

Keine Psychotherapie mit organisch Kranken?¹

■ M. M. Berkhoff

Psychiatrische Klinik Zugersee, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberwil b. Zug

Summary

Berkhoff MM. [No psychotherapy in patients with physical illness?] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159:313–6.

In patients with physical illness and psychiatric symptoms it should first be clarified whether these symptoms appear as a sign of the physical illness itself, or whether they are to be understood as treatment consequences or as special psychological reactions to the illness. This requires appropriate expertise or co-operation with experienced colleagues. This distinction has different therapeutic implications. Otherwise psychotherapy follows general proceedings in psychiatry and psychotherapy.

It is recommendable not to expect much regarding treatment success or appreciation on part of the patient. Where this is difficult, good self-reflection is particularly worthwhile.

Keywords: psychotherapy; psychotherapist; physical illness; Parkinson's disease

Einleitung

Der Titel «Keine Psychotherapie mit organisch Kranken?» ruft verschiedene Assoziationen wach, vielleicht insbesondere das Fragezeichen und die Verneinung. Sicher ist richtig, dass eine Psychotherapie bei einer akut bedrohlichen Grunderkrankung zurückzustehen hat, bis diesbezüglich Diagnose und Vorgehen gesichert sind. Und es lohnt sich die Klärung, was eine «organische Krankheit» ist und welches Vorgehen in welcher Situation sinnvoll ist.

Der vorliegende Beitrag zu diesem Thema ist auch eine Beschränkung, indem manches nur beispielhaft, anderes nur cursorisch betrachtet wird. Zunächst werden exemplarisch am Beispiel des M. Parkinson die möglichen *Ursachen* psychischer Symptome bzw. psychiatrischer Störungen organisch Kranker diskutiert, diese lassen sich bei aller Vielfalt grob drei Kategorien zuordnen. In weiteren Abschnitten wird cursorisch auf einige *Besonderheiten in der Psychotherapie* und für den *Psychotherapeuten* in dieser Situation eingegangen.

«Psychische Störungen» bei organisch Kranken?

Psychische Auffälligkeiten bei organisch Kranken können drei grundsätzlichen Kategorien zugeordnet werden: Sie können durch die *Krankheit* selbst direkt verursacht werden; sie können jedoch auch als Folge der *Behandlung* der Krankheit oder als *Reaktionsweise* auf die Krankheit auftreten; häufig sind auch Kombinationen dieser Möglichkeiten.

Dies soll exemplarisch am Beispiel des M. Parkinson dargestellt werden. Analoges gilt auch für andere chronische Krankheiten, z.B. die Multiple Sklerose.

a) Durch die *Krankheit* verursachte Störung

Beispielsweise sind bei Menschen mit einem M. Parkinson Depressionen häufig, diese werden in 30–50% der Fälle beobachtet. Das klinische Bild entspricht etwa dem anderer Depressionen, besonders häufig treten Affektlabilität und Apathie auf, synthymmer Wahn und Suizidalität seltener.

Ist nun diese Depression «organisch» zu verstehen oder als emotionale Reaktion auf die Krankheit? Zumindest eine organische Komponente ist wahrscheinlich: Beim M. Parkinson ist mit der reduzierten dopaminergen Aktivität in

1 Vortrag gehalten anlässlich des 4. Januarsymposiums «Psychotherapie bei Schwerkranken – Stellenwert, Angebote, Wirksamkeit» in Zürich am 18. Januar 2007.

Korrespondenz:

Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff
Psychiatrische Klinik Zugersee
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Widenstrasse 55
CH-6317 Oberwil b. Zug
e-mail: magdalena.berkhoff@pkzs.ch

der Substantia Nigra auch der dopaminerge Input zum «limbischen Striatum» (Nucleus accumbens, ventromedialen Striatum) reduziert. Dies kann zu einer Dysbalance, zu einer Störung der koordinierten Interaktion in diesen Regionen bzw. Subregionen führen. Diese Dysbalance kann gemäss verschiedenen Modellen als eine mögliche biologische Ursache einer Depression angenommen werden [1].

Manche Autoren vermuten bei Vorliegen einer *Major Depression* das Überwiegen biologischer Faktoren, hingegen für die *Minor Depression* dasjenige von psychologischen [2]. Kombinierte Faktoren und wechselseitige Verstärkung sind wahrscheinlich.

