot der Krankenkassen angeraten ist. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient tatsächlich weitere Schritte macht und sich vielleicht zu einem Kurs für Autogenes Training anmeldet oder einen Psychotherapeuten aufsucht. In akuten Situationen ist es manchmal notwendig, überbrückend medikamentös zu therapieren. Explizit sollte die Begrenzung der Verschreibung auf die Zeit der stationären Behandlung oder für einen umschriebenen maximalen Zeitraum erfolgen. Neben dem konkreten Vorschlag (Medikament, Dosierung) erscheint ein ergänzender differentialtherapeutischer Hinweis wünschenswert, da häufig Unkenntnis über die spezifischen Wirkungsprofile herrscht, z.B. was die anxiolytische Potenz bestimmter Benzodiazepine oder die antidepressive Komponente bei gewissen niedrigpotenten Neuroleptika angeht. Die möglichen Grunderkrankungen sind natürlich mit zu erwägen Seien Sie als Arzt über derzeitige "Modekrankheiten" informiert. Am Ende möchte ich noch ein praktisch relevantes Phänomen erwähnen. Manchmal fallen im Patientengespräch Schlagworte wie das „chronische Müdigkeitssyndrom“, die für eine Zeit durch die Medien populär wurden, oder es werden „neue Therapien“ angesprochen. Eine gewisse Sachkenntnis und ein informierter Umgang mit den Begriffen erlauben ein kritisches Abwägen. Hier den Patienten ernst zu nehmen, Entscheidungshilfen zu bieten und sich auch manchmal festzulegen, ist sehr förderlich für den therapeutischen Verlauf. Der Verweis auf andere Fachgebiete oder auf die eigene Unkenntnis wird meiner Erfahrung nach von den Patienten als Defizit erlebt.

PsychoOnkologie

Zusammenstellung von günstigen und ungünstigen Bewältigungsmechanismen:



Anmerkungen

Fallvignetten aus Loew, Köllner Wenn die Seele den Körper leiden lässt (Trias-Verlag, 1998)

Anhang – verschriftlichte Fälle als Muster

Konsilbericht, Arztbrief, Gutachten

Diagnose: Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) in Verbindung mit hypochondrischen Befürchtungen (Hypochondrische Störung (F45.2)) und Hinweisen auf einen Z.n. einem depressiven Syndrom im Verlauf des letzten Sommers

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr verehrte Kollegin,

Frau B. wurde am ... konsiliarärztlich untersucht. Sie war zunächst kritisch eingestellt, da sie sich nicht vorstellen könne, dass ihre Probleme mit der Psyche zusammenhängen können. Sie führe eine glückliche Ehe, ihr Sohn sei mittlerweile 18 Jahre alt, habe eine Lehrstelle, sie hätte Freunde. Die Schwierigkeiten hätten schleichend etwa 2-3 Wochen nach einem elektiven kieferchirurgischen Eingriff begonnen. Damals seien zwei Operationen, die sie eigentlich nicht gleichzeitig hätte durchführen lassen wollen, in einer Sitzung gemacht worden. Der Zahnarzt habe damals keine prophylaktische antibiotische Behandlung durchgeführt, im Verlaufe des Jahres sei es ihr dann immer schlechter gegangen, „im Sommer sei dann das große Finale“ gewesen, neben den Schmerzen sei ihr dann auch immer übel! gewesen. Sie könne manchmal nur noch 1-2 Stunden arbeiten, dann sei sie erschöpft. Manchmal gehe sie um 9 Uhr ins Bett. Sie habe schon vieles probiert, auch Elektroakupunktur, das Schlimmste aber sei, dass jeder etwas anderes sage. Zu ihrer Lebenssituation gibt sie an, dass sie in der ambulanten Altenpflege arbeite, etwa 1-2 -Fälle betreue und bis zum Dezember auch eine Person in ihrem eigenen Haushalt betreut habe. Bis vor 5 Jahren habe sie am Rudolf-Steiner-Institut gearbeitet. Wegen der Beschwerden habe sich die Familie nun entschlossen, in ein kleineres Haus zu ziehen. Die Beschreibung der Beschwerden und Schmerzpunkte wirkt glaubhaft. Psychopathologisch ergeben sich keine Auffälligkeiten mit Ausnahme eines ausgeprägten und detaillierten Mitteilens, die sich im weiteren Gesprächsverlauf jedoch veränderte. Die Patientin wirkte dann in sich gekehrter, ruhiger. Die Patientin ist der festen Überzeugung an einer Verkränkung / Vereiterung der Kiefern höhlen zu leiden, die plötzlich begonnen habe und auch weiter bestehe. Die verschiedenen Komponenten des Schmerzerlebens wurden besprochen. Insbesondere wurde die Patientin darauf aufmerksam gemacht, dass die körperliche Erschöpfung und vegetative Symptomatik, die sie besonders ausgeprägt im letzten Sommer erlebt habe, auch als ein depressives Syndrom verstanden werden könnte, und über den Nutzen einer schmerzdistanzierenden psychopharmakologischen Behandlung informiert. Diese wünscht Frau B. jedoch derzeit nicht. Psychische Faktoren, die bei dem Beschwerdebild eine Rolle spielen können, sieht die Patientin selbst nicht, der Leidensdruck, der durch das Überzeugensein, an eine körperliche Erkrankung zu haben, die nicht ausreichend abgeklärt wird, kann von der Frau B. nicht distanziert betrachtet werden, sehr wahrscheinlich ist das auslösende Ereignis aber noch zu gegenwärtig und es ist noch nicht gelungen, durch die bisher durchgeführten organischen Abklärungen eine ausreichende Sicherheit zu verschaffen. Die Patientin möchte sich unbedingt noch einmal in einer weiteren Kieferklinik vorstelen und schätzt eine neurologisch/immunologischen Erkrankung (z.B. Borreliose) als ursächlich ein. Derzeit sehe ich keine Hinweise für eine weitere psychische Störung, möchte aber darauf aufmerksam machen, das sich im Zusammenhang mit hypochondrischen Überzeugungen und Ängsten im weiteren Verlauf doch bei einem Dritte! der Patienten schwerwiegendere psychiatrische Erkrankungen beobachten lassen, die die Lebenssituation doch nachhaltig beeinflussen. Frau B. wurde darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit besteht, über unsere Ambulanz eine begleitende Behandlung einzuleiten.

Diagnose: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) auf dem Hintergrund einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstruktur

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrte Frau,

ich darf über unser Gespräch am Folgendes zusammenfassen:

Sie berichteten, dass Sie eine chronische Schmerzpatientin seien und unter einem ständig vorhandenen .Schmerz im Gesicht leiden würden, der rechts am Mundwinkel nach unten aber auch nach oben ziehen würde. Wenn er sehr schlimm sei dann würde er auch nach links wechseln. Gelegentlich hätten Sie auch Schmerzen an der linken Augenbraue, Der Schmerz sei eher ständig vorhanden, zum Abend hin aber würde er wesentlich stärker werden. Zur Krankheitsentwicklung berichteten Sie, dass Sie seit ... starke Schmerzen am linken Trigeminusast gehabt hätten, vor zwei Jahren sei die Diagnose eines atypischen Gesichtschmerzes gestellt worden. Sie gaben an, dass es manchmal „die Hölle“ sei, obgleich Sie Verschiedenes versucht hätten, z.B. auch Akupunktur und andere Verfahren, hätte nichts Ihnen endgültig geholfen. Zuletzt seien sie in der Schmerzabteilung im gewesen, es wäre

vieles versucht worden, aber sie hätten kaum ein Medikament vertragen (z. Zt. nehmen Sie Doxepin tropfenweise zum Schlafen, sonst keine Medikation). Aktuell würden Sie alle vier Wochen zum Psychiater gehen, er würde eine kleine Therapie machen und äußerte „wenn Sie anders leben würden, dann würden die Schmerzen vergehen“. Die Schmerzen seien in letzter Zeit etwas leichter gewesen, in etwa zwischen sechs und acht auf einer Skala von 0 auf 10. Manchmal seien sie auch ganz weg, könnten aber sehr stark zurückkommen. Sie würden sich in letzter Zeit insgesamt körperlich stabiler fühlen. Sie gaben, dass Sie schon immer schmerzempfindlich gewesen seien, sie hätte früher auch einmal Fibromyalgie gehabt. Zu Ihrer beruflichen Situation gaben Sie an, dass Sie sehr viel und hart arbeiten würden, dass die Arbeit Ihnen jedoch auch helfen würde den Schmerz zu verdrängen. Andererseits würden Sie sich aber auch körperlich und seelisch kaputt bei der Arbeit fühlen. Sie gaben an, dass Sie seit 1.... beim Roten Kreuz als Leiterin einer Kontaktstelle für Patienten mit einer Krebserkrankung in Landshut arbeiten würden, Sie würden Patienten von zwei Kliniken betreuen, Patientengruppen leiten und Sterbebegleitung anbieten. Erst seit diesem Jahr erhalten Sie einen kleinen Betrag zur Supervision, davor wurde Ihnen keine Hilfe angeboten Sie hätten die Arbeit alleine gemacht. Seit Anfang des Jahres würde eine Kollegin z.T. mitarbeiten um Sie vertreten zu können. Zur Familien- und Lebensgeschichte gaben Sie an, dass Ihre Mutter 78 Jahre alt sei und immer schon psychosomatisch krank gewesen sei, aber sonst eine sehr kräftige und tatvolle Frau. Der Vater sei 87-jährig würde schwer krank sein, seit Februar... sei er ein Pflegefall als er an einem Mamma-Karzinom operiert worden sei. Ferner würde er unter Asthma, Herzrhythmusstörungen und anderen Krankheiten leiden. Der Vater gebe an, er möchte sterben, sei zum Teil aggressiv. Es sei bekannt, dass er seit mehreren Jahren altersdepressiv ist. Früher sei ihr Vater Alkoholiker gewesen. Dies sei Ihnen schon bekannt gewesen seitdem sie zwei Jahre alt seien. Im Rahmen seiner Alkoholsucht sei der Vater immer wieder laut geworden, sei zwar nie handgreiflich geworden habe aber regelmäßig mit Suizid gedroht Die Alkoholsucht des Vaters habe das Familienleben bestimmt, ein weiterer Belastungsfaktor war die Tatsache, dass die Dienststelle Ihres Vaters (er war Polizist) von dieser Alkoholabhängigkeit nichts erfahren durfte. Sie gaben an, dass Sie die Schule mit der mittleren Reife abschlossen, dann im Büro gearbeitet und anschließend eine Ausbildung zur MTA gemacht hätten. Seit 19... seien Sie beim Roten Kreuz. Geheiratet hätten sie 1970 mit 21 Jahren und 1972 und 1977 hatten sie ihre Söhne geboren. 1988 haben Sie sich von Ihrem Ehemann getrennt. Sie berichteten, dass Sie damals viele Ängste gehabt hätten, da in Ihren Kreisen eine Scheidung undenkbar gewesen sei. Sie hätten beim Roten Kreuz und in der Familie Demütigungen erlebt. Sie gaben an, dass sie seit 12 Jahren in einer festen Beziehungen leben würden. Es sei eine Woche nend bezieh u ng, Ihr Lebenspartner sei Kunsterzieher in München. Sie arbeiten in Landshut, ihr Lebenspartner könne zwar liebevoll sein, hätte aber auch schwierige Seiten. Diagnose aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) auf dem Hintergrund einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstruktur In dem gemeinsamen Gespräch teilte ich Ihnen meine Einschätzung mit, dass Sie trotz der wiederholten Psychotherapien (die längste sei von ... über ca. 150 Stunden gewesen) nochmals einen diesbezüglichen Versuch machen sollten. Als mögliche Themen böte sich an, der Fragen nachzugehen welche Funktion die Schmerzen erfüllen, was sie verhindern, was machen Sie möglich- Andererseits gibt es sicherlich noch genügend Ansatzpunkte z.B. die Zeit nach der Scheidung 1986 wieder zu betrachten. Im Gespräch gaben Sie an, dass Sie diese Zeit gut verdrängt haben und nicht daran erinnert werden möchten. Ein weiterer Ansatzpunkt wäre auch die Situation als Kind aus einer Alkoholikerfamilie aufzuwachsen. Zu diesem Gebiet hat der Therapeut Dr. Kolitsus (der seine Praxis in München hat und auch als Supervisor tätig ist) interessante Bücher verfasst Des weiteren habe ich Ihnen eine stationäre Aufnahme in einer Klinik auf universitären Niveau vorgeschlagen, die ein psychotherapeutisch ausgerichtetes Schmerzkonzept besitzt, z. B. Uniklinik Mainz bei Prof. Egle. Zuletzt möchte ich noch einen Punkt aufgreifen, den ich auch in unserem Gespräch erwähnt hatte und der es Ihnen wahrscheinlich auch schwer macht gesund zu werden. Sie erscheinen mir als ein sehr ehrgeiziger Mensch, dem die Anerkennung und die Zuwendung seiner Umwelt wichtig ist. Ursächlich hierfür kann eine verminderte Fähigkeit zur Selbstliebe sein. In der Psychotherapeutischen Sprache nennt man das eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur. Da ich vermute, dass diese Persönlichkeitszüge es Ihnen schwerer machen gesund zu werden habe ich sie auch bei der Diagnose erwähnt

Diagnose: Somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltrakts (F45.32)

Beispiel: Konsiliarbrief

Diagnose von Seiten unseres Fachgebiets:

Somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltrakts (F45.32)

Sehr geehrter Kollege,

Frau S. wurde am ... konsiliarärztlich untersucht. Sie berichtete, dass „die Beschwerden mit gar nichts“ zusammen hingen, „und doch mit vielem“. Es fühle sich so an, als ob jemand „mit dem Messer darin herumbohrt“. Die Beschwerden hätten nach der Schule mit 15 angefangen, plötzlich, wie eine

Blinddarmentzündung. Anfangs hätten sie bis zu einer Woche angehalten, seien für Sekunden ganz arg gewesen, dann habe sie einen leichten Druck bemerkt. Sie habe jeden Tag Bauchbeschwerden. In der Klinik sei sie nun, weil die Ärzte geglaubt hätten, sie habe eine Darmentzündung.. Zu ihrer Lebensgeschichte berichtet Sie, dass sie die Hauptschule abgeschlossen habe, nun seit 8 Monaten Hausfrau sei, ein Kind habe, der Freund, 20 jährig sei arbeitslos. Sie lebten in Roth, da sei es schwierig, Arbeit zu bekommen. Der Freund habe schon mehrere Lehrstellen wieder abgebrochen. Für September habe er als Mauer wieder etwas in Aussicht. Die Mutter lebe ebenfalls von der Sozialhilfe, mit ihrem Vater habe sie seit dem 5. Lebensjahr keinen Kontakt mehr, er sei Alkoholiker gewesen. Psychopathologischer Befund: Junge Patientin, freundlich zugewandt, mit einer Tendenz die sozialen Probleme zu verleugnen; die Stimmung ist normal, die affektive Schwingungsbreite erhalten, keine klinischen Hinweise auf Merkfähigkeits- oder Konzentrationsstörungen, formale, inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Suizidalität. Psychodynamisch fällt der zeitliche Zusammenhang zwischen dem üblichen Alter, in dem eine Berufstätigkeit begonnen wird, und dem Beschwerdebeginn auf. Möglicherweise kann sie im engeren Beziehungsfeld, wenn sie über Beschwerden klagt, sich angenommener fühlen. Die Prognose ist abhängig von Veränderungen der sozialen Situation. Eine Psychotherapie ist der Patientin aus lebenspraktischen Erwägungen derzeit nicht möglich. Die verschiedenen Komponenten des Schmerzerlebens und die entsprechenden Behandlungskonzepte wurden besprochen. Die verschiedenen Angebote unserer Ambulanz wurden ihr vorgestellt (z.B. Biofeedback-Behandlung, FE-Gruppe). Bei Bedarf kann sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen).

**Abhängige Persönlichkeit (F6Ö. 7) mit emotional instabiler Komponente, (Reizbarkeit) (F60.31), Leichte Intelligenzminderung (F70.1), Diabetes mell. Typ I
Beispiel! Konsiliarbrief**

Diagnose Ihrerseits: Diabetes mell. Typ I

Diagnose von Seiten unseres Fachgebiets:

Abhängige Persönlichkeit (F60.7) mit emotional instabiler Komponente (Reizbarkeit) (F60.31)

Leichte Intelligenzminderung (F70.1)

Sehr verehrte Kollegin,

Frau R. wurde am konsiliarärztlich untersucht. Sie war zunächst kritisch eingestellt, da sie sich nicht vorstellen könne, dass ihre Probleme durch uns gelöst werden könnten. Zur Lebensgeschichte berichtet sie, sie sei nun 23 Jahre alt, habe 9 Jahre die Sonderschule besucht, 1 Jahr auf der BVJ verbracht, und lebe nun mit der Mutter (+48), dem Vater (+56) und dem Bruder (-1) in einer Wohnung, die sie über eine Bekannte der Mutter bekommen hätten, und aus der sie auch nicht ausziehen wolle, sie habe noch 1 Schwester und einen Bruder (+1, +4). Der Vater sei seit 3 Jahren arbeitslos, und trinke massiv. Im Sommer würde er viel Zeit im Garten verbringen. Der Familienunterhalt werde in erster Linie durch die Arbeit der Mutter als Putzfrau erwirtschaftet. Die Aufgabe der Pat. sei es, auf ihre Nichte (-20) aufzupassen, und diese in den Kindergarten zu bringen. Bis auf dem Ärger mit dem Vater fühle sie sich in dem Haus, in dem sie wohnen sehr wohl, es würden auch noch andere Verwandte dort leben, mit denen sie sich gut verstehe. Ihr Hobby seien ihre Tiere. Ihr wäre es am liebsten, wenn der Vater „fortkomme auf Entzug“, oder ausziehe. Zur Krankheitsgeschichte berichtet sie, dass sie mit 12/132 Wochen in der Kinderklinik gewesen sei, dort sei die Diab. diagnostiziert worden, mit 17/18 habe sie eine Nierenbeckenentzündung gehabt, sei wieder in die Kinderklinik gekommen und dann zu Fr. Dr..... Vor 14 Jahren sei sie am rechten Auge erblindet. 1995 sei sie dann 2 Wochen in einer Diabetes-Klinik gewesen, 2 Wochen danach habe Sie wieder eine Nierenbeckenentzündung gehabt, die 2 Wochen stat. behandelt (Stat. 13) worden sei, nach weiteren 2 Wochen Zuhause sei sie wieder stationär behandelt (Stat 23) worden, sei 2 Wochen nach hause und nun seit einer Woche wieder stationär wegen einer Hyperglykämie. Auslöser sei das Hochzeitsfest der Schwester gewesen, an dem sie kalorienreiche Limonade getrunken habe. Mit dem Vater habe es auch immer wieder Probleme gegeben. Zur sexuellen Entwicklung berichtet sie, dass sie zwar immer wieder darauf angesprochen werde, doch zu heiraten, jedoch „kein Interesse an den Kerlen* habe. Psychopathologisch findet sich eine leichte Intelligenzminderung, der Sprachfluss ist normal bei reduziertem, am Jargon orientiertem Wortschatz und häufigen grammatikalischen Fehlern. Die Pat. scheint jedoch eine gewisse Lebenspraxis entwickelt zu haben, die ihr es ermöglicht, Probleme im Umgang mit anderen in der Regel zu bewältigen. Die Stimmung ist normal, die affektive Schwingungsbreite erhalten, nach anfänglicher kritischer Zurückhaltung hat die Pat. bereitwillig Auskunft gegeben. Formale oder inhaltliche Denkstörungen, Ichstörungen oder Suizidalität sind nicht vorhanden. Es erscheint sehr wahrscheinlich, dass Belastungssituationen zur BZ-Entgleisung mit beitragen. Eine mögliche psychodynamische Erklärung liefert die Pat. selbst.: Sie könne und wolle nicht von der Mutter weg, da diese alleine den Schlägen des betrunkenen Vaters der Pat. ausgeliefert sei. Da die Mutter ihr früher öfters das Leben gerettet habe, fühle sie sich ihr verpflichtet und werde

sie nicht verlassen. Die Pat. wurde über ihre Möglichkeiten, auszuziehen (Sozialhilfe, Wohngeld) unterrichtet, lehnt einen Ortswechsel aber derzeit ab. Die Pat. fühlt sich durch ihr soziales Netz ausreichend unterstützt und anerkannt. Über die rechtliche Situation bei fremd gefährdendem Verhalten des Vaters (Körperverletzung) und die Möglichkeiten (Polizei hinzuziehen) wurde sie informiert, erlebt dies aber als einen unbewussten Loyalitätskonflikt mit ihrem sozialen Bezugsfeld (die Trunksucht wird von verschiedenen Verwandten unterschiedlich gewertet), den sie im Rahmen ihrer persönlichkeits durch impulsives Verhalten und Schutzsuchen kompensiert. Eine Fach Psychotherapie ist derzeit nicht indiziert.

Diagnose: Mittelgradige Depression (F32.1), Beeinträchtigung einer körperlichen Erkrankung durch psychosoziale Belastungen (F54)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrte Frau...

ich darf über unser Gespräch am Folgendes zusammenfassen und gemäß Ihres Wunsches den Brief an Ihren Hausarzt senden damit dieser ihn Ihnen aushändigt: Sie berichteten, dass Sie aufgrund von Problemen mit der Atmung im Krankenhaus Donaustauf behandelt würden. Die Atemnot sei im letzten halben Jahr zunehmend schlechter geworden. Zeitgleich sei auch der gesundheitliche Zustand Ihres Ehemannes schlechter geworden. Ihr Ehemann leide unter einem Diabetes und wird auf der Intensivstation seit dem wegen eines Nierenversagens behandelt. Aufgrund des Zuckers sei ihm im April letzten Jahres eine Zehe amputiert worden, diese Wunde sei aber nicht zugeheilt. Ihr Mann sei Ihnen in dieser Zeit auch z.T. komisch vorgekommen. Er wusste teilweise nicht mehr wo er war, hat Sie schikaniert und beschimpft, hat aber z.T. im nächsten Moment nicht mehr gewusst was er getan oder gesagt hätte. Sie sind seit ca. 14 Jahren verheiratet. Ihr Mann sei schon immer herrschsüchtig gewesen. Auch das Verhältnis zu Ihren Stiefkindern sei nicht gut. Obwohl es Ihnen schlecht gegangen sei haben diese Sie niemals unterstützt oder Ihnen geholfen. Der Stiefsohn studiert auswärts und kommt zum Wochenende ins Haus. Sehr mitgenommen hätte Sie auch die Mitteilung dass Ihre Singvögel verstorben seien, Sie haben den Verdacht Ihr Stiefsohn habe diese verhungern lassen. Sie haben das Gefühl, dass Sie keine Privatsphäre hätten, Ihre Post würde gelesen werden und Ihre Sachen durchwühlt. Sie wohnen am Land und kommen kaum aus Ihrem Haus. Früher hätten Sie noch den Roller benutzt, nun sei dieser Ihnen zu schwer. Ferner gaben Sie an, dass Ihnen „Himmelangst“ werde wenn Sie nun daran denken müssten, dass Ihr Ehemann pflegebedürftig werden oder gar sterben würde. Sie haben keine Vorstellung wie es mit Ihnen weitergehen soll, oder was Sie machen könnten. Ihre eigenen Kinder hätten ihre Hilfe angeboten diese würden aber weiter weg wohnen, die Tochter in A. der Sohn in der Nähe von Freising. Diagnose aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin: Mittelgradige Depression (F32.1) Beeinträchtigung einer körperlichen Erkrankung durch psychosoziale Belastungen (F54) Zusammenfassung und Therapieempfehlung: Sie beschreiben schwere, vor allem soziale Schwierigkeiten. Sie wohnen in einer feindlichen Umgebung, ihre Stiefkinder behandeln Sie nicht besonders gut. Sie benötigen dringend Hilfe um Ihre Angelegenheiten zu ordnen und zu erledigen. Wenn, wie zu erwarten ist, sich die Lage bei Ihrem Ehemann im Vergleich dazu, wie er vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt gewesen ist, deutlich verschlechtert dann ist auch von Ihrer Seite vieles zu regeln. In unserem Gespräch wurde klar, dass Sie keine Vorstellung haben wie Sie alles regeln sollen. Der Umgang mit Ihren Stiefkindern wird sich auch verschlechtern wenn es um die Regelung der finanziellen Angelegenheiten geht. Hier behindern Sie auch Ihre Schamgefühle Hilfe anzufordern und zuzulassen und es wird sehr schwierig für Sie werden wenn Sie dies nicht können. Wir empfehlen Ihnen dringend alle ambulanten Möglichkeiten zu nutzen um vorerst einen Plan zu entwickeln wie Sie alles regeln wollen. Hier kann Ihnen der lokale sozialpsychiatrische Dienst helfen. Ferner kann ein Kontakt zum VdK auch sehr hilfreich sein. Ich hoffe Sie haben mit dem Sozialdienst im Krankenhaus Donaustauf Kontakt aufgenommen, damit dieser Sie kompetent über die lokalen Dienste und Möglichkeiten informiert. Sobald Sie die Möglichkeit haben regelmäßig zu einem Therapeuten zu gehen, wurde ich Ihnen eine ambulante Psychotherapie dringend empfehlen. Mit Hilfe von regelmäßigen Gesprächen könnten Sie die Ursachen für Ihre Belastungen identifizieren lernen, erste Hinweise konnten Sie in unserem Gespräch erhalten, um dann geeignete Strategien zu entwickeln wie Sie sich besser gegen diese Belastungen schützen können. Am besten könnten Sie dies im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie durchführen. Um an einen geeigneten Psychotherapeuten zu gelangen, empfehlen wir Ihnen, die Koordinationsstelle Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung zu kontaktieren (ein Infoblatt mit Telefonnummer und Sprechzeiten liegt diesem Brief bei) und die Liste aller Psychotherapeuten (sowohl ärztliche als auch psychologische) anzufordern. Anhand dieser Liste wählen Sie die Therapeuten aus, die sich Ihrer Nähe befinden und rufen diese an.

Depressive Störungen gegenwärtig mittelgradigen Episode (F32.1), Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrte Frau,

ich darf über unser Gespräch am Folgendes zusammenfassen:

Sie berichteten, dass Sie in den letzten sieben Jahren kontinuierlich Haare verlieren würden, teils stärker, teils schwächer. Das würde Ihnen sehr viel Angst machen und wenn der Haarausfall deutlicher sei würden Sie auch Depressionen bekommen. Das würde Sie dann aus der Bahn werfen, Sie müssten viel schlafen, würden sich sozial zurückziehen, seien emotional labiler und hätten das Gefühl keine Ahnung zu haben wie Sie Ihr weiteres Leben gestalten sollen. In solchen Situationen hatten Sie den Wunsch dass Sie ganz alt wären und Ihr Leben vorbei wäre. Diese Gedanken würde Ihnen aber auch sehr weh tun. Sie haben in Ihrem Leben immer auf Ihr Äußeres geachtet. Sie hätten sehr große Angst, dass sich der Haarausfall schummern würde. Des weiteren würden Sie auch unter Schlafstörungen, starkem Schwitzen, dem Gefühl aufgequollen zu sein sowie dem Gefühl, Druck auf den Augen zu haben leiden, Ihre Stimmung sei sehr abhängig von Ihrem Haarbefund. Zusätzlich gaben Sie an, dass bei Ihnen Ende letzten Jahres eine Schilddrüsenüberfunktion diagnostiziert worden sei. Zwischen Januar und März dieses Jahres hätten Sie kurzfristig Tabletten eingenommen. Ferner berichteten Sie mit 14 Jahren ein Jahr magerstichtig gewesen zu sein und mit 17 Jahren drei Monate nur Äpfel gegessen zu haben. Seitdem habe sich der Haarausfall entwickelt. Als Ursache für alle Ihre Beschwerden sehen Sie den nicht zu kontrollierenden Haarausfall. Zu Ihrer sozialen Situation gaben Sie an, dass Sie halbtags als arbeiten würden. Sie seien seit zwei Jahren geschieden und hätten einen sechsjährigen Sohn, ihr 6-jähriger Sohn wird während Ihrer Arbeitszeit von Ihrer Mutter versorgt. Ihre Mutter würde im Nachbarhaus Wohnen. Sie gaben an 1991 geheiratet zu haben. Damals sei es Ihnen sehr wichtig gewesen jemanden zu heiraten. Sie haben Ihren Mann ein Jahr davor kennengelernt. Während der Ehe habe es sich aber herausgestellt dass Sie und Ihr Mann nicht zusammenpassen würden. Ihr Mann sei schon sehr früh seine eigene Wege gegangen. Sie würden sich bezüglich Ihrer Zukunft insbesondere bezüglich Partnerschaften große Sorgen machen. Jetzt wären Sie so erwachsen die richtige Wahl zu treffen aber auf Grund Ihrer Haare würden Sie sich nicht zutrauen jemanden kennenlernen zu können. Zu Ihrer Familiengeschichte gaben Sie an, dass Ihr Vater 1980 als Sie selbst 12 Jahre alt waren 52-jährig an Darmkrebs verstorben sei. Sie hätten den Verlust an sich nicht so stark gespürt. Am meisten hätte Sie die Reaktion Ihrer Mutter betroffen gemacht. Ihre Mutter sei jetzt 63jährig und würde schlecht sehen, sonst sei sie altersentsprechend gesund. Ihre Mutter würde sehr zurückgezogen leben, sei eine ängstliche Person. Diese Angst hätte Ihre Mutter auch an Sie übertragen. Auch hätte Ihre Mutter keine Gefühle zeigen können, Sie hätten das Gefühl gehabt emotional verarmt aufgewachsen zu sein. Sie haben sich immer alleine gefühlt in Ihrem Leben. Ein weiterer Schicksals seh lag sei der Selbstmord Ihres Bruders 1990 gewesen, als dieser 15 Jahre alt gewesen sei. Ihr Bruder sei in ein Internat gegangen (Gymnasium), sei sehr intelligent gewesen und habe zusammen mit einem Freund Selbstmord mit Chemikalien verübt. Diese Erfahrung habe Sie auch dazu bewegen möglichst schnell zu heiraten damit Sie jemanden haben. Als schönstes Erlebnis in Ihrem Leben betrachten Sie die Existenz Ihres Sohnes. Sie seien froh ihn zu haben. Als schlimmstes Erlebnis in Ihrem Leben beschreiben Sie den Tod des Bruders und Ihren Haarausfall. Angesprochen auf Selbstmordgedanken haben Sie diese glaubhaft verneint. Diagnose aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin: Depressive Störungen gegenwärtig mittelgradigen Episode (F32.1) Somatoforme autonome Funktion Störung F45.3) Zusammenfassung und Therapieempfehlung: Wie mit Ihnen besprochen fallen bei Ihnen viele psychische und soziale Faktoren auf, die Sie belasten. Erschwerend kommt hinzu, dass Ihnen aufgrund Ihrer Erfahrungen in Ihrer Kindheit und Jugend, wenig Möglichkeit gegeben worden sind mit solchen psychischen Belastungen fertig zu werden. Zusätzlich mussten Sie mehrere harte Schicksalsschläge verarbeiten. Ein zentrales Gefühl dabei scheint das Gefühl zu sein, alleine gelassen worden zu sein. Es ist zu vermuten dass Sie den Wunsch haben, dass sich jemand um Sie kümmert und Sie aus der aktuellen Situation herausholt. Dabei entwickeln Sie sowohl depressive als auch ängstlichen Symptome insbesondere in Verbindung mit dem erlebten Haarausfall Es wäre wichtig wenn Sie beginnen würden diese Belastungen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie zu bearbeiten. Mit der daraus erfolgenden Entlastung kann sich auch der Befund Ihrer Haare langfristig bessern. Da Sie aber auch unter deutlichen depressiven Beschwerden leiden wäre eine begleitende medikamentöse Therapie anzuraten. Sicherlich kann man wie Sie dies selbst gewünscht haben zunächst auch mit der Psychotherapie beginnen und beobachten wie sich diese entwickelt- Um an einen geeigneten Psychotherapeuten zu gelangen, empfehlen wir Ihnen, die Koordinationsstelle Psychotherapie zu kontaktieren (ein Infoblatt mit Telefonnummer und Sprechzeiten wurde Ihnen bei unserem Gespräch ausgehändigt) und die Liste aller Psychotherapeuten (sowohl ärztliche als auch psychologische) anzufordern. Anhand dieser Liste können Sie die Therapeuten auswählen, die sich in Ihrer Nähe befinden. Emotional instabile Persönlichkeit vom impulsiven Typus (F60.30) mit Angst und depressiver Störung, gemischt (F41.2)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr verehrte Kollegin,

Obige Patientin wurde mit der Frage, der stationären Behandlung auf der... aus bei depressiver Entwicklung wg. chronischem Ehekonflikt vorgestellt. In der Vorgeschichte sei eine Angsterkrankung beschrieben, die sich nach stationärer / ambulanter Therapie gebessert habe. Außerdem sei eine Essstörung bekannt. (Anmeldung zum Konsil am) Die Patientin wurde am konsiliarisch untersucht, am wurde die Patientin in der Indikationskonferenz vorgestellt, am erfolgte ein Paargespräch zusammen mit Frau Dr. Die nun 49 jährige Patientin, die im Gesprächskontakt bald zu weinen beginnt, berichtet von einem Gefühl, hoffnungslos ausgeliefert zu sein. Vor 3 Jahren sei sie in der Psychosomatik in M. stationär behandelt worden, was ihr einiges gebracht habe. Bewältigungsmechanismen, die bis zu diesem Zeitpunkt gewirkt hätten, hätten dann aber nicht mehr funktioniert. Sie habe den Eindruck vor der aktuellen Aufnahme hier zu Hause „abgehaust“ zu haben .wie ein Scheusal“. Die Toleranz gegenüber ihrem Ehemann habe gefehlt. Sie habe zuviel Gefühle und Sehnsüchte gehabt; weil sie den Eindruck hatte, dass er sie nicht verstehen würde, habe sie ein Kognakglas nach ihm geworfen. Danach habe es eine Rangelie gegeben, wobei sie sich eine Rippe gebrochen habe. Probleme ergäben sich für sie aus ihrer Inkontinenz, ihr Mann bringe ihr und ihren Themen nicht die gewünschte Aufmerksamkeit entgegen. Sie könne sich derzeit nicht mehr vorstellen, zurück nach Hause zu gehen. Zur Lebensgeschichte befragt, berichtet Sie, dass sie Erzieherin sein, den Mann seit 28 Jahren kenne und seit 27 Jahren verheiratet sei. Der Sohn sei 24, habe nach der KDV beim BRK als Sanitäter gearbeitet, er habe viele Probleme, aber „ein feeling“ für Menschen. Ihre Mutter habe sich vor ca. 17 Jahren erhängt. Danach habe Sie eine Angsterkrankung gehabt {Therapie bei ...t). Die Ehe sei seit 1988 schlecht, nach der stationären Behandlung in Nürnberg habe Sie eine Ehe-Therapie machen wollen. Ihr Mann habe das aber nicht gewollt, er sei daraufhin in eine Männergruppe. Da sich die Konflikte in erster Linie im Miteinander der Eheleute abzeichneten, und bisher vom Mann eine Paartherapie abgelehnt wurde, wird zunächst ein Paargespräch vereinbart. Im Paargespräch zeigt sich der Ehemann zunächst kurzzeitig sehr verschlossen, möchte nichts über seine Lebenssituation sagen, berichtet aber dann sehr schnell offen von seiner Situation und der Partnerschaft. Bald werden sehr persönliche und intime Details von Konflikten berichtet, die einerseits auf eine gewisse Therapieerfahrung aber auch auf einen ausgeprägten Behandlungswunsch schließen lassen, aber auch als Indiz gewertet werden können, dass persönliche Grenzen zumindest in der Beziehung besonders bei der Patientin kaum geschützt sind. Der Ehemann zeigt gegenüber den Therapeuten eine ausgeprägte Anspruchshaltung, die möglicherweise auch die Beziehung der Eheleute kennzeichnet. Er hat auch ein gewisses Verständnis für die Konflikte seiner Frau entwickeln können, die für sie noch unbewusst scheinen. Seine Art, Gefühle zurückhaltender zu zeigen, wird von der Patientin auch im Gespräch als Ablehnung und Desinteresse interpretiert und führt zu starken Emotionen ihrerseits. Es wird eine Umgangsregelung für die bevorstehenden Feiertage besprochen und die beiden Partner werden aufgefordert, an Beispielen aktueller Lebensgestaltung mögliche alternative Lebensarrangements, z.B. getrennte Schlafzimmer, persönliche Bereiche im gemeinsamen Haus zu überlegen. Eine Weiterbehandlung wurde vereinbart.

