

KONSILIAR- UND LIAISONPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

EDITORIAL

H. P. Kapfhammer

Die C-/L-Psychiatrie ist eine Subspezialität der Psychiatrie in enger Kooperation mit den diversen Fächern der klinischen Medizin. Sie befasst sich in Diagnostik und Therapie mit psychosozialen Problemen und psychiatrischen Störungen körperlich kranker Patienten oder Patienten mit körperlichen Symptomen, die in einem eng definierten organisch-medizinischen Krankheitsmodell nicht erklärt, aber in einem breiteren psychosomatischen Modell verständlich gemacht werden können.

Die Verankerung der „psychosomatischen Perspektive“ folgte in den medizinischen Versorgungssystemen einzelner Länder recht unterschiedlichen Entwicklungspfaden. Sie führte beispielhaft in den USA bereits während der 30er und 40er Jahre des letzten Jahrhunderts an mehreren Zentren zu einer institutionellen Integration von internistischen, chirurgischen und psychiatrischen Abteilungen in die organisatorische Verwaltungseinheit eines Krankenhauses und bemühte sich um eine Gleichstellung somatisch kranker und psychiatrischer Patienten. Gleichzeitig entstand hiermit ein erstes Kooperations- und Interaktionsmodell zwischen den unterschiedlichen medizinischen Fächern, das einerseits eine psychiatrische Mitbetreuung von körperlich kranken Patienten auf den unterschiedlichen Stationen erlaubte, im Krisenfall auch die Möglichkeit einer Verlegung auf die psychiatrische Abteilung vorsah, aber andererseits auch umgekehrt die ärztlich-medizinische Versorgung der psychiatrischen Patienten sicherstellte.

In einigen europäischen Ländern wie England oder den Niederlanden zeichnete sich eine ganz analoge Entwicklung ab. Wissenschaftsgeschichtliche, aber auch hochschulpolitische Gründe bewirkten in der Bundesrepublik Deutschland nach dem II. Weltkrieg eine ganz eigene Akzentuierung der „psychosomatischen Perspektive“. Sie wurde weniger von der klinischen Psychiatrie getragen, lehnte sich bevorzugt an die Interne Medizin an und war vorrangig psychoanalytisch ausgerichtet. In den 70er und 80er Jahren herrschte das Bemühen vor, eigenständige Abteilungen und Kliniken mit eigenständiger Bettenkapazität zu gründen, in denen in betonter Abgrenzung zu den somatischen Disziplinen vor allem auf psychodynamische Prinzipien gestützte Behandlungs- und Umgangsformen mit körperlich kranken Patienten angestrebt wurden. Neben traditionell tiefenpsychologisch geführten Institutionen entstanden aber auf dem „psychosomatischen

Versorgungssektor“ auch zunehmend stärker nach lerntheoretischen Modellen orientierte Einrichtungen der Verhaltensmedizin.

Im universitären Bereich etablierten sich sowohl psychiatrische als auch psychosomatische Konsiliardienste, die mancherorts auch noch durch psychosoziale Angebote der anwendungsorientierten medizinischen Psychologie komplettiert wurden. Dies führte zu einer inoffiziellen Aufteilung der „Arbeitsgebiete“ in eine beanspruchte Zuständigkeit für organisch bedingte psychische Störungen, sekundäre affektive und Angststörungen bei somatischen Krankheiten sowie psychischen Störungen bei Substanzmissbrauch einerseits, für „klassische“ psychosomatische Krankheitsbilder, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bzw. spezielle Fragestellungen des Krankheitsverhaltens, des Copings und der Compliance, der krankheits- und gesundheitsbezogenen Lebensqualität in definierten medizinischen Settings andererseits. In der Perspektive eines vielschichtigen „psychosomatischen“ Versorgungsangebotes könnte diese Situation zunächst optimistisch stimmen. Aus dem Blickwinkel des Patienten, aber auch der somatisch medizinischen Kollegen muss sie oft verwirren. In organisatorischer Hinsicht innerhalb eines Krankenhaussystems ist sie allenfalls unbefriedigend. Künftig gilt es, diese unterschiedlichen Zugangsweisen der Fächer „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychotherapeutische Medizin“ und „Medizinische Psychologie“ für den Konsiliar- und Liaisondienst innerhalb gemeinsamer Kooperationsformen einer „Integrierten Psychosomatik“ zu erproben.

