

Psychotherapie: Erfolge, Mißerfolge, Weiterentwicklung

13. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer
„Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, Köln, 1989

Das Symposium hatte vier Hauptthemen zu erörtern, nämlich Psychotherapie bei Kindern und Adoleszenten, bei Erwachsenen, bei Betagten und in der Praxis.

Einleitend gab der Referent einen kurzen Überblick über die Prinzipien der Psychotherapie bei Depressionen. Ich betonte, daß jede medikamentöse antidepressive Therapie mit Psychotherapie kombiniert sein sollte, da ja alle Depressionen durch affektiv belastende Umweltfaktoren und psychosoziale Spannungen mitbedingt oder mindestens ausgelöst werden.

Wohl bei keiner anderen psychischen Erkrankung werden psychotherapeutisch so viele Fehler gemacht wie bei den Depressionen. Dazu verleitet die Ähnlichkeit der Depression mit der Trauer, die sich aber von einer depressiven Stimmung diagnostisch abgrenzen läßt und nicht behandlungsbedürftig ist. Um im psychotherapeutischen Gespräch mit einem Depressiven Fehler zu vermeiden, hat das „Internationale Komitee für Prophylaxe und Therapie der Depression“ (P.T.D. Komitee) die folgenden, in Stichworten zusammengefaßten Richtlinien ausgearbeitet:

Was man tun soll

- Motive und hereditäre Faktoren der Erkrankung aufklären
- den Patienten über die Art seiner Erkrankung und die gute Prognose informieren
- den Behandlungsplan und mögliche Nebeneffekte der antidepressiven Pharmakotherapie erörtern
- auf zeitweise Stimmungsschwankungen während der Behandlung hinweisen
- über Suizidgedanken und -impulse offen sprechen
- kleinere therapeutische Fortschritte, die der Patient angibt, sind zu betonen, denn dieses festigt das Selbstwertgefühl des Kranken

- die Familienangehörigen orientieren und in die Betreuung einbeziehen

Was soll man nicht tun?

- den Depressiven auffordern, sich zusammenzureißen und sich zu aktivieren
- ihn überreden, sich in fröhliche Gesellschaft zu begeben
- ihn in einen Ferien- oder Erholungsurlaub schicken
- ihn lebenswichtige Entscheidungen treffen lassen
- Gespräche über Suizidgedanken und -impulse dürfen kein Tabu sein
- ihn freundschaftlich auf die Schulter klopfen und behaupten, es gehe ihm schon besser

Über die Psychotherapie bei Kindern und Adoleszenten referierte Prof. Dr. P. Strunk, Freiburg. Er wies darauf hin, daß fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden, bei denen in der Mehrzahl eine Psychotherapie indiziert wäre. Das Angebot an diagnostischen und therapeutischen Ausbildungsmöglichkeiten ist aber in der Bundesrepublik ungenügend. So mangelt es an Kinderpsychiatern, da für deren Ausbildung die Zahl der nötigen Institutionen nicht ausreicht. Dazu kommt, daß die Krankenkassen für eine Elterntherapie, wenn sie von Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt wird, nicht bezahlen. Grundlage der Kinderpsychiatrie ist eine breite, exakte Diagnostik; aus ihr läßt sich der Therapieplan ableiten, in dem tiefenpsychologische, verhaltens- und familientherapeutische Aspekte integriert sind.

Die Vielfalt der Methoden verlangt definierte Indikationsbereiche. Der Verhaltenstherapie liegt eine umfassende Situationsanalyse zugrunde. Umweltbedingungen, Motivation, Beziehungen und Konflikte müssen dabei berücksichtigt werden. Mit einer Familientherapie sind die sozialen Beziehungen zu verbessern. Die Kinder mit psychischen Störungen sollten so früh wie möglich erfaßt und dem Kinderpsychiater zugeführt werden, um eine erfolgversprechende Prophylaxe einleiten zu können.

Über die Psychotherapie bei Erwachsenen referierte Prof. Dr. G. Rudolf, Berlin. Er hob hervor, daß in der Bundesrepublik die Psychotherapie erst 1970 in die Approbationsordnung eingebunden wurde und daß zu wenig psychotherapeutische Ausbildungsplätze bestehen. Die Gesamtpersönlichkeit des Kranken ist durch eine differenzierte Persönlichkeits- und Verhaltensbeschreibung zu erfassen. In die Diagnostik einzubeziehen sind außer der sozialen Situation, den Entstehungsbedingungen und den Beziehungskonflikten auch organdiagnostische und laborklinische Befunde. Entscheidend für den Erfolg einer Psychotherapie ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient sowie die gegenseitige persönliche Wertschätzung. ▶

In den letzten Jahren ist das Indikationsspektrum der individuellen Psychotherapie erweitert und durch Kombination mit Gruppenpsychotherapie, Kurztherapie und Vokaltherapie ergänzt worden. Heutzutage ist die Therapieforschung nicht mehr auf einzelne vegetative oder psychische Symptome ausgerichtet, sondern auf eine positive Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit.