Diagnose: Neurotische Depression (ICD 300.4), geringgradige Transaminasenerhöhung (fCD 790,4), V.a. Thrombophlebitis re. (ICD 451.9), Z.n. allergischer Reaktion auf Kontrastmittel (ICD 995.2)

Beispiel: Entlassungsbrief nach stat. Behandlung

Sehr geehrter Kollege,

wir dürfen Ihnen über Herrn berichten, der sich vom in unserer stationären Behandlung befand. •

Diagnosen: neurotische Depression (ICD 300.4), geringgradige Transaminasenerhöhung (ICD 790.4)

V.a., Thrombophlebitis re. (ICD 451.9) Z.n. allergischer Reaktion auf Kontrastmittel (ICD 995.2)

Erstmalig seien Erschöpfungssymptome kurz nach der Hochzeit während des Umbaus des Hauses aufgetreten, verbunden mit dem subjektiven Eindruck des Gelähmtseins. Seit dieser Zeit habe er nur kurzzeitig die Arbeit aufnehmen können, 2 stationäre psychischpsychotherapeutische Behandlungen seien nötig gewesen. Mehrere psychopharmakologische Behandlungsstrategien hätten nichts gebracht. Er wisse nun nicht mehr weiter. Psycho pathologische r Befund bei Aufnahme: Wach, in allen Qualitäten orientierter, zunächst sehr ambivalent und zurückhaltend wirkender, nur nach Aufforderung antwortender Patient. Die Mimik erscheint zunächst depressiv, die Schwingungsbreite erhalten. Keine Hinweise auf Merkfähigkeits- oder Konzentrationsstörungen, keine Hinweise auf inhaltliche oder formale Denkstörungen, keine Ich-Störungen; kein Hinweis auf Suizidalität Bis auf eine leichte Adipositas und keine Hinweise auf Pathologika bei der orientierenden neurologischen und internistischen körperlichen Untersuchung. Die üblichen Laboruntersuchungen inklusive der Schilddrüsenhormone waren im Normbereich mit Ausnahme der GOT mit... und der Gamma-GT mit..

U/1 (kontrolliert) Verlauf und Therapie: Biographisch wurde deutlich, dass Herr. M., der aus Österreich stammt und unehelich geboren wurde, bereits in seiner Kindheit die Scheidung seiner Großeltern als ca. Tjähriger verarbeiten musste, wobei ihm die Trennung vom Großvater besonders schwer fiel, den er nur noch heimlich besuchen durfte. Danach erfolgten einige Umzüge, zuletzt im Alter von ca. 10 Jahren nach M., wo die Mutter einen entfernten Verwandten heiratete. Herr M. entwickelte sich zielstrebig, wobei er mit ca. 20 eine, mit der Mutter in Verbindung zu bringende, berufliche Kränkung erleben musste. Er versuchte dann zunächst sich möglichst selbständig zu entwickeln, kaufte sich frühzeitig eine Wohnung und blieb dann mit einer Freundin zusammen, um die er zunächst mit einem Freund rivalisieren musste. Diese Frau, die er als sehr unselbständig und ängstlich beschreibt, hatte er später geheiratet, wobei er es auch genossen habe, dass sie aus einer intakten Familie stamme und weiterhin viel Kontakt mit ihren Eltern hatte. Seinen leiblichen Vater hatte er nur ganz selten gesehen gehabt, dieser hatte sich auch von seiner Mutter distanziert und eine andere Frau geheiratet. Auslösendes Ereignis im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik, die zunächst auf der körperlichen Ebene imponierte, waren der Hauskauf, den er alleine bewerkstelligte, da die Familie der Frau und die Frau keine Schulden machen wollten, und die in der Folge zu beobachtende zunehmende Einflussnahme der Eltern der Frau. Im Rahmen der Therapien sei es dann auch einmalig zu einer kurzen (maximal Stunden) anhaltenden psychotischen Episode gekommen, deren Auftreten im Rahmen einer Kunsttherapie, deren medikamentöse Behandlung und die in dem Zusammenhang aufgetretenen Nebenwirkungen (Neuroleptika induzierte Dyskinesien) den Patienten sehr verunsichert hatten. Die Beziehung wird von den Partnern unterschiedlich gegliückt eingeschätzt. Im Kern handelt es sich zusammenfassend um einen Nähe-Distanz Konflikt. Neben der Einleitung einer konsequenten medikamentösen Therapie und ausführlichen Aufklärung über Zusammenhänge zwischen körperlichen Symptomen und Depression wurden im Rahmen der Einzel-, Gruppen und soziotherapeutischen Ansätze Verhaltensmuster und Zusammenhänge mit der jeweiligen Befindlichkeit herausgearbeitet. In zwei Paargesprächen und einem Tennin mit der Mutter wurde deutlich, dass die Wünsche des Patienten und seine Einschätzung der Realität deutlich divergierten. Wünsche zu benennen, das Machbare abzugrenzen und das Entwickeln der entsprechenden Konsequenzen waren Gespräch s i nh alte. Eine weitere ambulante analytische Gruppentherapie wurde empfohlen. Medikation bei Entlassung:...

Diagnose: Depressive Störung gegenwärtig leichtgradig (F32.0)

Beispiel: Konsliarbrief

Sehr geehrter Herr

ich darf über unser Gespräch am ... Folgendes zusammenfassen: Sie berichteten, dass Sie seit dieses Jahres unter Schwindel, der vom Nacken käme, Mattigkeit, verminderter Leistungsfähigkeit Schmerzen in der Leiste und Appetitlosigkeit leiden würden. Sie hätten beim Fitness-Training einen Kreislaufzusammenbruch erlitten. Ferner klagten Sie über Durch schlaf Störungen. Bis vor ca. 3 Wochen hätten Sie das Medikament Imipramin 25mg 1-0-2, 7 Wochen lang eingenommen, ohne dass Ihre Situation sich gebessert hätte. Das Medikament wurde im Krankenhaus Wörth abgesetzt, wo auch ein Mitralklappenprolaps und eine Herzmuskelentzündung diagnostiziert worden seien. Zu Ihrer persönlichen Situation gaben Sie an seit 1986 verheiratet zu sein und zwei Töchter, 5 und 10 Jahre alt, zu haben. Von Beruf seien Sie ... und würden seit 14 Jahren in der gleichen Firma als Maschinenbediener an arbeiten. Es gebe gelegentlich Auseinandersetzungen mit dem Vorgesetzten. Zur Familien- und Lebensgeschichte gaben Sie an, dass Ihre Mutter 73jährig sei inzwischen 2 Bypässe erhalten habe, ihr sei oft schwindlig und sie habe es an den Nerven. Ihr Vater sei 67Jahre alt, sei Maurer von Beruf gewesen und insgesamt ein eher ruhigerer Typ. Sie haben zu beiden Elternteilen ein gutes Verhältnis. Ihr 8 Jahre älterer Bruder sei seit 4 Jahren wegen der Nerven berentet, müsse Tabletten einnehmen sei auch im Bezirksklinikum in gewesen. Ihr 4 Jahre älterer Bruder und Ihre 3 Jahre ältere Schwester seien gesund. Zu Ihrer Kindheit meinten Sie, sie sei normal verlaufen. Sie gaben an früher viel Sport gemacht zu haben, hätten jedoch seit dem Krankenhausaufenthalt diesbezüglich nichts mehr gemacht. Als schönstes Erlebnis in Ihrem Leben nennen Sie den Fußball. Ein schlimmstes Erlebnis können Sie nicht nennen. Als Ziel in Ihrem Leben möchten Sie Ihr Haus fertig stellen und die Schulden abbezahlen. Diagnose aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin: Depressive Störung gegenwärtig leichtgradig (F32.0) Zusammenfassung und Therapieempfehlung: Sie berichten, dass es Ihnen in den letzten Wochen besser gegangen sei. Sie müssten aber aufgrund der Herzmuskelentzündung Ihr umfangreiches Sportprogramm deutlich reduzieren. Dies, zusammen mit der Tatsache, dass Ihre Mutter auch an einer Herzerkrankung leidet, derentwegen Sie sogar operiert werden musste, hat zu einer deutlichen psychischen Belastung geführt wobei vermutlich die in Ihrer Familie liegende Neigung zu einer Depression aktiviert wurde. Um diese Beschwerden zu entgegnen können Sie prinzipiell drei Wege beschreiten: 1. Nichts zu unternehmen. Diesen Weg kann ich Ihnen nur empfehlen, wenn Ihr Zustand sich zunehmend deutlich verbessert und Siesich bald wieder wie früher fühlen. 2. Da Sie auch unter

Schlafstörungen leiden, wäre zu überlegen ob Sie nicht wieder ein antidepressives Medikament einnehmen, das nicht den Herzmuskel schädigt und eine schlaf fördernde Wirkung hat. Ein solches Medikament wäre beispielsweise Remergil 30mg, das zuerst als Vz Tablette über 3 Tage dann als ganze Tablette zur Nacht genommen wird. Der Vorteil von diesem Mittel ist, dass es gut verträglich ist und nicht abhängig machen kann. 3. Sollten die Beschwerden bleiben und die Medikamente nur eine geringe oder keine Hilfe bringen, würden wir Ihnen empfehlen eine ambulante Psychotherapie einzuleiten da die Beschwerden, die Sie beschreiben Sie auch psychisch belasten. Eine psychische Belastung führt oft zu einer Verstärkung körperlicher Beschwerden und kann in ungünstigen Fällen auch dazu beitragen, dass sich eine körperliche Erkrankung verschlechtert. Mit Hilfe von regelmäßigen Gesprächen könnten Sie die Ursachen für diese Belastungen identifizieren lernen, um dann geeignete Strategien zu entwickeln wie Sie sich besser gegen diese Belastungen schützen zu können. Am besten könnten Sie dies wie schon erwähnt im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie durchführen. Um an einen geeigneten Psychotherapeuten zu gelangen, empfehlen wir Ihnen, die Koordinationsstelle Psychotherapie der kassenärztlichen Vereinigung zu kontaktieren (ein Infoblatt mit Telefonnummer und Sprechzeiten liegt diesem Brief bei) und die Liste aller Psychotherapeuten (sowohl ärztliche als auch psychologische) anzufordern. Anhand dieser Liste wählen Sie die Therapeuten aus, die sich Ihrer Nähe befinden und rufen diese an.

Diagnose: Mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer schweren körperlichen Erkrankung (F32.1)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrter Herr

ich darf über unser Gespräch vom Folgendes zusammenfassen:

Sie berichteten unter folgenden Beschwerden zu leiden: Niedergeschlagenheit, Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit, fehlende Ausdauer, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Freudlosigkeit, düstere Zukunftsperspektiven, erhöhtes Schlafbedürfnis, Durchschlafstörungen, Zittern vor allem in den Händen aber auch am ganzen Körper, die Feinmotorik sei schlechter, sie würden nicht lange stehen können. Diese Beschwerden insbesondere die Störung der Bewegung sei Ihnen seit ca. 1-2 Jahren bekannt Ursprünglich wurde der Verdacht auf einen Morbus Parkinson gestellt. Seit Dezember 2000 seien Sie krankgeschrieben. Ferner sei bei Ihnen seit 1990 ein Morbus Crohn bekannt inzwischen auch mit Befall des Dickdarmes. Bis jetzt ist aber keine operative Intervention notwendig gewesen. Zur Zeit würden sie 8 mg Urbäson einnehmen Zu ihrer persönlichen Situation gaben Sie an seit 23 Jahren verheiratet zu sein. Sie haben eine 22jährige Tochter die selbständig wohnt. Ihre Frau arbeitet nun als Reinigungskraft im Studentenwerk nachdem Sie Ihre ursprüngliche Arbeit in einer Metzgerei seit 1993 aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr ausführen kann. Sie berichten, dass das Geld knapp sei. Erlern hätten Sie den Beruf des Schweissers, hätten zuletzt aber als und LKW Fahrer gearbeitet, sogar in Schicht Seit.... seien Sie arbeitslos. Zu ihrer Lebens und Familiengeschichte gaben sie an, dass Ihr Vater ca. 1991 82jährig verstorben sei, die genaue Todesursache sei nicht bekannt, er sei eingeschlafen. Ihre Mutter sei ca. 1993 ca. 65jährig an den Folgen von Nierenkrebs verstorben. Der erste Mann Ihrer Mutter sei im Krieg verhungert. Sie haben noch einen älteren Bruder und eine ältere Halbschwester. Sie seien auf dem Land groß geworden, Ihre Eltern haben in der Landwirtschaft gearbeitet. Nach der Schule hätten Sie ... und gelernt, haben zuletzt in einer Zinkerei und in einer.... gearbeitet. Als ich Sie bezüglich des schönsten Erlebnisses gefragt habe gaben Sie die Urlaubstage mit der Familie an. Gefragt nach dem belastendsten Ereignis in Ihrem Leben, antworteten Sie, dass Sie das nicht wüssten, sie hätten bis jetzt alles weggesteckt Diagnose aus Sicht der psychotherapeutischen Medizin: 10 Mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer schweren körperlichen Erkrankung (F32.1) Zusammenfassung und Therapieempfehlung: Sie scheinen sich durch die zunehmenden körperlichen und psychischen Einschränkungen belastet zu fühlen. Im Rahmen dieser Belastungen scheinen Sie zusätzlich eine depressive Störung zu entwickeln, die Ihre Möglichkeiten etwas zu tun weiter einschränken. Es wäre sehr wichtig zumindest die psychischen Belastungen zu behandeln da diese die körperliche Erkrankung beeinträchtigen können. Wir möchten ihnen empfehlen eine ambulante Therapie einzuleiten. Um an Adressen für Therapeuten in Ihrem Lebensraum zu kommen empfehlen wir Ihnen die Koordinationsstelle Psychotherapie anzurufen um die entsprechenden Adressen zu erhalten (siehe beiliegendes Blatt).

Diagnose: Längerdauernde leichte depressive Reaktion (F43.21)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrter Kollege,

Herr L. wurde am ... konsiliarärztlich untersucht (Anmeldung am ...). Anlass war eine vom Patienten geschilderte krankhafte Schreckhaftigkeit und vegetative Dystonie bei Z.n. Schrittmacherimplantation bei DCMP, SSS. Der Patient berichtet, dass der Schrittmacher am eingesetzt worden sei. Er habe

lange im Akkord in 3-Schichten gearbeitet und sei schon die letzten Jahre nervös gewesen. Geräusche, helle Töne würde er erleben wie ein Stich ins Herz. Im Verbindung mit den Herzbeschwerden träten besonders abends dann Kopfschmerzen auf, häufig auch verknüpft mit einer Übelkeit. Diese Schmerzen habe er erst seit der Schrittmacherimplantation. Ausgangspunkt sei ein Herzmuskelkrampf gewesen, der dann zu Herzrhythmusstörungen geführt habe. Das Anspringen des Herzschrittmachers empfinde er in der Regel nur nachts, wenn er ganz ruhig liege. Der erste Urtauf sei noch ganz gut gewesen, dann hätten die Beschwerden zugenommen. Die Kopfschmerzen würden auf Tabletteneinnahme abklingen. Zu den Lebensumständen befragter erzählt er, mit seiner Frau in Altdorf bei Nürnberg zu wohnen, guten Kontakt zu seinen 3 verheirateten Kindern und 7 Enkelkindern zu haben, als Hobby habe er Haus und Garten. Seit 3 Jahren sei er berentet, 3 Jahre vorher sei er arbeitslos gewesen. Aus der Vorgeschichte ergeben sich keine Hinweise auf eine depressive oder Angst-Störung, an vegetativen Symptomen schildert er einen in letzter Zeit unruhigen Schlaf, die Stimmungslage ist während des Gespräches leicht ängstlich-gedrückt, die Schwingungsbreite jedoch ertialten, in den letzten Monaten meide er Beerdigungen. Weitere psychopathologische Auffälligkeiten ergeben sich nicht Zusammenfassende Beurteilung: Die vom Patienten geschilderte, sei Jahren bestehende „Nervosität“ lässt sich am ehesten im Zusammenhang mit dem jahrelangen Schichtdienst bringen. Die geringgradige Depressivität ist noch als Reaktion auf die für den Patienten unerwartet eingetretene Herzerkrankung. Eine Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung ergibt sich derzeit nicht Bezüglich der Beeinträchtigung durch Beschwerden stehen die rezidivierenden Kopfschmerzen für den Patienten im Vordergrund. Da dieser Kopfschmerz für den Patienten neu ist und in dieser Form erstmalig erlebt wird (und in Zusammenhang mit der Schrittmacherimplantation gebracht wird, was als zusätzlich angstausslösend eingeordnet werden kann) empfehle ich parallel eine einmalige neurologische Abklärung der Kopfschmerzen. Fachpsychotherapeutisch empfiehlt sich zunächst eine Schmerzdokumentation, z.B. auf dem beigefügten Bogen, den Sie dem Patienten bitte zukommen lassen. Wir haben ausführlich über die Aspekte der Schmerzwahrnehmung und - Verarbeitung gesprochen, und ich habe Herrn L. angeboten, nach 2 Monaten erfolgter Dokumentation nochmals mit unserer Ambulanz Kontakt aufzunehmen, um dann, je nach Bedarf, an einer gestuften Einführung in ein Entspannungsprogramm teilzunehmen.

Diagnose: Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts (F42.30)

Beispiel: Konsiliarbrief

Sehr geehrter Prof....

Herr.... wurde am ... konsiliarärztlich untersucht. Er berichtet über eine nun seit 3 Jahren wiederholt und regelmäßig auftretende Übelkeit, z.T. in Verbindung mit Erbrechen, die zu einer steten Gewichtsabnahme geführt habe, ein Bezug zu bestimmten Speisen lasse sich aber nicht herstellen. Der Beginn der Erkrankung habe sich über Nacht eingestellt, einen Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen oder ein auslösendes Ereignis habe er nicht benennen können. Unabhängig von der Übelkeit träten wechselnd Missempfindungen im Bereich des oberen Gastrointestinaltrakts auf. Die stattgehabte Gewichtsabnahme schränke die subjektive körperliche Leistungsfähigkeit ein. Zu seiner Lebenssituation berichtet Herr. L., dass er als Geselle in einem Industriebetrieb arbeite und alleine lebe, vor ca. 5 Jahren habe er sich nochmals überlegt, ob er einen Meisterkurs belegen solle, da er aber ungern lerne, habe er diesen Plan dann fallen gelassen. Vor ca. 3 Jahren habe er sich dann im Bereich Datenverarbeitung weitergebildet, und in diesem Zusammenhang dann nochmals überlegt, ob er nun nach 15 Jahren Betriebszugehörigkeit nicht doch die Arbeitsstelle noch einmal wechseln solle. Psychopathologischer Befund: Orientierter, wacher, offen und kooperativ wirkender Patient. Keine Hinweise auf Ich-Störungen, inhaltliche oder formale Denkstörungen, kein Hinw. auf Suizidalität. Die Stimmungslage ist normal, die affektive Schwingungsbreite nicht eingeschränkt, anamnestisch ergibt sich kein Anhalt für psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte. Eine übermäßige Beschäftigung mit der Ernährungsfragen oder pathologisches Essverhalten lässt sich nicht eruieren. Zusammenfassend lässt sich die beklagte chronische, gastrointestinale Symptomatik als somatoforme Störung einordnen. Hinweise für eine akute depressive Episode oder eine Angsterkrankung, die ebenfalls mit vegetativen Symptomen verknüpft sein könnte, ergeben sich nicht. Ich habe mit Herrn L. über Art und Verlauf funktioneller abdomineller Erkrankungen und mögliche psychosomatische Behandlungsansätze gesprochen. Psychodynamisch interessant erscheint die ungefähre zeitliche Koinzidenz des Beginns der Beschwerden und den Überlegungen, sich beruflich doch noch einmal zu verändern. Die Beschwerden können dann als ein Faktor, der die Autonomie des Patienten dämpfen sollte bei einem unterschweligen Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt gedeutet werden. Ich habe Herrn L. über diese Möglichkeit der Sichtweise in Kenntnis gesetzt, die er interessiert aufnahm. Herr L. berichtete, dass über die Ernährungsberatung nun über hochkalorische Nahrungszusätze eine Steigerung des Körpergewichts erreicht werden soll. Auch wegen des organischen Zusatzbefundes (aorto-mesenteriales Syndrom), der die fluktuierende Schmerzsymptomatik mit bedingen kann,

empfehle ich neben der von Ihnen bereits eingeleiteten medikamentösen Behandlung zunächst eine 20 stündige Einführung in die Funktionelle Entspannung, z.B. wohnortnah bei Frau.-... die eventuell in eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlung münden könnte. Daneben habe ich den Patienten darauf hingewiesen, dass sich im Zusammenhang mit der vorliegenden somatoformen Störung auch depressive Symptome auftreten könnten, die dann spezieller mitbehandelt werden müssten. Bei einer Verschlechterung der Symptomatik kann er zusätzlich einen Nervenarzt oder Psychiater ansprechen oder über unsere Ambulanz eine Behandlung einleiten. Diagnose: Zwangsstörung bei depressiver Persönlichkeit Beispiel: Psychoanalytisches Erstgespräch - schriftl. Zusammenfassung Vorinformationen: Die Patientin habe sich bereits in der Psychosomatik in Nürnberg vorgestellt, die dort empfohlene stationäre Behandlung könne sie dort frühestens in 3 Monaten beginnen. Da sie 12 ein Interesse an einem möglichst frühzeitigen Behandlungsbeginn habe, möchte sie sich auch in unserer Abteilung um ein Bett bemühen. Erscheinungsbild; Schlanke, blasse etwas farblos wirkende 27-jährige Patientin, die einen etwas schmuddeligen Eindruck macht; kariertes Hemd, braune Kordhose, ungeschminkt. Symptomatik: Vor etwa 3Vz Jahren habe es langsam begonnen, dass sie sich nach der Arbeit gründlich und fange die Hände gewaschen habe, seit etwa einem Jahr würde dies aber Stunden in Anspruch nehmen. Neben der Seife benütze sie seit dieser Zeit auch Sagrotan. Besonders habe sie Ekel vor Blut. Einmal, zu Beginn ihrer Berufstätigkeit, habe sie einen Chef gehabt, der habe „sich eklige Sachen machen lassen“. Sie habe seitdem zunehmend bei ihrer Arbeit als Sekretärin besonders Befürchtungen, Papier auf den Schreibtisch zu bekommen, das mit Blut benetzt sei. Am Wochenende gehe es ihr kurzzeitig besser. Daneben würden sich Gedankengänge aufdrängen, sich wiederholen, sie müsse sich dauernd überlegen, ob und wie sie Dinge angefasst habe. Sie fasse nun zu Hause fast nicht mehr an. Bereits seit dem 13. Lebensjahr habe sie den „Tick“, Schränke und Schubladen—immer wieder kurz aufzumachen, um sie dann gleich wieder zu verschließen und so sicherzustellen, dass diese auch verschlossen seien. Im Alter von etwa 11 Jahren habe sie beim Gehen auf Pflaster so ein Ritual entwickelt, sie habe dann nicht auf die Ritzen treten wollen, das habe sich aber im Laufe der Zeit gegeben. Lebensgeschichte: Sie stamme aus G., die Eltern hätten früher bis zu ihrem 16. Lebensjahr eine Bäckerei gehabt. Ober der Backstube habe sich die Wohnung befunden. Die Mutter sei bei ihrer Geburt 33 Jahre alt gewesen, sie habe noch eine ältere Schwester (+8) und einen älteren Bruder (+6). Ihr Vater (+38) habe nach einer Fischvergiftung eine Leberzirrhose entwickelt, die Leberzirrhose sei „nicht durch Alkohol“ verursacht gewesen. Als sie 11 Jahre alt gewesen sei, sei der Vater schwer erkrankt, habe auch Blut erbrochen, sie habe sehr Angst gehabt, dass er sterben könne. Der Vater sei häufig auf der Intensivstation gewesen, 1988 sei er dann an einer Lungenentzündung verstorben. Ekelgefühle habe sie aber in dieser Zeit nicht empfunden. Zunächst habe die Mutter den Betrieb alleine geführt, habe das Geschäft dann aber aufgegeben. Die Mutter sei nun bei ihrem Bruder in der Textilbranche beschäftigt, sei dort Chefsekretärin, Die Pat habe dasin besucht, nach der Abiturprüfung habe sie zwischen 1990 und 92 eine Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin absolviert. Den Beruf habe sie gewählt, weil sie nicht habe studieren wollen, denn das habe sie sich nicht zugetraut. Sprachen hätten ihr schon in der Schule gelegen.. Sie sei eine Leseratte gewesen, habe viele Stunden in ihrem Zimmer verbracht. Ihre erste Stelle habe sie bei einer Zeitarbeitsfirma gefunden, später bei einer Firma der Spielwarenbranche, bei der sie diesen Chef gehabt habe, der sich, in dort von anderen Mitarbeitern Blut abnehmen lassen, um seine Blutwerte zu kontrollieren. Sie habe damals aber nicht sagen können, dass sie dies gestört habe. Lieber habe sie den Arbeitsplatz gewechselt. Sie sei in dieser Firma zwischen Dezember 92 bis zum Juni 94 beschäftigt gewesen. Danach habe sie ab August 94 wieder in einer Zeitarbeitsfirma gearbeitet, sei in einer Unternehmensberatung gewesen bis zum Oktober 95, eine befristete Mutterschaftsvertretung. Sie habe aber gleich wieder eine Stelle gefunden. Wegen der schlechten Auftragslage .habe man ihr, der jüngsten Betriebsangehörigen nun gekündigt. Ihre Schwester lebe in Berlin, sei mit einem Rechtsanwalt verheiratet und habe ein Kind, der Bruder sei eher ein Lebenskünstler. Er jobbe, zeichne, habe Bäcker gelernt, habe aber eine Mehlallergie, wegen der er mehrere Umschulungen habe machen müssen. Ihren Freund kenne sie seit dem 11. Lebensjahr. Seit 1992 sei sie mit ihm zusammen, er habe aber erst im Mai 96 mitbekommen, dass sie Probleme habe. Aktuelle Lebenssituation: Seit etwas über einem Jahr lebe sie nun mit ihrem Freund in einer kleinen 3 Zimmerwohnung, ebenfalls in G. Sie sei mit ihrem Leben zufrieden, wenn die Zwänge nicht wären. Derzeit sei sie noch bei einer Gesundheits- und Pharma- Marktforschungsfirma angestellt, seit dem 1.10. sei sie aber freigestellt. Sie habe einem Aufhebungsvertrag zugestimmt, da der Arbeitsanfall nun geringer sei und sie die jüngste Mitarbeiterin gewesen sei, der nun am 1. gekündigt würde. n Umstände der Geburt und frühkindliche Entwicklung: Besondere Auffälligkeiten seien ihr nicht berichtet worden, Laufen habe sie erst spät gelernt, da sie eine Spreizhose gehabt habe. Sprechen habe sie schnell können. Sie sei dann normal herangewachsen, Sie sei ein sehr ordentliches Kind gewesen. Mit der Mutter habe sie immer über ihre Symptome sprechen können, die Mutter habe auch eine Zwangsstörung. Sexuelle Entwicklung und Partnerschaften: Ihre Regel habe sie erst sehr spät bekommen. Für Jungen habe sie sich zunächst nicht interessiert, außer im Sinne von Kameradschaft,

sie sei auch als Kind eher ein Rabauke gewesen, habe sich sehr an ihren älteren Geschwistern orientiert. Mit ihrem jetzigen Freund habe sie eine lange platonische Beziehung verbunden, er sei ein sehr guter Kamerad, erst später habe sich die Liebesbeziehung entwickelt und erst vor 2 Jahren seien sie nun zusammen gezogen. Er sei sehr still, zurückhaltend, würde sie gut verstehen. Durch die Zwangserkrankung hätten sie fast keine Sexual Kontakte mehr, die Partnerschaft würde darunter aber nicht leiden, da sie und ihr Freund sowieso darauf keinen großen Wert legen würden. Wichtige Beziehungen: Zu Hause sei es immer sehr hektisch gewesen, sie habe aber schon das Gefühl, dass sie zu ihrer Mutter einen guten Draht habe, sehr früh habe sie bemerkt, dass die Mutter ebenfalls • eine Zwangssymptomatik habe, habe es immer sehr ordentlich haben wollen zu Hause und in der Bäckerei. Der Vater sei eher zurückhaltend und ruhig gewesen, sei praktisch nie in Erscheinung getreten, habe still vor sich hin gelitten, das Leben habe sich an ihm vorbei entwickelt. Psycho pathologische Befund: Wache, orientierte Patientin, Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit nicht eingeschränkt, die Stimmungslage ist gedrückt, die Patientin leicht nervös, kann aber gut antworten, die effektive Schwingungsbreite ist erhalten, gehobener Affekt ist aber praktisch nicht zu beobachten. Bis auf die Grübelzwänge und das Gedankenkreisen keine weiteren Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen, keine Suizidgedanken. Vegetative Anamnese: Über Appetitmangel könne sie nicht klagen; das Essen müsse sie bisher nicht kontrollieren; kein Erbrechen; Stuhlgang unauffällig. Keine Durchschlafstöße. Keine Nykturie. Keine Zig., kein Alkohol. Untersuchungsdynamik: Die Patientin wirkt wie eine graue Maus, das etwas schmutzige Äußere ruft bei mir Ekelgefühle hervor, die mir über den realen Anteil herauszugehen scheinen. Es gibt aber auch etwas an ihr, das ich erotisch finde. Im Laufe des Gespräches überwiegt Mitleid. Als sie berichtet dass der Chef etwas Ekeliges gemacht habe, und zunächst unkonkret bleibt, stellen sich Mißbrauchsphantasien ein. Das Schicksal des Vaters macht mich betroffen, die Beziehung bleibt aber überraschend farblos, Trauerarbeit scheint nicht stattzufinden. Psychodynamik: Die Mutter wird als sehr zwanghaft beschreiben, das Hin- und Herspringen zwischen Wohnung und Backstube läßt möglich erscheinen, dass die Mutter in der frühen Entwicklungsphase die oralen Bedürfnisse der Patientin hat zu kurz kommen lassen, was später in dem Öffnen und Schließen der Küchenschränke zum Ausdruck kommen könnte. Eine Spreizhose wurde Ende der 60er Jahre bis zum 2. Lebensjahr verordnet, Einnässen oder Einkoten wurde sehr wahrscheinlich von den Kindern als besonders unangenehm erlebt, was möglicherweise in Kombination mit dem Bedürfnis nach Sauberkeit seitens der Mutter einer analen Fixierung den Vorschub leistete. Die Mutter schien zuhause das Regiment zu führen, die ältere Tochter entwickelt sich erfolgreich, der Bruder bleibt farblos und schwach, ähnlich wie der Vater, eine erfolgreiche Triangulierung findet nicht statt. Im Bereich der Partnerschaft entscheidet sich die Patientin für das Bekannte, die alte Jugendliebe. Die Zwangssymptomatik nimmt klinisch deutlich zu im Zusammenhang mit der Aufnahme der Berufstätigkeit, in einer Lebensphase in der neue Menschen, evtl. potentielle Partner in den Blickpunkt rücken, im Sinne eines ödipalen Konflikts, der durch den Zv/ang abgewehrt wird. Auch das schmutzige Äußere, die Ekelgefühle, die in der Gegenübertragung spürbar wehren, könnten dazu dienen, Interesse, das von Männern entgegengebracht werden ! A könnte, was auch in der teilweise erotischen Gegenübertragung durchkommt, möglichst abzuwehren. Eine große Rolle spielt eventuell das Blut des Vaters, von dem die Pat. berichtet, es als Kind nicht als ekelig erlebt zu haben, und das nun an jedem Papier kleben könnte- Sehr wahrscheinlich hat sie die negativen Gefühle damals nicht zulassen können, die Auseinandersetzung mit dem schwachen Vater fand nicht statt. Auch dem Chef gegenüber könnte sie nicht resolut genug auftreten und ihn bitten, das Verhalten zu verändern. Der zunehmende depressive Anteil wird deutlicher, als eine an den Arbeitsplatz zurückkehrende Mutter sie am Arbeitsplatz verdrängt, möglicherweise werden hier Parallelen an die eigene Kindheit und die Berufstätigkeit der eigenen Mutter deutlich. Der Zwang schützt auch vor einer eigenen Mutterschaft, die ja auch mit Blut und Schmerz verknüpft sein könnte, und mit einer Leibschwellung, die möglicherweise an die Bauchglatze des Vaters bei der Leberzirrhose erinnert, und den Vater wieder lebendig machen könnte. Diagnose: Zwangsstörung bei depressiver Persönlichkeit Strukturdiagnose: Mittleres bis reifes Strukturniveau. Depressiver Abwehrmodus, intensiven Beziehungen weicht sie aus. Emotionen können schlecht mitgeteilt werden. Die Kontaktaufnahme scheint aber grundsätzlich möglich, Schule, Ausbildung und Arbeitsplatzsuche waren der Pat. bisher möglich. Ödipaler Konflikt. Prognose und Vorgehen: Für einen günstigen Verlauf sprechen der aktuell hohe Leidensdruck und der Therapiewunsch. Die Erkrankungsdauer ist relativ kurz. Die Pat. zeigt sich introspektiv und offen ihrer Biographie gegenüber. Sie ist kooperationsbereit. Wegen der ausgeprägten Symptomatik ist eine stationäre Behandlung erforderlich, Partner und Mutter sollten in die Therapie mit einbezogen werden. Diagnose: Zwangneurose