Konsultationspsychiatrie beruht wesentlich auf der Offenheit des somatisch-medizinischen Kollegen für psychiatrische und psychosoziale Fragestellungen bei seinem Patienten sowie seine Bereitschaft, einen Psychiater systematisch um Beratung hierfür anzusprechen. Eine Konsultation kann patienten-, krisen-, team- oder arztorientiert erfolgen. Vom C-/L-Psychiater wird ein hoher Kenntnisstand in den unterschiedlichen medizinischen Arbeitsfeldern, ein detailliertes Wissen um die diagnostischen Besonderheiten psychischer Störungen bei körperlich kranken Patienten und wichtige Einflussgrößen durch somatische Krankheitsprozesse und biologische Therapiemodalitäten, eine Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit, eine Fähigkeit zu problemorientierten prag-

matischen Lösungsvorschlägen sowie eine Anerkennung der letzten therapeutischen Verantwortlichkeit beim medizinischen Kollegen gefordert. Im Vergleich hierzu setzt **Liaisonpsychiatrie** ein zeitaufwendigeres Engagement eines Psychiaters an einer spezialisierten medizinischen Klinik und eine intensivere Integration in den Routineablauf einer Station mit Visiten, Teamgesprächen und Patientenaufnahme voraus. Diese strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen ihm einen wichtigen prophylaktischen Beitrag zur besseren Erkennung und Behandlung psychischer Störungen und psychosozialer Probleme der Patienten vor Ort. Sie gestatten es ihm auch, im engen Kontakt mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam psychosomatische Kenntnisse und Fertigkeiten fortlaufend zu vermitteln.

Epidemiologische Studien belegen, dass bei 30 bis 50 % der Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus eine psychiatrische Komorbidität vorliegt. In etwa der Hälfte der Fälle besteht eine aktuelle psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit. Lediglich 1 bis 2 % der stationären Patienten werden aber durchschnittlich in einem psychiatrischen Konsiliardienst vorgestellt. Die Gründe für diese niedrigen *Überweisungsraten* sind vielfältig. Sie sind zum einen in der nach wie vor oft mangelhaften Fertigkeit von medizinischen Kollegen zu suchen, psychische Probleme bei ihren Patienten überhaupt zu identifizieren oder aber neben der körperlichen Grunderkrankung als relevant einzustufen. Andererseits erlaubt ihnen eine erworbene psychosomatische Basiskompetenz oder aber die systematische Mitarbeit von klinischen Psychologen in spezialisierten Versorgungskontexten, wie z.B. Onkologie oder Gynäkologie, sehr wohl auch eine eigenständige effiziente Betreuung der Patienten in psychologischen Fragestellungen. Zum anderen erschweren strukturelle Rahmenbedingungen einer Klinik mit Fokussierung auf eng umschriebene diagnostische Untersuchungen und therapeutische Interventionen und hiermit assoziiert sehr kurze stationäre Verweildauern verständlicherweise die Aufdeckung zusätzlicher psychiatrischer Störungen bei den Patienten. Aber auch die an Personal und Ressourcen meist sehr bescheiden ausgestatteten psychiatrischen Konsiliardienste stoßen in ihrem Versorgungsmöglichkeiten rasch an eine Grenze.

Psychiatrische Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen ist keineswegs trivialer Natur. So sind z. B. Delire selten nur flüchtige hirnorganische Irritationen. Sie signalisieren vielmehr häufig eine tiefgreifende Dekompensation der zerebralen Leistungsfähigkeit oder gar der gesamtorganismischen Strukturiertheit und verursachen unbehandelt ein schwerwiegendes Defektsyndrom oder aber leiten den Sterbeprozess ein. Auch emotionale Störungen sind häufig nicht nur als eine einfühlbare Anpassung an die belastende Situation der Erkrankung zu verstehen, sondern stellen einen komplexen psychobiologischen Vorgang dar, der oft mit langfristigem Verlauf, verstärkter somatischer Morbidität und erhöhter Mortalität verbunden ist. In jedem Fall bedeutet psychiatrische Komorbidität aber ein intensiveres subjektives Leiden, ein verringertes Coping in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, eine stark beeinträchtigte gesundheitsbezogene Lebens-

qualität und meist auch eine verzögerte Rückkehr in die Arbeitsproduktivität. In der Regel verlängerte stationäre Verweildauer, zahlreiche diagnostische Maßnahmen sowie eine intensivere Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Einrichtungen sind nicht zuletzt auch sozioökonomisch bedeutsame Konsequenzen.