Patienten mit funktionellen und vegetativen Störungen sind möglichst frühzeitig dem Psychotherapeuten zu überweisen, denn damit gelingt es, kostenaufwendige, meist überflüssige Untersuchungen zu vermeiden, den Verdienstausschlag durch Krankschreibung und Klinikaufenthalt einzuschränken sowie einen Medikamenten- und Alkoholmißbrauch zu verhüten. Wie Prof. Dr. H. B. *Stähelin*, Basel, ausführte, ist die Psychotherapie bei betagten Menschen gekennzeichnet durch eine Vielfalt von Methoden, aber auch das Fehlen kontrollierter Studien. Diese Vielfalt ist ein Hinweis darauf, daß die Wirksamkeit der einzelnen Methoden fraglich erscheint. Der Referent erachtet es als besonders wichtig, die Betreuer, die Pflegepersonen und die Familie im Verhalten zu schulen und zu unterstützen und ihre Tätigkeit zu überwachen. Auf jeden Fall

sollte man es vermeiden, gegenüber den Betagten einen Umgangston anzuschlagen wie gegenüber Kindern, sie überzubemuttern, ihnen distanziert entgegenzutreten und das dritte Lebensalter zu mißachten.

Die senile Demenz mit Frischgedächtnisstörungen und Verwirrheitszuständen ist in der Gerontopsychiatrie das Problem Nummer eins, in das auch die Familie und die Umwelt involviert sind. Es ist deshalb vordringlich, die Familienangehörigen über den Zustand des Kranken aufzuklären und sie durch Information über die Verhaltensweise gegenüber dem Kranken zu unterstützen.

Mit der Psychotherapie in der Praxis setzte sich Prof. Dr. H. J. *Mattlern*, Heidelberg, auseinander, wobei er die Zunahme psychischer Erkrankungen hervorhob, vor allem der psychogenen Störungen, die nach einem psychotherapeutischen Gespräch mit dem Arzt geradezu rufen. Prädestiniert dazu sei der Hausarzt, der über Jahre hinweg die familiären, beruflichen und sozialen Verhältnisse sowie das Umfeld des Kranken am besten kennt. Der Referent sieht in der Balint-Methode eine gute Möglichkeit zur Verbesserung des Kontakts und der menschlichen Beziehungen mit dem psychisch Kranken. Sie setze neue Wege des Denkens und Han-

delns unter Berücksichtigung der Umwelt, der seelischen und sozialen Probleme sowie der Angst des Patienten.

Bevor der Arzt näher auf die psychische Situation zu sprechen kommt, ist es indiziert, den Patienten körperlich zu untersuchen. Das erste eingehende Gespräch ist von entscheidender Bedeutung. Dabei kommt es unter anderem darauf an, dem Kranken verständnisvoll zuzuhören, seine Lebens- und Umweltsituation, seine Familienverhältnisse, seine Konflikte und die Ganzheit seiner Persönlichkeit zu klären.

Die Diskussionen nach jedem Referat wurden jeweils von PD Dr. *Linden*, Berlin, eingeleitet und waren lebhaft und kritisch. Es wurde besonders immer wieder nach Klärung der Indikation und der Methodik und nach placebokontrollierten Studien gefragt. Solche bestehen leider bis heute nur für die Depressionen. Eine große amerikanische Studie, in der Antidepressiva, Psychotherapie und die Kombination von Antidepressiva mit Psychotherapie verglichen wurden, ergab eindeutig die besten Behandlungsergebnisse mit der kombinierten Therapie.

Professor Dr. med. Dr. h. c.
Paul Kielholz
Badweg 1
CH-5707 Seengen

Bonner Nachsorgeprogramm für Harnsteinpatienten

Seit mehr als zwölf Jahren wird an der Urologischen Universitätsklinik Bonn ein Programm zur Metaphylaxe bei Harnsteinpatienten durchgeführt. Bei den mittlerweile mehr als 1000 betreuten Patienten konnten bei über 90 Prozent die Ursachen des Steinleidens ermittelt werden. Dadurch wurde die Rezidivrate, die üblicherweise mit 60 bis 70 Prozent angegeben wird, auf 10 bis 20 Prozent gesenkt.

Auch wenn in Zeiten der ESWL die Entfernung der Harnsteine klinisch kaum noch Probleme bereitet, so ist in jedem Einzelfall eine genaue Ursachenermittlung notwendig, damit die Rezidivprophylaxe effizient ist. Dies trifft auch besonders auf die

große Zahl der Steine ohne klinische Intervention zu, denn 60 bis 70 Prozent sind Spontanabgänge. Im Sinne einer Kosteneinsparung sollte auf die genaue Diagnostik und spezielle Metaphylaxe nicht verzichtet werden. Aufbauend auf den langjährigen Erfahrungen wurde ein Nachsorgeprogramm für Harnsteinpatienten entwickelt. Es steht allen interessierten Ärzten und Patienten offen und wird vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gefördert.

Das Programm ist so konzipiert, daß der behandelnde Arzt in Frage kommende Patienten bei der Studienzentrale anmeldet. Diese führt (kostenlos) eine gezielte Labordiagnostik und auf Wunsch eine qualifi-

zierte Ernährungsberatung durch. Ein Probenversandsystem steht zur Verfügung. Für komplizierte Fälle ist eine stationäre Stoffwechseluntersuchung möglich. Aufgrund der erhobenen Befunde wird ein Therapievorschlag erarbeitet und an den behandelnden Arzt weitergeleitet. Über ein automatisches „Mahnsystem“ wird über den behandelnden Arzt der Therapieerfolg in regelmäßigen Abständen kontrolliert. Interessierte Ärzte können sich wenden an:

Experimentelle Urologie
Studienzentrale
Urologische Univ.-Klinik
Sigmund-Freud-Straße 25
5300 Bonn 1 · Tel.: 02 28/2 80/39 36

NOTIZ