Beispiel: Psychoanalytisches Erstgespräch –schriftl. Zusammenfassung

Erscheinungsbild: 41-jähriger biologisch vorgealtert wirkender, auf den ersten Blick korrekt gekleideter Patient mit kurzem Haar, strengem Seitenscheitel, frisch rasiert, auf den zweiten Blick relative Vernachlässigung, die Fingernägel sind nicht gesäubert, die Kleidung wirkt leicht

schmuddelig. Zwischenanamnese seit 1989: Er sei weiter bei der LVA beschäftigt, weiterhin auf der gleichen Arbeitsstelle gewesen, Dr.... und Dr. ... würden ihn von der psychiatrischen Seite her betreuen, eine ambulante Psychotherapie habe er nicht begonnen. Zwischen 12.01.94 und 09.03.94 sei eine stationäre Behandlung im orthopädischen neurologischen Rehabilitationszentrum in T. durchgeführt worden, und den Johanniterordens Im Juli 1996 habe er den Antrag auf 100% Schwerbehinderung gestiftet. Am Arbeitsplatz wollte man ihn weg haben, die Kollegen belästigten ihn mit Themen, die ihn verlegen machten. Z.B. dem Thema Frauen, Geld, Glauben, seiner Parteimitgliedschaft in der CSU, seiner Schwerbehinderung und seiner Mitgliedschaft im VDK. Er lebe derzeit in einer Eigentumswohnung, die Betreuung im finanziellen Bereich sei eingeleitet, der Bruder solle der Betreuer werden. Zur familiären Vorgeschichte berichtet er, dass die Eltern ein Geschäft gehabt hätten, dieses Geschäft musste aber aufgelöst werden, da die Stadt Bayreuth den Grund wegen eines Parkhauses gebraucht habe. Der Bruder sei deutlich erfolgreicher, arbeite bei der Victoria-Versicherung. Wegen der Schwierigkeiten am Arbeitsplatz habe er schon vor Jahren versucht über den Schwerbehindertenbeauftragten etwas zu erreichen, er habe auch einen Brief an die Staatskanzlei geschrieben, der aber nichts genützt hätte. An Medikamenten nehme er nur Kräutertee ein, andere Medikamente würde er nicht wollen. Es gäbe auch Schwierigkeiten mit den Nachbarn, er würde relativ viele Tageszeitungen lesen(4), würde diese binden und in den Müllcontainer tragen, eine Nachbarin schaue ihm nach, was er da wegschmeiße und würde die Zeitungen wieder aus dem Müll holen. Er esse häufig in der Kantine, zu seinen Zwängen befragt, berichtet er in erster Linie von einem Waschzwang, müsse auch sehr viel Seife benutzen, daneben habe er das Bedürfnis immer eine Kopfbedeckung zu tragen, eine Schreibmappe mit sich zu führen und mehrere Tageszeitungen. Zu seiner 15 wirtschaftlichen Situation befragt, teilte er mit, er habe etwa 2600 DM zur Verfügung, davon würden etwa 1200 DM über Lastschrift eingezogen, Schulden habe er keine, die Mutter leihe ihm manchmal etwas Geld. Zeitweise habe er auch Suizidgedanken. Untersuchungsdynamik: Der Patient kommt mit 3 Plastiktüten, die mit Mützen und Zeitungen und ähnlichen Utensilien bepackt sind zur Untersuchung. Als nach ca. 1 1/2 Stunden die Exploration beendet werden soll, möchte der Patient noch auf Vorbefunde hinweisen, packt einen Stapel mit Photokopien, die zum Teil sehr schlecht lesbar sind aus und beginnt die Befunde in Anwesenheit des Untersuchers zu sortieren und möchte die Befunde unbedingt dem Untersucher übergeben. Trotz mehrmaliger Aufforderung gelingt es dem Patienten nicht, den Vorgang zu unterbrechen, muss die Papiere fertig sortieren, obwohl sein Verhalten gänzlich situationsinadäquat ist. Zu dem Mobbing befragt, berichtet er, dass die Mitarbeiter, nachdem er seinen Aktenwagen sortiert habe und die Akten auf die Zimmer bringe, häufig die Akten wieder durcheinander brächten und er dann in den Zimmern die falschen Akten ausliefern. Er könne im Verlauf dann nicht mehr neu kontrollieren, ob die Akten in der richtigen Reihenfolge auf dem Wagen gelagert seien. Dann würde man ihm vorwerfen, dass er seine Arbeit nicht ordentlich tue. Lebensgeschichte: Die Mutter habe während der Schwangerschaft viel Aufregung mit den Schwiegereltern gehabt die Geburt sei normal verlaufen, er habe jedoch ein Loch im Herzen gehabt, erst im Laufe von 1-2 Jahre zugewachsen sei. Vom ersten bis zum 25. Lebensjahr sei er tagsüber bei einer Krankenschwester gewesen, die mit ihrer Freundin und ihrer Pflegetochter zusammengewohnt habe. Abends sei er zu den Eltern zurück gegangen. Die Pflegetochter sei 10 Jahre älter als er gewesen. Es habe ihm dort sehr gut gefallen, allerdings habe er durch diese Pflegefamilie versäumt, einen eigenen Freundeskreis aufzubauen. Den habe er später vermisst. Er sei erst in der Volksschule mit gleichaltrigen Kindern zusammengekommen. Von 1961 bis 1965 habe er die Volksschule besucht. 1964 haben die Eltern ein Haus gebaut gehabt, dadurch habe er die Schule wechseln müssen. 1964 sei er, - mit dem Hinterkopf auf die Badewannenkante gefallen, die Wunde sei aber nur ambulant genäht worden, seit dem habe er eine Narbe am Hinterkopf. Nach der Volksschule habe er die Handelsschule bis zur 8. Klasse besucht, habe diese aber wiederholen müssen, sei wieder durchgefallen, habe dann abgehen müssen. Demnächst habe er als Schreibkraft bei der landwirtschaftlichen Alterskasse gearbeitet Dann habe er in einer Spinnerei eine Berufsausbildung als Kaufmann begonnen, die von der Firma jedoch nach wenigen Monaten abgebrochen worden sei. Er habe dann eine Ausbildung als Kaufmann im Groß- und Einzelhandel abgeschlossen. Sein Vater habe ihn jeweils durch seine Beziehungen diese Stellen vermittelt. Bei der Industrie- und Handelskammer habe er eine weitere Ausbildung als Handelsfachwirt absolviert. Danach habe er als Bierverkäufer, als Möbelverkäufer, im Büro, in einem Lebensmittelbetrieb, beim Stadtjugendamt als Mitarbeiter von Ferienkursen und beim Arbeitsamt gearbeitet. Damals sei er 2 Monate arbeitslos gewesen, dann habe er die Stelle bei der LVA bekommen, in der er seit 1979 tätig sei. Ansonsten habe er in seinem Beruf gearbeitet, dann habe man ihn als Amtsboten beschäftigt. Er sei Beamter und privatversichert. Die häufigen Stellenwechsel und der berufliche Abstieg in den letzten Jahren sei durch seine Schwierigkeiten mit den Vorgesetzten entstanden. Mit ihnen habe er sich nicht verstanden, er habe nichts getan, was er sollte, er habe stillschweigend rebellierte und die Anordnungen nicht befolgt. Streit habe es nie gegeben. Seit 1989 sei die Situation aber etwas anders geworden, nun habe er auch Probleme mit den Mitarbeitern. Seine Eltern haben ein Geschäft für Schmierstoffe in B, gehabt, dass

der Vater von seinen Eltern übernommen habe. Es wurde Schuhcreme, Bohnerwachs und Öl beispielsweise verkauft. Noch heute heiße er in B. der „Schmier-BA“ Zu ihm sage man jetzt immer noch, der Böhmer habe keine Sorgen, der habe nur Geld. Sein Vater sei ein Einzelkind gewesen, von seinen Eltern gut versorgt worden, er sei ebenfalls von Beruf Kaufmann gewesen, und nun 75 Jahre alt. Die Großeltern hätten früher im Haus mitgewohnt, er könne sich aber nur wenig an sie erinnern. Die Mutter sei nun 73 Jahre alt, sie sei von Beruf Verkäuferin gewesen und habe im Geschäft mitgearbeitet. Der Vater sei Metzger gewesen und habe ebenfalls ein eigenes Geschäft gehabt. Bis zu ihrer Heirat habe sie dort gearbeitet. Sein 3 Jahre älterer 16 Bruder, der mehr oder weniger bei den Großeltern mütterlicherseits aufgewachsen sei, sei von Beruf ebenfalls Kaufmann. Er sei allerdings ein ganz anderer Mensch als er, er habe auch nie psychische Probleme gehabt. Zunächst habe er im Geschäft des Vaters gearbeitet, zwischen den beiden habe es dann immer sehr viel Streit gegeben, so dass er nun bei einer anderen Firma als Versicherungskaufmann arbeite. Er sei seit 1984 verheiratet und habe eine 12-jährige Tochter, die das Patenkind des Patienten sei. 1985 sei er aus dem Elternhaus ausgezogen und wohne seitdem in einer Eigentumswohnung alleine. Die Wäsche erledige immer noch seine Mutter, ebenso das Säubern, abends versorge er sich selbst. Der Vater gehe einkaufen. Da er die Eltern für diese Dinge brauche, lasse er es zu, dass sie seine Wohnung regelmäßig kontrollieren und auch für die Wohnung einen Schlüssel haben. Der Vater sei ein guter Mensch, er Sorge sich um alles, nehme ihm alles ab, er habe auch Seiten, wo er ihn sehr kontrolliere und er merke mittlerweile, dass er sich durch die Eltern sehr habe beeinflussen lassen, und sich nicht so entwickelt habe, wie er gerne gewollt hätte. Der Vater hätte im Krieg viel mitgemacht, sei auch in Gefangenschaft gewesen. Das Geschäft sei 1977 verkauft worden. Er sei Mitglied in einer evangelischen Gruppe, in der in sehr strenger Art Frauen und Männer getrennt blieben. Es werde viel in der Bibel gelesen. Er habe oft das Gefühl, dass er dort von den anderen ausgeschlossen werde. Eine Freundin habe er noch nie gehabt, auch keine intimen Beziehungen zu Frauen. Er glaube wegen seines Stotterns abgelehnt zu werden. Psychopathologischer Befund: Wach orientierter Patient, die Exploration ist durch das starke Stottern sehr eingeschränkt, das im Verlaufe der Exploration nur in wenigen Gesprächsphasen etwas weniger ausgeprägt wird, insbesondere wenn es um Themen geht, die den Patienten in seine Autonomie und Handlungsfreiheit fordern, z.B. beim Thema Geld. Die Gedanken kreisen immer wieder um das Verfolgtwerden, z.B. durch die Nachbarin oder die Mitarbeiter, sich mißachtet zu fühlen, die Stimmungslage ist gedrückt, die affektive Schwingungsbreite ist eingeschränkt, der Patient antwortet sehr breitschweißig, der Gedankengang ist verengt. Suizidgedanken werden bestätigt, aufgrund seines Glaubens wird der Patient aber nie Selbsttötungshandlungen durchführen. Diagnose: Transsexualität Beispiel: Psychiatrisches Gutachten In dem Gutachten wird entsprechend dem deutschen Transsexuellengesetz zu folgenden Fragen Stellung genommen. a) Empfiehlt sich der Antragsteller dem weiblichen Geschlecht zugehörig? b) Steht er seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang, seinen gegengeschlechtlichen Vorstellungen entsprechend zu leben? c) Ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich sein Zugehörigkeitsempfinden zum weiblichen Geschlecht nicht mehr ändern wird? d) Für den Fall, dass er sich bereits einer geschlechtsumwandelnden Operation unterzogen hat: Ist durch den operativen Eingriff eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts erreicht worden ist? Ist er dauernd fortpflanzungsunfähig? Für die Begutachtung wurden neben unserer ganztägigen ausführlichen Untersuchung vom noch die Vorgutachten von ..., Nervenarzt, Nervenkrankenhaus des Bezirks Dem Vorgutachten von ist zu entnehmen, dass der Begutachtete homosexuell und ein transsexuelles Syndrom auszuschließen sei. Das "transsexuelle" Verhalten des Begutachteten sei damit erklärbar, dass dieser als gesellschaftlich ausgegrenzter Homosexueller, dazu noch HIV-infiziert, in der interessant anmutenden transsexuellen Lebensweise besondere Befriedigung und Anerkennung zu finden sucht. Dass er als Homosexueller in homosexuellen Partnerschaften eine eher "weibliche" Rolle gespielt habe, sei nichts Ungewöhnliches. Die Untersuchung durch das Institut für Humangenetik ergab einen normalen männlichen Karyotyp (46, XY). Resultate eigener Untersuchungen 1. Angaben des Begutachteten Zur Familienanamnese Der Begutachtete berichtet, das jüngste von 7 Kindern (3 Brüder, 3 Schwestern) zu sein, seine Mutter sei bei seiner Geburt 40 Jahre, sein Vater 45 Jahre alt gewesen. Sein Vater habe ihn sehr streng behandelt, seine Mutter ebenfalls wenig liebevoll, seine Geschwister hätten ihn gehasst, da sie immer auf ihn aufpassen mussten. In dem Dorf, in dem er aufgewachsen ist, habe er unter den gleichaltrigen eher als Einzelgänger gegolten. Aus der Vorgeschichte der Eltern und Großeltern sind keine psychiatrischen Erkrankungen erinnerlich. Zur Eigenanamnese 1986 sei bei ihm eine HIV-Infektion festgestellt worden; Derzeit leide er an offenen Stellen im Mund; der behandelnde Hautarzt des Begutachteten habe ihm mitgeteilt, dass es sich hierbei um eine örtliche Herpes-Infektion handle. Bisher musste er einmal, 1987, in M. wegen der HIV-Infektion behandelt werden. Damals habe er eine Lungenentzündung gehabt. Selbsttötungsversuche hätte er mit 13 und 28 Jahren unternommen, beide Male nach Trennungen von Partnern; erwähnenswert ist weiterhin ein schwerer Autounfall 1982, bei dem er sein Augenlicht rechts verloren habe. Zur speziellen Anamnese Bereits im Kindergartenalter

habe er sich die Kleidungsstücke und Stöckelschuhe seiner älteren Schwestern angezogen. Er könne sich jedoch nicht erinnern, dass ihn dies sexuell erregt habe. Im Alter von 8 Jahren sei er in einer Eisdiele von einem amerikanischen Soldaten angesprochen worden, der sich mit ihm in der Folge immer wieder beschäftigt habe. Dieser sei zu ihm sehr freundlich und später auch zärtlich gewesen. Beim damals üblichen Baden in einem Weiher in der Nähe des Dorfes habe er dann einmal das Genitale des Soldaten entdeckt, dieser habe es bemerkt und habe ihn dann aufgefordert, es doch näher zu betrachten und zu berühren. Der Begutachtete sei der Aufforderung nachgekommen und habe dies nicht als unangenehm empfunden, da er "diesen Mann ja geliebt" habe; später habe er ihn auch oral befriedigt; auf die Idee dazu sei der Begutachtete selbst gekommen, er könne sich aber nicht erinnern, ob er dabei Lust empfunden habe. Er habe dann einen anderen Amerikaner kennengelernt, von dem er sich Informationen über seinen ersten Bekannten erhofft hatte. Zu dem zweiten Amerikaner habe er dann auch ein sexuelles Verhältnis gehabt. Als er jedoch merkte, dass dieser den Begutachteten "nur benutzen" wollte, und er über den Vorgänger keine oder nur erfundene Nachrichten erhielt, habe er sich so enttäuscht gefühlt, dass er einen Selbsttötungsversuch unternommen habe. Weiter könne er sich erinnern, als etwa 12jähriger mit anderen Jungen im gleichen Alter onaniert zu haben und die anderen Jungen dann auch oral befriedigt zu haben; er könne sich aber nicht daran erinnern, ob er dieses habe auch mit sich machen lassen. Auch könne er sich nicht erinnern, ob der dabei Lust empfunden habe. Während seiner Lehrzeit sei er von einem älteren Kollegen aufgefordert worden, ihn gegen Bezahlung am Genitale anzufassen. Dabei habe er gelernt, dass damit Geld zu verdienen sei. Er habe sich in Weiden, wo er seine Ausbildung gemacht habe, öfter auf dem Bahnhof aufgehalten, sei dort von Männern angesprochen worden und habe in der Folge dann mehr verdient als sein Vater. Zu diesem Zeitpunkt habe er auch Analverkehr kennengelernt. Er sei auch mit anderen Jungen zusammengewesen, die "auf den Strich" gegangen seien, mit diesen habe er aber keinen sexuellen Kontakt gehabt, "nur zum Geldverdienen". In dem Milieu sei er von anderen angestiftet worden, ein Auto zu stehlen. Dabei sei er erwischt worden und habe dann eine 9 monatige Gefängnisstrafe abgebußt. An homosexuelle Kontakte während des Gefängnisaufenthaltes könne er sich nicht erinnern. Da er nach der Gefängnisstrafe nicht mehr in das Elternhaus zurückkehren wollte, sei er nach München gegangen und habe zunächst "auf dem Strich" gearbeitet. Seine Freunde hätten ihm einmal "als Geburtstagsüberraschung ein Mädchen ins Bett" gelegt; er habe zunächst nicht gewusst "was er mit ihr anfangen sollte, später hätten sie dann aber doch Verkehr gehabt", er habe dabei jedoch keine erotischen Gefühle verspürt. In der Pension, in der er gewohnt habe, habe er dann bemerkt, dass eine Zimmernachbarin keine Nachbarin gewesen sei, sondern ein Mann. Er habe sie angesprochen, und sie habe ihm zum ersten Mal von "Transsexualismus" und Geschlechtsumwandlung erzählt. Seitdem habe er gewusst, dass er diese Umwandlung durchführen lassen wollte. Sie ihm dann dabei behilflich gewesen, eine Arbeit in einer Bar zu finden, in der "Schwule, Lesben und Transsexuelle" verkehrten. Bereits als Jugendlicher habe er mindestens schulterlange blonde Haare gehabt, sein Kleidungsstil sei der Zeit entsprechend Ende der sechziger Jahre "hippiemäßig flower power" gewesen, also mit langen weiten Kleidungsstücken, ob er als Frau dann auch Röcke getragen habe, wisse er allerdings nicht mehr. In dieser Bar habe er dann als Frau gearbeitet, habe auch erstmals Hormone eingenommen und auch seinen späteren ersten festen Partner kennengelernt. Dieser habe ihn zunächst als Frau kennengelernt, sei dann überrascht gewesen und zunächst unschlüssig, ob er mit dem Begutachteten eine sexuelle Beziehung anfangen sollte, da er nicht homosexuell gewesen sei. Es habe lange gedauert, bis es zu einem sexuellen Kontakt gekommen sei. Sein Partner habe mit ihm anal verkehrt. Der Begutachtete habe damals erstmals einen Orgasmus erlebt. Er sei von seinem Partner in dessen Haushalt aufgenommen worden, habe 5 Jahre als Hausfrau gelebt, sei mit dem Partner nach Berlin umgezogen und dann wieder zurück nach München. Dann habe der Partner das Geschäft des Vaters in Westfalen übernehmen können. Die Bedingung der auch im dem Geschäft involvierten Mutter des Partners war jedoch, dass der Begutachtete als Mann dorthin mitginge. Dies habe er auch getan. Nach zwei Jahren sei die Beziehung aber endgültig zerbrochen. Der Begutachtete habe damals bereits das Geld für eine geschlechtsumwandelnde Operation, die er in Casablanca durchführen lassen wollte, zusammengespart gehabt, um dieses Geld hätte ihn der damalige Partner aber betrogen. Der Begutachtete habe "sich als Frau schwer enttäuscht" gefühlt und wollte "sich als Frau nie mehr von einem Mann kränken lassen". Er habe daraufhin 28jährig als Mann weitergelebt, sei wieder auf den Strich gegangen. In einer Bar habe er dann eine Frau kennengelernt, die bereits vier Kinder hatte. Da er sich mit ihr gut verstanden hatte, hätten sie dann geheiratet. Es habe etwa ein Jahr lang eine auch ihn befriedigende sexuelle Beziehung gegeben; dies hätte sich dann aber wieder verändert Nachdem er nach dem Autounfall erfahren hatte, dass er HIV positiv sei, habe er sich 1990 entschlossen, wieder als Frau zu leben, habe dann auch einen Lebensgefährten gefunden, mit dem er jetzt zusammen wohne. Bedingt durch die HIV -Infektion habe er seit 1986 keinen Analverkehr mehr, das sexuelle Interesse sei vor ca. 3 Jahren gänzlich versiegt. Er wisse jetzt, dass er eine Frau sei, und möchte auch als "ganze Frau sterben". Deshalb strebe er die geschlechtsumwandelnde Operation an. Zur Medikamentenanamnese: Seit Juli 1995 nehme er wieder

täglich Androcur und Progynova 21, zwischen 1987 und 1988 habe er AZT eingenommen, es dann wegen Nebenwirkungen abgesetzt, seit Januar 95 nehme er Videx 2*200mg täglich ein. 2. Befunde Neurologischer Befund: Der Kopf ist frei beweglich, der Schädel nicht klopf schmerzhaft, die Supra- und Infraorbitalpunkte sind indolent. Die Carotiden sind beidseits gut pulsierend und auskultatorisch unauffällig. Kein Meningismus, die Suboccipitalpunkte sind nicht druckschmerzhaft. Das rechte Auge ist beweglich, Konvergenzreaktion vorhanden. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und ist frei beweglich. Auf der Mundschleimhaut zeigen sich Aphten. Der Schluckakt ist ungestört Der Körper des Patienten wirkt schwächlich, Trophik, Tonus und Motilität sind an Rumpf und Extremitäten seitengleich ungestört, die Reflexe seitengleich schwach auslösbar, die Sensibilität ist ungestört. Der Gang erfolgt mit guten Mitbewegungen. Fußspitzen- und Fersengang sind beiderseits gut möglich. Internistischer Befund: Schilddrüse normalgroß, schluckverschieblich, keine vergrößerten Lymphknoten tastbar. Wirbelsäule und Nierenlager nicht klopf schmerzhaft. Lunge und Herz auskultatorisch unauffällig, Abdomen weich, keine pathologischen Resistenzen tastbar. Periphere Pulse das tastbar. Mammae bds. bei Hormonsubstitution vergrößert. Geringgradige Varikosis an beiden Beinen. Ca. 5*10 cm messende Tätowierungen an beiden Unterarmen. Integument ansonsten unauffällig, reduzierte Behaarung. Äußeres Genitale: normaler Penis und Hoden. Psychopathologischer Befund: I Ü Weiblich gekleideter, gepflegter, wacher, orientierter Begutachteter. Die Psychomotorik wirkt leicht maniert, typische weibliche Gestiken sind zu beobachten. Die Sprache wirkt übertrieben feminin, wie es manchmal bei Homosexuellen zu bemerken ist. Keine Konzentrations-Störungen oder Störungen der kurzfristigen Merkfähigkeit, allerdings scheint sich der Begutachtete an weiter zurückliegende Inhalte aus seiner Biographie nur schlecht zu erinnern. Normaler bis nachvollziehbar gedrückter Affekt, die effektive Schwingungsbreite ist erhalten, der Antrieb unauffällig. Kein Hinweis auf inhaltliche oder formale Denkstörungen, keine Ich-Störungen, z. Zt. keine Suizidalität. Zusammenfassung: Der Begutachtete hatte bereits im Grundschulalter die Tendenz weibliche Kleidungsstücke zu tragen. Im Alter von ca. 20 Jahren habe er begonnen als Frau zu leben, habe die Lebensform nach dem Ende einer Partnerschaft dann wieder verändert und lebe nun seit 1989 wieder als Frau in einer Beziehung. Das Tragen weiblicher Kleidung erzeuge bei ihm keine erotische Spannung. In der weiblichen Holle fühle er sich aber wohl. Die sexuelle Entwicklung war homosexuell geprägt, Lustgefühle habe der Begutachtete auch in seinen männlichen Geschlechtsorganen verspürt. Eine mehrjährige psychotherapeutische Behandlung wurde bisher nicht durchgeführt. Diagnostisch ist bei dem Begutachteten von einer schweren sexuellen Identitätsstörung auszugehen, wobei man im strengen Sinne nicht von Transsexualität sprechen kann- Zur Beantwortung der Fragen nach dem Trans sexuelle n gesetz: Zu a) Der Antragsteller empfindet sich über weite Strecken seiner Biographie dem weiblichen Geschlecht zugehörig. Zu b) Er lebt anamnestisch glaubhaft seit mehr als 3 Jahren in einer eindeutig weiblichen sexuellen und sozialen Identität. Zu c) Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich sein Zugehörigkeitsempfinden zum weiblichen Geschlecht nicht mehr ändern wird. Zu d) Der Begutachtete hat sich bisher- keiner geschlechtsumwandelnden Operation unterzogen. Dies sollte auch wegen der seit mindestens 1983 bestehenden HIV-Infektion dringend vermieden werden, um die Gesamtprognose nicht zu verschlechtern. Es wird jedoch empfohlen, dem Begutachteten aus therapeutischen Gründen und in Anbetracht seiner HIV-Infektion die juristische Anerkennung seiner jetzigen sozialen Lebensform als Frau nicht zu verwehren. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) chronischen Benzodiazepinabusus (F13.2) mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2)

Beispiel: Sozialmedizinisches Gutachten

Dem Sozialgericht Bayreuth erlaube ich mir über... folgendes Gutachten aus Sicht des Fachgebietes "Psychotherapeutische Medizin" zu erstellen.

Beantwortet werden sollen die Beweisfragen:

1. Welche Gesundheitsstörungen bestehen bei der Klägerin seit...?
2. Welche Arbeiten kann die Klägerin seitdem mit Rücksicht auf die bestehenden Gesundheitsstörungen unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses verrichten?
 - a) Schwere, mittelschwere, leichte Arbeiten?
 - b) Arbeiten im Gehen, Stehen, Sitzen?
 - c) Arbeiten im Freien, in geschlossenen Räumen?
 - d) Wie viele Stunden täglich? Mit Unterbrechungen? Welchen?
 - e) Müssen bestimmte Verrichtungen (z.B. Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten an Maschinen, am Fließband) vermieden werden?

f) Bestehen Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte?

3. Besteht begründete Aussicht, dass sich der Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit der Klägerin in absehbarer Zeit bessern? In welcher Weise? Wann?

4. Ist zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin die Durchführung von Heilmaßnahmen (welche) erforderlich?

Das Gutachten stützt sich auf die ambulante fach psychotherapeutische Untersuchung im Schwerpunkt Psychosomatik der hiesigen Klinik vom 07.06.2001 sowie auf die übersandten Aktenunterlagen:

Sozialgericht Bayreuth. Auf einen Aktenauszug soll verzichtet werden, die Kenntnis der gerichtlichen Unterlagen wird als bekannt vorausgesetzt.

Angaben der Untersuchten am:

Aktuelle Symptomatik:

Sie habe Schmerzen, die im Prinzip immer beständen, nur wenn Sie Ruhe haben oder die Medikamente einnehmen, würde es besser. Die Gymnastik, die brauchte Sie drei Mal die Woche, sie würde einmal ins Thermalbad gehen und einmal zum Schwimmen. Die Schmerzen seien in den Schultern, dem Beckenbereich und den Oberschenkeln, so dass sie nichts mehr schweres heben könne oder auch beim Treppensteigen. Beim Treppen heruntergehen würden auch die Beine zittern. Weiterhin habe sie keine Kraft in den Armen und Armgelenke, auch im Oberschenkel, selten fühle sie sich eine Stunde wohl. Sie gehe auch nicht mehr fort, da sie Ängste habe, könne deswegen auch nicht mehr Autofahren, selbst kurze Strecken nicht mehr. Dann kämen Gedanken, wie das schaffe sie nicht, etc. Sie heule auch sehr leicht. Nachts müsse sie wegen der Schmerzen, weil sie nicht mehr liegen könne, mehrmals aufstehen und müsse dann herumlaufen. Sie sei immer für die anderen da gewesen, habe einen Bruder der 32 Jahre im Rollstuhl gesessen habe, es sei so eine schleichende Lähmung gewesen, die angefangen habe als er 28 Jahre alt gewesen sei. Zudem habe sie 6 Kinder großgezogen. Zu ihrer Lebensgeschichte berichtet Frau G. Folgendes:

Ihre Mutter sei bei der Geburt 34 Jahre alt gewesen, der Vater ebenfalls, sei Bäcker •gewesen. Es gebe noch 5 Geschwister {Bruder (+10) (an Muskelschwäche verstorben), 3 Schwestern (+11, +6, +7) und ein Bruder (+6). Sie hätten im Forsthaus gelebt, der Vater hätte auf dem Weg zur Arbeit einen Motorradunfall gehabt Frau G. sei damals nur wenige Monate alt gewesen. Großeltern habe sie nicht mehr gekannt. Nach der Volksschule sei sie in die Firma. Die Mutter habe damals mit allen Kindern ein Haus gebaut, alle Kinder hätten arbeiten müssen, damit das Haus bezahlt werden musste. Als die Geschwister geheiratet hätten, seien sie ausgezogen, Frau G. habe mit 16 ihren Mann kennen gelernt, mit 17 hätte sie geheiratet und sie hätte mit dem Mann im Haus der Mutter mitgewohnt, dann habe sie ihre ersten 3 Kinder bekommen, die die Mutter versorgt hätte, sie habe weitergearbeitet. Dann habe der Mann in der Nähe ein Lokal aufgemacht, in dem sie mitgeholfen hätte. Nebenberuflich habe der Mann Versicherungen verkauft. Dann seien die 3 weiteren Kinder gekommen. Zwischenzeitlich habe sie auch Heimarbeit gemacht. Dann habe der Mann wieder ein Lokal gepachtet, in dem auch eine Wohnung gewesen wäre, so dass die Familie dann dorthin gezogen sei. Daneben habe sie auch Akkord und Schicht gearbeitet (für 8 Jahre), als die Kinder "so ziemlich aus dem Haus" gewesen seien. Seit 7 Jahren hätte der Mann nun eine Pension in K.. Sie sei dann bei dem Mann angestellt gewesen. Beginn der Beschwerden: Die Schmerzen im Schulterbereich hätten 1997 begonnen. Sie habe die Schürze nicht mehr zubinden können. Und dann sei sie von Arzt zu Arzt. Sie habe nicht einmal mehr eine Handtasche halten können.

Medikamente:

Fluoxetin 20 mg 1*1 seit 6 Mon.

Naproxen bei Bedarf, 1*1, etwa 3* pro Woche, seit 5/1998,

Tetrazepam 1-2 / Tag seit 5/1998

Allgemeine Krankheitsanamnese:

Krampfadernop. Bds. vor ca. 18 J.

Eileiterdurchtrennung von 20 J.

Viele "innerliche und äußere" Thrombosen

... Kur und stationäre Behandlung in ...