Die häufigsten *Gründe einer Überweisung* zur konsiliarpsychiatrischen Untersuchung sind: psychiatrische Notfälle wie Suizidalität oder Erregungszustände, organische Psychosyndrome, emotionale Störungen, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabusus, Interaktionsstörungen mit *schwierigen Patienten*, speziell mit Persönlichkeitsstörungen oder mit häufigen somatisch-medizinisch ungeklärten körperlichen Beschwerden.

Für den C-/L-Psychiater ist es in der diagnostischen Orientierung vorteilhaft, zunächst das jeweils mögliche *Verhältnis von körperlicher Erkrankung und psychischer Störung* gesondert zu reflektieren. Psychische Störungen können sich als affektive, hirnorganische oder verhaltensmäßige Komplikationen körperlicher Erkrankungen erweisen. Körperliche Krankheiten sind andererseits auch als Komplikationen psychischer Störungen, wie z.B. nach Suizidversuchen oder selbstschädigenden Handlungen, möglich. Psychische Störung und körperliche Krankheit können wie im Falle eines bipolar affektiven Patienten unter Lithium und notwendig gewordenem operativem Eingriff auch zufällig koinzidieren. Und wiederum ist das Verhältnis von psychischer Störung und körperlicher Krankheit eigenständig bei jenen Patienten zu bestimmen, die unter körperlichen Symptomen ohne hinreichende organomedizinische Erklärbarkeit leiden.

In der weiteren diagnostischen Analyse hat sich der C-/L-Psychiater die Frage zu stellen, warum ein individueller Patient mit einer definierten körperlichen Krankheit in einem bestimmten Abschnitt des Krankheitsprozesses in besonderer Weise für emotionale und kognitive Störungen vulnerabel ist. Er ist hierbei einem biopsychosozialen Ansatz verpflichtet. Er erfasst eigenständige biologische Einflüsse der Krankheit auf zentralnervöse Strukturen und Funktionen ebenso wie die subjektiven Bedeutungen von Bedrohung und Verlust bei akuter Erkrankung, chronischem Leiden, möglichem oder unänderlichem Sterben, aber auch Wiedergesunden mit oder ohne bleibende Behinderung. Er weiß um die depressio- und anxiogenen bzw. delirogenen Effekte zahlreicher Medikamente sowie operativer und radiologischer Therapien. Er versucht, die Besonderheiten der Persönlichkeitsstruktur des Patienten vor dem Hintergrund seiner Biographie und aktuellen Lebenssituation, einer eventuellen psychiatrischen Anamnese zu verstehen und die psychosozialen Konsequenzen der Erkrankung zu berücksichtigen. Bei Patienten mit Somatisierungssyndromen orientiert er sich vorteilhaft an einzelnen Dimensionen der Somatisierung wie Akuität versus Chronizität und Ausmaß der somatoformen Beschwerden, Kognitionen, Sorgen und Attributionen im subjektiven Krankheitsverständnis, akute versus chronische psychosoziale Behinderung, Anzeichen eines abnormen Krankheitsverhaltens wie offene oder heim-

liche Selbstdestruktion, Operationsbestreben, Rentenbegehren, inadäquate Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Einrichtungen usw.

Der C-/L-Psychiater ist in seinem Selbstverständnis ein psychosomatisch orientierter Psychiater, der sich auf die multimodalen Behandlungsansätze der modernen Psychiatrie stützt. *Psychopharmakotherapie* einerseits, Psychotherapie andererseits sind die beiden Grundpfeiler seiner Behandlungsmöglichkeiten neben seiner Vermittlungstätigkeit im Kontakt mit den vielfältigen somatisch-medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialen und hausärztlichen Stellen. Beide therapeutischen Hauptansätze orientieren sich speziell an den Bedürfnissen und Grundbedingungen somatisch kranker Patienten bzw. Patienten mit einem überwiegend organmedizinisch zentrierten Krankheitsverständnis ihrer vielfältigen psychologischen und psychosozialen Probleme. Per definitionem sind therapeutische Interventionen im psychiatrischen Konsiliardienst zeitlich stark begrenzt. Eine längerfristige Mitbehandlung ist nur in Ausnahmefällen möglich.

