



Privatdozentin Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle



Professor Dr. Peter Henningsen

Ein Fach „Psychosomatische Medizin“ ist in vielen Ländern unbekannt. Krankheiten werden dort entweder den somatischen Fächern oder der Psychiatrie zugeordnet, auch wenn sie sowohl somatische als auch psychosoziale Komponenten besitzen und eine multimodale Therapie mit einem Schwerpunkt auf (Körper-)Psychotherapie erfordern. In Deutschland gibt es jedoch eine lange Tradition psychosomatischer Medizin; sie besteht heute aus drei Komponenten: Einer immer weiter verbreiteten Basisversorgung durch niedergelassene Ärzte der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin („psychosomatische Grundversorgung“); einem gut ausgebauten Konsil- und Liaisondienst in Krankenhäusern; sowie einem Netz spezialisierter psychosomatischer Fachabteilungen und -kliniken. Dieses Versorgungsmodell wird zunehmend zum Vorbild für andere Gesundheitssysteme [1].

Neues aus der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Grundlagenforschung

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Grundlagenforschung beschäftigt sich in erster Linie mit folgenden Fragen: Wie wirkt die Seele auf den Körper? Wie wirkt der Körper auf die Seele? Welche Rolle spielen dabei frühere und aktuelle Kontextfaktoren? In welchen Fällen wirkt (Körper-)Psychotherapie – und wie wirkt sie?

Auch wenn sie sich dafür in vielen Fällen moderner technischer Methoden der apparativen und Labordiagnostik bedient, bleibt sie in ihrer Perspektive immer auf Beziehung und Entwicklung ausgerichtet. Wichtige Beispiele:

» Seit der Entdeckung von Spiegelneuronen (1995), die beim Betrachten einer Handlung das gleiche zentralnervöse Aktivitätsmuster aufweisen wie bei ihrer aktiven Durchführung, kennen wir vermutlich die neurobiologische Grundlage von Empathie bzw. Mitgefühl [2].

» Aufgrund der Beobachtung, dass Schmerz ein erlernter Vorgang sein kann, der auch nach Sistieren des Auslösers noch Schmerzempfinden mit entsprechender Hirnaktivität generiert (Schmerzgedächtnis), entstanden einerseits eine vorausschauende Schmerztherapie (ausreichende Prävention und Behandlung von Akutschmerzen) und andererseits therapeutische Ansätze, die das „Wieder-Verlernen“ quälender Schmerzerinnerungen bei chronischen Schmerzen zum Ziel haben [3].

» Subdisziplinen wie die Stressphysiologie, die Psychoneuroimmunologie oder die Psychoneuroendokrinologie untersuchen die Verbindung zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen auch auf der Ebene peripherer Nerven bzw. Organe und Botenstoffe. So werden zum Beispiel eine Hyperregulation des autonomen Nervensystems, überschießende Stressantworten des endokrinen Systems (insbesondere der endokrinen Hypothalamus-Hypophysen-Neben-

rindennierenachse – „Stress-Achse“) sowie eine dauerhafte subklinische Erhöhung von Entzündungsparametern (Akute-Phase-Proteine; Zytokine) als Pathomechanismen des kardialen Risikofaktors Depression diskutiert [4; siehe auch weiter unten].

- » Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich neben der Untersuchung konkreter Techniken bei bestimmten Störungen und/oder Altersgruppen auch mit der Untersuchung des Therapieprozesses selbst [5]. Relativ neu ist dabei eine kritische Betrachtung von Wirkfaktoren auf der Seite des Therapeuten („Therapeutenvariable“ [6], etwa dessen Alter, Geschlecht, Erfahrung, Empathie, therapeutischer Stil, Einstellungen usw.).