Häufig ist die Komorbidität von Depression mit Angstsymptomatik bei M. Parkinson, auf letztere wird unten noch eingegangen.

b) Durch die *Behandlung* der Krankheit verursachte Störung

Sowohl medikamentöse als auch andere Behandlungsmethoden können erhebliche Auswirkungen auf Affektivität und Persönlichkeit haben.

L-Dopa-Effekte: Manie

Die Therapie mit Dopaminagonisten kann zu einem gesteigerten Wohlbefinden bis zur eigentlichen Manie führen. Als Risikofaktor hierfür gelten prämorbid manische Phasen. In 1–10% der Fälle kommt es zu einer gesteigerten Libido mit unangemessener Hypersexualität. Ebenfalls wurde wiederholt neu aufgetretenes pathologisches Spielen beschrieben, dies trat beispielsweise nach einer Untersuchung bei 12 von 250 Patienten mit Neuverordnung auf [3].

Zu erwähnen ist speziell auch die «*hedonistische homöostatische Dysregulation*» [4]. Dabei kommt es zu zunehmender Einnahme von Dopaminagonisten trotz ausgeprägter Dys- und Hyperkinesien. Es entwickelt sich ein hypomanes Bild mit psychomotorischer Agitation, Euphorie, Reizbarkeit und Horten von Lebensmitteln oder Medikamenten.

Bei Reduktion oder Absetzen von Dopaminagonisten treten Entzugserscheinungen mit Dysphorie, Depression, Reizbarkeit und Angst auf.

L-Dopa-Effekte: Psychose

Relativ häufig sind Illusionen. Halluzinationen sind in der Regel visuell und häufig komplex. Wahngedanken sind meist paranoid, es treten jedoch auch seltenere Syndrome auf wie das Othello-Syndrom (ausgeprägter Eifersuchtszwang)

oder das «Phantom Boarder-Syndrom» (Eindruck, ein Unbekannter lebe mit im gleichen Haushalt).

Erwähnenswert ist, dass in bis zu 12% der Patienten mit M. Parkinson bereits vor einer Behandlung mit L-Dopa visuelle Halluzinationen beobachtet wurden. Hierbei ist insbesondere die Differentialdiagnose zur Lewy-Body-Demenz, einer progressiven Demenz mit visuellen Halluzinationen, fluktuierendem Verlauf und Parkinsonismus, wichtig, klassische Neuroleptika sind zur Behandlung dieser Symptome nicht indiziert und Dopamin ist weniger wirksam als beim M. Parkinson.

Veränderungen nach tiefer Hirnstimulation

Die psychischen Veränderungen nach tiefer Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation, DBS) sind recht gut untersucht, jedoch mit eher kleinen Fallzahlen. Insbesondere wurden Depressionen beschrieben, so waren nach subthalamischer tiefer Hirnstimulation sechs von insgesamt 24 stimulierten Patienten deutlich depressiv, davon drei suizidal [5].

Eine ausgeprägte Manie wurde in drei von 15 Fällen beschrieben [6]. In dieser Studie wird auch erwähnt, dass Depression und Manie als gegenüberliegende Pole auf einem Kontinuum von Stimmungsveränderungen anzusehen sind. Diese könnten als Ergebnis von oszillatorischen Veränderungen im Dopamin-Release im gleichen Patienten alternieren.

In anderen Studien wurde ein negativer Effekt der DBS auf die Exekutivfunktionen [7] und die Persönlichkeit [8] gefunden.

c) *Reaktionsweisen* auf die Krankheit

Reaktionen auf eine organische Erkrankung können kurzfristig sein. Häufiger sind teilweise dysfunktionale, teilweise normale Reaktionen auf veränderte Lebensumstände durch die Krankheit. Dies sei wieder am Beispiel Parkinson erläutert.

Eine direkte Affektreaktion als Antwort auf die neurologische Symptomatik kommt z.B. bei ausgeprägten On-Off-Fluktuationen vor. Hierbei treten hohe Angstscores während der Off-Phase auf: Die rasch einsetzende motorische Unbeweglichkeit löst nachvollziehbar starke Ängste aus.