Soziale Anamnese:

Sie lebe mit dem Ehemann (61 J.) in einer Wohnung im Gasthaus, eine Tochter lebe nun mit ihrem Mann wieder im Hause, da sie nun die Hausarbeit und Mitarbeit im Betrieb nicht mehr machen könne. Sie sei im Jahr ... zunehmend, seit Ende des Jahrs dann kontinuierlich bis zur "Aussteuerung" krank geschrieben gewesen, derzeit erhalte sie Arbeitslosenhilfe. Familienanamnese: Die Mutter werde 90 Jahre, sei zuckerkrank, lebe seit einigen Wochen bei der Schwester der Probandin in Westfalen. Der Vater sei tödlich verunfallt.

Psychopathologischer Befund:

Die biologisch älter wirkende zu Begutachtende erscheint pünktlich zur Untersuchung. Die Stimmung ist während des Gesprächs gedrückt, die affektive Schwingungsbreite erhalten, Frau G. kommen bei

der Schilderung der Beschwerden und der Biographie mehrmals die Tränen. Der Antrieb erscheint subjektiv reduziert, gesundheitsfürsorgende Maßnahmen wie die Krankengymnastik werden als hilfreich beschrieben. Der Appetit sei schlecht, mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit sei sie überhaupt nicht zufrieden, sie wisse nicht einmal, wie sie ihren Haushalt bewältigen solle; drei Töchter müsse ihr sehr viel helfen. Keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen, keine Ich-Störungen. Keine Hinweise auf Suizidalität.

Zusammenfassende Beurteilung:

Das aktuelle Beschwerdebild {mindestens ständige leichte Schmerzen bis hin zu starken Schmerzen in den Schultern und Armen; „konnte nicht einmal mehr eine Handtasche tragen“) sowie ein massives Schwächegefühl in den Beinen, das seit mindestens 1997 im Sinne des Vollbilds besteht ist, als 1. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) einzuordnen.

Sie liegt nach ICD-10 vor, wenn ein Patient über Monate hinweg 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 Belastungsfaktoren sind der frühe Tod des Vaters, die überdurchschnittliche körperliche Lebensleistung und die schwere Krankheit des Bruders zu nennen, der im Zuge der angeborenen Muskelschwäche ebenfalls „schwach“ war. Konzepte der unbewussten Identifizierung mit dem Bruder, der möglicherweise im Zusammenhang mit der schweren Erkrankung viel Zuwendung erfahren hatte und der Wunsch nach Zuwendung können im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns verstanden werden. Tatsächlich ist die Tochter der Begutachteten in das Haus der Mutter zurückgezogen. Möglicherweise hätte die Mutter der Begutachteten ebenfalls von ihr gepflegt werden müssen, wäre sie selbst nicht krank geworden - und jemand der nichts heben kann, kann niemanden versorgen. Hier kann das Konzept der „Pain-Prone-Patients“, also von Patienten, die in ihrer Ursprungsfamilie bereits Erfahrungen mit Veränderungen von Beziehungen der Familienmitglieder untereinander gemacht haben in Abhängigkeit von schweren körperlichen oder Schmerzkrankungen, wie bei der Lebensgeschichte der hier Begutachteten. Aus einer genauen Schilderung der Schmerzen (einschließlich der Lokalisation und der Ausstrahlung, der Qualität, der Quantität bzw. der Intensität, der Umstände, unter denen sie auftreten bzw. intensiver werden oder sich bessern) lassen sich Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose von Schmerzen, bei denen psychischen Faktoren eine entscheidende oder nur eine untergeordnete Rolle zukommt, gewinnen: Die Begutachtete beschreibt ihren Schmerz wie Patienten, bei denen psychische Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzen besonders bedeutsam sind:

- die Lokalisation ihrer Schmerzen eher vage als genau lokalisiert
- diese eher mit affektiven als mit sensorischen Adjektiven
- es werden von der Begutachteten in typischer Weise keine Unterschiede in der Schmerzintensität in Abhängigkeit vom Tagesverlauf und anderen be- oder entlastenden Faktoren.

Daneben kann die Diagnose eines

2. chronischen Benzodiazepinabusus (F13.2)

seit 1998 gestellt werden, der sicher zu einer psychischen Abhängigkeit geführt hat. und für sich bereits als Folge des chronischen Gebrauchs eine depressive Symptomatik auslösen kann. Als weitere Komorbidität kommt zum Zeitpunkt der Untersuchung eine

3. mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2) hinzu.

Entsprechend der in den auch in den Leitlinien Somatoforme Störungen veröffentlichten Hinweisen ist die Versorgung von Frau G. eine primär hausärztliche durch Dr. N., eine Nervenärztin hat die medikamentöse Behandlung - zum Zeitpunkt der Begutachtung mit Fluoxetin — eingeleitet. Auch eine stationäre Behandlungsmaßnahme (F.-Klinik), die dem körperlich orientierten Krankheitsmodell der Begutachteten entgegen kam, war frühzeitig - allerdings erfolglos - eingeleitet worden. Das Anleiten zu einem angemessenen Maß an Aktivierung, etwa in Kombination mit körpertherapeutischen Maßnahmen, erfolgt im Rahmen der regelmäßigen, mehrmals Wöchentlichen Krankengymnastik. Zusätzlich eigentlich notwendige verhaltenstherapeutische Angebote seien bereits durch die Nervenärztin erfolgt, eine Intensivierung der Psychotherapie im Sinne einer psychodynamisch orientierten unter Einbeziehung der engeren Familie ist wird durch die geringe Psychotherapeutendichte in Oberfranken und die schlechte Verkehrsanbindung der Begutachteten erschwert, wobei aufgrund der Chronizität und dem Schweregrad der Beschwerden auch auf der Grundlage der vorliegenden empirischen Erfahrungen mit einer Besserung der Schmerzsymptomatik und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei der Begutachteten, bei den vorliegenden biographischen Faktoren und dem bisherigen Verlauf aus meiner Sicht nicht gerechnet werden kann. Eine Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik - auf die ich Frau G. hingewiesen habe - lehnte sie zum Zeitpunkt der Untersuchung ab. Der Einsatz antidepressiver Medikation erfolgt der

Tranquilizer sollte entzogen werden, worauf ich Frau G. hingewiesen habe, am Besten im Rahmen einer stationären Maßnahme in B. oder K. oder an der Universitätsklinik ...

Beantwortung der Fragen:

ad 1:

Frau G. leidet seit dem an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4), einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2) und einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2)

ad 2 a. b. c:

Aufgrund der schweren unter 1) aufgeführten Gesundheitsstörungen ist es Frau G. wegen der Schmerzsymptomatik nicht einmal möglich, leichte Arbeiten im Sitzen zu verrichten, wegen der beklagten Schwäche in den Beinen ist auch das Arbeiten im Stehen oder Gehen ausgeschlossen.

Ad d:

Hat keinen Einfluss.

Ad e:

Da die Schmerzen ständig bestehen und auch die Versorgung des eigenen Haushalts nicht möglich ist, ist eine Leistungsfähigkeit von unter 2 Stunden täglich anzunehmen.

Ad f:

Frau G. ist wegen der Schmerzerkrankung meiner Einschätzung nach seit dem 19.4.1999 voll erwerbsunfähig,

ad g:

Wiederholtes Bücken oder auch nur das Heben von leichten Lasten sowie ausdauerndes Stehen und Verbleiben über längere Zeit in einer bestimmten Körperhaltung ist ihr wegen des Schmerzes und des Schwächegefühls im Unterkörper nicht möglich.

Ad h:

Frau G. kann max. eine Stunde zu Fuß bei langsamen Tempo unterwegs sein, dann ist eine längere Erholungspause über Stunden erforderlich, wobei die Symptomatik unter Druck, z.B. Zeit- oder Erwartungsdruck erfahrungsgemäß zunimmt

ad 3: .

Aufgrund des bisherigen chronischen Verlaufs über mindestens 4 Jahre mit der Tendenz zur Verschlechterung und dem Nichtansprechen auf die bisherigen therapeutischen Angebote (stat. körperorientierte Behandlung 1998, psychosomatische Grundversorgung, medikamentöse psychopharmakologische Therapie, Psychotherapie durch die Nervenärztin), der Biographie und dem Alter der Begutachteten besteht keine Aussicht, dass sich der Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit der Klägerin in absehbarer Zeit bessert.

ad 4:

Die kontinuierliche hausärztliche und niederfrequente ambulante nervenärztliche Behandlung sollte fortgesetzt werden, weitere psychopharmakologische Prinzipien bei Nichtwirksamkeit des Sero ton i n Wiederaufnahmehemmers konsekutiv angewandt werden, z.B. ein Monoaminoxidasehemmer, evtl. auch in Kombination mit Carbamazepin wegen der rezidivierenden depressiven Störung, die die Schmerzsymptomatik sicher moduliert, am Besten im Rahmen einer mindestens 6 wöchigen stationären Entzugs- und Entwöhnungstherapie wg. Des Benzodiazepinmißbrauchs, z.B. in einem der wohnortnahen Psychiatrischen Krankenhäusern, worauf si.ch Frau G. aber bisher nicht einlassen konnte. Danach könnte eine psychosomatische stationäre Rehab-Maßnahme erfolgen, wobei die Prognose hier als zweifelhaft eingestuft werden muss. Auch eine langfristige niederfrequente stützende bis aufdeckende psychodynamische Psychotherapie könnte zu einer Veränderung des Belastungsdrucks beitragen, die aber wohnortnah nur schwer zu organisieren ist.

Regensburg, den...

Gegen eine Herausgabe dieses Gutachtens an den Patienten oder seine Rechtsvertreter bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§1, 2, 11, 15 Urhebergesetz vom 09.09.65, Bundesgesetzblatt 1, Seite 1273). Sie dürfen daher nur für den Zweck, für den sie erstellt worden sind, verwandt werden. Dies ist auch bei Weitergabe einer Kopie an den Untersuchten, seinen Hausarzt oder Rechtsanwalt zu beachten. Dieses Schriftstück darf ohne Einwilligung des Gutachters nicht zur Verfolgung sonstiger Ansprüche verwertet werden.

Dysmorphophobie Störung, Erythrophobie, Soziophobie, somatoforme autonome Funktionsstörung, Ängstlich-paranoide-dependente Persönlichkeitsstörung

Beispiel: Sozialmedizinisches Gutachten

Dem Sozialgericht Bayreuth erlaube ich mir über Frau ...folgendes Gutachten aus Sicht des Fachgebietes "Psychotherapeutische Medizin" zu erteilen.

Beantwortet werden sollen die Beweisfragen:

1. a) Welche gesundheitlichen Störungen liegen bei der Klägerin vor, die sich auf ihre Erwerbsfähigkeit auswirken können?

b) Hat sich im Vergleich zu dem zuletzt von der Beklagten bzw. vom Sozialgericht eingeholten Gutachten eine wesentliche Änderung ergeben " (z.B. neue Gesundheitsstörungen, Verschlechterung oder Besserung eines Leidens)? Ggf. ab wann?

2. Kann die Klägerin trotz der unter Ziffer 1 genannten Gesundheitsstörungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

a) Tätigkeiten aus dem Berufskreis als Sachbearbeiterin; Sekretärin ^

b) sonstige angelernte Tätigkeiten

c) sonstige ungelernete, Tätigkeiten

d) anderweitige Tätigkeiten außerhalb ihres bisherigen Berufskreises (beispielsweise als Telefonistin, Bürohilfskraft, Kassiererin an einer Sammelkasse/kaufm.

Büroarbeiten/Registrierarbeiten - vgl. Anlage -
leichter/mittelschwerer/schwerer Natur
noch vollschichtig verrichten?

Wenn Ziffer 2 verneint wird:

a) Welche Gesundheitsstörungen im Einzelnen schränken die Leistungsfähigkeit der Klägerin in den in Ziffer 2 genannten Tätigkeitsbereich in zeitlicher Hinsicht ein, so dass sie nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten vollschichtig verrichten kann?

b) In welchem zeitlichen Umfang können demzufolge noch Tätigkeiten der in Ziffer 2 genannten Arten verrichtet werden:

halb- bis unter vollschichtig (d.h. zwischen 4 und unter 8 Stunden täglich)

oder

2 Stunden bis unter halbschichtig (d.h. zwischen 2 und unter 4 Stunden täglich)

oder

unter 2 Stunden täglich

4. Welche Gesundheitsstörungen im Einzelnen führen zu wesentlichen Einsatzbeschränkungen?

a) Welche wesentlichen Einsatzbeschränkungen liegen bei der Klägerin vor (z.B. keine Arbeiten im Gehen, Stehen, Sitzen, mit häufigem Bücken, unter Zeitdruck, mit Tätigkeiten manueller/geistiger Natur, mit besonderen Anforderungen an die Fingerfertigkeit oder Konzentrationsfähigkeit, an laufenden Maschinen, am Fließband, im Akkord, im Freien, in geschlossenen Räumen, unter bestimmten Einflüssen der Umwelt, mit Heben und Tragen schwerer/mittelschwerer Lasten ohne Hilfsmittel etc.)?

b) Wird die Erwerbsfähigkeit der Klägerin darüber hinaus Weiter in besonderem Maße eingeschränkt (z.B. Notwendigkeit von längeren und häufigeren Arbeitspausen als üblich, Angewiesensein auf Hilfe bzw. Unterstützung Dritter bei der Verrichtung der Tätigkeiten, Einnahme einer besonderen Diät, besondere Medikation, besonders schlimme Gesichtsentstellung, Bakterienausscheider, etc.) ?

5. In welchem entfernungsmaßigen und zeitlichen Umfang kann der Klägerin der Weg von und zu der Arbeitsstelle zugemutet werden:

a) Welche Wegstrecke kann sie zu Fuß zurücklegen?

b) Ist die Benutzung eines Fahrrads, eines Motorfahrzeugs, eines Firmenbuses und/oder eines öffentlichen regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels (auch zur Hauptverkehrszeit) möglich?

6. a) Seit wann besteht die geminderte Erwerbsfähigkeit?

Hat sich danach der Gesundheitszustand der Klägerin geändert?

Wenn ja, inwiefern?

c) Ist mittelfristig mit einer Besserung zu rechnen?

Wenn ja, inwiefern und wann?

7. Besteht begründete Aussicht, dass sich die Erwerbsfähigkeit der Klägerin bei Durchführung von Heilmaßnahmen bessern würde (ggf. welche Heilmaßnahmen)?

8. Sind Ihrer Ansicht nach weitere fachärztliche Untersuchungen erforderlich, um die Erwerbsfähigkeit der Klägerin hinreichend beurteilen zu können?

Das Gutachten stützt sich auf die ambulante fach psychotherapeutische Untersuchung im Schwerpunkt Psychosomatik der hiesigen Klinik vom ... sowie auf die übersandten Aktenunterlagen:

Auf einen Aktenauszug soll verzichtet werden, die Kenntnis der gerichtlichen Unterlagen wird als bekannt vorausgesetzt. Auf die Durchführung einer erneuten psychologischen Testung wurde verzichtet. (Vorbefunde

von

Angaben der Untersuchten bei der gutachterlichen Untersuchung am 2....:

Zu ihrer Lebensgeschichte berichtet Frau R. folgendes:

Die Mutter von Frau 24 J alt gewesen, der Vater 28 Jahre, damals Medizinstudent, habe das Studium dann aber abgebrochen. Die Eltern seien Flüchtlinge gewesen, die Familie habe kaum Geld gehabt. Er habe „quasi mehr oder weniger versagt“, habe später dann beim erfolgreicherem Bruder in der Fabrik

gearbeitet, bis zur Rente. Es gebe noch eine 1 Jahr ältere Schwester. Die Mutter sei Hausfrau gewesen. Die Familie habe eher schlecht gelebt. Noch vor ihrer Einschulung seien sie dann nach F. gezogen, in die Nähe der Bahnstrecke. Sie könne sich noch erinnern, wie die Wände gewackelt hätten, als der Zug vorbeifuhr. Weitere wichtige Bezugspersonen habe es nicht gegeben, die nächsten Angehörigen hätten aber auch in Westdeutschland gelebt Sie sei mit 6 Jahren eingeschult worden. Damals habe sie eine Brille tragen müssen Auch habe sie immer in die Sehschule gehen müssen. Ihre Schwester habe auch eine Brille tragen müssen. Die Schwester sei zuerst in die Schule gekommen, sei aber dann zunächst wegen einer Krankheit wieder herunter genommen worden. Deshalb hätten Sie und die Schwester die gleiche Klasse besucht. Sie habe damals die ganze Verantwortung für die Schwester getragen, die gespuckt und gekratzt habe, sie immer schikaniert habe, so dass keine andere Kinder mit ihnen hätte spielen wollen. Mit 13 Jahren sei sie dann in die Handelsschule gekommen. Sie sei damals in eine private Schule gekommen, da sie eine große Angst vor der Aufnahmeprüfung gehabt hätte. Sie könne sich erinnern, jeden Morgen vor Prüfungen gebrochen zu haben. Später habe ihr der Glaube geholfen. Ihre Schwester habe bereits mit 14 ihren Mann kennengelernt, sei für die Beziehung noch nicht reif gewesen, und sie habe auf sie aufpassen müssen. Ihre eigene Schulausbildung habe sie dadurch vernachlässigen müssen. Damals sei sie sehr dick gewesen (16 J. ca. 75 kg, bei ca. 163 cm). Die Mutter habe immer gewollt, dass die Kinder essen. Mit 16 habe sie dann abnehmen wollen (18 kg in 1/2 J), dann wollte sie tanzen gehen und dann "war es aus,..". Sie habe plötzlich einen Damenbart bekommen und habe massive Ängste entwickelt. Wenn sie jemand angesehen habe, habe sie einen roten Kopf bekommen. Sie habe das Gefühl gehabt, sie sei der "letzte Dreck". Selbst daheim habe sie dies vor den Eitern verbergen müssen. Sie habe gedacht, sie sei auch nichts wert, nicht einmal vor ihren Eltern. Sie habe dann zu Gott geschrien, habe sich auch umbringen wollen, dies aber nicht getan wegen ihrem Vater. Sie können sich erinnern, sie habe damals bei der Stadt gearbeitet, dass sie während der Dienstzeit Botengänge genützt habe, untermits auch in die Kirche zu gehen. Sie habe damals keine Unterstützung bekommen, der Hausarzt habe gesagt, sie habe ja nur Angst, dass sie keinen Mann finde. Ihren Mann habe sie dann mit 21 kennengelernt Eine Freundin habe sie "immer mitgeschleppt". Nach einer Woche habe sie ihm dann ihr Problem geschildert. Er habe gesagt, er habe nichts dagegen. Sie glaube, wenn er sich abgewandt hätte zu diesem Zeitpunkt, hatte sie sich umgebracht. Sie hätten dann heiraten müssen, weil der erste Sohn geboren worden sei. Auch die Ehe und die Kinder (die Tochter sei 1 3/4 Jahre später geboren) hätten nichts an der Angst vor den Menschen geändert. Sie habe jedem ins Gesicht geschaut, ob noch jemand anderer das gleiche Problem habe, sie habe auch Menschen gefunden, aber dies habe auch nichts genützt. Sie habe sich immer gewundert, wenn sie angesprochen worden sei. Der Vater sei überängstlich gewesen und wenn es danach gegangen wäre hätte sie wahrscheinlich auch ihre Kinder so erzogen, hätte ihr eigener Mann nicht dagegen gehalten. Sie hätte z.B. nie Rollschuh- oder Schlittschuhlaufen dürfen. Zur Schwester berichtet sie noch, dass diese immer krank gewesen sei und sich auch dadurch die Liebe der Eltern erkaufte habe. Die Schwester habe inzwischen Multiple Sklerose. Die Beziehung sei so wie zu einer Nachbarin. Sie habe keine engere Verbindung haben können, da die Schwester ihr die Beziehung zu ihrem Mann immer geneidet habe. Zunächst hätten sie mit den Eltern und der Schwester und den Familien in einem Haus gewohnt Wegen der Ängstlichkeit habe der Vater Medikamente genommen; in eine Psychiatrische Klinik sei er aber nie gekommen,. Später habe er Diabetes gehabt. Er sei sehr nervös gewesen. Trotzdem sei der Vater für sie immer der größte gewesen, bis sie verheiratet gewesen sei. Er habe ihr auch leid getan, weil die Mutter öfter mit ihr gestritten habe. Es sei immer ums Geld gegangen. Mit 13 Jahren seien sie dann nach G. gezogen, auf das Nachbargrundstück des Onkels. Auch den Onkel habe sie gemocht. Dies ging dann 15 J, bis sie dann in Heroldsbach wohnte. Ihr Mann sei bei der Bundeswehr gewesen, habe dann eine Abfindung bekommen, dann hätte er alles ins Haus gesteckt Dies sei auch ein Thema, da sie nie fertig geworden seien, hätten sie auch nie Urlaub gemacht Der Mann mit allem auch so pingelig sei. Früher habe sie auch bei der Stadt erlangen ganztags bis zur Geburt der Tochter gearbeitet Der Sohn sei bei der Schwiegermutter in Fürth gewesen, der Mann habe ihn am Wochenenden immer von der Mutter mitgebracht Den Führerschein habe sie gemacht, da seien die Kinder noch kleiner gewesen. Der Mann sei Fahrlehrer bei der Bundeswehr gewesen. Fahrpraxis habe sie aber kaum erworben. Sie habe immer gedacht, dass sie jemand sehe, wenn sie fahre und denken könnten "was fährt sie denn Auto" Später habe sie dann den Hausarzt gewechselt, und dann sei ihr zum ersten Mal eine Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik empfohlen, evtl. in eine psychosomatische Kur, das sei aber auch im Sande verlaufen. Dann sei ihr die Diane verschrieben worden, sei ganz zuversichtlich gewesen und dann habe sie sich auch loslassen können. 1978 sei sie dann in einer Psychosomatischen Kur in der ... in gewesen. 1980 habe sie dann angefangen halbtags zu arbeiten. Sie sei damals befristet eingestellt worden, habe eine Arbeit machen müssen, die keiner habe machen wollen, und die liege gelieben waren. Sie sei dann in psychotherapeutischer Behandlung bei der Fr und Fr. gewesen erfolgte die 2. psychosomatische Kur. Auch nach 1981 sei sie immer noch sehr ängstlich gewesen, sei z.B. immer ängstlich, dass sie jemand anspreche, und immer gedacht habe, dass sie rot werde. Sie sei immer

erschöpft und fertig gewesen, habe sich immer überfordert gefühlt. Sie habe das Arbeiten angefangen, weil sie das Geld gebraucht hätten. Sie hätte es aber immer viel besser haben wollen. Die Mutter habe ihr als Kind immer gesagt gehabt, wenn du rot wirst, dann hast du gelogen. Als sie geheiratet habe, habe der Pfarrer gesagt, "und ich glaubte immer, die A. geht einmal ins Kloster". 1988 bis 1989 habe sie bei... eine Gruppentherapie gemacht ... sei sie in D. in der ...klinik gewesen. Sie habe schon gespürt was sie wolle, aber sie habe es nie umsetzen können. Sie habe es schon versucht, sei zwischenzeitlich mal in die Gymnastik gegangen oder ins Walking, aber weniger dass es ihr Freude gemacht habe, sondern eher wegen der Figur. 1995 sei sie in der gewesen. Damals sei der rücken und der Bewegungsapparat, insbesondere die Knie, die Hüften, die Wirbelsäule und Verspannungen gewesen. Sie sei sehr gewissenhaft und habe nie jemanden als Vertretung gehabt. Sie sei dann auch mit Tabletten auf die Arbeit gegangen. Sie sei überwiegend von Hausarzt behandelt worden. Sie habe in den Kuren überwiegend Frauen kennengelernt, die auf Entzug waren, die .tabiettenabhängig waren, wovor sie selbst eine große Angst gehabt habe und habe versucht, die Medikamente möglichst gering zu halten. Sie sei damals nicht zum Nervenarzt gegangen, weil sie gedacht habe, der gebe ihr etwas anderes und dann werden sie abhängig. Nachmittags habe sie sich dann hinsetzen müssen. . 1993 sei sie versetzt worden in die städtische Sing- und Musikschule in H., sie habe sich dann zunächst gewehrt, dann sei ein neuer Chef gekommen, sie habe Angst vor neuen Sachen gehabt, "es sei mühsam gewesen, aber sie habe sich einarbeiten können, habe sich unabhängig gefühlt, sei auch zufrieden und zuversichtlich gewesen. Sie habe gewusst, dass es schwierig werde. Er sei zwar kein so autoritärer Chef gewesen, sie habe eher angst vor der Arbeit gehabt, sei aber nicht von der Sekretärin eingearbeitet worden, und dann habe sie auch noch für eine andere Kollegin mitarbeiten sollen, das habe sie aber nicht geschafft, das zu tun, was noch vorgesehen gewesen sei. Kaum hatte sie Fuß gefasst, sei sie dann wieder versetzt worden in die Stadtkasse 1998 und sei dann durch den PC-Kurs auch überfordert gewesen ("Magen seh merzen, Knie geschlottert, Stress pur"). Dann habe sie noch 2 Tage arbeiten können. Sie habe während des Kursen schon den Koffer gepackt, weil sie befürchtet habe, zusammenzubrechen, und dann wisse ihr Mann nicht wo die Sachen sind. im September.... sei sie nochmals inach, in einer Psychosomatische Rehaklinik gewesen und sei dort krank entlassen worden. Bis zum habe sie dann Krankengeld bekommen, seitdem sei sie arbeitslos. Soziale Anamnese Neben den in der Biographie angesprochenen Punkten sei noch erwähnenswert, dass ihre Kinder beide studiert hätten; der Sohn sei promovierter Diplom...., lebt in M., die Tochter sei Diplom....., lebe auch nicht mehr zuhause. Es gebe keine Enkel. Aktuelle Beschwerden Neben dem "Ischias" habe sie seit den 80er Jahren auch Magenschmerzen.und habe auch schon 3 Magenspiegelungen gehabt Die Arme täten auch so weh, das ziehe dann bis in den Oberkörper, habe da auch immer Angst gehabt, dass sie Krebs habe, Kopfschmerzen gebe es auch. Sie habe das Gefühl, dass sie sich mit Essen zerstöre, sie habe immer das Gefühl, sie müsse wieder 60 kg wiegen, und wen sie unter Stress stehe, müsse sie hungern. Seit ... sei sie nun daheim, habe es aber bisher noch nicht geschafft, den Wäscheschrank auszuräumen. Manchmal laufe sie richtig chaotisch in der Wohnung umher. Seit Januar gehe sie zu ... und mache eine ambulante Verhaltenstherapie.

Allgemeine Krankheitsanamnese: Sie habe ständig Probleme mit dem Unterleib, ständig Streptokokken-Infektionen. Krampfadern, Stützstrumpfhosen

1962 Schiel-Op.,

1976 Sterilisation

1981 Varizenop- re.,

1990 Messerkbnisation Gebärmutterhals weg. Zwischenblutungen

2000 Hysterektomie (KH ...)

2000 Kniescheibe re.

Familienanamnese:

Der Vater sei 1998 verstorben (Herzversagen, Altersschwäche, blind) Die Mutter habe einen Herzschrittmacher, Übergewicht und nun eine Geschwulst im Kopf

Psvchopathologischer Befund:

Die Patientin erschien pünktlich, altersentsprechend gekleidet. Sie wirkte zum Gesprächsanfang sehr aufgeregt, musste während der Exploration auch mehrmals weinen. Die Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und das Gedächtnis schienen klinisch nicht eingeschränkt. Die affektive Schwingungsbreite war zum depressiven Pol hin verschoben. Symptome einer Antriebstörung werden berichtet Die Gedanken kreisten primär um die Beeinträchtigungsproblematik, inhaltliche oder formale Denkstörungen waren nicht eruierbar. Keine Ichstörungen. Suizidalität zum Zeitpunkt der Untersuchung sicher auszuschließen. Zusammenfassende Beurteilung:

Berichtet wird eine frühe Überforderung im Rahmen der Betreuungsfunktion für die anamnestisch psychopathologisch auffällige Schwester in Rahmen einer durch Angst charakterisierten Familienatmosphäre. Im Zuge einer körperlichen Auffälligkeit (dem Damenbart) lassen sich aus Sicht

der Psychotherapeutischen Medizin rückblickend bereits ab dem jugendlichen Erwachsenenalter ein Mischbild von phobischen / ängstlichen / und somatoformen Störungen, die parallel auftraten und

über die ganze Lebenszeit hinweg Krankheitscharakter hatten und behandlungsbedürftig waren und auch fachgerecht behandelt wurden, (mehrere stationäre psychosomatische Behandlungen, mindestens 3 z.T. mehrjährige ambulante Einzel- und Gruppentherapien, sowohl psychoanalytisch als auch zuletzt verhaltenstherapeutisch orientiert bei begleitender Pharmakotherapie mit unterschiedlichen Wirkstoffen) diagnostizieren:

- Dymorphophobe Störung,
später dazu auch
- Erythrophobie,
« Soziophobie,
« somatoforme autonome Funktionsstörung
- Ängstlich-paranoide-dependente Persönlichkeitsstörung

Rückblickend konnte unter Behandlung auch ein Funktionsniveau gehalten werden, bei dem die Arbeitsfähigkeit lange gegeben war. Die 1997 beobachtete Dekompensation mit der anhaltenden Verschlechterung der psychischen und psychosomatischen Symptomen wäre durch innere und äußere Faktoren zu erklären: zum Einen schon alleine durch den Verlauf (Modell der Erschöpfungsdepression) nachdem die Kompensation lange funktioniert hat, zum Anderen durch den Wegfall stabilisierender Einflüsse, z.B. zunehmende Verselbständigung der Kinder und arbeitsplatzbedingte Mehranforderungen (Computerarbeit, Publikumsverkehr am neuen Arbeitsplatz). Bisher hat sich Frau R. im Rahmen ihrer Möglichkeiten über Hausärzte, wobei dieser auch gewechselt worden war, Fachärzte für Nervenheilkunde und Psychiatrie und anerkannte Psychotherapeuten Hilfe geholt, die Behandlungen durchführen lassen und sich auch in stationäre Behandlungen begeben. Bei den endokrinen Grunderkrankungen und der Dymorphophobie sowie der Erfahrungen, die Frau R. in ihrer Lebensgeschichte mit Psychopharmaka gemacht hat, erscheint ihre diesbezügliche Zurückhaltung nachvollziehbar, wobei sie sich nach Aktenlage nie einer Behandlung verweigert hat. Seit Ende ist von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelschwere depressive Episode mit somatischen Symptomen bei einer ängstlich-paranoiden Persönlichkeitsstörung, auszugehen, so dass auch unter psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit besteht.

Beantwortet werden sollen die Beweisfragen:

Zu 1a) Frau R. leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung, depressive Episode mit somatischen Symptomen bei einer dependenten Persönlichkeitsstörung

Zu 1b) Die unter 1a) genannten Erkrankungen wirken sich Erwerbsfähigkeit aus.

Zu 2c) Die obigen psychischen Erkrankungen wurden bereits im Gutachten von Dr. H. benannt, vom Schweregrad aber als weniger ausgeprägt eingeschätzt. Eine wesentliche Änderung ergibt sich hinsichtlich der Einschätzung, Die Beschwerden von Frau R. haben seit der letzten Begutachtung eher zugenommen.

Zu 3) Frau R. ist derzeit aufgrund der aktuellen Gesundheitsstörungen nicht in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten aus dem Berufskreis als Sachbearbeiterin; Sekretärin oder sonstige Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten.

Zu 4) Die zeitliche Einschränkung ergibt sich durch die geringe Belastungsfähigkeit, die bereits im Rahmen des häuslichen Alltagslebens auffällt und auch außerhalb bestehen wird. Da die bisherigen Rehabilitationsversuche immer wieder einen Rückfall mit Verschlechterung zur Folge hatten, ist auch in Zukunft davon auszugehen, dass eine Reduktion der täglichen Arbeitszeit nicht zu einer stabilen gesundheitlichen Situation führen würde.

Zu 4. A bis c) Ein Hauptproblem stellt die persönlichkeitsstörungsbedingte geringe Belastbarkeit bei wechselnden Aufgaben dar, die durch die Depression verstärkt werden. Insbesondere Sekretariatsaufgaben (Ablage, Telefonate) überfordern Frau R. Verlängerte Pausen würden hier keine Erleichterung bringen, das Erlernen neuer Tätigkeiten, insbesondere mit der Notwendigkeit, Maschinen zu bedienen, würde Frau R. überfordern, wie bereits bei dem Computerkurs deutlich wurde. Ein Gewöhnungseffekt stellt sich erfahrungsgemäß bei dem Krankheitsbild nicht ein, da sich bei Frau R. die Leistungserwartung nicht reduziert. Körperliche Anstrengungen würden als zusätzlich belastend erlebt:

Zu 5 a bis c) Wegstrecken mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Firmenbus über ca. 1 Stunde einfache Wegstrecke wären zumutbar. Gehstrecken von max. 15 min. ebenfalls. Eine Benützung des Fahrrads ist m.E.n. nach Durchsicht der orthopädischen Unterlagen schmerzbedingt und aufgrund des körperlichen Trainingszustands derzeit nicht möglich. Aufgrund der psychischen Erkrankung fährt Fr. R. selbst kein Auto mehr.

Zu G a) Rückblickend besteht eine Erwerbsunfähigkeit seit April 1998.

Zu G b) Der Gesundheitszustand hat sich seitdem verschlechtert.

6 c) nein

Zu 7.: Bei konsequenter Durchführung einer pharmakologischen Kombinationsbehandlung im Rahmen einer tagesklinischen psychosomatischen Therapie, z.B. in könnte eine Verbesserung des

Krankheitsbildes mittelfristig erreicht werden; ob wieder eine Arbeitsfähigkeit erzielt werden kann, erscheint aufgrund des bisherigen Verlaufs eher fraglich.

Zu 8.: Nein.