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Anlässlich der neuen Diagnosesysteme ICD-11 und DSM-V, die in wenigen Jahren erwartet werden, entspinnt sich derzeit eine besonders lebhaft Diskussions hinsichtlich der Klassifikation „somatoformer Störungen“. Diese Störungsgruppe umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern, die sich durch anhaltende, nicht-spezifische Körperbeschwerden oder Gesundheitsängste auszeichnen, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, für die aber trotz sorgfältiger Abklärung keine ausreichende somatische Ursache gefunden wird („medically unexplained symptoms – MUS“). Insgesamt liegt die Häufigkeit solcher Beschwerden in den verschiedenen klinischen Settings bei rund

4 bis 20 Prozent [1, 7]. Sowohl die bisherige Terminologie als auch die Definitionen konnten sich nicht genügend durchsetzen, es gibt eine unübersichtliche Parallelklassifikation der sich breit überlappenden „somatoformen“ und „funktionellen Störungen“ (zum Beispiel „Somatoforme Schmerzstörung“ versus „Fibromyalgie-Syndrom“; „Somatoforme autonome Funktionsstörung des Verdauungssystems“ versus „Reizdarmsyndrom“), die Patienten gelten als schwierig und die Versorgungsstrukturen als ungeeignet. Das für somatoforme Störungen geforderte Kernkriterium der fehlenden organischen Erklärbarkeit ist besonders problematisch:

- » Die auf diese Weise notwendige langwierige somatische Abklärung „verschlingt“ Zeit und Geld, kann zu einer „somatischen Fixierung“ des Patienten führen und ihm zu lange eine adäquate Therapie vorenthalten.
- » Patienten werden durch die Aussage, ihre Beschwerden seien „unerklärt“ (manchmal sogar formuliert als „Sie haben nichts“) verunsichert und mit ihren psychosozialen Nöten alleingelassen.
- » Und schließlich kann ohnehin niemand mit Sicherheit sagen, ob nicht irgendwelche zukünftigen Untersuchungsverfahren doch noch Befunde bringen könnten.

Aufgrund all dessen wird die Gruppe der „somatoformen Störungen“ wohl eine neue Bezeichnung erhalten (voraussichtlich „somatic symptom disorders“ in DSM-V), vor allem aber

wird das Kriterium der fehlenden organischen Erklärbarkeit voraussichtlich zugunsten positiver psychobehavioraler Charakteristika (zum Beispiel starke Krankheitsängste, übermäßige Beschäftigung mit den Beschwerden, katastrophisierendes Denken) fallen gelassen [8].

Deutsche Leitlinien mit psychosomatischer Beteiligung gibt es bereits zum Reizdarmsyndrom, zum Fibromyalgie-Syndrom, zum chronischen Unterbauchschmerz der Frau, zum Brustschmerz und zum Kreuzschmerz; zum chronischen Müdigkeitssyndrom existiert eine britische Leitlinie [9 bis 14]. In Deutschland erscheinen darüber hinaus 2012 Psychotherapie-Leitlinien zu „Somatoformen Störungen“ [15] sowie eine interdisziplinär entwickelte und von den Autoren dieses Artikels federführend koordinierte übergeordnete Leitlinie zu „nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ [7]. Sie enthält vor allem Empfehlungen [1, 7] zu

- » einer somatischen und psychosozialen Paralleldiagnostik,
- » klinischen Charakteristika leichter und schwererer Verläufe,
- » einer dadurch möglichen frühen Erkennung schwererer Verläufe und zu einer Verhinderung einer zusätzlichen „iatrogenen Somatisierung“ durch ungünstige ärztliche Verhaltensweisen – wie etwa der Veranlassung unnötiger und potenziell schädlicher Diagnostik oder der katastrophisierenden Bewertung von Befunden,

Anzeige

Ein bärenstarker Partner ...

... wenn es um Ihre Privatabrechnung geht.

Unsere Profis bearbeiten seit mehr als 30 Jahren die medizinische Privatabrechnung von über 1.700 Kunden in ganz Deutschland. Erstklassige Referenzen geben Ihnen die Sicherheit mit einem kompetenten Partner zusammen zu arbeiten.

Testen Sie uns ohne Risiko mit „Geld-zurück-Garantie“!



Herr Wieland freut sich auf Ihren Anruf!