Die breite Palette psychopharmakologischer Substanzen muss auch im Konsiliardienst verfügbar sein. Für eine effiziente und sichere Anwendung sind eine detaillierte Kenntnis möglicher Nebenwirkungen einzelner Substanzklassen, die Beachtung spezieller pathophysiologischer Grundbedingungen bei definierten Körperkrankheiten und wichtiger Interaktionen von Psychopharmaka und Internistika sowie ein Wissen um die besonderen Rahmenbedingungen internistischer oder chirurgischer Therapiemaßnahmen, z.B. einer Organtransplantation, entscheidend.

Die psychotherapeutische Begegnung mit dem körperlich kranken Patienten verlangt zunächst die Berücksichtigung der speziellen Bedeutungen des Erkrankens, des chronisch Krankseins, des Sterbenmüssens oder aber des Wieder-gesund-Werdens für den individuellen Patienten. Trotz bedeutsamer objektivierter Therapiefortschritte der modernen Medizin sind schwere Organerkrankungen nach wie vor eine existentielle Bedrohung für die meisten Betroffenen. Zentrale Ängste können sich auf so unterschiedliche Aspekte wie Sterben und Tod, übermäßige Abhängigkeit von familiärer Betreuung und ärztlicher Versorgung, entstellende Operationen mit Beeinträchtigungen im Selbstwerterleben und Körperbild, Verlust des beruflichen Status und soziale Isolation, Labilisierung persönlicher Bande, körperliches Unwohlsein und Schmerz beziehen. Je nach Persönlichkeit, psychosozialer Situation, Abschnitt im Lebenszyklus und soziokultureller Verankerung nimmt die emotionale Reaktion eines somatisch schwer kranken Patienten eine unterschiedliche Gestalt an, variiert das Gelingen in der vielschichtigen Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Vor jeder psychotherapeutischen Schulorientierung muss dieser grundlegenden ärztlich-psychotherapeutischen Dimension die zentrale Beachtung zukommen. Sie zielt auf eine mitteilende Öffnung für heftige Affekte von Angst, Wut und Verzweiflung und begleitenden Kognitionen, will einen notwendigen Trauerprozess unterstützen und gerade dadurch die Coping- und Abwehrfertigkeiten eines Pati-

enten bestärken. Es existiert mittlerweile eine Reihe von in ihrer Wirksamkeit überprüften psychodynamisch orientierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen, hypnotherapeutischen und entspannungsübenden Kurztherapien, die bei unterschiedlichen somatischen Krankheitsbildern eingesetzt wurden.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze spielen gerade auch in der Behandlung von Patienten mit „Somatisierungssyndromen“ eine besondere Rolle. Für eine erfolgversprechende Aufnahme eines psychotherapeutischen Kontaktes ist aber eine differenzierte Kenntnis der vielfältigen psychodynamischen Aspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung unverzichtbar.

Der C-/L-Psychiater leistet eine bedeutsame Vermittlungsarbeit mit somatisch-medizinischen Stationen und psychiatrischer Klinik einerseits, mit ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen, hausärztlichen, sozialunterstützenden und rehabilitativen Einrichtungen andererseits.

C-/L-Psychiater versehen neben ihrer unmittelbaren klinischen Arbeit auch eine wichtige Fort- und Weiterbildungsfunktion für ihre somatischen Kollegen. Zunehmend ist ein klinisches und wissenschaftliches Engagement des C-/L-Psychiaters in speziellen, erst durch den Fortschritt der modernen Medizin selbst geschaffenen klinischen Settings, wie z.B. Intensivstation, Transplantationseinheit usw., gefordert. Grundlegende medizinisch-ethische Fragestellungen erheben sich für ihn, wenn er zu Entscheidungen etwa um den Abbruch (über-)lebensnotwendiger Therapiemaßnahmen bei komatösen Patienten, die Ablehnung von lebensverlängernden Behandlungen bei schwerst kranken Patienten oder bei Wunsch eines infaust erkrankten Patienten nach einem ärztlich assistierten Suizid gerufen wird.

In dem vorgelegten Themenschwerpunkt soll die Vielfältigkeit der konsiliar- und liaisonpsychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeit illustriert werden. Beispielhaft werden spezielle psychotherapeutische Zugangsweisen etwa zu Kindern und Jugendlichen, polytoxikomanen Patienten, gerontologischen und onkologischen Patienten im Konsiliardienst beschrieben. Die Bedeutung einer häufig notwendigen Kombination mit einer differentiellen Pharmakotherapie wird herausgestellt.

**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Hans-Peter Kapfhammer**

Klinik für Psychiatrie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz
Tel. +43-316-385-3612

E-Mail: Hans-peter.kapfhammer@klinikum-graz.at