Gegen eine Herausgabe dieses Gutachtens an den Patienten oder seine Rechtsvertreter bestehen ärztlicherseits keine Bedenken. Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§ 1, 2, 11, 15 Urhebergesetz vom 09.09.65, Bundesgesetzblatt 1, Seite 1273). Sie dürfen daher nur für den Zweck, für den sie erstellt worden sind, verwandt werden. Dies ist auch bei Weitergabe einer Kopie an den Untersuchten, seinen Hausarzt oder Rechtsanwalt zu beachten. Dieses Schriftstück darf ohne Einwilligung des Gutachters nicht zur Verfolgung sonstiger Ansprüche verwertet werden.

**Anhaltende somatoforme Schmerzstörung,
leichtgradige depressive Episode**

Beispiel: Sozialmedizinisches Gutachten

Dem Sozialgericht Bayreuth erlaube ich mir über Herrn folgendes Gutachten aus Sicht des Fachgebietes "Psychotherapeutische Medizin" zu erstellen.

Beantwortet werden sollen die Beweisfragen:

2. a) Welche gesundheitlichen Störungen bestehen bei dem Kläger seit

a) März..... b) April 2...?

3. Welche Arbeiten kann der Kläger seitdem mit Rücksicht auf die bestehenden :

Gesundheitsstörungen unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses verrichten?

a) Schwere, mittelschwere, leichte Arbeiten

. b) Arbeiten im Gehen, Stehen, Sitzen?

c) Arbeiten im Freien, in geschlossenen Räumen?

d) Wieviele Stunden täglich? Mit Unterbrechungen? Welche?

e) Müssen bestimmte Verrichtungen (z.B. Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten an Maschinen, am Fließband) vermieden werden?

f) In welchem entfernungsmaßigen und zeitlichen Umfang kann dem Kläger der Weg zu und von der Arbeitsstelle noch zugemutet werden, und zwar

aa) zu Fuß, mit dem Fahrrad, einem Motorfahrzeug, einem Firmenbus oder

bb) einem öffentlichen, regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel?

4. Besteht begründete Aussicht, dass sich der Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit des Klägers in absehbarer Zeit bessern? In welcher Weise? Wann?

5. Werden zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eine Heilbehandlung - insbesondere in Kur- und Badeanstalten oder in einer Spezialanstalt - oder berufsfördernde Maßnahmen empfohlen?

Halten Sie weitere fachärztliche Untersuchungen für erforderlich? Welche?

Auf einen Aktenauszug soll verzichtet werden, die Kenntnis der gerichtlichen Unterlagen wird als bekannt vorausgesetzt.

Angaben des Untersuchten am

Zu seiner Lebensgeschichte berichtet Herr M. folgendes: Seine Mutter sei bei der Geburt 39, der Vater 41 Jahre alt gewesen. Der Vater sei damals Landwirt und Viehhändler gewesen. Er habe eine Schwester (+8 J.), ein Bruder sei gefallen, ein Bruder sei 1997 gestorben (Krebs). Er sei am Dorf aufgewachsen. Die Großeltern habe er nicht mehr kennengelernt. Nach Volks- und Berufsschule habe er in der Landwirtschaft gearbeitet und als ungelernter Helfer in verschiedenen Betrieben. 1963 habe er den Hof übernommen. 1973 sei seine große Tochter geboren worden, zu diesem Zeitpunkt habe er auch geheiratet. Aktuelle Symptomatik: Mit dem re. Arm gehe es einigermassen, wenn er nichts arbeite, dann gehe es. Mit dem Laufen müsse er auch langsam tun, er habe eine Geradestellung gehabt re und ein künstliches Gelenk drin. Das Sehen sei aber nun sein größtes Problem. Er könne sich noch genau an den Beginn der Beschwerden erinnern: Er sei diesen Samstag im April früh aufgestanden und habe festgestellt, dass er schlechter sehe, das rechte Gesichtsfeld anders sei. Der Befund habe sich seitdem verschlechtert, es sei größer geworden. Es sei aber nicht immer gleich. Am meisten belaste ihn, dass ihm keiner glaube, der Hausarzt schicke ihn zum Augenarzt und der finde nichts.

Typischer Tagesablauf:

Er stehe etwa um 8 Uhr auf, wasche sich, trinke seinen Kaffee, laufe etwas im Hof umher, damit das "Bein gewienert" werde, dann esse er Mittag und lege sich 1-2 Stunden zum Mittagsschlaf. Dann trinke er seinen Nachmittagskaffee, dann könne er etwas fernsehen, laufe noch etwas im Hof herum, dann lege er sich wieder aufs Sofa, ca. um 21.30 gehe er ins Bett. Früher habe er wesentlich besser fernsehen können, jetzt gehe aber höchstens nur noch eine Stunde. In der Zeitung könne er nur die großen Überschriften lesen.

Soziale Anamnese:

Seit 1995 sei er arbeitslos. GdB 60; Krankschreibung seit..., Er sei verheiratet. Es gebe noch einen 26jährigen Sohn und eine 23jährige Tochter. Die große sei verheiratet und sei auf der Bank, die andere Tochter arbeite in der Fabrik, der Sohn sei Bauschlosser. Der Sohn kümmere sich um die Landwirtschaft.

Krankengeschichte und Operationen:

1970 Gradstellung re.

1/2001 Kniegelenk re.,

Zuckerkrankheit seit 1963, bisher nicht insulinpflichtig

Bisherige Behandlungen:

März 2001 Kurmaßnahmeweg, des Kniegelenks

Medikamente:

Behandelnde Ärzte:

Untersuchungsbefunde:

Psychopathologischer Befund:

Herr M. erschien pünktlich zum den Untersuchungstermin, war wach, in allen Qualitäten orientiert. Die Kleidung war altersentsprechend und sauber. Während der Gespräche erschien er sehr aufgeregt, ängstlich und war verzweifelt. Die Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit wirkte klinisch nicht beeinträchtigt, der Gesprächsfluß war zunächst stockend, häufiges Nachfragen nötig- Gerade belastende Gedanken konnte Herr M. kaum berichten. Herr M. weint während der Untersuchung mehrmals spontan. Die Stimmung war gedrückt, die affektive Schwingungsbreite zum depressiven Pol hin verschoben. Die Gedanken kreisen um die subjektive Einschränkung der Sehfähigkeit, die in insbesondere beeinträchtigt, wenn er sich im Freien bewege. Er könne nun am Hof praktisch nichts mehr machen, fühle sich nutzlos, sei auf die Hilfe anderer angewiesen! Er müsse immer wieder daran denken, wie er früher gewesen sei, und wie sich alles verändert habe. Er möchte aber niemandem zu Last fallen. Weitere Hinweise auf Ich-Störungen, Gedankenausbreiten, paranoid gefärbtes Misstrauen gibt es nicht. Suizidgedanken werden glaubhaft verneint. Nachts schlafe er unterschiedlich gut, er wache aber immer auf, selten müsse er auf. Der Appetit gehe. Er habe seit Juni letzten Jahres etwa 10 kg. abgenommen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Im Rahmen der Begutachtung am beklagte Herr M. vornehmlich Schmerzen im re. u. l. Schulter-Nackengebiet, der Brust- und Lendenwirbelsäule, den Hüften und Knien, weniger in den Ellenbogengelenken, manchmal den Händen (...) ohne ausreichende organische Grundlage; fachorthopädisches Gutachten Dr. Barth, Bayreuth, die von der Schilderung und auch gestützt durch die weiteren unterschiedlichen orthopädischen Stellungnahmen chronischen Charakter haben dürfte. Nervenärztliche oder psychiatrische Befunde zum psychischen Zustand liegen nicht vor, der allgemeine ärztlicherseits geschilderte Gesamtberurteilung tendiert in Richtung zunehmend krank, obwohl keine ausreichenden somatischen Erklärungen (Gelenkbefunde) vorliegen. Nach der Knie-TEP re. im sind im Reha-Entlassbericht (Bl.....) keine auffälligen psychopathologischen Befunde dokumentiert, sei der Patient arbeitsfähig gewesen. In der Stellungnahme des HA Hr , ist ein ischämischer Hirninfarkt li. vermerkt (Bl gleiche Akte) und eine deutliche Depression trotz medikamentöser Therapie. Auch bei der hiesigen Untersuchung war der Affekt sehr gedrückt, die Gedankengänge des Untersuchten auf die Beschwerdesymptomatik fixiert. In der Zusammenschau steht symptomatisch eine mittel bis schwergradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (F33.2) im Vordergrund, die sich sehr wahrscheinlich aus einer bereits 1998 bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) entwickelt und durch den zusätzlichen Schlaganfall mit Sehinderung im Verlauf eine weitere Fixierung auf die körperliche Symptomatik erfahren hat. der das körperlich orientierte subjektive Krankheitsmodell von Herrn M. weiter unterstützt. Therapeutisch ist das bisher angewandte pharmakologische Prinzip (Insidon) aus psychiatrischer Sicht ausgereizt. Empfehlenswert erscheint der Einsatz eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers, evtl. eine Kombination mit Carbamazepin zur Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung unter konsequenter weiterer ambulanter psychiatrischer Behandlung. Möglich wäre ein Versuch -wie auch mit Herrn M. zum Gutachtenstermin besprochen - einer stationärer Behandlung zur Medikamenteneinstellung bzw. zur Veränderung der auf die Beschwerden fokussierten Wahrnehmung, evtl. auch tagesklinisch, z.B. in der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen. Herr M. wollte dieses Vorgehen mit seiner Nervenärztin besprechen.

Beantwortung der Fragen:

Zu 1 a)

Im März 98 stand ein organisch nicht ausreichend zu begründender Schmerz im Schulter-Nackengebiet im Vordergrund, der rückblickend als anhaltende somatoforme Schmerzstörung eingeordnet werden muss und eine Generalisierungstendenz auf alle großen Gelenke zeigte, die mindestens bis Januar 2000 angehalten habe. Im September 2000 ist dann erstmalig die depressive

Symptomatik unter bereits laufender zunächst auf den Schmerz ausgerichteter medikamentöser antidepressiver Therapie - dokumentiert.

Zu 1b)

Rückblickend ist für April 2000 auf alle Fälle weiterhin das Vorliegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anzunehmen, zusätzlich dürfte damals bereits mindestens eine leichtgradige depressive Episode bestanden haben, ab Herbst 2000 steht die Depression im Vordergrund.

Zu 2 a, b, c)

Herr M. ist aufgrund der somatoformen Depression (Schmerzsymptomatik) nicht einmal in der Lage leichte Arbeit zu verrichten, wobei - wenn überhaupt nur Arbeiten im Sitzen in Frage kämen und aufgrund der Multimorbidität (Diabetes, Hypertonie, Z.n. Schlaganfall) nur Arbeiten in geschlossenen Räumen.

Zu d)

Herr M. kann - würde er leichte Arbeiten im Sitzen verrichten - sicher nur weniger als 2 Stunden arbeiten.

Zu e)

Das Heben von Lasten oder häufiges Bücken, Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten an Maschinen, am Fließband ist ihm wegen der Schmerzen in den Händen, beiden Schultern, im Nacken und in den Knien nicht zuzumuten.

Zu f)

Wegen des Diabetes ist auf eine regelmäßige Ernährung zu achten, deshalb sollte die Arbeitsstelle innerhalb einer halben Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sein. Ein längerer Fußweg als 15 min. ist aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar. Ein Motorfahrzeug oder Fahrrad kann derzeit wegen der depressiven Symptomatik und der Fixierung auf die Beschwerden und der beklagten Sehstörung nicht mehr geführt werden.

Zu 3)

Der Gesundheitszustand wird sich auch bei Einleitung einer intensiveren psychopharmakologischen Behandlung und der Durchführung einer stationären oder teilstationären psychiatrischen Maßnahme höchsten stabil bleiben und nicht merklich bessern. Die Erwerbsfähigkeit wird sich nicht mehr herstellen lassen.

Zu 4)

Mit der Herstellung der Erwerbsfähigkeit ist - auch durch eine berufsfördernde Maßnahme - sehr wahrscheinlich nicht mehr zu rechnen, wird die ambulante psychiatrische Behandlung optimiert, eventuell auch durch eine zwischenzeitliche stationäre Maßnahme zur genauen Einstellung der Medikation und zum Versuch zur Aktivierung des Begutachteten und zur Lockerung der Aufmerksamkeitsfokussierung und Verbesserung der Bewältigung, ist mindestens von einer Therapiezeit von einem weiteren Jahr auszugehen. Wahrscheinlich wird damit aber höchstens ein Besserungsgrad erzielt/der die Alltagsfertigkeiten fördert, eine auch zumindest nur teilweise Erwerbsfähigkeit wird nicht mehr erreicht werden. Die Einschätzung bezieht sich ausschließlich auf die vorliegenden psychiatrischen Erkrankungen. Eine zusätzliche Berücksichtigung der beklagten Sehstörungen, des Z.n. Schlaganfall und der internistischen Erkrankungen würden zu keiner wesentlich schlechteren Prognose führen. Für das subjektive Krankheitsmodell von Herrn M. haben die körperlichen Erkrankungen jedoch einen hohen Stellenwert. Weitere fachärztliche Untersuchungen sind nicht erforderlich.

Gegen eine Herausgabe dieses Gutachtens an den Patienten oder seine Rechtsvertreter bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§1,2,11,15 Urhebergesetz vom 09.09.65, Bundesgesetzblatt 1, Seite 1273). Sie dürfen daher nur für den Zweck, für den sie erstellt worden sind, verwandt werden. Dies ist auch bei Weitergabe einer Kopie an den Untersuchten, seinen Hausarzt oder Rechtsanwalt zu beachten. Dieses Schriftstück darf ohne Einwilligung des Gutachters nicht zur Verfolgung sonstiger Ansprüche verwertet werden.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4, rezidivierenden depressiven Störung, derzeit ohne Nachweis einer depressiven Episode, neurasthenischem Syndrom (Neurasthenie), somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitalsystems (F45.3)

Beispiel: Sozialmedizinisches Gutachten

Dem Sozialgericht... erlaube ich mir über Frau ...folgendes

Gutachten aus Sicht des Fachgebietes "Psychotherapeutische Medizin" zu erstellen.

Beantwortet werden sollen die Beweisfragen:

1. a) Welche gesundheitlichen Störungen liegen bei der Klägerin vor, die sich auf die Erwerbsfähigkeit wesentlich auswirken?

b) Hat sich im Vergleich zu dem zuletzt von der Beklagten bzw. vom Sozialgericht eingeholten Gutachten eine wesentliche Änderung ergeben (z.B. neue Gesundheitsstörungen, Verschlechterung oder Besserung eines Leidens)? Ggf. seit wann?

2. Welche Arbeiten kann die Klägerin mit Rücksicht auf die festgestellten Gesundheitsstörungen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten?

a) Bestehen qualitative Einschränkungen der individuellen Leistungsfähigkeit, z.B. hinsichtlich

aa) des Schweregrades der möglichen Arbeitender Körperhaltung und Bewegung,

bb) der Akzeptanz von Umwelteinflüssen (Arbeitsumgebung) oder

cc) der psychischen Belastbarkeit?

Bestehen Einschränkungen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der Arbeitstätigkeit unter

Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen (mögliche tägliche Arbeitszeit, ggf. zusätzliche Pausen)?

Ab wann besteht diese quantitative Einschränkung und welche Gründe sprechen für diesen Zeitpunkt?

Mögliche Arbeitszeit = täglich 8 Std.; 4 bis 7 Std.; 2 bis 3 Std.; unter 2 Std.; Bei Eintritt der

Leistungsminderung nach dem 30.11.2000: mind. 6 Std.; 3 Std. bis untere Std.; unter 3 Std.

c) In welchem entfernungsmaßigen und zeitlichen Umfang kann der Weg zu und von der Arbeitsstelle zugemutet werden (zu Fuß, mit dem Fahrrad, einem Motorfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln)?

3. Ist aus ärztlicher Sicht unter Beachtung des bisherigen Verlaufs und noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten eine mehr als geringfügige Besserung auszuschließen? 4. Werden zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eine Heilbehandlung (medizinische Rena-Maßnahme) oder berufsfördernde Maßnahmen empfohlen?

5. Werden weitere Gutachten auf anderen Fachgebieten für erforderlich gehalten? Ggf. welche?

Das Gutachten stützt sich auf die ambulante fach psychotherapeutische Untersuchung im

Schwerpunkt Psychosomatik der hiesigen Klinik vom sowie auf die übersandten Aktenunterlagen:

Auf einen Aktenauszug soll verzichtet werden, die Kenntnis der gerichtlichen Unterlagen wird als bekannt vorausgesetzt.

Angaben der Untersuchten bei der gutachterlichen Untersuchung am ...

Zu ihrer Lebensgeschichte berichtet Frau B. folgendes:

Die Mutter sei bei der Geburt 35 J. gewesen, der Vater 38 J., es gebe noch eine 2J. ältere Schwester.

Der Vater sei damals Geschäftsführer, die Mutter sei Hausfrau gewesen und habe zuhause schriftliche Arbeiten erledigt. Sie hätten in einem eigenen Haus mit einem schönen Garten gelebt. Weitere enge

Bezugspersonen habe es nicht gegeben. Die Großeltern habe sie nicht mehr erlebt. Aus der

Kindergarten und Grundschulzeit gäbe es nichts besonderes, bis auf einen Sturz, im Kindergartenalter,

bei dem sie sich die Lippe verletzt habe, die dann im Krankenhaus genäht werden musste, daran

könne sie sich noch erinnern. Dann habe sie eine Fachschule besucht (Hauswirtschaft und

Kinderpflege,), dann habe sie als Gruppenleiterin für 11 Jahre im Kindergarten gearbeitet. Sie sei

sehr kreativ veranlagt (Malen, Basteln, Modellieren). Das helfe ihr auch jetzt, wenn sie Schmerzen

habe, sehr viel. Seit der Ausbildung habe sich dies so entwickelt Zwischenzeitlich habe sie noch

ganztags Doppelschicht in der Qualitätskontrolle gearbeitet, da sie nach dem Neubau des Hauses noch

finanziell etwas beitragen wollte. 1... seien die massiven Schmerzen und die massiven Probleme dann

in den Vordergrund gerückt war die Bandscheibenoperation (...., L4/L5, damals mit Harninkontinenz

und Lähmungserscheinungen, Notoperation) danach 1 Monat relativ beschwerdefrei, danach sei es

wieder genauso massiv weitergegangen, wie vorher. Bis zu dieser Operation hätte sie gearbeitet, dann

habe sie Krankengeld bekommen, dann Arbeitslosengeld. In erfolgte dann 1996 die erste Reha-

Maßnahme für 4 Woche in , da sie dort als arbeitsunfähig entlassen werden sei, habe sie wieder ein

Jahr Krankengeld bekommen. In dieser Zeit habe sie Dr.... in... behandelt. Danach sei sie wieder

arbeitslos gewesen.

Jetzige Anamnese:

1999 habe sie für 10 Tage einen Schmerzkatheder gehabt, habe den Urin nicht halten können, der re.

Fuß habe sich weggedreht Im Februar 01 habe es einen körperlichen und seelischen

Erschöpfungszustand gegeben. Es handle sich aber nicht um einen Dauerschmerz, sondern bei einer

falschen Belastung habe sie plötzlich einen einschießenden Schmerz von der "Bandscheibe aus, über

den Po bis runter in den Fuß", z.B. wenn sie einen Wäschekorb hebe. Es gehe wie so ein Blitz und

danach habe sie bestimmt für ein bis zwei stunden große Probleme, wo sie sich hinlegen müsse, das

Bein hoch lagern und sich ruhig halten. Die Schmerzen träten etwa 3 mal pro Woche auf, bei

körperlicher Belastung manchmal auch 2mal am Tag. Während der Zeit des Schmerzkatheders habe

sie auch noch Schmerzen gehabt, von der gleichen Art aber erträglicher Auch die Harninkontinenz

träte auf bei körperlicher Belastung. Zudem könne sie bei Harndrang das Wasser kaum halten, müsse

immer sofort eine Toilette finden. Deswegen trage sie ständig Vorlagen. Im zeitlichen Zusammenhang

mit der Einreichung des Rentenbegehrens vor 4 Jahren habe sie wegen der Schmerzen deutlich

weniger Lebensfreude gehabt, sie habe massiv an Gewicht verloren (anamn. 1996 80 kg, 2/2001 64

kg), sie habe sich viele Sorgen wegen der Finanzen gemacht, der Ehemann habe aber immer gesagt, sie solle sich nicht so abtuen. Sehr belastet habe es sie auch, da sie ja immer selbst Geld verdient habe, nun selbst kein Geld mehr zu haben. Tagesschwankungen oder Schlafstörungen gebe es nicht. Wenn sie sich nicht Mittags hinlegen würde und immer mal wieder tagsüber zwischendrin, wenn sie den Belastungsschmerz habe, könnte sie es gar nicht aushalten. Selbst die Alltagsbelastungen wären zuviel. Sie könne mit Keilkissen kleine Strecken mit dem Auto fahren (nicht länger wie eine halbe Stunde). Jetzt sei es oft so dass sie nieder sei, es sei aber nicht so, dass sie grundsätzlich ohne Freude sei, zwischenzeitlich ginge das schon, aber wenn die schmerzen kommen, dann ginge die Freude, aber sie komme wieder. Bisherige Behandlungen: Seit dem Februar nehme sie C.. Auf die Frage, ob schon einmal Opiate oder ähnliche Schmerzmittel von den Ärzten verschrieben worden seien, berichtete sie, dass ihr Orthopäde dies ihr schon dringend angeraten habe, aber sie wegen der befürchteten Nebenwirkungen diese Medikamente noch nicht einnehmen wollte. Sie habe 2 Kurse für autogenes Training in der Volkshochschule belegt, gehe einmal in der Woche regelmäßig schwimmen und mache täglich Krankengymnastik. Stationäre psychiatrische Behandlungen oder Aufenthalte in einer speziellen Schmerzlinik habe es bisher nicht gegeben.

1978 habe sie geheiratet, der Mann sei Dipl..Ing. bei der DB in....; sie habe 3 Söhne (geb. 1980,1982 und 1985).

Psycho-pathologischer Befund:

Frau B. erschien pünktlich, altersentsprechend gekleidet. Sie antwortete auf alle Fragen offen, aufgeschlossen, die Beschwerden wurden glaubhaft geschildert. Die Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und das Gedächtnis schienen klinisch nicht eingeschränkt. Die effektive Schwingungsbreite war zum depressiven Pol hin verschoben. Symptome einer Antriebsstörung werden berichtet. Frau B. schildert einen differenzierten Umgang mit den einschließenden Schmerzen, kann sich davon ablenken, im Anfall jedoch (gegen Ende des Gespräches von mir zu beobachten) beherrscht der Schmerz die Gedanken; inhaltliche oder formale Denkstörungen waren nicht eruierbar. Keine Ichstörungen. Suizidalität zum Zeitpunkt der Untersuchung sicher auszuschließen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Frau B. leidet seit.... zunehmend an einer plötzlich einschließenden Schmerzsymptomatik, die vom Charakter aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin wie ein nachvollziehbarer organischer Schmerz klingt. Parallel besteht anamnestisch eine belastungsabhängige Harninkontinenz die, die Frau B. von ihrem Erleben und in ihren sozialen Gestaltungsmöglichkeiten erheblich einschränkt. Die von Frau B. nun lebensbestimmend wahrgenommene Erschöpfung oder zeitweise auftretende gedrückte Stimmung ist von der Ausprägung her nicht mit dem klinischen Bild einer aktuellen depressiven Episode zu vereinbaren, jedoch ist es sehr wahrscheinlich, dass zumindest-in den letzten 4 Jahren Phasen depressiver Verstimmung, die primär in Vita I Symptome n wie Erschöpfbarkeit zum Ausdruck gekommen sein muss, vorhanden waren. Bereits in den Befunden von 1.... sind Hinweise auf eine somatoforme Störung aus Sicht der Psychotherapeutischen Medizin dokumentiert (Verdachtsdiagnose Polymyalgia meumatica, Friedrich Baur Institut, München, wird der Verdacht einer "psychosomatischen Fehl Verarbeitung" formuliert. Im Verlauf sind hausärztlicherseits mehrmals depressive Verstimmungen, die auch medikamentös behandelt wurden erwähnt, so dass als Komorbidität eine rezidivierende depressive Erkrankung angenommen werden kann. Die aktuellen Beschwerden sind am ehesten phänomenologisch mit dem klinischen Bild » einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F45.4, zu vereinbaren, unabhängig von den neurologisch erhobenen organischen Befunden an der Nervenwurzel und anamnestisch an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit ohne Nachweis einer depressiven Episode, jedoch zusätzlich aktuell auch an einem neurasthenischem Syndrom (Neurasthenie), das die geringe Alltagsbelastbarkeit erklärt, und einer sofern nicht urologisch-gynäkologisch begründeten - Inkontinenz, die bei Ausschluss einer organischen Erkrankung als somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitalsystems (F45.3) eingestuft werden muss, da sie einen unabhängigen Krankheitswert für Frau B. hat, und alleine für sich im Gesamtbild schon wirksam wäre, von der Genese aufgepropft auf das Erleben einer organisch bedingten Schmerzerkrankung, zu dem sich eine wahrscheinlich zusätzlich noch eine durch partielle phasenweise Wurzelreizung doch körperlich begründbare Schmerzsymptomatik gesellt. Frau B. kämpft sehr dagegen an, und hat sich selbst einen an Aktivitäten ausgerichteten Wochenplan aufgestellt (z.B. regelmäßiges Schwimmen). Hinweise auf kindliche Belastungsfaktoren oder eine aktuelle psychosoziale Problematik oder einen unbewussten Konflikt finden sich nicht. Aus meiner Sicht wäre es sehr sinnvoll, einen Behandlungsversuch mit Opioiden zu starten, wobei hier das Augenmerk auf eine kontinuierliche Einnahme gerichtet werden sollte, um den organischen Schmerzanteil soweit wie möglich zu dämpfen, d.h. Valoren N oder Tramadol auf Dauer, bei Versagen auch kombiniert mit einem atypischen Neuroleptikum (Heilversuch). Eine ambulante, teil stationäre oder stationäre Psychotherapie erscheint mir nicht erforderlich, da Frau B. Ansonsten bereits gute Strategien zur Krankheitsbewältigung entwickelt hat (Kreativität zur Ablenkung, Bewegung soweit möglich). Im Zuge der vorgeschlagenen Behandlungsansätze ist vorstellbar, dass

sich über ein Jahr hinweg die Alltagsbelastung verbessert, eventuell ist dann eine Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit möglich. Ich empfehle den Heilverlauf dann nochmals zu überprüfen und erneut über ein Fortbestehen der Erwerbsfähigkeit zu entscheiden. Beantwortung der Fragen:
Ad 1a) Frau B. leidet an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F45.4, und anamnestisch an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit ohne Nachweis einer depressiven Episode, und zusätzlich aktuell an einem chronischen neurasthenischen Syndrom, und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Urogenitalsystems (F45.3) aufgepropft auf das Erleben einer organisch bedingten Schmerzerkrankung (Z.n. Nukleotomie LWK4/5 nach B and Scheibner verfall 1993).
Ad 1 b) Im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. Rieder, Facharzt für Psychiatrie, vom 9.11.99, Bl. 149 hat sich phänomenologisch - klinisch nichts verändert, jedoch ist nach meiner Einschätzung die Relevanz der psychischen Symptomatik {dort psychogenes Schmerzsyndrom bei akzentuierter Persönlichkeit} für die Einschränkung und den Verlauf nicht genügend berücksichtigt worden. Ad 2) Aufgrund der mehrmals täglich einschießenden Schmerzen, die nicht vorhersehbar sind und eine Schonung (Liegen für ca. 2 Stunden) erforderlich machen, um eine Funktionsfähigkeit wieder zu erreichen, ist derzeit von einer Erwerbsunfähigkeit auszugehen.
Ad 3a-c) Rückblickend ist von einer kompletten Einschränkung seit 1996 auszugehen.
Ad 3d) entfällt. Fahrten im PKW sind erfahrungsgemäß bis zu 30 min möglich, jedoch besteht auch hier die Gefahr plötzlich einschießender Schmerzen, so dass die Fahrt unterbrochen werden muss.
Ad 4) unter der in der zusammenfassenden Beurteilung vorgeschlagenen Medikation ist eine Besserung der Alltagsbewältigung wahrscheinlich, evtl. auch eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, möglicherweise unter eingeschränkten Rahmenbedingungen (zeitlich, von Seiten der körperlichen Belastung).
Ad 5) Eine berufsfördernde Maßnahme ist derzeit nicht sinnvoll; möglicherweise aber zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sich die empfohlene zentrale Schmerzmedikation als wirksam erweisen würde.

Ad 6) Gutachten auf anderen Fachgebieten sind nicht erforderlich.

Gegen eine Herausgabe dieses Gutachtens an den Patienten oder seine Rechtsvertreter bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§ 1, 2, 11. 15 Urhebergesetz vom 09.09.65, Bundesgesetzblatt!, Seite 1273). Sie dürfen daher nur für den Zweck, für den sie erstellt worden sind, verwandt werden. Dies ist auch bei Weitergabe einer Kopie an den Untersuchten, seinen Hausarzt oder Rechtsanwalt zu beachten. Dieses Schriftstück darf ohne Einwilligung des Gutachters nicht zur Verfolgung sonstiger Ansprüche verwertet werden.

**Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), leichte bis mittelgradige Depressive Episode mit somatischen Symptomen (F32.11), Herzangstneurose (hypochondrische Störung F45.2)
Beispiel: Sozialmedizinisches Gutachten**

...auf Ihre Veranlassung vom ... erstellen wir über o. g. Patienten laut Ihres Gutachtauftrags mit dem Aktenzeichen ... in Ergänzung des kardiologisch fachinternistischen Gutachtens vom ... folgendes psychiatrisches/fachpsychtherapeutisches-psychosomatisches Nebengutachten. Das Gutachten stützt sich auf eine ambulant durchgeführte Untersuchung des Patienten am 28.05.2001 sowie Ihre zugesandte Akte

Angaben des Untersuchers bei der gutachterlichen Untersuchung am ...:

Zudem Unfallereignis am 1.12.1999 berichtet Herr B. folgendes:

Er habe Frühschicht gehabt am Hauptbahnhof N.. Er sei Rangierführer gewesen. Sie hätten einen Zug zusammenstellen müssen und habe einen Kollegen gebeten, die Heizung auszuschalten. Dieser habe gesagt, dass der Strom abgestellt sei. Darauf hin habe Herr B. das Stromkabel herausgezogen, dann habe es einen Lauten Knall gegeben und ein Feuerstrahl sei nach vorne weg, so etwa 2 m weit reichend. Das Kabel habe es auseinander gerissen und ihn habe es zwischen die Wagons etwa 2 m unter die Achse geschleudert. Momentan habe er schlecht aufstehen können, eine Erinnerungslücke an das Ereignis gebe es nicht. Dann sei eine Reinigungskraft gekommen. Die Frau habe den Knall gehört gehabt. Er habe um Hilfe gerufen. Die Frau habe ihn dann herausgezogen. Er habe sich an einen Masten lehnen können, später sei noch ein Mitarbeiter von der Werkstatt gekommen, dann sei der Unfall gemeldet worden, der Notarztwagen sei gekommen, und er sei weggefahren worden. Dann sei er hierher in die Uniklinik gebracht worden. Dort sei er 2 Tage geblieben, dann sei er wieder entlassen worden. Besonders der re. Fuß habe ihm so weh getan. Er habe dauernd das Ereignis vor Augen gehabt, habe sich dauernd die Frage gestellt, wie könne jemand sagen, dass kein Strom auf dem Kabel sei, wenn dann doch Strom drauf sei, warum der Kollege so "geschlampt" habe. Er habe nicht schlafen können. Einen Strafantrag oder Antrag auf Schmerzensgeld habe er bei der Bahnpolizei nicht gestellt, "eintauchen" habe erden Kollegen nicht wollen. Dann sei er ca. 3 Wochen krankgeschrieben gewesen (über den Hausarzt). Er sei damals nicht mehr "nervlich so beinand gewesen". Z.B. hätte er

sich nicht mehr zugetraut, eine Lok zu führen, oder hätte auch so ein Kabel nicht mehr angefasst. Dann habe er seinen Dienst wieder aufgenommen, aber Kabel habe er nicht mehr angefangen. Bei der Arbeit sei es ihm ca. 14 Tagen nach Wiederaufnahme der Tätigkeit aber schlechter gegangen als vorher. Insbesondere auf der Heimfahrt sei es ihm schlecht gegangen, er habe so einen Druck im Brustbereich gespürt, so dass er auch auf den Autobahnparkplatz habe fahren müssen, sich kurz ausruhen. Eines Freitags - ca. 14 Tage später, etwa eine Stunde vor Schichtende - sei es ihm dann schlechter gegangen, ihm sei plötzlich schwindlig geworden, dann hätten sie ihn von der Lok geholt und in den Aufenthaltsraum auf eine Bank gelegt. Dann sei erneut der Notarzt gekommen und sie hätten ihn ins KH der Barmherzigen Brüder gebracht. Dort sei er etwa 4 Tage gewesen. Dort hätten sie "etwas altes" auf dem EKG gesehen, und ihm empfohlen, eine Herzkathederuntersuchung und ein RET durchführen zu lassen. Nach dieser Woche stationärer Untersuchungen sei er dann vom Bahnarzt weiter krankgeschrieben worden. Im Oktober sei dann PET durchgeführt worden.