089 14310-115

www.medas.de



Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH

» und einer entsprechend gestuften Therapie:

- Bei leichteren Verläufen scheinen nach aktuellem Kenntnisstand eine qualifizierte Betreuung durch den Haus- oder somatischen Facharzt auf der Basis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie eine angemessene soziale, vor allem aber körperliche Aktivierung auszureichen [1, 7].
- Die Behandlung schwererer Verläufe sollte unter Koordination des Haus- oder somatischen Facharztes weitere Therapieelemente mit einbeziehen, vor allem eine gestufte körperliche Aktivierung sowie störungsorientierte Psychotherapie [1, 7]. Für letztere gibt es nun neben kognitiven Verhaltenstherapien (KVT) auch erstmals eine psychodynamische Kurzzeittherapie in Handbuchform und darüber hinaus mehr und mehr Erfahrungen mit weiteren, zum Beispiel körperorientierten Ansätzen (etwa funktionelle Entspannung oder konzentrierte Bewegungstherapie) oder Hypnotherapie [1, 7, 15, 16, 17]. Bei Schmerzdominanz sollten zeitlich befristet Antidepressiva eingesetzt werden (Abbildung 1) [1, 7].



Abbildung 1: Körper- und bewegungstherapeutische Elemente im Einzel- oder auch im Gruppensetting sind oft wichtige Bestandteile der psychosomatischen Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden: Sie verbessern Körperwahrnehmung und Regulationsfähigkeit, führen zu einem besseren Verständnis der eigenen Fähigkeiten und Belastungsgrenzen und verbessern das Körpergefühl. (Foto: TUM)

Psychokardiologie

Psychokardiologie ist die psychosomatisch-somatopsychische Subdisziplin, an der der enge, aber in der westlichen Medizin der vergangenen Jahrhunderte vernachlässigte Zusammenhang von Körper und Seele besonders gut sichtbar wird. War die Kardiologie bis vor Kurzem eigentlich ein besonders „technisches“ Fach, so wird zunehmend die psychosoziale Dimension von Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich [18]. Einige Beispiele:

- » Angst und Depression begleiten Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesprochen häufig und beeinflussen deutlich Lebensqualität, Krankheitsverlauf und Therapieerfolg; sie werden jedoch nach wie vor häufig übersehen. Beispielsweise weisen depressive koronare Herzkrankheit- oder Myokardinfarkt-Patienten eine etwa doppelt so hohe Mortalität auf wie nicht-depressive [4, 18].
- » Ein bestimmter (sehr wahrscheinlich prä-morbider) Persönlichkeitsstil, nämlich das Vorherrschen von negativer Affektivität (das heißt der Neigung zu negativen Gefühlen wie Ärger oder Schuldgefühlen) und sozialer Inhibition (das heißt Gehemmtheit in Sozialkontakten – „distressed personality“, „Typ D“; erstmals beschrieben 1995), scheint

die Prognose einer ganzen Reihe kardialer Erkrankungen mindestens ebenso negativ zu beeinflussen wie Depression [19]. Unklar ist noch, in wie weit es sich hier nicht nur um einen prognostischen, sondern auch um einen ätiologischen Risikofaktor handeln könnte – der Typ-D-Persönlichkeitsstil ist jedenfalls in der deutschen Normalbevölkerung mit einer Prävalenz von rund 25 Prozent weit verbreitet und tritt weitgehend unabhängig von den „klassischen“ Risikofaktoren auf [20].