In Verbindung mit den motorischen Einschränkungen und dem Tremor kommt es bei manchen Patienten in sozialen Situationen zu Angst als Reaktion auf ein – vermeintlich oder real – «beschämendes» Handicap: beispielsweise die Befürchtung, beim Trinken Flüssigkeit zu verschütten und sich selbst oder andere zu beschmutzen.

Insgesamt sind die Belastungen durch die motorischen Einschränkungen und die erwähnten psychiatrischen Störungen erheblich. Hinzu treten häufig Veränderungen in den sozialen Bezügen wie z.B. Verlust der Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise und Rollenveränderung in der Partnerschaft. Hierfür wurde der Begriff «*premature social aging*» geprägt: Die soziale Situation entspricht der von erheblich älteren Menschen und erfordert den vorzeitigen Abschied von früheren Fähigkeiten.

Oft ändern sich nicht nur die sozialen Beziehungen des Betroffenen, sondern auch diejenigen des Partners/der Partnerin. Hier ist sowohl eine Überbeanspruchung bis zur Überforderung durch vermehrte Pflegeleistungen zu nennen, aber auch eine zunehmende gesellschaftliche Isolierung ist nicht selten und kann sehr belastend sein.

Es muss also mit beängstigenden Symptomen, sozialen Veränderungen und unklaren Zukunftsaussichten umgegangen werden. Wie erfolgreich dies gelingt, hängt von der prämorbidem Persönlichkeit ebenso ab wie von den aktuellen persönlichen Ressourcen und von der Umgangsweise im Umfeld.

Psychotherapie mit organisch Kranken

Vor Psychotherapiebeginn sollte geklärt sein, welche psychischen Symptome direkt durch die Grunderkrankung verursacht werden und welche erst als Folge der Therapie oder als Reaktion auf die Krankheit aufgetreten sind. Daraus ergibt sich eine entsprechende Anpassung des Vorgehens. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung selbst folgt den üblichen Behandlungsleitlinien: Beispielsweise sind bei einer Depression – unabhängig davon, ob diese als Reaktion auf die Krankheit oder vorwiegend organisch bedingt ist – Antidepressiva wirksam, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, und eine Psychotherapie basierend auf einer guten therapeutischen Beziehung ist sinnvoll. Im folgenden soll auf einige Besonderheiten in der Psychotherapie mit organisch Kranken eingegangen werden.

a) Grundlegendes

Besonders wichtig bei organisch Kranken bleibt es, das «Gesamte» des Menschen, d.h. seine Biographie und Persönlichkeit, ebenso im Blick zu haben wie seine Krankheit. Auch der soziale Kontext ist wesentlich: häufig ist eine Entlastung erforderlich, die z.B. durch ambulante Hilfen (Spitex), Tagesstruktur, Tagesklinik erreicht wer-

den kann – für den Patienten, die Patientin und seine, ihre Angehörigen.

b) Veränderung des Copings

Abhängig von der Grunderkrankung sind bei manchen Erkrankungen auch Veränderungen im Umgangsstil mit der Krankheit zu erwarten.

Beispielsweise zeigten MS-Patienten in einer Untersuchung mit 381 Patienten im Vergleich zu 291 Vergleichspersonen einen besonderen Copingstil: Dieser war von Wunschenken geprägt, sie zeigten wenig Suchen nach sozialer Unterstützung und kaum problemfokussierten Umgang [9].

Diese Veränderungen im Copingstil müssen bei der realistischen Therapieplanung berücksichtigt werden.

c) Systemische Auswirkungen

Sowohl der direkte Einfluss der Krankheit als auch die assoziierten psychischen Symptome führen oft zu wichtigen Veränderungen in der Paarbeziehung und im Familiensystem, häufig z.B. zu Rollenwechseln. Diese führen manchmal erst bei Umkehr zur Dekompensation. Beispielsweise bei Paaren mit einem Betroffenen mit Parkinsonerkrankung: Hier übernimmt der Partner, die Partnerin oft Pflege- und Fürsorgeaufgaben. Wenn diese dann z.B. nach DBS oder stereotaktischer Operation nicht mehr benötigt werden, hingegen neu Persönlichkeitsveränderungen wie Reizbarkeit auftreten, kommt es zu einer Destabilisierung, auf die das Paar bereits vor der Operation vorbereitet werden sollte.