Zu seiner Lebensgeschichte berichtet Herr B. folgendes:

Seine Mutter sei bei der Geburt 31 Jahre alt gewesen, der Vater 34 Jahre, der Vater sei in einem Sägewerk beschäftigt gewesen, später in einer Ziegelei. Es gebe noch 3 Geschwister (+5, ein Zwillingsschwester, -12J)! Er sei am Land aufgewachsen, die Schulzeit sei unauffällig gewesen, Volksschulabschluss, Lehre als Metzger, Gesellenprüfung, BW, dann habe er keine Arbeit mehr in der Metzgerei gefunden. Da sei er auf die Bahn aufmerksam gemacht worden und habe in München die Vorprüfung gemacht 1970 sei er dann zur Bundesbahn gekommen, zuerst als Arbeiter, dann im einfachen Beamtendienst, dann die mittlere Laufbahn habe er geheiratet, die Frau habe er aber schon mit 19 kennengelernt. Er sei ein Mensch, der ganz ungern nein sage, wenn z.B. Sonderschichten gegeben habe, oder Verwandtschaft oder Nachbarn um Hilfe gebeten hätten. Seit dem Unfall habe er aber nichts mehr machen können.

Bisherige Behandlungen:

Schmerztabletten habe er eine Zeitlang genommen, die er sich über die Apotheke besorgt habe. Bei einem Psychologen sei er bei der REHA (November 2000, Klinik der Bundesbahn) gewesen, da habe er soviel Schmerzen gehabt; die anderen seien lustig gewesen, er habe sich nicht freuen können, habe auch Selbsttötungsgedanken gehabt. Eine antidepressive medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung war bisher nicht empfohlen worden. Er könne nirgends mehr hingehen, sei nicht mehr in den Urlaub gefahren. Der große Sohn habe immer gesagt, wenn du nichts mehr machen kannst, halte dich ruhig, und er habe eine Fülle von Aufgaben übernommen.

Sozialanamnese:

Er sei verheiratet, die Frau sei zu Hause, zwei Kinder (16, 23 J) lebten im Haushalt. Mit der Frühpension käme er zurecht.

Allgemeine Krankheitsanamnese:

AE ca. 1959, sonst keine Operationen

Familienanamnese:

Vater 71-jährig Treppensturz (1...), Mutter 73-jährig; Borreliose (....) verstorben.

Betreuende Ärzte:

Aktuelle Beschwerden:

Insbesondere quälten ihn die Durchschlafstörungen. Jede Nacht müsse er "umeinander gehen", weil er nicht schlafen könne. Das Frühjahr und den Sommer habe er kaum schlafen können. Wenn er aufwache, "studiere er oft", und Schmerzen habe er praktisch immer. Es sei an wandernder Schmerz, im Bauch, in den Rücken, in den Fuß, "wie wenn einen der Blitz gestreift hätte". Wenn er sich aufrege, würden die Schmerzen mehr werden. Er sei, wenn ihn etwas aufrege viel schneller auf der Höhe. Angst habe er auch. Wenn man früher ein gesundes Herz gehabt habe, und nun in dem Bericht stehe, "es ist von einer dauernden Störung des Herzens auszugehen". Tagsüber bringe er kaum etwas zustande. Er könne höchstens etwas mit dem Hund spazieren gehen, mittags~musse er dann schlafen:~Ansonsten habe zu nichts mehr Lust. Psychopathologischer Befund: Wach, orientierter Patient, altersentsprechend gekleidet, kooperativ, erscheint pünktlich zur anberaumten Untersuchung. Deutlich gedrückter Affekt, die Schwingungsbreite ist zum depressiven Pol hin verschoben. Stimmung und Antrieb unterliegen Tagesschwankungen. Während der Untersuchung muss Herr Baumann mehrmals schwer seufzen. Die Konzentration sei deutlich schlechter. Fernsehsendungen könne er nicht mehr wie früher verfolgen, müsse auch während der Sendungen aufstehen. Zeitungslesen könne er jedoch noch. Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen mit Ausnahme des Gedankenkreises fanden sich nicht. Keine Ich-Störungen. Keine sicheren Hinweise auf Suizidalität. Das Gewicht sei stabil, der Appetit sei aber schlechter. Hinweise auf eine Suchterkrankung fanden sich nicht.

Zusammenfassende Beurteilung:

Herr B. berichtet glaubhaft, seit dem Bahnunfall im an täglich auftretenden Ängsten, Schlafstörungen, typischem Grübeln und Gedankenkreisen sowie an Konzentrationsstörungen und

körperlichen Symptomen zu leiden, die organisch nicht ausreichend erklärt werden können. Demzufolge ist zunächst von einer seit dem Unfall bestehenden Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) auszugehen, die sich phänomenologisch als eine derzeit unbehandelte leichte bis mittelgradige Depressive Episode mit somatischen Symptomen (F32.11) sowie einer Herzangstneurose (hypochondrische Störung F45.2) darstellt. Andere psychische Erkrankungen ließen sich - auch anamnestisch - nicht eruieren. Nachdem eine wegen der Symptome nun weit über ein Jahr andauernde Arbeitsunfähigkeit dokumentiert ist, ist von einer aktuell bestehenden Erwerbsunfähigkeit, die durch eine psychische Erkrankung als Unfallfolge begründet ist, auszugehen und die derzeit auch andere als die bisher ausgeübten Tätigkeiten im Rangierbetrieb (z.B. Innendienst, Verwaltungstätigkeiten) mit einschließt. Eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung - oder entsprechende Disposition, die biographisch begründbar wäre, läßt sich nicht ableiten. Herrn Baumann wurde von meiner Seite dringend empfohlen sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, die unbedingt eine psychopharmakologische und in Ergänzung stationäre (am besten teilstationäre) psycho- und sozitherapeutische Behandlung, beispielsweise im Bezirksklinikum Regensburg mit der Zielsetzung der Aufmerksamkeitsdisktraktion und Förderung des Antriebs umfasst. Wahrscheinlich wird danach auch noch eine ambulante psychotherapeutische Nachsorge notwendig sein. Bei Symptomreduktion besteht grundsätzlich bei dem Krankheitsbild die Möglichkeit einer Rehabilitation. Der Heilverlauf wird aufgrund der Chronizität bei Herrn Baumann im günstigsten Fall erfahrungsgemäß mindestens ein Jahr beanspruchen. Eine Befristung der Berentung für diesen Zeitraum und erneute Begutachtung erscheint mir sinnvoll. Gegen eine Herausgabe dieses Gutachtens an den Patienten oder seine Rechtsvertreter bestehen ärztlicherseits keine Bedenken. Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§ 1, 2, 11,15 Urhebergesetz vom 09.09.65, Bundesgesetzblatt 1, Seite 1273). Sie dürfen daher nur für den Zweck, für den sie erstellt worden sind, verwandt werden. Dies ist auch bei Weitergabe einer Kopie an den Untersuchten, seinen Hausarzt oder Rechtsanwalt zu beachten. Dieses Schriftstück darf ohne Einwilligung des Gutachters nicht zur Verfolgung sonstiger Ansprüche verwertet werden.

Diagnose: Dymorphophobie (F45.8), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatische Symptome (F33.10)

Beispiel: Psychoanalytisches Erstinterview: Dokumentation

Der 21-jährige Patient wurde 2 Wochen vor dem Gesprächstermin vom Vater angemeldet. Der Vater berichtete der Sekretärin, dass der Sohn schon mehrere Monate in einer Psychosomatischen Klinik in Bad Mergentheim gewesen sei und immer noch große Angst habe das Haus zu verlassen, und dass wohl eine weitere Behandlung notwendig sei.

Erscheinung:

Ein unscheinbar wirkender, schüchterner 21-jähriger Patient, der in Begleitung seines Vaters in der Ambulanz erschienen war. Das Gespräch im Wartezimmer war zunächst vom Vater eröffnet, der Sohn lächelt mich freundlich an, streckt mir die Hand entgegen, der Sohn ist für sein Alter normal gekleidet (rotes T-Shirt, Jeans). Er wirkt gut gepflegt, in gutem Ernährungszustand. Symptomatik: Er habe das Gefühl, dass seine Nase zu groß sei. aber das sei nicht das einzige, er könne sich kaum auf der Straße bewegen, müsse immer wieder sein Spiegelbild kontrollieren, wenn er sich dann sehe, sei es für ihn wie ein Schock. Er habe keinen Bekanntenkreis mehr, unternehme nichts mehr außer Haus, weil er sich so schäme. Er sei schon immer sehr schüchtern gewesen, besonders schlimm sei es aber dann zu Beginn der Pubertät gewesen. Seitdem sei es stetig bergab gegangen. Er wolle nun eine Goldschmiedeschule in Pforzheim besuchen, deshalb müsse man nun etwas tun. Im Augenblick könne er sich nicht vorstellen dort hinzugehen. Sehr schlimm sei es für ihn auch, wenn er seine Haare betrachten müsse. Er müsse immer schauen, dass diese in Ordnung seien. Das allerschlimmste, was er sich vorstellen könne, ist wenn ihn jemand mit nassen Haaren sehen könnte, dass könne er nicht aushalten, so könne er sich niemanden zeigen. Seit Jahren habe er zunehmend auch immer wieder Selbsttötungsgedanken. Seit etwa einem Jahr täglich, er habe immer wieder den Drang dieses auch durchzuführen, einmal habe er sich, das sei zu Weihnachten letzten Jahres gewesen, mit einem Strick ins Auto gesetzt Er habe aber nicht den Mut gehabt sich aufzuhängen, er glaube im Augenblick auch nicht das er sich tatsächlich töten würde. Auslösesituation: . Er könne sich erinnern so mit 13 oder 14 Jahren zum ersten Mal verliebt gewesen zu sein. Er sei dem Mädchen hinterher gelaufen, als sie sich dann erstmalig getroffen hätten, hätte er so etwas wie Hass oder Abscheu gespürt. Zu dieser Zeit habe er sich zum ersten Mal bewusst im Spiegel im Profil gesehen, das habe ihn so erschreckt, dass er sich nicht mehr vor Mädchen so gezeigt habe. Er habe sich immer mehr geschämt, immer mehr zurück gezogen. Aktuelle Lebenssituation:

Im letzten Sommer habe er Fachabitur Gestaltung in Nürnberg gemacht, habe danach etwas gejobbt und sei dann drei Wochen in die USA und Kanada gefahren. Danach sei es ihm wesentlich schlechter

gegangen. Im Januar sei er von seiner Mutter, bei der er die letzten drei Jahre gewohnt habe, zu seinem Vater gezogen (beide Eltern leben in E.). Er habe dann immer weniger machen können. Im Frühjahr sei er dann für dreizehn Wochen in die Kitzberg Klinik, Bad Mergentheim gegangen, sei dann entlassen worden, sei zunächst drei Wochen zu Hause geblieben, dann dort gemerkt, dass ihm die Decke auf den Kopf falle, dass er etwas unternehmen müsse. Er habe dann angefangen am Bau zu arbeiten, was er bis jetzt durchhalte, was ihn aber sehr anstrengt.

Lebensgeschichte:

Die frühe Kindheit sei sehr harmonisch gewesen, die Eltern hätten mit ihm viel unternommen, seien Wandern gegangen. In der Grundschule sei er schon sehr schüchtern gewesen, aber ein sehr guter Schüler, danach habe er das Gymnasium besucht, dort sei er im Laufe der Zeit schlechter geworden. Er habe das Gefühl, dass das mit seinen Symptomen zusammenhängen würde. Die Ehe seiner Eltern sei schon immer schlecht gewesen, richtige Auseinandersetzungen und Hass zwischen den Eltern habe es die letzten fünf Jahre vor der Trennung gegeben. Er sei damals 13 Jahre alt gewesen, als die Schwierigkeiten zwischen den Eltern deutlich wurden. Er habe häufig das Gefühl gehabt, er müsse zwischen den Eltern vermitteln, er denke nun rückblickend, dass es besser gewesen wäre, wenn sie sich früher hätten scheiden lassen. Nach der neunten Klasse habe er wegen der schlechten Schulleistungen das Gymnasium verlassen müssen, er daraufhin auf die FOS Gestaltung gegangen, da sei er besser zurecht gekommen, gefehlt habe er im Gymnasium praktisch nie, in der Zeit, in der er die FOS besucht habe, sei er dann öfters krank gewesen, d.h. wegen der Symptome sei er zu Hause geblieben.

Bezugspersonen:

Als wichtige Bezugspersonen erlebt er seine Eltern und seinen Bruder. Die Mutter sei 29 Jahre alt gewesen als er geboren worden sei, die Mutter sei von ihrer Großmutter erzogen worden, sei ein uneheliches Kind gewesen, der Vater der Mutter sei GI gewesen, der kurz nach ihrer Geburt nach Amerika zurückgegangen sei. Die Mutter sei sehr streng erzogen worden, hätte viel Hausarbeit machen müssen, hätte keinen Sport machen dürfen, die Mutter habe noch eine Halbschwester, da ihre Großmutter vor dem Kontakt mit dem leiblichen Vater der Mutter verheiratet gewesen sei, über diesen ersten Mann der Großmutter wisse der Patient aber nichts. Die Familie der Mutter stamme aus Sudetendeutschland. Die Mutter habe dann Arzhelferin gelernt, habe sich auf dem zweiten Bildungsweg weiterqualifiziert, habe ein Psychologiestudium abgeschlossen und arbeite nun als Psychotherapeutin in eigener Praxis in Erlangen. Sie sei sehr streng den Kindern gegenüber gewesen und habe die Kinder häufig kritisiert. In der Anfangsphase der Schwierigkeiten der Eltern haben sich er und sein Bruder zunächst auf die Seite des Vaters gestellt, später hätten sie dann auf die Seite der Mutter gewechselt. Der Vater sei bei seiner Geburt 31 Jahre alt gewesen, sei ein Diplommathematiker, der nun bei der DATEV arbeite, sei sehr schüchtern und zurückhaltend gewesen, die Mutter habe in der Familie das Heft in der Hand gehabt. Seine Eltern hätten von seinen Störungen kaum etwas bemerkt, erst zu Weihnachten habe er dem Vater von seinen Problemen berichten können, der Mutter habe er sich im letzten Sommer bereits mitteilen können. Sein jüngerer Bruder (-7 Jahre) habe von den Schwierigkeiten in der Ehe der Eltern zunächst nicht soviel mitbekommen, er habe sich für den kleineren Bruder verantwortlich gefühlt, er habe den Eindruck, dass der kleinere Bruder eine Fresswut habe, sehr unregelmäßig esse, der kleine Bruder lebe noch bei der Mutter, im Augenblick sei er für ein Jahr in die USA als Austauschschüler gegangen. Der kleine Bruder wisse nichts von seinen Problemen. Sein Vater habe noch einen zwei Jahre älteren Bruder, zu dem Onkel habe die Familie aber keinen Kontakt, die Urgroßmutter lebe noch, soweit er wisse, habe die sich auch um ihn gekümmert, als die Mutter studiert habe, zum Teil sei auch sein Vater zu Hause geblieben, der Großvater väterlicherseits sei 1981 verstorben, er sei bei der Post angestellt gewesen. Sexualität und Partnerschaften:

Neben der Verliebtheit im Alter von 13 Jahren habe er bis auf eine Episode keine Beziehungen zu Frauen unterhalten. Er habe sehr wohl sexuelle Empfindungen und Lustgefühle, diese hätten jedoch im letzten Jahr deutlich abgenommen, soweit er sich erinnern könne, habe es immer wieder Schwankungen gegeben, wo er mehr oder weniger Lustgefühle empfunden habe, onaniert habe er im Alter von 13 Jahren zum ersten Mal, danach relativ regelmäßig, ein- bis zweimal die Woche, in dem letzten Jahr habe er kaum mehr onaniert. Einen vollständigen sexuellen Kontakt habe es mit einer spanischen Austauschstudentin gegeben, die er im letzten Jahr nach seinem Amerikaurlaub kennengelernt habe, diese sei allerdings nur noch eine Woche in der Bundesrepublik gewesen, die Beziehung habe er zunächst durch Briefe aufrecht erhalten, er habe diese Frau dann Weihnachten besuchen wollen, habe aber aufgrund seiner Symptome sich dann aber nicht zur Reise entschließen können. Besonderheiten und Umstände der Geburt: Soweit ihm bekannt sei, seien beide Eltern wie sie sich kennengelernt hatten die erste richtige Beziehung gewesen, Komplikationen oder Schwierigkeiten in der Schwangerschaft habe es nicht gegeben. Vegetative Anamnese: Der Appetit sei gut bis mäßig, das Gewicht über Jahre gleichbleibend, er bemerke keine Übelkeit oder Erbrechen, manchmal habe er auch das Gefühl, dass er sofort etwas essen müsse, ähnlich wie es sein

Bruder mache, er habe aber nie erbrechen müssen. Der Stuhlgang sei geformt, braun. Kein Fieber oder Nachtschweiß, der Schlaf sei wechselnd seit Jahren sehr schlecht, er fühle sich wenn er aufwache furchtbar, könne oft gar nicht aufstehen, müsse liegen bleiben. Miktio unauffällig. Keine Nykturie, die körperliche Leistungsfähigkeit erlebe er nicht als eingeschränkt. Genussmittel: Keine Zigaretten, kein Alkohol. Psychopathologischer Befund:

Wacher in allen Qualitäten orientierter kooperativer Patient, Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit klinisch nicht eingeschränkt, der Patient beklagt jedoch deutliche Konzentrationsstörungen subjektiv, wenn er z. B. etwas lesen wolle, sei ihm dies im Augenblick nicht möglich. Im Gespräch schien die Konzentrationsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Störungen des Gedächtnisses fanden sich nicht. Der Patient wirkt gedrückt, wenn er über seine Symptome spricht, war auch während des Gespräches nahe daran zu weinen; Die Schwingungsfähigkeit ist jedoch erhalten. Der Antrieb schien klinisch nicht beeinträchtigt, Morgentief und Tagesschwankungen in wechselnder Ausprägung, zum Teil mit einer Schwankungsbreite im Bereich von Wochen, zum Teil von wenigen Stunden wurde beschrieben. Hinweise für eine hypomanische Phase ergeben sich für der Zeitraum zu Beginn der Schulausbildung in der FOS, wo sich der Patient wenige Monate sehr sehr gut gefühlt hatte, und auch die restliche Ausbildungszeit an dieser Schule von dieser sehr guten Phase zu Beginn der Ausbildung profitieren konnte. Der formale Gedankengang war . geordnet, inhaltliche Denkstörung, Störungen der Wahrnehmung bis auf die ausgeprägte Dysmorphophobie bei normalgeformter Nase und unauffälligem Äußeren bestanden nicht, Einschränkungen des Ich-Erlebens mit Ausnahme der geschilderten Überzeugung, eine hässliche Nase und ein hässliches Äußeres zu haben, waren nicht zu eruieren. Suizidgedanken seit einigen Jahren regelmäßig, dem Patienten fehle aber der Mut dies umzusetzen. Untersuchungsdynamik:

Der Patient löst zunächst Mitleidsgefühle in mir aus („ein echtes armes Würstchen“) und den Impuls massiv unterstützen zu wollen (ich überlege, ob eine erneute stationäre Therapie sinnvoll sei). Betroffen bin ich von der Überforderung, der sich der Pat. anscheinend in der Trennungssituation der Eltern aussetzte, wütend auf die Mutter, die trotz Ausbildung in Psychologie die Bedürfnisse ihrer Kinder anscheinend nicht wahrnahm. Gegen Schluss des Gesprächs stellt sich ein Gefühl ein, dass es möglicherweise noch eine andere Seite geben könne, dass ich die Mutter in Schutz nehmen muss, habe aber .noch keine Vermutung, was dem zugrunde liegen könnte. Es gelingt mir nicht, den 50 min Rahmen einzuhalten, der Pat.. bringt am Schluss noch einen Fragenkatalog, möchte Persönliches von mir wissen (wie alt ich sei), ich spüre die Tendenz meine Qualitäten herausstreichen zu wollen, kurzum: er bringt mich dazu, mich für ihn „ins Zeug legen zu wollen“, ich spüre aber auch etwas unersättliches. Psychodynamik:

Als ich über den biographischen Abschnitt zu Zeitpunkt der Austösesituation (die Eltern wollen sich trennen) nachdenke, fallen mir Redensarten wie „die Nase dazwischenstecken“, „Eins auf die Nase bekommen“, „sich von der besten Seite zeigen“ ein. Der Konflikt des Pat. könnte sich so darstellen: Er spürt, dass in einer geschlechtlichen Beziehung (der der Eltern) Spannungen zu Tage treten können - worunter er leidet. Nun spürt er selbst Beziehungswünsche, sexuelle Regungen - könnte in eine Beziehung eintreten - und müsste damit rechnen, dass auch er in ein spannungsvolles Verhältnis geraten könnte - was er vermeiden will - d.h. die Impulse, ein Realobjekt zu lieben werden ins Gegenteil gewendet - werden zum Hass. Sich schlecht zu fühlen wegen der Nase, die einen Penis repräsentieren könnte, könnte bedeuten - sich mit dem Vater zu identifizieren, der von der Mutter als Schwächling abgewertet wird, die Hassgefühle dem geliebten Objekt gegenüber könnten auch im Sinne einer Identifikation mit dem Vater, der die Mutter hassen müsste, interpretiert werden. Der Patient glaubt schlichten zu müssen, d.h. er kann sich nicht auf eine Seite schlagen, z.B. seinen Penis bei der Mutter ins Spiel bringen oder sich mit dem Vater zu messen. Ein anderes Bild wäre, dass der Penis {die Nase} hässlich, wertlos ist, denn es ist dieses Element, d.h. die Sexualität, welches die Beziehung der Eltern kompliziert- Aus der Untersuchungsdynamik könnten die Aspekte des „mich potent zeigen Wollens“ (Konkurrenz mit dem Vater) oder des „mich kümmern Wollens“ (Versuch, die Mutter zu umwerben) als Hinweise für die vorgestellten psychodynamischen Hypothesen herangezogen werden. Diagnose: Dysmorphophobie (F45.8)

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode ohne

somalische Symptome (F33.10)

Strukturdiagnose:

Hinweise auf eine reife Persönlichkeit (Ich-Funktionen relativ ausgereift, bis zum Beginn der Störung können Beziehungen aufgenommen werden, im Kontakt ist der Pat freundlich und offen, kann eine Beziehung eingehen, hat von der 3 monatigen Gruppen-orientierten psychosomatischen Kurbehandlung profitieren können, zuhause ist ebenfalls Kontakt möglich).

Abwehr: Primär Scham als Verschiebung von aggressiven und Lust- Impulsen. Der Selbstwert ist nur fokal eingeschränkt, zu seinen künstlerischen Fähigkeiten kann der Pat. z.B. stehen. Ödipaler Konflikt

(Auslösendes Ereignis, Trennungsproblematik der Eltern, Gegenübertragung); Der Beziehungsstil entspricht dem depressiven Modus („die anderen wollen mich nicht, finden mich eh nicht gut, dann brauch" auch nicht hinauszugehen").

Prognose und Vorgehen:

Der Patient hat bisher die schulischen Abschlüsse problemlos geschafft, trotz starkem Leidensdruck kann er eine Arbeit ausführen, auf die Frage, ob er Zusammenhänge zwischen seiner Symptomatik und der Trennung der Eltern sehe, beginnt er für sich zu reflektieren. Er scheint gut introspektionsfähig. Behandlungsvorschlag: Stützend eine milde antidepressive Therapie zur Nacht, um den Schlaf zu verbessern und evtl. die Tag es Schwankungen zu reduzieren. 50 Doppelstunden tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, um Ichfunktionen: Beziehungsaufnahme, Bindungsfähigkeiten zu stärken, Muster der Elternbeziehung zu entdecken und neue Formen des Umgangs zu entwickeln.

Diagnose: Depressive Entwicklung bei psychogener Körperstörung

Beispiel: Psychoanalytisches Erstgespräch -schriftl. Zusammenfassung

Vorinformationen:

Der 34 jährige Patient mit chronischen abdomineilen Beschwerden und weiteren körperlichen Störungen (Tinnitus, Knieschmerzen) kommt über die Privatambulanz des Ordinarius für Gastroenterologie zunächst zu einem stationären Behandlungsversuch mit der Frage, ob und, wenn ja, welche Behandlung durch die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt werden soll. Die Mutter (+33) ist wegen einer depressiven Verstimmung in ambulanter Behandlung bei Prof. Joraschky und sei die treibende Kraft bei der Kontaktaufnahme gewesen. Der Pat. sei sich nicht sicher, ob seine Erkrankung tatsächlich in der psychiatrischen Klinik behandelt werden müsse, er würde Neuraltherapie oder Homöopathie oder etwas Schulmedizinisches vorziehen. Eine ambulante Einführung in die FE habe der Pat. abgebrochen. Über Prof. Joraschky erfahre ich bereits vor dem Erstkontakt mit dem Patienten, dass es in der weiteren Familie in der Vorgeschichte mindestens 2 Suizide gebe: Der Großvater des Patienten mütterlicherseits im Jahr 1943 im Alter von 49 Jahren im Zusammenhang mit Depressionen, und der Sohn der Schwester der Mutter des Patienten im Alter von 21 Jahren (über die Umstände sei in der Kernfamilie nichts bekannt). Die Schwester der Mutter (+38) lebe seit vielen Jahren in der Schweiz, der Kontakt zwischen ihr und der Mutter sei praktisch abgebrochen.

Erscheinung:

Der Patient wirkt biologisch zwei bis 3 Jahre vorgealtert, hat ein leicht gebräuntes, ungesund wirkendes Hautkolorit und dunkle Ringe unter den Augen. Mir fallen ausgeprägte Geheimratsecken auf und eine relativ große kantige Nase. Er ist schlicht gekleidet (kariertes Hemd und Jeans, Gesundheitsschuhe) und scheint auf den ersten Blick sehr leidend und unzufrieden.

Symptomatik:

Etwa seit 5 Jahren bestehe, verbunden mit einer zeitweisen Übelkeit, Erbrechen, ca. 3 bis 5 mal im Jahr Perioden, wo der Stuhl weicher wird, manchmal durchfällig, generelles körperliches Unwohlsein, körperlicher Schwäche, die seine Möglichkeiten der Berufsausübung und seine Mobilität sehr einschränke. Seit etwa 3 Jahren habe sich dazu schleichend ein anhaltender, manchmal zu oder abnehmenden Schmerz im Bereich des mittleren bis rechten Oberbauchs ausgebildet, der für ihn im Vordergrund stehe. VoM Jahr habe sich plötzlich, 14 Tage nach einem Aufenthalt in einer Klinik für chinesische Medizin, ein Ohrgeräusch bds. eingestellt, das im Prinzip immer bestehe und nachts oder bei Stress lauter werde. Durch Musik, wenn er z.B. selbst Gitarre spiele oder lauter Musik höre, lasse sich das Geräusch überdecken. Seit ca. einem halben Jahr bemerke er auch Schmerzen in beiden Knien, besonders wenn er Sport treibe (Joggen, Squash), was ihm bisher immer sehr wichtig gewesen sei, daneben nun auch häufiger Kopf- und Rückenschmerzen. Daneben schlafe er nun schon seit Jahren sehr schlecht. Auslösesituation: Er sei schon immer kränklich gewesen, habe als Schüler oft Bauchbeschwerden gehabt. Ganz massiv seien die Bauchbeschwerden und das Krankheitsgefühl während einer Urlaubsreise nach Griechenland geworden. Im Alter von 28 Jahren, er habe zu diesem Zeitpunkt schon gearbeitet, habe er mit einem befreundeten Paar (der Mann nun Internist und der Hausarzt des Patienten) eine Urlaubsreise begonnen. Wie sie schon vorher vereinbart hätten, seien sie zunächst zu 3. gereist und hätten sich dann nach einer Woche getrennt. Das Pärchen sei wieder zurückgefliegen, der Patient sei mit einer Fähre auf eine andere Insel gefahren. Während dieser Seereise, die etwa 12 Stunden gedauert habe, habe er sich dann „sterbenskrank" gefühlt und habe das Gefühl gehabt, Jeden Moment ohnmächtig zu werden". Das Befinden habe sich im Laufe der folgenden 2 Stunden dann etwas gebessert und mit Mühe habe er die folgenden Tage bis zum Heimflug überstanden. Er habe sich nichts weiter anschauen könne, was er zunächst vorgehabt hatte, habe auch fast nichts mehr gegessen und sei froh gewesen, als er wieder zuhause gewesen sei. Aktuelle Lebenssituation: Er lebe alleine in einer Eigentumswohnung seines Vaters (+35) in einem Hochhaus in E. und habe als freischaffender Architekt ein Büro mit zwei anderen Kot legen in N.. Er

könne im Augenblick höchstens 5-6 Stunden täglich arbeiten, fühle sich deswegen auch den Beiden Kollegen unterlegen. Eine feste Freundin habe er derzeit nicht, "die letzte Beziehung sei vor 3 Jahren wegen seiner Kränklichkeit auseinandergegangen. Da er in E. aufgewachsen sei, habe er noch einen großen Bekanntenkreis, mit dem er regelmäßig seine Freizeit verbringe, z.B. in die Fränkische fahre, früher habe er gern Sport gemacht, gejoggt, das gehe nun nicht mehr. . . Lebensgeschichte: Er sei zunächst in einem Vorort von E. aufgewachsen, in einem schönen alten Haus, in dem auch seine Oma väterlicherseits gewohnt habe. Sein Vater habe in diesem Haus auch sein Geschäft gehabt, eine Import- und Export Firma für Sportwaffen, sein Onkel mütterlicherseits (+21) und eine Sekretärin, eine freundliche ältere Dame, hätten ebenfalls in dem Betrieb mitgearbeitet. Dass er mit seiner Schwester (+4) gespielt habe, sei ihm nicht mehr erinnerlich, im katholischen Kindergarten habe er sich beim freien Spielen vor dem eigentlichen Beginn immer am wohlsten gefühlt. Er habe am liebsten alleine gespielt. Er sei schwächer und kleiner gewesen als die anderen Jungen und habe sich immer gefreut, wenn ihn seine Mutter abgeholt habe. Kurz vor der Einschulung seien die Eltern umgezogen, die Großmutter ins Altenheim gekommen. Der Betrieb des Vaters sei nun woanders gewesen. Wichtig für die Familie sei das gemeinsame Mittagessen gewesen. Alle hätten auf den Vater gewartet, er habe das Essen immer als erster bekommen und die Mahlzeiten dann eröffnet und alle hätten am Tisch bleiben müssen, bis er seine Zigarette geraucht hätte. Der Vater habe es nicht geduldet, wenn die Kinder bei Tisch gesprochen hätten. Später habe es zwischen dem Vater und der älteren Schwester oft Streit gegeben, da die Schwester sehr radikale politische Ideen gehabt habe, der Vater habe Angst gehabt, dass sie eine Terroristin werden würde, z.T. habe er sie auch geschlagen. Bis zu seinem 12. Lebensjahr habe er oft mit seinem Vater im Zimmer geschlafen, da die Mutter in sein Bett gegangen sei- Sie habe einen sehr schlechten Schlaf gehabt, sei nachts oft aufgestanden, und habe den Vater nicht wecken wollen. Deshalb habe man dieses Arrangement getroffen. Als Bub in der Volksschule habe er die Nachmittage immer mit Spielkameraden verbracht. Dann habe er 8 Jahre ein Jungengymnasium besucht, habe sich dann nach der 12. Klasse so überfordert gefühlt, dass er auf die FOS in R. gewechselt habe. Er könne sich gut an das Gefühl erinnern, selber Geld verdienen zu wollen, und möglichst bald ausziehen zu wollen, mit dem Gedanken, dass dann als wunderschön werde. Wegen eines Wirbelsäulenschadens sei er nicht zur Bundeswehr gekommen. Er sei dann mit 20 Jahren zunächst für ein halbes Jahr nach N. aHeine in eine Wohnung gezogen, habe dann in München einen Studienplatz bekommen und dort auch Architektur zu Ende studiert. Es habe weder für ihn noch für seine Schwester je zur Debatte gestanden, in das Geschäft des Vaters zu gehen, um dieses später zu übernehmen. Die Schwester habe der Vater von sich aus nicht hineinnehmen wollen, was ihn betreffe, könne er sich erinnern, dass der Vater einmal gefragt habe, da sei er so 16 Jahre alt gewesen, und da habe die Mutter gesagt, das könne er nicht. Er habe dies auch von sich aus nicht gewollt, da er die Auseinandersetzungen zwischen seinem Onkel und dem Vater mitbekommen habe. Der Vater sei aber mit dem Architekturstudium auch einverstanden gewesen. Für das Studium habe er dann allerdings 7 Jahre gebraucht. In dieser Zeit sei er ca. 10 mal umgezogen (verschiedene WGs), habe die Semesterferien auch oft in E. verbracht und hier auch seine Praktika abgeleistet. Sein Onkel, der bis dato in einer Eigentumswohnung des Vaters gelebt habe, habe dann geheiratet, und die Wohnung sei frei geworden. So sei er in die Wohnung gezogen, habe zunächst seine Diplomarbeit geschrieben und habe dann in E. seine erste Stelle gefunden. Er habe ca. 1 Jahr als angestellter Architekt gearbeitet und sich dann, da er mit der Atmosphäre im Büro nicht zurechtgekommen sei, in einer Bürogemeinschaft selbstständig gemacht. Wegen der Beschwerden habe er in den letzten 3 Jahren allerdings immer weniger gearbeitet, zuletzt nur noch 2-3 Stunden am Tag. Seine Beschwerden habe er zunächst immer ambulant abklären lassen, 1992 zum ersten Mal stationär in der Uni-Gastroenterologie in E., danach in der F-Klinik in S. und dann in einer chinesischen Klinik in K..