- » Verbale Interventionen können auf das Herz-Kreislauf-System wirken: So verbesserte zum Beispiel die ausführliche, beruhigende Vorbesprechung eines Belastungs-EKG sowohl die Patientenzufriedenheit als das weitere Auftreten von Brustschmerzen [21]; die Injektion von NaCl 0,9 Prozent bei Angiographiepatienten führte zu einer deutlich stärkeren Vasokonstriktion der Koronarien, wenn sie mittels verbaler Suggestion angekündigt wurde [22]; Psychotherapie bei koronaren Herzkrankheit-Patienten verbesserte nicht nur deren psychische Symptomatik, sondern möglicherweise auch deren kardiale Mortalität [23]. Derzeit läuft eine deutsche Multicenter-Studie (SPIRR-CAD) bei koronaren Herzkrankheit-Patienten, die den Einfluss und die Nachhaltigkeit einer gestuften Psychotherapie unter anderem auf Depressivität, Typ-D-

Persönlichkeitszüge, kardiale Ereignisse und eine Reihe physiologischer Parameter untersucht [24].

Psychoonkologie

Ein weiteres wichtiges Feld (vor allem der konsiliarischen) psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist die Psychoonkologie, die sich klinisch und wissenschaftlich mit psychosozialen Aspekten der Entstehung, der Erkennung, der Behandlung und des Verlaufs von Krebserkrankungen auseinandersetzt.

- » Direkte psychosoziale Auslöser für Krebserkrankungen bzw. eine „Krebspersönlichkeit“ scheint es nach aktuellem Wissensstand nicht zu geben; natürlich sind aber eine Reihe Risikoverhaltensweisen (allen voran das Rauchen) auch psychosozial determiniert [25]. Ob psychische Komorbidität (vor allem Depression) bzw. bestimmte Persönlichkeitszüge (zum Beispiel die Typ-D-Persönlichkeit) mit einer allgemein erhöhten Morbidität und auch Mortalität assoziiert sind, ist umstritten.
- » Psychoonkologische Diagnostik soll in erster Linie individuelle Belastungsfaktoren erkennen, psychische Belastungen und psychische Komorbidität differenzialdiagnostisch abklären und gegebenenfalls



Abbildung 2: In der psychoonkologischen Behandlung stehen supportive und ressourcenorientierte Ansätze im Vordergrund. Ziel ist es, Krankheitsverarbeitung, psychisches Befinden und Lebensqualität zu verbessern und personale und soziale Ressourcen zu stärken. (Foto: TUM)

geeignete Behandlungen anbieten. Die wichtigsten Themenfelder sind hier Begleitbeschwerden wie Schmerzen, Schlafstörungen, Erschöpfung („Fatigue“) und sonstige Körperbeschwerden, familiäre und berufliche Belastungen sowie eine Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Belastbarkeit; ein besonders häufiges Thema ist die Angst vor einem Fortschreiten oder Wiederkehren der Erkrankung („Progredienzangst“) [25, 26].

- » In der psychoonkologischen Behandlung stehen supportive und ressourcenorientierte Ansätze im Vordergrund, mit dem Ziel, Krankheitsverarbeitung, psychisches Befinden und Lebensqualität zu verbessern und personale und soziale Ressourcen zu stärken [25]. Dafür bewährt sich ein methodenintegrierender, patientenzentrierter und interdisziplinärer Ansatz in Zusammenarbeit vieler verschiedener Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte, Pfleger, Spezialtherapeuten, Seelsorger) und unter Einbeziehung verschiedener Therapieelemente (zum Beispiel Einzel- und Gruppentherapie, Kunsttherapie, übende Verfahren, Pharmakotherapie). Es ist nachgewiesen, dass psychosoziale Interventionen bei Krebspatienten vor allem ihre psychische Belastung durch Angst und Depressivität verringern und ihre Lebensqualität verbessern, wahrscheinlich aber nicht ihre Überlebenschancen.

Die Effektstärken liegen überwiegend im niedrigen bis mittleren Bereich; die meisten Daten gibt es zu Frauen mit Brustkrebs (Abbildung 2) [25].

Insgesamt ist die Psychoonkologie ein wichtiges Beispiel für die Bedeutung einer engen klinischen Zusammenarbeit zwischen somatischen und psychosozialen Fächern. Eine einheitliche psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) und umfassende Lehrbücher stehen inzwischen zur Verfügung [27, 28]. Psychoonkologische Aspekte der Diagnostik und Therapie finden zunehmend auch Einzug in die somatischen Leitlinien für diverse Krebserkrankungen und sind im Nationalen Krebsplan verankert („Angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung“); betont wird vor allem die Bedeutung eines flächendeckenden Screenings für psychische Belastung bei allen Krebspatienten [29, 30]. Die Prinzipien der Psychoonkologie gelten selbstverständlich auch bei Patienten mit nicht-malignen schweren Erkrankungen.

Essstörungen

Essstörungen sind schwer zu behandelnde und deshalb oft chronisch verlaufende Störungen mit einer Gesamtprävalenz von zirka 2 Prozent. Vor allem die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa beginnen meist schon im Jugendalter,

gehen so oft mit einer gestörten seelischen und körperlichen Entwicklung sowie Problemen in Schule und Beruf einher und haben eine höhere Letalität als beispielsweise Depression oder Suizidalität [31, 32]. Für die Diagnostik von Essstörungen sollte, neben einer somatischen Basisdiagnostik einschließlich der Berechnung des BMI, besonders sorgfältig nach aktuellen oder früheren Verhaltensweisen zur Nahrungsrestriktion, -elimination oder nach Essanfällen sowie nach körperlichen und psychischen Begleitsymptomen gefragt werden [31, 32]. Therapeutisch steht (angesichts der oft ausgeprägten Ambivalenz der Patienten) zunächst der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung im Vordergrund [31, 32]. Des Weiteren wird ein längerfristiges, störungsorientiertes Mehr-Komponenten-Vorgehen in enger Abstimmung zwischen mehreren qualifizierten Behandlern empfohlen (zum Beispiel Psycho-/Familientherapeut, Hausarzt, Ernährungsberater) [31, 32]. Die somatische Seite der Erkrankung (zum Beispiel Zahnschäden, Herzrhythmusstörungen bei Hypokaliämie, Zinkmangel, Thiaminmangel, Abnahme der Gehirnmasse) sollte dabei immer mit berücksichtigt werden [31, 32]. Die neue AWMF-S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ listet über diese Empfehlungen hinaus auch detailliert die Indikationen für eine stationäre Behandlung auf und nimmt zu gelegentlich nötigen Zwangsbehandlungen Stellung [31]. Außer bei der Behandlung der Bulimia nervosa mit Fluoxetin spielen (Psycho-)Pharmaka in der Therapie von Essstörungen eine sehr untergeordnete Rolle; Psychotherapie stellt die Methode der Wahl dar [31, 32].

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

In den vergangenen Jahren ist das öffentliche Bewusstsein für die Störungsgruppe der Belastungs-/Anpassungsstörungen deutlich gewachsen, wie zum Beispiel an der Diskussion um posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS/PTSD) bei Flüchtlingen/Migranten bzw. bei Soldaten nach Auslandseinsätzen abzulesen ist. Zudem zeichnet sich mehr und mehr ab, dass Traumatisierungen mit sehr heterogenen klinischen Folgen vergesellschaftet sein können, angefangen von kompletter Resilienz (das heißt die Traumatisierung bleibt ohne jegliche psychosoziale Folgen) über eine „partielle PTBS“ bis hin zu komplexen Störungsbildern mit starken Überschneidungen zu Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung) [33, 34, 35].

Immer wieder diskutiert werden mögliche protektive Faktoren (zum Beispiel Optimismus,

kognitive Flexibilität, soziale Unterstützung) bzw. wie sich durch frühzeitige Intervention innerhalb der ersten Stunden („golden hours“) nach einem akuten Ereignis die Entwicklung von Traumafolgestörungen verhindern lässt. Es gibt Hinweise auf eine Wirksamkeit von KVT-Kurzinterventionen unmittelbar nach dem Ereignis, hauptsächlich werden aber eine Reihe einfacher Basismaßnahmen empfohlen [33, 36]:

- » die Bereitstellung eines sicheren Ortes, Wärme, Nahrung, Hygiene,
- » empathisches, beruhigendes Erklären der Beschwerden, ohne sie zu pathologisieren, Versichern ihrer wahrscheinlich baldigen Besserung, verbunden mit der Ermutigung, möglichst bald wieder am Alltag teilzunehmen,
- » gegebenenfalls Analgesie bei Schmerzen, aber keine Psychopharmakotherapie und
- » das Einbeziehen des Umfelds des Betroffenen (Herstellung eines Kontakts zu Angehörigen und Freunden sowie deren Information und Unterstützung).