Bezugspersonen:

Seine Mutter sei 1927 geboren, die ältere Schwester 1922, der Bruder 1935, der Vater der Mutter 1891, die Großmutter 1900. Ihr Vater sei Förster gewesen, die Mutter habe den Haushalt geführt. Der Großvater sei 1940 plötzlich gestorben. Die Mutter sei dann ins Internat gekommen, habe sich sehr angestrengt und sei dann Volksschullehrerin geworden. In den Ferien habe sie sich um den Bruder gekümmert. Sie habe ihren Bruder dann später aus W., wo ihre Mutter zunächst mit dem Buben gelebt habe, nach E. geholt und ihm eine Stelle im Betrieb des Mannes verschafft. Die Mutter sei immer sehr ängstlich gewesen, seine Schwester habe ihm neulich erzählt, dass sie ihn als 9 jährige vom Kindergarten habe alleine abholen wollen, dies habe seine Mütter ihr aber nicht zugetraut. Die Mutter habe versucht, es dem Vater recht zu machen, damit er keinen Grund zum Motzen fände, den er dann doch aber meistens fand. Die Mutter habe den Pat. ständig zum Lernen aufgefordert, und ihn nur in Ruhe gelassen, wenn er krank gewesen sei; dann habe sie sich sehr um ihn gekümmert, ansonsten nicht. Der Vater sei ein Einzelkind gewesen, was man sehr gemerkt habe. Er sei 1925 im Banat (Rumänien) geboren, und mit der Mutter nach dem Krieg nach E- gekommen. Er habe hier Bauingenieur studiert, habe dann im Zusammenhang mit einer Baumaßnahme in einer Firma in diese Firma gewechselt und kaufmännisch gearbeitet- Später habe er die Firma (eine Sportwaffen- Import

und Export Firma) übernommen. Der Vater habe außer dem Geschäft nichts gekannt, das einzige weitere Hobbys seien kulturhistorische Themen und Reisen. Durch das Geschäft habe der Vater auch beruflich viel reisen können. So despotisch, wie er in der Familie sei er auch in der Firma gewesen. Der Onkel habe sehr in der Firma gelitten, jetzt sei er aber der Geschäftsführer geworden. Der Vater habe die klassische „Ehemann-Rolle“ gespielt, ihn habe es sicher mehr ins Büro gezogen. Er glaube, dass dieser den Frust aus der Arbeit immer an der Familie ausgelassen habe, es sei nicht um Themen gegangen, sondern er habe sich nur abreagieren wollen. Habe der Patient z.B. etwas von der Schule erzählt, habe der Vater sofort die Rolle des Lehrers übernommen, habe diesen verteidigt und den Pat. „zur Sau gemacht“, er sei häufig zum Gegner geworden. Er könne sich an viele Situationen erinnern, wo die Atmosphäre für ihn bedrückend gewesen sei. Die Schwester, 1962 geb. sei sehr gut in der Schule gewesen, habe ein glänzendes Abitur gemacht. Sie habe sehr früh politische Ideen entwickelt und es habe sehr oft Streit zwischen Vater und Tochter gegeben. Er und seine Mutter hätten sich immer herausgehalten. Seine Schwester sei dann nach dem Abitur nach Norddeutschland gegangen, habe zunächst verschiedenes studiert und gejobbt, dann sehr bald ihren Mann, einen Restaurator kennengelernt, habe bald geheiratet und nun 3 Kinder. Die Schwester komme ein- zwei mal im Jahr nach E., de Kontakt sei ansonsten spärlich. Über seine Beschwerden und Probleme mit den Eltern in der Jugend begännen sie erst seit kurzem zu sprechen. Er habe den Eindruck, dass die Schwester versuche eine sehr gute Mutter zu sein. Als es während eines Besuches einmal Streit gegeben habe, und sein Vater beinahe einen Enkel geschlagen hätte, habe sich seine Schwester vor ihren Sohn gestellt und gesagt, dass der Vater zunächst sie schlagen müsse. Danach habe sie dann der Mutter vorgeworfen, dass diese sich nie vor die Kinder gestellt habe. Der Onkel sei sehr unterwürfig, tiabe vieJ mit sich machen lassen. Die Beziehung zwischen seiner Mutter und dem Onkel sei sehr eng, er habe den Eindruck, sein Onkel sei der Mutter wichtiger als sein Vater. Wenn alle 3 zusammen seien, wäre der Vater der Außenseiter, er mache dann aber „gute Mine zum bösen Spiel“. An seine Großmütter habe er nur wenig Erinnerungen, In dem ersten Haus, in dem sie gewohnt hatten, habe auch die Mutter seines Vaters gewohnt, sie sei eine sehr strenge Frau gewesen, die auch die Mutter sehr kontrolliert habe, damit sie ihren Sohn auch gut versorge, sie sei verstorben, als er etwa 10 Jahre alt war. Seine andere Oma habe in München gewohnt, diese sei die „gute Oma“ gewesen. Sie sei sehr lebenslustig, aber auch oberflächlich gewesen. Diese habe ihm alles zugetraut- bei ihr habe er sich wohlgefühlt. Sie sei etwa 2 Jahre später gestorben. Zur Ehe der Eltern berichtet er, dass seine Eltern nie miteinander gestritten haben, jedenfalls .nicht vor den Kindern. Ansonsten glaube er, dass die Eltern sehr lange schon keine sexuelle Beziehung mehr hätten, er glaube aber nicht, dass sie sich jemals betrogen hätten. Es sei in erster Linie eine Art Zweckgemeinschaft. Sexualität und Partnerschaften:

Interesse an Frauen habe er erst mit 16/17 Jahren entwickelt vorher habe er sich nicht getraut, sich zu jung gefühlt, gedacht, dass die Mädchen sowieso nichts an ihm finden würden. Onaniert habe er zürn ersten Mal in diesem Alter. Auf einer Ferienfahrt mit 18 habe er dann zum ersten Mal ein etwas älteres Mädchen geküsst und eine Petting-Erfahrung gemacht. Er habe dies sehr genossen, sei richtig süchtig danach geworden. Danach habe er seine erste Freundin gefunden, mit der er 3 Jahre zusammen gewesen sei. Er habe sich von ihr sehr abhängig gefühlt, hätte alles gemacht, was sie von ihm verlangt hätte. Sie habe dann in S. studiert, und dort dann ca. % Jahr parallel noch einen Freund gehabt. Er habe es fast nicht ertragen, habe sich aber auch nicht von ihr trennen können. Sie habe dann Schluss gemacht. 2 Wochen später habe er im Zug nach München seine zweite Freundin kennengelernt, die in E.(II) studiert habe. Auch diese Beziehung sei sehr eng gewesen und nach 2 Jahren habe sie ihn verlassen. Seine 3. Freundin, eine Schulkollegin aus der Grundschule, habe er gehabt, als er bereits in E. gearbeitet habe. Die Beziehung habe 3 Jahre gedauert, und sei wahrscheinlich in die Brüche gegangen, da er sich während dieser Zeit immer kränker gefühlt habe, und so nichts mehr habe unternehmen können. Im Gegensatz zu den beiden ersten Freundinnen sei die letzte sehr unselbständig gewesen, und habe ihm alles überlassen, z.B. die Planung der Freizeitaktivitäten. Das habe ihn überfordert und genervt Er habe ihr das auch deutlich gesagt, und daraufhin hätte die Frau ihn verlassen. Bald darauf habe sie jemand anderes gefunden. Er sei seitdem alleine, habe aber einen großen Beziehungswunsch. Zusammengelebt habe er nur kurzzeitig einmal mit seiner ersten Freundin. Sie hätten zusammen ein Zimmer in einer WG in München bewohnt. An ein Ehe denke er nicht, da er nicht glaube, mit seinen Beschwerden es mit Kindern aushallen zu können, er ertrage kaum die Kinder seiner Schwester. Schule und Beruf:

In der Schule sei er eher zögerlich, still gewesen, und habe versucht, mit jedem auszukommen. An die "größeren" habe er sich nicht herangewagt, der habe immer eher mitgemacht, ließ mit sich geschehen. Er könne sich an Spiele auf dem Pausehof in der Grundschule erinnern, wo Mädchen von den Buben gefangen gehalten worden seien, er sei zwar dabei gewesen, habe sich aber nicht getraut, die Mädchen anzufassen, er sei eher alleine und schüchtern gewesen, hätte nicht mitgeredet mit den anderen. Er habe immer schnell nach Hause gehen wollen, in sein Nest, er könne sich erinnern, dass er seine Mutter damals sehr geliebt habe. In der Volksschule sei er kaum aufgefallen, sei nicht frech gewesen,

die Leistungen seien eher gut, aber nicht hervorragend gewesen. Das Vertraute sei für ihn sehr wichtig gewesen, vertraute Wege habe er nie verlassen, vor stärkeren Jungen hätte er Angst und Respekt gehabt, habe sich aber nicht getraut, sich mit ihnen zu verbünden, in der 4. Klasse habe er dann eine Aufnahme-Prüfung machen müssen, die ihn sehr günstig habe; viele aus seiner Klasse hätten keine Aufnahme-Prüfung machen müssen, da ihre Noten ausreichend gut gewesen seien. Viele Nachmittage habe er in dieser Zeit Fußball gespielt, gleich nach den Hausaufgaben hätten ihn seine Nachbarn abgeholt, dies sei wie eine Befreiung gewesen, meistens habe er immer einen Lieblingssport gehabt, dies sei eine „recht glückliche“ Zeit gewesen, die Eltern wären nur böse geworden, wenn er am Abend kein Ende gefunden hätte und sie ihn 5 bis 10 mal hätten rufen müssen. Im Gymnasium habe er den Sprach-Unterricht gehasst, auch jetzt habe er Angst, fremde Sprachen zu sprechen. Mit Mädchen habe er zwischen 14 und 17 kaum Kontakt gehabt. Er habe dann wegen der schlechten Noten das Gymnasium verlassen müssen, und sei an die FOS. auch dort habe er fast nur mit Jungen zu tun gehabt. Die Clique sei die alte geblieben. Das Architekturstudium habe er begonnen, da es ihm „das kleinste aller möglichen Übel“ erschien, und er gerne selbständig sein und „etwas bauen“ wollte; Er wollte auch einen kreativen Beruf haben. Gezeichnet habe er erst seit dieser Zeit, und er glaube, dass er ein Talent dafür habe. Auch sein Vater hätte die musikalischen Fähigkeiten von ihm respektiert, er habe ihn auch im Elternhaus während des Studiums eine Mauer setzen lassen. Die theoretischen Fächer hätten ihm im Studium sehr zugesetzt, er habe einige Prüfungen mehrmals machen müssen, habe auch schlechte Noten gehabt. Es sei zwar eine große Qual für ihn gewesen – nach dem Studium sei er sehr erschöpft gewesen, er habe es nicht als die Befreiung erlebt, die er sich gewünscht habe. Die Stellen, in denen er abhängiger Position arbeiten musste, habe er gehasst. Er habe sich dann gedacht, lieber etwas weniger verdienen und arbeiten, aber sein eigener Herr sein. Vegetative Anamnese: Appetit gut bis mäßig, Gewicht gleichbleibend, häufig Übelkeit, besonders am Morgen, kein Erbrechen; Stuhlgang geformt, braun, bis wässrig, wechselnd, kein Schleim, kein Blut-Kein Fieber oder Nachtschweiß, Durchschlafstörungen wegen der Schmerzen. Miktio unauffällig. Keine Nykturie, Leistungsfähigkeit wegen der Schmerzen, reduziert.

Genussmittel: Keine Zigaretten und zu Alkohol.

Psychischer Befund:

Wacher Patient, voll orientiert, Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit waren im Gespräch nicht beeinträchtigt, Störungen des Gedächtnisses fanden sich nicht. Die effektive Schwingungsfähigkeit war erhalten bei depressiver Grundstimmung. Der Antrieb war nicht beeinträchtigt, der Patient wirkt leidend. Der formale Gedankengang war geordnet. Inhaltliche Denkstörungen, Störungen der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens bestanden nicht. Suizidgedanken wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung glaubhaft verneint. Keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation.

Besonderheiten und Umstände der Geburt:

Über die näheren Umstände wisse der Patient nichts, er habe nie mit der Mutter darüber gesprochen.

Er sei ein Wunschkind. Die Eltern hätten nur 2 Kinder gewollt

Untersuchungsdynamik:

Der Patient zeigt seine Enttäuschung, nicht von Prof. Joraschky behandelt zu werden. Wir sind ungefähr gleich alt, und ich entwickle das Gefühl, dass er meine Kompetenz in Frage stellen könnte. In den ersten beiden Kontakten kommt kaum ein flüssiges Gespräch auf, der Patient antwortet oft nur direkt auf Fragen. Ich habe den Eindruck, dass er Interesse und Nachfragen als Kritik erlebt, es scheint, als sei ihm der Zusammenhang zwischen Beschwerden und Lebensgeschichte überhaupt nicht herstellbar, im Verlauf und besonders in der 3. Sitzung bemerke ich dann vermehrtes Interesse, seine Lebensgeschichte detailliert zu berichten. Wenn er über seinen ehemaligen Freundinnen spricht, habe ich das Gefühl, als seien die Beziehungen noch nicht beendet, als hätten die Traumatisierungen eben erst stattgefunden. Daneben wirken die Schilderungen über die Eltern sehr distanziert, die Kränkungen durch Vater und Mutter sind nicht spürbar.

Psychodynamik:

Krankheit spielt seit der frühen Kindheit des Patienten eine große Rolle, die Mutter verändert in diesem Zusammenhang ihr Verhalten; Ist der Sohn krank, wechselt sie von der abwesenden, kontrollierenden oder abwertenden zur fürsorglichen Mutter. Daraus resultiert möglicherweise ein evtl. hoher sekundärer Krankheitsgewinn. Die Mutterbeziehung wird generell idealisiert. In der berichteten Auslösesituation wird seine Autonomie herausgefordert. Ein Freund (noch dazu Arzt) verlässt ihn, er ist auf sich alleine gestellt. Daneben muss er erleben, dass andere Urlauber Freude haben, sich vergnügen, Partner haben. Durch die Beschwerden muss er keinen Kontakt aufnehmen, erlebt aber auch keine Abfuhr. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Berufsleben; insbesondere die Mutter hat Verständnis für die Symptome, stellt weniger Ansprüche an die Leistungsfähigkeit, lehnte auch die Erfolge des Mannes ab. Möglicherweise spielen Befürchtungen eine Rolle, dass der Sohn ebenfalls, wie ihr eigener Vater, depressiv sein könnte – werden würde. Durch die Abwertungen macht sie ihn auch depressiv – behält ihn somit nah bei sich, so wie sie möglicherweise den eigenen Vater erlebt hat. Der Patient spürt einerseits diese Delegation, andererseits erwarteter bei seinen Freundinnen ebenso eine

unrealistische Ausschließlichkeit und Endgültigkeit Da er dies nicht erfährt, versucht er über Symptome, wie es damals bei der Mutter gelungen war, bei den Freundinnen eine Zuwendung zu erzwingen, die er dann nicht erfährt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Vaterbeziehung. Der Vater selbst hat nie erlebt, wie sich ein Vater einem erwachsenen Sohn gegenüber verhält. Er ist deshalb unsicher in der Beziehung zu seinem Sohn, insbesondere weil er weiß, das es in der Familie das Problem mit der Depression gibt. Nur einmal startet er den Versuch, dem Sohn das Geschäft zu übergeben. Die Härte in der Erziehung ist möglicherweise Ausdruck einer tiefen Unsicherheit, vielleicht hat er aber auch den Eindruck, dass der Sohn „Mammas Liebling“ ist, und versucht so, so die Enttäuschung in der Beziehung zur Frau, die sich ja dem eigenen Bruder zuwendet, zu verarbeiten. Die unterschiedliche Entwicklung des Patienten und seiner Schwester ist möglicherweise die gemeinsame unbewusste Reaktion der Eltern auf die Nähe, die sie bei Mutter und Bruder der Mutter gemeinsam erlebt hatten. Im Prinzip hat ja der Bruder auch die Erstgeborenenfunktion übernommen. Diese Beziehungsdynamik gilt es mit dem Patienten Stück für Stück zu erarbeiten, und deren Bedeutung für ihn emotional spürbar zu machen. Diagnose:

depressive Entwicklung bei psychogener Körperstörung

Strukturdiagnose:

Mittleres bis niedriges Strukturniveau (Ich-Funktionen, z.T. ausgereift, Pat spaltet aber „gute Mutter - böser Vater“, nimmt in bestimmten Bereichen nur Teilaspekte wahr (Unterstützung vom Vater gegen Mutter wird ausgeblendet); Körpersymptomatik z.T. als Gefühlsäquivalent (Verlassenheitsangst); Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt (Auslösendes Ereignis, Elternbeziehung, Liebesbeziehungen, Gestaltung des Arbeitslebens); der Beziehungsstil ist wechselnd symbiotisch bis abgrenzend.

Indikation:

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie in Einzelgesprächen, Familiengespräche, Psychotherapie um Gruppengedühl- und Veränderungen in der Gruppe zu erleben, die eigene Position in der Gruppe zu überprüfen.

Diagnose: Depressive und Angststörung, gemischt, gegenwärtig schwere depressive

Episode ohne somatische Symptome (F33.83)

Beispiel: Psychoanalytisches Erstgespräch -schriftl. Zusammenfassung

Vorinformationen:

Die Patientin kommt über Frau Dr. N., war um einen schnellen Termin bemüht.

Erscheinungsbild:

Die 57jährige, von der Kleidung und dem Gesicht her 10 Jahre jünger wirkende Patientin (Jeans, Jeansweste), leicht gebräunt, blondes, modisch geschnittenes Schulter-langes Haar, vermittelt in ihrer ganzen Art einen jugendlich-alternativen Eindruck. Symptomatik: „Es gehe schon über Jahre, manchmal ist es so schlimm, dann kann ich gar nicht raus!“, „Ich hab so komische Mundbewegungen.“, „Ich muss mich zusammenreißen, dass ich auf der Straße nicht losheule, es läuft alles schief.“ Sie berichtet seit mehreren Jahren zunehmend Ängste zu entwickeln, dass sie Menschen ansprechen könnten, z.B. Schauspielerin der Kantine (die Patientin arbeitet als Statistin im Opernhaus). Sie grübele sehr oft, dass sie früher ihre Mutter nicht richtig versorgt habe, dass sie sich ihr gegenüber ungerecht verhalten habe, es tue ihr alles so leid. Vor zwei Wochen habe sie auf eigenen Wunsch die Psychosomatische Klinik Neustadt/Saale verlassen, sie habe sich dort eine Woche befunden, habe es dort aber- nicht ausgehalten, hatte den Eindruck, dass sie auf der geschlossenen Abteilung sei. Bereits im letzten Jahr habe sie in der Psychosomatischen Klinik B. einen einmonatigen stationären Aufenthalt hinter sich gebracht Im Augenblick sei ihr Mann für drei Wochen nicht da, da schlafe sie so schlecht, dass sie jeden Tag Schlaftabletten brauche. Die Patientin weint während der Exploration. Seit sechs bis acht Jahren habe sie einen hohen Blutdruck, letztes Jahr habe sie sogar eine Blutdruckkrise gehabt, sie glaube vor Angst, habe dann Befürchtungen, dass sie einen Herzschlag bekomme. Seitdem nehme sie deswegen Betablocker. Die Schlafstörungen beständen schon seit 10 Jahren. Der Antrieb sei bei ihr auch gestört, es falle ihr nun schwerer wie früher, ihr Gedächtnis sei seit etwa drei Jahren auch deutlich schlechter. Letztes Jahr habe sie bis zur Kur auch Benzodiazepine eingenommen, habe sie aber dann gut weglassen können, Bendormin nehme sie seit drei Wochen, ansonsten nur ein pflanzliches Präparat. Auslösesituation:

Eine genaue Situation könne sie nicht benennen, sie glaube aber, dass die Ängste und Depressionen mit dem Tod ihrer Mutter vor fünf Jahren begonnen hätten. Sie habe eine sehr enge Bindung zu ihrer Mutter gehabt.

Aktuelle Lebenssituation:

Sie lebe mit ihrem Mann zusammen in einer Wohnung in L., einem Stadtteil von N, (Hochhäuser). Ihre Kinder, die Tochter (31 Jahre) und der Sohn (27 Jahre) seien seit etwa fünf Jahren aus dem Haus. Die Tochter habe eine zweijährige Tochter und sei alleinerziehend. Der Mann sei seit 10 Jahren bei der städtischen Bühne, sei Statistenleiter gewesen. Sie arbeite zwei bis drei Abende .pro Woche während der Spielzeit als Statistin, auf der Bühne habe sie keine Probleme, da spiele sie jemand

anderes, sie müsse auch .manchmal singen und tanzen oder auf die Texte aufpassen, die die Schauspieler sagen und entsprechend reagieren, auf der Bühne sei alles okay. Als weitere Beschäftigung gibt sie an, ab und zu für die VAG Zählungen durchzuführen. Der Ehemann sei nun formal Rentner, arbeite .aber weiter. Noch nicht geklärt sei, wie es weiter gehe, da sie und ihr Mann eigentlich besprochen hätten, wenn er berentet sei, in die Türkei zu ziehen, und dort den Lebensabend zu verbringen. Lebensgeschichte:

Sie sei eventuell ein .ungewolltes Kind gewesen, sie habe zwei Geschwister gehabt, eine 12 Jahre ältere Schwester und einen 4 Jahre älteren Bruder. Ein Kind sei vorher noch gestorben. Sie habe in N. in einem Einfamilienhaus mit den Großeltern der Mutter gelebt, der Vater sei ein selbständiger Uhrmachermeister gewesen, als er gestorben ist, sei sie etwa 20 gewesen. Die Mutter sei gelernte Schneiderin gewesen, habe den Vater im Geschäft geholfen. Die Eltern seien geschieden worden, als sie 14 Jahre alt gewesen sei. Sie habe zunächst die Volksschule besucht, dann die Kinderpflegeschule, der Vater habe sich in der Regel durchgesetzt, so hätten ihre Schwester und ihr Bruder Uhrmachermeister lernen' müssen. Die Familie hätte nach dem Krieg ausziehen müssen, sei zunächst in eine kleine Wohnung, dann in eine größere, da sei der Großvater noch mitgezogen. Der Bruder habe das Geschäft geerbt, die Schwester sei jetzt mit einem Arzt verheiratet Als junges Mädchen habe sie oft Zeit mit der Mutter verbracht, sei mit ihr spazieren gegangen, habe etwas mit ihr unternommen. 1961 habe sie ihren Mann beim Tanztee kennengelernt, damals habe sie dann als kaufmännische Angestellte bei Sandoz gearbeitet. 1964 habe sie ihren Mann geheiratet, sie hätten dann mit bei ihren Eltern gewohnt. Zunächst habe sie ganztags gearbeitet, dann halbtags. Als der Sohn eindreiviertel Jahr alt gewesen sei, sei die Familie in eine eigene Wohnung {n L. gezogen, in der Folge noch ein paar Mal umgezogen, die Mutter sei jedes Mal mit, aber immer in eine eigene Wohnung. Vor 15 Jahren habe die Mutter einen Selbsttötungsversuch unternommen, sie sei damals 78 Jahre alt gewesen, habe wohl Depressionen gehabt, früher auch sehr oft Angst, sei aber nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Die Mutter sei in der Wohnung, in der sie lebte, die gegenüber der Wohnung der Familie gelegen sei, auf den Fenstersims geklettert, habe hinunterspringen wollen, ihr Mann sei schnell in die andere Wohnung gerannt und habe die Mutter noch zurückhalten können. Ihr Mann sei eigentlich gelernter Hochbautechniker gewesen, einer der ersten Türken, die in die Bundesrepublik gekommen seien. Als sie es ihrem Vater erzählt habe, habe sich dieser gar nicht so gestraubt gehabt er meinte nur. jetzt wirst halt nicht mehr mit Weihnachten feiern". Sie seien im Urlaub etwa sechsmal in die Türkei geflogen, die Mutter sei dreimal dabei gewesen. Sie habe kein türkisch gesprochen, auch ihre Kinder nicht.

Sexualität und Partnerschaften:

Ihre Regel habe sie sehr spät, erst mit 16 bekommen, ihre Schwester habe sie aufgeklärt, sexuelle Empfindungen und Lust habe sie erst so mit 19 verspürt, da habe sie ihren Mann schon gekannt, ihr Mann sei ihr einziger Sexualpartner bisher gewesen. Sie habe auch nie das Bedürfnis verspürt, mit einem anderen Mann sexuellen Kontakt zu haben. Besonderheiten und Umstände der Geburt: Über Schwierigkeiten während der Schwangerschaft und während der Geburt wisse sie nichts. Wichtige Bezugspersonen:

Ihr Mann habe viel Verständnis, sie habe aber das Gefühl, dass er nicht wirklich nachvollziehen könne, was sie empfinde. Die Beziehung zur Mutter sei sehr eng gewesen, diese habe sich gegen den dominanten Ehemann nicht durchsetzen können; die Mutter habe sich sehr auf die Pat. verlassen, sie habe für die Mutter die Gesellschafterin sein sollen, insbesondere nach der Scheidung sei die Bindung sehr eng geworden. Sie habe auch sehr viel Zeit mit der Mutter gemeinsam verbracht. Die Zeit der Pflege (10 Jahre) hätte sie sehr belastet, sie habe vom Leben und von ihren Kindern nicht soviel mitbekommen, da die Mutter sie sehr in Anspruch genommen habe. Der Kontakt zu den Geschwistern sei normal, man würde sich zwei bis dreimal im Jahr treffen. Die Kinder hätten sich ziemlich von ihr abgenabelt. Die Tochter scheine sie nun jedoch vermehrt zu brauchen, da sie alleinerziehend sei, und das nun zweijährige Enkelkind, das ihr sehr viel bedeute, auch von ihr mit versorgt werden müsse. Sehr wichtig sei ihre Großmutter für sie gewesen, die sehr fürsorglich gewesen sei, sie als Kind oft versorgt habe, für sie gekocht habe, als sie aus der Schule gekommen sei, da die Mutter ja im Geschäft geholfen habe. Vegetative Anamnese:

Der Appetit sei schlechter geworden, das Gewicht über Jahre gleichbleibend, keine Übelkeit oder Erbrechen. Stuhlgang unauffällig, kein Nachtschweiß, an Träume könne sie sich nicht erinnern. Keine Zigaretten, kein Alkohol.

Psychopathologischer Befund:

Wache, zeitlich und örtlich orientierte, zur Person manchmal zeitlich nicht genau orientierte, freundlich zugewandte Patientin. Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit schienen im Gespräch klinisch nicht eingeschränkt. Bestimmte Eckdaten der Biographie waren aber für die Patientin nur schwer erinnerlich, die Stimmung war gedrückt, die Patientin begann leicht zu weinen, die innere Anspannung war ihr anzusehen. Sie berichtete, dass es ihr sehr viel Mühe bereitet habe, sich hierher zu bewegen, sie habe Angst auf der Straße gesehen und angesprochen zu werden. Die affektive

Schwingungsbreite ist ansonsten erhalten. Schlafstörungen seit 10 Jahren, Antriebsstörungen zunehmend in den letzten Monaten, sie könne aber Verrichtungen, wie z.B. die Zählungen für die VAG oder den Probenbesuch noch durchführen. Im Augenblick sei spielfrei, sie wisse aber nicht, ob sie es sich im Moment zutrauen würde, ins Theater zu gehen, um zu arbeiten. Grübeln über die Beziehung zur Mutter, keine Zwangsgedanken, ansonsten keine weiteren formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Kein Hinweis auf Suizidalität.

Untersuchungsdynamik:

Die depressiven Symptome lösen Betroffenheit aus, das Gefühl, ich muss aktiv werden, vielleicht sogar sofort eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik vornehmen. Die lebendige Seite, das Theaterspielen, auch die Ängste, erlebe ich jedoch als stabilisierenden Faktor, der für eine unterdrückte Lebendigkeit steht. Im Gespräch frage ich mich oft, warum hat sie sich nicht mehr interessiert, ist nicht öfter in die Türkei geflogen, warum haben die Kinder nicht türkisch gelernt? Der Eindruck stellt sich ein, dass dies hätte gefährlich sein können, möglicherweise hätte sie dann darüber ihr eigenes Leben begonnen, hätte vielleicht die Familie verlassen. Als Mann spricht mich diese Frau durchaus an, sie hat eine gewisse erotische Ausstrahlung. Es stellt sich der anerkennende Gedanke ein, ihr türkischer Mann habe sich „eine schöne Frau“ gesucht.

Psychodynamik:

Die Pat. war das jüngste von drei Kindern, möglicherweise ungewollt, die Ehe der Eltern zu diesem Zeitpunkt schon belastet, auf die Gefühle der Ablehnung, die die Pat. bewältigen muss, z.B. durch später eigene aggressive Gefühle, können aber nicht zum Tragen kommen, denn im weiteren Verlauf verändert sich die Konstellation, die Mutter bindet die Pat. nun sehr an sich, muss später sogar gepflegt werden. Die Pat. wählt in eine bikulturelle Partnerschaft, die möglicherweise zu einem gewissen Abstand in die Beziehung zur Mutter führen soll. „Das Fremde“ hatte bereits früher im Leben der Patientin eine Bedeutung, als die Amerikaner das ehemalige Wohnhaus besetzten, und in Folge die Beziehung der Eltern aufgelöst wurde. Die Symptomatik beginnt, als die Mutter stirbt, die Pat. beschäftigt sich aber weiter mit der Mutter, wobei besonders Schuldgefühle vorherrschen. Die Symptomatik nimmt zu, als der Mann in Rente geht, was offensichtlich mit den ursprünglichen Plänen der Partner, den Lebensabend nach der Berentung in der Türkei zu verbringen, zu tun haben könnte, denn wegen der Symptome ist die Umsiedelung zunächst einmal verfragt. Ein weiterer Faktor stellt die Beziehung zur Tochter dar, die ein Enkelkind hat, das z.T. von der Pat. versorgt wird. Unbewusste Wünsche nach Versorgung können nun bedeutsam sein; als Belege könnten die Berichte, dass die Symptome gegenwärtig zugenommen haben, als der Ehemann in der Türkei im Urlaub ist, oder die von der guten Beziehung zur versorgenden Großmutter herangezogen werden. Dafür spricht aus das Erlernen eines versorgenden Berufes, wobei sie sich diesbezüglich sogar gegen den Vater druckgesetzt hatte (Kinderpflegerin), und dann das lebenslange Versorgen (Großeltern, Mutter, Kinder), wobei die Kinder eher zu kurz gekommen scheinen. Nun ist die Pat. seit dem Tod der Mutter vor 5 Jahren freier, arbeitet in einem interessanten Beruf, erlebt möglicherweise, dass andere Dinge ihre Aufmerksamkeit wecken können, z.B. andere Männer, und muss nun wieder versorgen, d.h. der Tochter helfen, oder dem Mann folgen. Die Symptome können also in erster Linie die unbewusste Lösung eines narzisstischen Konflikts (Selbstwert vs. Objektwert, Egoismus vs. prosozialem Verhalten) darstellen. Mit ihren depressiven Symptomen signalisiert sie den Angehörigen: „Ihr müsst euch um mich kümmern, ihr dürft ich nicht vor die Wahl stellen!“, denn ansonsten müsste sie Farbe bekennen und ihre Wünsche mitteilen, z.B. dass sie nicht in die Türkei möchte, dass sie versorgt werden möchte, dass der Ehemann sich kümmern soll. Ein zweites Problem stellt die Identität dar „In einer Rolle fühle ich mich wohl, bin ich ich selbst, weiß ich nicht wer ich bin, das macht mir Angst“. Die jugendliche Kleidung (ich habe die Phantasie, dass ihre Tochter sich genauso kleiden könnte), die Kultur des Mannes, die sie sehr interessiert hat, haben dazu geführt, dass sie ein eigenes Selbst nicht entwickelt hat. Die Ansprüche der Mutter stellten ihr Gewissen dar, da sie selbst kein Regulativ hatte. Die Selbstvorwürfe verhindern nun, dass sie ihr eigenes Leben führt, vielleicht sogar nicht mit dem Mann in die Türkei geht. Diagnose: Depressive und Angststörung, gemischt, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne somatische Symptome (F33.83)

Strukturdiagnose:

Die Pat. kann einen Teil ihrer Gefühle wahrnehmen und diese mitteilen, sie spürt emotionale Bedürfnisse von anderen, dann sich davon aber schlecht abgrenzen. Die Beziehungen zum Ehemann und den Kindern werden facettenreich und affektiv erfüllt geschildert, die Elternbeziehungen dagegen einseitig. Die Pat. kann derzeit ihre Handlungen nur noch zum Teil unabhängig von den begleitenden Gefühlen gestalten. Die Ängste entsprechen z.T. Schamängsten (Verlust der Liebe des Objekts - Schauspieler könnten sie ansprechen), z.T. aber auch Vernichtungsängsten, wobei der Körper eine Brückenfunktion hat. (Bluthochdruck). Die Pat. ist fähig zu stabilen Bindungen. Das Selbst entspricht in Zügen einem „falschen Selbst“ im Sinne einer narzisstischen Struktur, wobei die Objekte auch als Selbstobjekte eingesetzt werden. Als Hauptabwehrmechanismen erscheinen Affektisolierung und Verschiebung. Prognose und Vorgehen- Die Patient zeigt sich introspektiv und liefert viel

biographisches Material. Die Therapiemotivation ist hoch (3. Versuch), aber die neurotische Verstrickung wird deutlich, ist der Pat. aber noch nicht bewusst. Wegen der Familienanamnese und in Anbetracht der Ausprägung des depressiven Syndroms stationäre analytisch orientierte Psychotherapie.