Das im unmittelbaren Anschluss an potenziell traumatisierende Ereignisse lange Zeit empfohlene „Debriefing“ (ein sofortiges Durcharbeiten des Geschehenen) gilt inzwischen als obsolet [33, 36]. Details bietet die S2-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung akuter Folgen psychischer Traumatisierung [33].

Die neue S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörungen“ fasst klinisch relevante Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie der PTBS zusammen [34]:

- » Die Diagnostik sollte durch qualifizierte Personen erfolgen. Sie sollte auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung schonend, aber zugleich ausführlich sein, das heißt typische Symptome (sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma, Erinnerungslücken, Vermeidungsverhalten, emotionale „Taubheit“, Übererregungssymptome wie Reizbarkeit) aktiv erfragen und dabei auch die Heterogenität möglicher Traumafolgebeschwerden, wichtige Differenzialdiagnosen und die extrem hohe Komorbidität von 60 bis 100 Prozent (vor allem Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation) beachten [34].
- » Bei Patienten mit lange zurückliegender Traumatisierung (zum Beispiel körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern, frühere Kriegserfahrungen), mit klinisch



Abbildung 3: Traumabearbeitung besteht aus einer behutsamen, mit ressourcenorientierten Elementen verwobenen, gut vorbereiteten Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis. Das sogenannte „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“ ist dabei zu einer wichtigen Technik geworden: Der Patient erinnert sich an besonders belastende Episoden, während der Therapeut ihn gleichzeitig mit langsamen Handbewegungen zu rhythmischen Augenbewegungen anleitet.

(Foto: TUM)

auffälliger Komorbidität, mit unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen, mit besonders misstrauischem, feindseligem und emotional-instabilem Verhalten oder mit belastenden medizinischen Eingriffen und Erkrankungen (zum Beispiel Malignome, Intensivpatienten, Problemgeburten) werden PTBS besonders häufig übersehen [34]!

- » Therapeutisch wird auf die Notwendigkeit einer Stabilisierung (zum Beispiel durch Aufbau von Selbstberuhigungsfähigkeiten oder sozialen Kontakten, eventuell auch mittels begleitender Pharmakotherapie) vor der fast immer indizierten Traumabearbeitung hingewiesen [34]. Allerdings zeigt sich mehr und mehr, dass ein schonendes Hin- und Herpendeln zwischen ressourcenorientierten und belastenden Elementen sinnvoller ist als eine strikte Trennung in eine „Stabilisierungs-“ und eine „Bearbeitungsphase“ [35].
- » Die Traumabearbeitung selbst besteht aus einer „dosierten Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen“, in der Regel in ambulanter Einzeltherapie bei entsprechend qualifizierten Psychothe-

rapeuten und unter Beachtung einer Reihe von Kontraindikationen (zum Beispiel akute Suizidalität, schwerwiegende Selbstverletzung) [34, 35]. Bezüglich der Wahl einer speziellen Traumabearbeitungstechnik wird auch hier insgesamt ein störungsorientiertes („traumaadaptiertes“) Vorgehen empfohlen, zum Beispiel unter individualisierter Einbeziehung kognitiver, psychodynamischer oder imaginativer Techniken, des so genannten „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“ oder auch Psychopharmaka (Abbildung 3) [34, 35]. Hier liegt ausreichende Evidenz für eine mäßige Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) vor. Insgesamt ist aber auch bei der PTBS Psychotherapie, nicht aber Pharmakotherapie die Therapie der Wahl [34, 35].