Diagnose: Selbstunsichere Persönlichkeit

Beispiel: Psyche-analytisches Erstgespräch -schriftl. Zusammenfassung

Vorinformationen:

Die Mutter hat den Patienten angemeldet Er habe Angst aus dem Haus zu gehen, könne nichts mehr machen, eine psychische Behandlung sei wohl erforderlich. Erscheinung: Der große, schlanke, körperlich attraktiv wirkende, junge Mann, mit dunklem Hautteint, modisch aktuellen Kurzhaarschnitt, in'der üblichen aktuellen Bekleidung der Jugendlichen (weites T-Shirt, weite Jeans, teuer) kommt in Begleitung der Mutter. Ich bitte den jungen Mann in mein-Zimmer, die Mutter kommt gleich mit in den Raum, möchte die Krankengeschichte des Sohnes vortragen. Erst auf den Hinweis, dass es ja um die Krankheit des Sohnes gehe, und ich ihn gerne selber kennenlernen möchte, verlässt sie den Untersuchungsraum.

Symptomatik:

Der Patient berichtet, dass die Schwierigkeiten mit 13/14 Jahren losgegangen seien, er habe sich nicht mehr so auf die Straße hinausgehen trauen, habe Angst davor, dass ihn jemand anspreche. Manchmal fühle er sich „so weiblich“. Er habe aber kein sexuelles Interesse an Jungen, an Mädchen schon. Er würde sich aber nicht einmal trauen, sich das vorzustellen, wie es wäre. Es gebe jedoch auch Tage, wo er sich in Ordnung fühle. Passiere ihm aber ein Missgeschick, dann fühle er sich „wie der größte Depp“. Dieses Gefühl halten dann den ganzen Tag an. Manchmal würde sich dieses Gefühl bereits einstellen, wenn er morgens aufwache, ohne dass es einen Anlass gebe. Mittlerweile habe er keine Freunde mehr. Wenn er sich vergleiche mit den Altersgenossen, dann hätten sie den Führerschein oder eine Ausbildungsstelle, er wünsche sich, dass er auch so sei. Bis zur 6. Klasse sei zunächst alles normal gewesen, dann habe er aber angefangen sich zurückzuziehen, sich minderwertiger gefühlt als die anderen, immer das Gefühl gehabt, dass er mit seinen 'Händen nicht geschickt umgehen könne. Dies sei derzeit auch das Problem, da er nicht wisse, was er machen wolle, auf keinen Fall wolle er Schreiner oder Mechaniker werden, das könne er sich nicht vorstellen. Im letzten Jahr habe er keine Arbeitsstelle gefunden, sei die meiste Zeit zu Hause gewesen. Seine bevorzugte Beschäftigung sei Fernsehen. Er habe das Gefühl, dass er sich, wenn er auf die Straße gehe, manchmal verhalte wie seine Schwester. Es sei aber nicht der Stil, wie er gehe, es sei irgend wie etwas anderes. Auslöse Situation: Bis zur 6. Klasse sei alles gut gewesen. Er habe dann die Schule gewechselt. Bereits die ersten 2 Schultage habe er sich sofort unwohl gefühlt, denn die anderen Jungen in der Klasse seien so „asozial“ gewesen, hätten schnell Streit angefangen, sich geschlägert, er habe gedacht, da könne er keine Freunde finden, und da habe er so ein komisches Gefühl im Kopf bekommen. Die Schule habe der aber gut geschafft, Dass er nun keine Freunde mehr gehabt habe, sei nicht so schlimm gewesen, da er gerne und viel ferngesehen habe, besonders SF und Abenteuenserien hätten es ihm angetan. Seine Mutter sei immer erst abends heim gekommen, da habe er dann die Hausaufgaben gemacht, so dass es nicht weiter aufgefallen sei. Aktuelle Lebenssituation:

Er lebe mit der 51jährigen Mutter und der 2 Jahre älteren Schwester, die derzeit arbeitslos ist, aber bereits zwei Ausbildungen habe {Apothekenhelferin und Industriekauffrau} zusammen. Zum Vater habe er seit 3-4 Jahren keinen Kontakt mehr, seit etwa 10 Jahren habe sich der Vater nicht mehr richtig um ihn gekümmert. Er möchte nun einen Beruf finden, der aber nicht zu „spießig“ sein solle, habe aber noch keine genauen Vorstellungen. Er sei ganz gerne zuhause dort sei es ganz in Ordnung. Nun merke er aber doch langsam, dass ihm etwas fehle, auch störe ihn, dass er kein eigenes Geld habe. Sei Aussehen sei ihm wichtig, er finde sich ganz gutaussehend, glaube aber, dass er zu viele Pickel habe. Lebensgeschichte: Die Mutter stamme aus Ungarn, sei seit 21 Jahren hier, im ersten Jahr habe sie ihren Mann kennengelernt, der Schreiner gewesen sei, eine eigene Firma gehabt habe. Zunächst sei die 2 Jahre ältere Schwester geboren worden, dann er. Die ersten Jahre habe sich die Oma väterlicherseits um die Kinder gekümmert. Er habe viel mit der Schwester-gespielt Die Mutter habe sehr früh wieder als kaufmännische Angestellte gearbeitet, .sie habe zwar Betriebswirtschaftslehre studiert, der Abschluss sei in Dtl.-jedoch nicht anerkannt worden. Die Eltern hätten sich getrennt, als er etwa zwei Jahre alt gewesen sei, was viele Veränderungen bedeutet habe. Sie hätten aus ihrem Haus ausziehen müssen, der Vater habe eine neue Partnerin gehabt. Die Mutter habe ganztags arbeiten müssen, da der Vater Schulden gehabt habe, und keinen Unterhalt bezahlt habe. Die Mutter habe überlegt, nach Ungarn zurückzugehen, dort hätten ihr aber alle Freunde und Verwandten zugeredet, die Kinder nicht in Ungarn aufwachsen zu lassen. In den Kindergarten seien sie nicht gegangen, da das damals organisatorisch nicht gegangen sei. In der Schule sei er unter seinen Freunden einer der ruhigsten gewesen, die Grundschule habe er problemlos geschafft, er habe mit seinen Freunden nachmittags auf der Straße verbracht, Fußball gespielt, seine Kinderzeit sei ganz

normal, sowie die der anderen Kinder auch gewesen. Er habe dann auf die Realschule gewechselt, die auch gut abschließen können, aber dort hätten dann seine Probleme begonnen. Er habe sich auf Stellen für Bürokaufleute beworben, bisher aber keinen Ausbildungsplatz bekommen. Die Eltern hätten sich vor 8 Jahren scheiden lassen, der Vater habe sich aber schon Jahre vorher nicht mehr um die Familie gekümmert. Bezugspersonen: Der Vater habe sich schon während seiner Kinderzeit von der Familie abgewendet, er habe an ihn gar keine richtige Erinnerung, als die Eltern sich getrennt hätten, sei er zunächst noch bis zu seinem neunten Lebensjahr zu den Festen gekommen (Weihnachten, Geburtstag). Unterhalt habe er keinen bezahlt, die Mutter habe den Vater noch einmal vor ca. 6 Jahren gesehen. Sie hätten sich da auf einer Beerdigung getroffen. Damals habe er sehr schlecht ausgesehen, sie habe den Eindruck gehabt, dass er sehr krank gewesen sei, nun wüssten sie nicht einmal, wo und ob er noch lebe. Er habe so eine Phantasie, dass der Vater als Obdachloser lebe. Die Mutter sei für ihn sehr wichtig, sie sei energisch, habe viel Temperament. Sie unterstütze ihn sehr, z.B. beim Schreiben von Bewerbungen, bei der Stellensuche. Aber irgendwie klappe es dann doch nicht. Die Stellen seien auch irgendwie nicht das Richtige für ihn. Die Schwester sei toll, sie kenne viele Leute, nehme ihn auch manchmal mit. Er wäre gerne so wie sie. Mutter und Vater hätten keine Geschwister. Die Oma väterlicherseits habe ihn und seine Schwester sehr verwöhnt, er könne sich erinnern, dass sie nur „geräumt und gekocht“ habe. Den Opa väterlicherseits habe er nicht kennengelernt, zur Oma, die in einem Altersheim lebe, hatten sie noch ab und zu Kontakt. Mütterlicherseits seien die Großeltern beide gestorben, sie hätten in Ungarn gelebt, zu ihnen hätte er eine sehr gute Beziehung gehabt, sie habe er immer im Sommer im Urlaub gesehen.

Sexualität und Partnerschaften:

Eine Freundin habe er bisher noch nicht gehabt, er könne sich nicht vorstellen, ein Mädchen ansprechen zu können. Seit dem 12. oder 13. Lebensjahr habe er aber immer wieder auch sexuelle Empfindungen oder Lustgefühle, könne sich aber nicht vorstellen mit einem Mädchen zu schlafen. An spontane Samenergüsse könne er sich erinnern, er habe sich deswegen aber immer wieder geschämt, sich selber zu befriedigen, habe er sich noch nicht getraut. Er möchte auch nicht gerne über dieses Thema reden.

Besonderheiten und Umstände der Geburt, frühe Entwicklung:

Seine Schwester sei eine Sturzgeburt gewesen, sei zuhause geboren worden. Er sei zum Zeitpunkt der Geburt sehr groß gewesen, deshalb sei die Geburt eingeleitet worden. Es sei dramatisch gewesen, er habe nicht herauskommen wollen. Bei der Geburt sei ihm dann das Schulterblatt gebrochen worden. Laufen habe er mit einem Jahr gelernt, mit dem Sprechen habe er Schwierigkeiten gehabt, er habe lange nicht die Babysprache aufgegeben, sei deswegen auch in logopädische Behandlung gekommen. In der 1. Klasse habe sich dies dann gegeben.

Psychopathologischer Befund:

Wacher in allen Qualitäten orientierter Patient, Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit klinisch nicht eingeschränkt. Die Psychomotorik scheint hinsichtlich der Gestik und Mimik nicht gestört, grobmotorisch fallen linkische Bewegungsmuster und Ungeschicklichkeiten auf, aber keine Manierismen. Störungen des Gedächtnisses fanden sich nicht. Der Patient wirkt gedrückt, wenn er über seine Symptome spricht. Die Schwingungsfähigkeit ist erhalten. Der Antrieb schien klinisch nicht beeinträchtigt, Morgentief oder Tagesschwankungen werden nicht berichtet. Der formale Gedankengang war geordnet, inhaltliche Denkstörung, Störungen der Wahrnehmung bestanden nicht, Ichstörungen im Sinne einer Identitätsunsicherheit, von der der Patient sich aber auch distanzieren kann, deutliche Selbstzweifel, aber nicht wie bei affektiven Störungen werden beobachtet.

Vegetative Anamnese, körperlicher Befund:

Unauffällig, insbes. neurologisch, bis auf eine mittelgradige Akne des Gesichts (ohne Narbenbildung).

Üntersudiungsdynamik:

Der Patient wirkt zunächst sehr zurückhaltend und schüchtern, bewegt sich ungeschickt, tölpelhaft. Löst bei mir das aggressive Gefühle aus im Sinne von „jetzt lass Dich nicht so hängen, streng dich an!“. Er ist unsicher beim Sprechen, verhaspelt sich öfters, antwortet zunächst nur knapp; erst im Laufe des Gesprächs werden seine Beiträge umfangreicher, ich erlebe ich ihn souveräner, nun traue ich ihm doch einiges zu, als er über die frühe Trennung spricht spüre ich Betroffenheit, wie er von seinen weiblichen Gefühlen spricht, löst dies Bestürztheit aus.

Psychodynamik:

Möglicherweise spielen bereits pränatale Ängste der Mutter im Sinne von „bleibt er mir?“ eine Rolle. Die frühe Interaktion kann bereits durch die geburtliche Verletzung des Schulterblattes geprägt gewesen sein („die Mutter hat mich verletzt, ich kann mich auf sie nicht verlassen, körperliche Zuwendung bedeutet Schmerz, meine Schmerzen kann mir die Mutter nicht nehmen“), die Angst vor körperlichen Auseinandersetzungen, die im Zusammenhang mit dem Beginn der Symptome geschildert wird, und die im Prinzip mit einer regressiven Bewältigungsstrategie beantwortet wird, könnte hiermit in Zusammenhang stehen. Die weitere Entwicklung, die Versorgung durch Mutter und Großmutter, die sich sehr wahrscheinlich auch in einer konfliktreichen Beziehung befanden, der

abwesende Vater und die Interaktion mit der 2 Jahre älteren Schwester, dürften die Basis der narzisstischen Problematik darstellen. Die einzige positive männliche Figur scheint der Großvater mütterlicherseits zu sein, der aber auch kaum greifbar war. Das Beharren auf der Babysprache könnte ein Zeichen sein, dass der Pat zurück in eine Lebensphase möchte, in der die Eltern noch zusammen waren. Ein Überwiegen des Versorgens ist für die Kindheitsentwicklung aber auch in der Gegenwart deutlich (teure, modische Kleidung). Die Mutter nimmt das Leben in die Hand, der Vater (die Männer) sind Versager oder abwesend. Weitere wichtige Aspekte könnten möglicherweise unbewusst inkorporierte Ängste, Gefühle, Erfahrungen der Mutter sein, die ja als Ungarin in die Bundesrepublik kam, und möglicherweise eine starke Ablehnung in der Bevölkerung erfahren haben könnte, gerade auch im Zusammenhang mit dem sehr dunklen Teint des Patienten, ich denke zunächst an eine Abstammung von Zigeunern. Die Unsicherheit, die der Patient empfindet, in Verbindung mit dem Wunsch „ich möchte jemand ganz anderes sein“ könnten darin begründet sein. Hassgefühle oder Ärger gegen den Vater kann der Patient nicht schildern, ich kann mir aber vorstellen, dass hier intensive Gefühle unterdrückt werden. Die Flucht in die Phantasie, das Identifizieren mit den Helden aus dem Fernsehen als Kompensation stellt einen Versuch der Selbstwertstabilisierung dar. Die Angst vor sexuellen Gedanken und Aktivitäten entspringt möglicherweise unbewussten infantilen inzestuösen Wünschen. Möglicherweise ist die körperliche Ungeschicklichkeit auch eine Form der Abwehr sexueller Wünsche, könnte aber, wie auch die Angabe beim Berufswunsch, „keinesfalls Schreiner“ werden zu wollen, ein unbewusster Ausdruck dafür, wie er den Vater ablehnt, also das Problem eines nicht aufgelösten Ödipus-Komplexes sein, was auch in der Phantasie, der Vater könnte nun ein Obdachloser sein, deutlich wird. Auch die hilflose Art, die Verweigerung (knappe Antworten), die ich beim Patienten erlebe, womit er mir signalisieren könnte, dass ich auch nichts für ihn tun könne, meine Fähigkeiten damit abwertet, könnten in diese Richtung weisen. Als Kernkonfliktbereiche sind in der Zusammenschau Selbstwert- und Versorgungs-/Autarkie-Konflikte anzusehen.

Diagnose: Selbstunsichere Persönlichkeit

Strukturdiagnose:

Die Selbststeuerung erscheint ausgereift, Affektdurchbrüche sind nicht zu beobachten, wurden nicht geschildert; Hauptabwehrmechanismen sind Verdrängung, Reaktionsbildung, Flexibilität im Einsatz der Abwehr ist nicht zu erkennen. Die Kommunikationsfähigkeit auf der emotionalen Ebene ist eingeschränkt, eine stabile Bindung und Förderung ist nötig, um ein Mitteilen zu ermöglichen. Der Selbstwert ist deutlich eingeschränkt, Regulierungsmechanismen können kaum rekrutiert werden. Objekte werden nur in Teilaspekten wahrgenommen. Die Selbst- Objektgrenze erscheint diffus. Diadische Beziehungen werden bevorzugt. Die Schäm als primärer Affekt könnte als eine Verschiebung von aggressiven und Lust- Impulsen gedeutet werden.

Prognose und Vorgehen:

Der Patient hat bisher die schulischen Abschlüsse problemlos geschafft. Der Leidensdruck und die neurotischen Konfliktlösungen und Behinderungen in der Beziehungsgestaltung werden vom Pat. wahrgenommen. Er scheint introspektionsfähig. Die Familiengeschichte bietet eine Fülle von Material, das sich in der aktuellen Psychodynamik widerspiegelt. Es besteht allerdings, eine deutliche Behinderung der weiteren Entwicklung. Behandlungsvorschlag: Stationäre analytisch orientierte Psychotherapie mit Schwerpunkt therapeutische Gemeinschaft, danach evtl. therapeutische WG.

Diagnose: Angststörung (F41.1)

Beispiel: Psychoanalytisches Erstgespräch -schriftl. Zusammenfassung

Vorinformationen:

Der Patient wurde über die Medizinische Klinik angemeldet. Er leide an einem unerklärlichen **Erschöpfungssyndrom** und müsse dringend gesehen werden.

Erscheinung:

Der schlanke bis magere Patient wird von den Sanitätern gebracht, „typisches. Patienten- Outfit (Trainingsanzug, beige Socken, Badeschlappen). Er wirkt zunächst apathisch, antwortet dann aber blitzschnell mit wachen Augen, stellt gleich Ansprüche.

Symptomatik:

Aktuell spüre er einen Druck im Bereich des Brustkorbes, der etwas außerhalb der Mittellinie beginne und sich in Arme und Rücken hinziehe und er habe Schwindelgefühle. Ähnliche Symptome habe er bereits einmal vor 6 Jahren gehabt, zwischenzeitlich sei es auch einige Jahre wieder ganz gut gewesen, aber Mitte Juni sei es plötzlich am Arbeitsplatz wieder losgegangen. Auch damals habe er zunächst Herzschmerzen bekommen. Er habe sich von einem Kollegen zum Hausarzt bringen lassen. Dort sei zunächst ein EKG geschrieben worden. Nachdem dies als unauffällig befundet worden sei, habe er ein Beruhigungsmittel bekommen. Darunter habe er damals aber nur noch mehr Herzbeschwerden und Schwindel verspürt. Deshalb sei er auch damals in die Klinik überwiesen worden zur Abklärung. In den folgenden zwei Jahren habe er neben den Beschwerden im

Brustkorb auch Kreuzschmerzen und Schlafstörungen gehabt Zwischenzeitlich habe er immer wieder Perioden gehabt, wo er ganz plötzlich aus dem Schlaf aufgeschreckt sei und gedacht habe, es gehe „dahin“. In der Folge habe er die verschiedensten Ärzte aufgesucht, habe die verschiedensten Therapien probiert, auch Atemtechniken, vom Plastiktütenrückatmen bis zum Sandsack auf den Bauch legen. Eine Ärztin im Amberger Krankenhaus hätte ihm zunächst gesagt, er habe eine Herzneurose. Später habe er auch Mittel gegen Gelenkrheuma bekommen, daraufhin seien die Herzbeschwerden ebenfalls wieder stärker geworden. Er habe auch 30 Sitzungen Akupunktur bekommen („Die habe ich selbst bezahlt, da hat jede Sitzung 150 DM gekostet“) Nachdem dies nichts gebracht habe, sei ein Kur- Antrag gestellt worden, er sei nach Bad Schwalbach gegangen („das war was für die Seele“), die Beschwerden seien aber nicht besser geworden. Ihm sei gesagt worden, das müsse er aushalten. Wieder zuhause habe es sich dann langsam gebessert, seine Frau habe sich sehr gekümmert („die ist ein Schatz“), habe ihm seine Leibspeisen gekocht und so sei er wieder auf die Beine gekommen. Bei einem Zahnarztbesuch habe er dann zufällig das Thema angeschnitten, daraufhin habe ihm der Zahnarzt erklärt, dass es möglicherweise mit dem Amalgam zusammenhänge, habe ihn zu einem Spezialisten überwiesen, der habe eine Elektroakupunktur nach Voll („die musste ich auch selbst zahlen“) durchgeführt, tatsächlich eine Amalgamallergie entdeckt, die unabhängig davon, auch von einem Hautarzt bei Testungen festgestellt worden sei. Er habe dann sich alles Amalgam entfernen lassen, habe noch eine Therapie zum Ausleiten bei der Hausärztin machen lassen und danach (Mitte 91) sei es dann endlich aufwärts gegangen. Nun habe er 3 Jahre Ruhe gehabt, habe aber schnelle oder blitzartige Belastungen vermieden. Dann habe die Familie einen Hausbau begonnen. In dieser Zeit sei es wieder zu Zitteranfällen und Einbrüchen mit totaler Schwäche gekommen. Seine Schwiegermutter habe ihm einen Schachtelhalmtée empfohlen, der überraschenderweise gut geholfen habe, so dass er wenigstens etwas gehabt habe für Notfälle. Zwischenzeitlich habe er auch einen Psychiater aufgesucht, der ihm l. verschrieben habe, was aber keine weitere Stabilisierung gebracht hätte. 1994 habe er dann eine zweite Kur gemacht, dabei sei es ihm aber „sauslecht“ gegangen. Auch nach dieser Kur habe ihn seine Frau erneut aufpäppeln müssen. Im Frühjahr 95 sei es dann wieder besser gegangen. So sei es dann auch bis Juni dieses Jahres geblieben, wobei er sich weiterhin sehr geschont habe- Am 21.6. sei es dann ganz akut geworden, er habe sich total steif, total kraftlos und schwindelig gefühlt, habe sich zur Betriebsärztin bringen lassen, die habe ein EKG geschrieben, das unauffällig gewesen sei, habe sich dann nach Hause bringen lassen und es sei nicht mehr gegangen. Seit dem fühle er sich nur noch müde und schwach.

Auslösesituation:

Er könne sich erinnern, dass die Beschwerden erstmalig in einer Phase aufgetreten seien, wo sie im Betrieb CAD eingeführt hätten. Die zweite Verschlechterung 1994 könne er im Zusammenhang mit einem Chefwechsel bringen. Der neue Chef habe ihn sehr „eindrückt“. Seit er dann so krank geworden sei, habe sich der Chef ihm gegenüber aber schonender verhalten.

Aktuelle Lebenssituation:

Er wohne mit seiner Frau (-4 J.) und seinen beiden Kindern (-29 J., - 31 J.) im Hause der Schwiegereltern. Sie hätten zwar ein eigenes Haus gebaut, in dem insgesamt drei Familien Platz finden würden, hätten dann aber vorgezogen im Haus der Schwiegereltern wohnen zu bleiben, da sich anfängliche Spannungen, die zum Hausbau geführt hätten, nun gelegt hätten. Er arbeite als Ingenieur in der Entwicklungsabteilung der Fa. Siemens und fühle sich dort sehr wohl. Vor 2 Jahren sei er gefragt worden, ob er Abteilungsleiter werden wolle, das wäre möglicherweise mit einem Umzug und einer größeren Belastung für die Familie verbunden gewesen, da habe er sich gegen die Karriere entschieden, er sei nun ganz zufrieden mit seinem Job, mehr wolle er nicht erreichen.

Lebensgeschichte:

Er stamme aus Amberg, habe noch 3 Geschwister, eine 2 Jahre ältere Schwester, einen 2 Jahre jüngeren Bruder sowie eine 4 Jahre jüngere Schwester. Die Eltern seien bei seiner Geburt beide 28 Jahre alt gewesen, der Vater Bauarbeiter, die Mutter Hausfrau. Die Großmutter väterlicherseits sei zweimal verheiratet gewesen, über den ersten Mann wisse er gar nichts, der zweite sei ebenfalls bereits verstorben gewesen. Er habe die ersten 4 Jahre bei der Großmutter in der Stadt gelebt, die Eltern hätten ein Haus gebaut, im Alter von 4 Jahren sei er dann in dieses Haus, das in einem kleinen Dorf bei Amberg gelegen sei, umgezogen, im Alter von 6 Jahren seien sie dann auf den Hof der Großeltern mütterlicherseits gezogen, den zunächst der einzige Bruder der Mutter geführt habe, der dann an einer Schizophrenie erkrankt sei. Seine Eltern hätten dann den Hof geführt und Bruder und die Grpßeltern weiter versorgt, die Großmutter mütterlicherseits sei gestorben, als er 9 Jahre alt gewesen sei, der Großvater als er 14 Jahre alt gewesen sei. Von der Psychose des Onkels habe er natürlich etwas mitbekommen, der Onkel sei ab und zu aggressiv gewesen, sei den Kindern „mit der Gabel nachgerannt“. Er habe aber nie Angst vor dem Onkel gehabt Er habe die Hauptschule besucht, dann eine Lehre als Maschinenbauer begonnen. Mit 17 Jahren sei dann von einem Tag auf den anderen die Mutter plötzlich verstorben. Er habe sich erinnern können, dass sie, als er etwa 10

gewesen sei, einmal eine längere Grippe gehabt habe mit Fieber, das man sich nicht habe erklären können, dies habe damals etwa 10 Wochen angehalten. Bei ihrem Tod habe der Arzt Todesursache unbekannt auf den Totenschein geschrieben. Es habe eine Obduktion stattgefunden, der Grund des Versterbens sei aber nie herausgefunden worden. Er habe dann zunächst viel geweint, für etwa 3 Wochen, dann habe er aber die Mutterrolle in der Familie übernehmen müssen, waschen, kochen, dies habe er unter Einbeziehung der Geschwister dann auch bis zu dem 26. Lebensjahr weitergeführt. Zwischenzeitlich sei er zur Bundeswehr gegangen, habe dann auf dem 2. Bildungsweg die Berufsaufbauschule und ein Fachingenieurstudium in Nürnberg, das er als Pendler absolviert habe, abgeschlossen. Sein Bruder habe den gleichen Weg gehen wollen, sei ebenfalls Maschinenschlosser geworden, habe die Berufsaufbauschule abgeschlossen, dann habe das Geld aber hinten und vorne nicht gereicht, so dass nur einer habe studieren können. Da sich sein Bruder mit der Schule schwerer getan habe, habe er zunächst das Studium weitergeführt und seinen Bruder in Aussicht gestellt, dass dieser, wenn er noch wolle, später studieren könne. Er habe nach dem Abschluss ohne Schwierigkeiten eine Stelle bekommen, sich 6 Mal beworben und 5 Zusagen gehabt, habe sich dann für Siemens entschieden. Mit 27 habe er dann geheiratet. Der Bruder sei ebenfalls verheiratet, habe nicht mehr studiert, sondern eine Techniker Ausbildung gemacht und führe den Hof mit dem Vater weiter. Die jüngste Schwester sei nun ebenfalls verheiratet. Die ältere Schwester sei zum Zeitpunkt des Todes der Mutter bereits auswärts verheiratet gewesen. Bezugspersonen: Seine Großmutter habe er in sehr liebevoller Erinnerung, sie habe sich gut um ihn gekümmert, auch die Mutter habe er sehr geliebt, sie sei eine herzengute Frau gewesen, habe aber immer sehr viel arbeiten müssen. Die Beziehung zu den Eltern der Mutter sei oberflächlicher gewesen, sie hätten immer viel gearbeitet, sich nicht so sehr um ihn gekümmert. Die Beziehung zum Vater sei kameradschaftlich gewesen, er sei nach dem Tod der Ehefrau etwas eingebrochen, habe auch Probleme mit dem Alkohol gehabt, die Familie habe aber zusammengehalten, jetzt sei der Vater eher still, arbeite noch auf dem Hof, würde sich ansonsten zurückhalten. Der Bruder habe den Hof nun übernommen. Bevor er seine Frau kennengelernt habe, habe er einige lockere Liebschaften gehabt, seine Frau habe er dann mit 22 in einer Diskothek kennengelernt, er sei eher konservativ gewesen, sei zum Volkstanzen gegangen, da habe er dann seine Frau kennengelernt. Er habe dann in den Hof der Frau eingehieiratet, sie sei das einzige Kind ihrer Eltern, habe neben seiner Ingenieurstätigkeit dem Schwiegervater geholfen den Hof zu bewirtschaften. Die Frau sei ein richtiger Schatz, sei liebevoll und kümmerte sich sehr um ihn, im Moment sei sie im 8. Monat schwanger. Das Verhältnis zu den Schwiegereltern sei anfänglich eher gespannt gewesen, der Schwiegervater sei sehr dominant, habe ihm sagen wollen was er zu tun und zu lassen habe, besonders in der Landwirtschaft, er habe aber auch Erfahrungen in diesem Bereich und drum sei es immer wieder zu Auseinandersetzungen gekommen. Anfänglich habe er sehr viel Geld in die Landwirtschaft investiert, habe sich dann aber nach 2 Jahren entschlossen Investitionen in diesem Bereich zu unterlassen. Seine beiden Kinder vergöttere er richtig, zu ihnen habe er einen sehr guten Kontakt. Sexuelle Entwicklung:

Erste sexuelle Regungen habe er mit 14 verspürt, habe sich aber sehr geschämt. Der Tod der Mutter sei in dieser Hinsicht kein Schock gewesen, er habe auch gleich nach dem Tod ohne weiteres mit Freunden fortgehen und zum Tanzen gehen können, habe auch immer Mädchen kennenlernen können, mit denen es kurze Techtelmechtel gegeben habe, die erste richtige Liebe sei dann seine Frau gewesen.

Psychischer Befund:

Wacher Patient, voll orientiert, Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit waren im Gespräch nicht beeinträchtigt, Störungen des Gedächtnisses fanden sich nicht. Die affektive Schwingungsfähigkeit war erhalten bei einer normalen bis leicht gedrückten Grundstimmung. Der Antrieb war nicht beeinträchtigt, der Patient wirkte leidend. Der formale Gedankengang war geordnet, inhaltliche Denkstörungen, Störungen der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens bestanden nicht. Suizidgedanken wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung glaubhaft verneint. Keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation.

Besonderheiten und Umstände der Geburt, frühe Entwicklung:

Die Mutter habe nie etwas darüber erzählt, er wisse nichts über die näheren Umstände, auch die Geburten seiner Geschwister seien problemlos verlaufen. Über das Laufen- und Sprechen lernen sowie die Sauberkeitserziehung wisse er nichts besonderes, es sei nie Thema gewesen, also werde es wohl normal gewesen sein.

Untersuchungsdynamik:

Als ich ihn so im Trainingsanzug vor mir sehe, stellen sich zunächst Gedanken ein, dass wohl der sekundäre Krankheitsgewinn groß sein muss. Erst im Laufe des Gesprächs wird mir deutlich, dass der Pat. sehr intelligent ist, und bisher viel geleistet hat (2. Bildungsweg). Ich beginne Mitleid zu entwickeln. Seine Ansprüche und seine Kritik an den Ärzten und die mangelnde Einsicht erzeugt aggressive Gefühle.

Psychodynamik:

Da sich die Großmutter zunächst wohl um ihn kümmert, scheint der in der ersten Lebensphase gut versorgt, eine einschneidende Veränderung erlebt er mit 4, als die jüngere Schwester geboren wird und die Familie in ein eigenes Haus zieht. Er muss möglicherweise erleben, wie sich Mutter und Vater dem Bruder und nun der jüngsten Tochter zuwenden, die vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit erhält. Dann zieht die Familie wegen des Bruders der Mutter um, die Bedürfnisse der Eltern rangieren zugunsten des Bruders im Hintergrund. Im Zusammenleben mit dem psychotischen Onkel erlebt er in den folgenden Jahren, welche sekundären Effekte psychische Erkrankung haben kann/Den Schock durch den Tod der Mutter scheint der Pat. zunächst gut zu kompensieren. In einer Situation der Überforderung am Arbeitsplatz zeigt sich das erste Mal die Angstsymptomatik, die er durch Sich-versorgenlassen, welches ihm seine Frau gewährt, selbst in den Griff bekommt, möglicherweise spielt unbewusst zu diesem Zeitpunkt auch das Versprechen an den Bruder mit herein, der nun ja das versprochene Studium hätte einfordern können, und der wegen der Erkrankung des Patienten möglicherweise jetzt zurücksteckt. Eine weitere Aktualisierung erfährt der zugrundeliegende Konflikt durch den Chefwechsel und den entsprechenden Konsequenzen am Arbeitsplatz, die der Patient durch die Symptomatik reguliert. Das Aufstiegsangebot, auf das der Pat. verzichtet (wegen der Erkrankung), stellt einen weiteren Aspekt dar. Auffällig ist das „Weniger-scheinen-als-sein“, das der Pat. in vielen Lebensbereichen durchzieht (Sprache, Haus). In der Familie nimmt der jüngere Bruder nun die führende Rolle ein, die der Pat. lange innehatte. Auch in der Schwiegerfamilie ordnet er sich unter, nachdem er kurz versucht hatte, die Führung zu übernehmen. Ein weiterer auslösender Faktor für die aktuelle Symptomverschlechterung könnte die bevorstehende Geburt des dritten Kindes darstellen, die ja zu einer veränderten Haltung der Frau ihm gegenüber führen könnte. Eine weitere Ebene ist denkbar: die Ärzte (insbesondere die aus A.) habe bei der Behandlung der Mutter versagt, sie könnten auch bei ihm versagen, also muss unbedingt die Sicherheit einer universitären Diagnostik erreicht werden. Diagnose: Angststörung (F41.1)

Strukturdiagnose:

Hinweise auf eine reife Persönlichkeit (Ich-Funktionen relativ ausgereift, im Kontakt ist der Pat. freundlich und offen, kann eine Beziehung eingehen).

Abwehr: Somatisierung von Aggression und Funktionslust. Der Pat. spaltet im Zusammenhang mit Selbstbewertungen (der „böse Chef), ist aber z.T. fähig, komplementäre Aspekte zu integrieren (Schwiegervater).

Autonomie / Abhängigkeits Konflikt

Prognose und Vorgehen:

Der Patient hat bisher trotz der Symptomatik erfolgreich im Beruf bestehen können. Auf die Frage, ob er Zusammenhänge zwischen seiner Symptomatik und der Lebenssituation sehe, beginnt er für sich zu reflektieren. Er scheint gut introspektionsfähig. Behandlungsvorschlag: 50 Doppelstunden tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, um regressive Entwicklungen nicht zu fördern. Der Verlauf ist als günstig einzuschätzen.