Psychotherapie

Das bisher Gesagte deutet die wichtigsten Neuigkeiten auf dem Feld der Psychotherapie bereits an: Viele Therapien sind heute integrativ und multimodal aufgebaut, das heißt sie beziehen schulenübergreifend sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamisch-interpersonelle Perspektiven ebenso wie



Abbildung 4: Moderne psychosomatische Therapie hat viele Möglichkeiten: Abhängig vom individuellen Krankheitsbild, den Präferenzen der Patienten und der Versorgungssituation vor Ort sind ambulante und stationäre Einzel- und Gruppentherapien sowie eine Kombination verschiedener Therapieelemente möglich.

(Foto: TUM)

verschiedene weitere Therapieelemente (zum Beispiel psychoedukativ, körperpsychotherapeutisch, imaginativ, kunsttherapeutisch, einzel- und gruppentherapeutisch) mit ein (Abbildung 4). Als Reaktion auf die Erkenntnis, dass psychische Belastungen sowohl in ihrer In-

tensität (von leicht bis schwer ausgeprägt) als auch in ihrer Färbung (zum Beispiel depressiv, ängstlich, somatoform oder posttraumatisch) oft nur schwer als klar definierte Krankheitsbilder voneinander abgegrenzt werden können, erfolgt Psychotherapie heute überwiegend

störungsorientiert anstatt erkrankungsspezifisch, das heißt angepasst an das individuelle Störungsbild des Patienten [zum Beispiel 15 bis 17]. Eine solche störungsorientierte Behandlung erfordert sowohl eine vorausgehende sorgfältige Diagnostik als auch einen durchdachten, individualisierten Gesamtbehandlungsplan. Auf diese Weise etablieren sich zunehmend sowohl niedrigschwellige Kurzzeittherapien als auch komplexe multimodale Behandlungen. Zunehmend werden auch neue Formen des Psychotherapie-Settings entwickelt, zum Beispiel Internet-basierte Therapie in Form von geführter Selbsthilfe oder individualisierter E-Mail-Therapie (zum Beispiel bei Essstörungen, Depressionen, PTBS, Reizdarmsyndrom). Die Übergänge zwischen Selbsthilfe und Psychotherapie sind im Zeitalter von Ratgeberliteratur, Internetchats und internet-basierter Psychotherapie fließend, ebenso wie (angesichts von „Body-Mind“-Therapien und fachgebundener Psychotherapie durch den Hausarzt bzw. den somatischen Facharzt) die Übergänge zwischen Somato- und Psychotherapie.

Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten haben, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Das Wichtigste in Kürze

- » Es gibt mehrere aktuelle deutsche Leitlinien zu psychosomatischen Krankheitsbildern. Sie listen – basierend auf empirischen Daten und Expertenkonsens – praxisrelevante diagnostische und therapeutische Empfehlungen, aber auch häufige Behandlungsfehler und obsoleete Maßnahmen auf, darunter speziell auch zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- » Die Psychokardiologie ist ein wichtiges Beispiel dafür, dass psychosoziale Faktoren den Verlauf „rein somatischer“ Erkrankungen beeinflussen und deshalb im klinischen Alltag unbedingt beachtet werden sollen. Depressivität verschlechtert beispielsweise die Prognose kardialer Erkrankungen.
- » Die Psychoonkologie ist zu einer tragenden Säule der Behandlung von Krebserkrankungen geworden. Psychotherapie kann die Lebensqualität von Krebspatienten verbessern.
- » Moderne Psychotherapie ist überwiegend störungsorientiert, das heißt am individuellen Krankheitsbild des Patienten orientiert. Sie kann ganz unterschiedliche Behandlungselemente enthalten (zum Beispiel Psychoedukation, Entspannung, Körperpsychotherapie) und wirkt auch bei Patienten mit belastenden körperlichen Beschwerden und Erkrankungen.

Autoren

Privatdozentin Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle und Professor Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Langerstraße 3, 81675 München, Telefon 089 4140-4311, Fax 089 4140-4548, E-Mail: c.hausteiner-wiehle@tum.de