d) «Psychotherapie» bei Schwerkranken mit progressivem Leiden

Menschen, die verbal nicht oder kaum noch kommunizieren können, beispielsweise Demenzkranke in späteren Stadien, benötigen ein besonderes Vorgehen. Wenn der Patient, die Patientin im Rahmen einer Biographiearbeit nicht mehr selbst Auskunft geben kann, ist es hilfreich, die Angehörigen nach Persönlichkeit, Vorlieben und Abneigungen zu fragen. Viele Vorlieben, z.B. für bestimmte Musik oder Speisen, bleiben lange Zeit erhalten und können in einen wertschätzenden Umgang integriert werden. Auch können einige menschlich-emotionale Grundbedürfnisse weiterhin erfüllt werden, auch wenn dies nicht sprachbezogen geschieht: beispielsweise Vermittlung von Sicherheit

durch eine konstante Bezugsperson, Einbezug in Aktivitäten, subjektiv erfüllende Beschäftigung, zwischenmenschliche Wärme und Akzeptanz.

Zusammenfassend ist es wichtig, die von einer organischen Krankheit betroffenen Menschen, die zudem unter psychischen oder psychiatrischen Störungen zu leiden haben, nicht auf die jeweiligen Krankheitssymptome zu reduzieren, sondern sie weiterhin in ihrer Ganzheit wahrzunehmen und zu unterstützen.

Psychotherapeut von organisch Kranken

Warum erscheinen organisch Kranke ihren Psychotherapeuten oft als «schwierige Patienten»? In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, zunächst kurz zu Selbstwertgefühl und Berufsrolle einige Überlegungen anzustellen. Grundsätzlich erfahren wir uns sowohl als «persönliches Selbst», mit unserer Einzigartigkeit und Kontinuität (genetisches Profil, Lebensgeschichte und Erfahrungen, Wissen usw.), als auch als «soziales Selbst», d.h., in unsere Selbstbewertung fließen unsere sozialen Rollen ein: Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl wird durch andere mitvermittelt (Familienrolle, Berufsrolle).

Was bedeutet das nun im Kontext unserer psychotherapeutischen Aufgabe? Die berufliche Gratifikation, «berufliche Selbstwirksamkeit» gewissermassen, ist um so höher, je eher wir einen Behandlungserfolg miterleben können und wenn wir Wertschätzung durch den Patienten erfahren.

Bei der beruflichen Gratifikation spielen auch andere Faktoren eine Rolle, wie berufliche Sicherheit, Bezahlung und andere, tieferliegende Einflüsse wie Werte, Sinnggebung und anderes. Negativ wirken sich hingegen beispielsweise Zeitdruckerleben, mangelnde Beeinflussungsmöglichkeiten und damit Hilflosigkeit sowie grosses eigenes Bedürfnis nach Anerkennung aus. Insbesondere wenn gleichzeitig eine (zu) grosse Identifikationsbereitschaft und wenig Distanz bestehen, können hierdurch erhöhte Verausgabung und Erschöpfung begünstigt werden. Wichtig sind oft auch nicht bewusst eingestandene Gefühle nicht nur von Hilflosigkeit, sondern manchmal auch von Ekel bei körperlich entstellenden Leiden oder auch die Konfrontation mit eigenen Ängsten vor schwerer Krankheit und Tod. Wenn diese eigenen Gefühle des Therapeuten nicht bewusst reflektiert werden, sondern direkt zu einem abweisenden Verhalten führen (d.h. «ausagiert werden»), ist eine förderliche therapeutische Beziehung – wesentlicher Wirkfaktor jeder Psychotherapie – kaum möglich.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Bezüglich Behandlungserfolg oder Wertschätzung seitens des Patienten sollten möglichst wenig Erwartungen gehegt werden. Häufig kommt es ja zu einer Verschlechterung aufgrund eines chronisch progredienten Grundleidens, obwohl die Psychotherapie selbst durchaus positive Auswirkungen hat. Unter dieser Verschlechterung leiden der Patient und seine Angehörigen.
- Wichtig ist, den Blickwinkel weit einzustellen: über die Krankheit des Patienten hinaus auf seine Persönlichkeit und Lebensgeschichte als Ganzes, und auch auf seine Umgebung, insbesondere die Menschen in seiner Nähe.
- Gleiches lohnt sich auch für die Selbstwahrnehmung in der Situation als Psychotherapeut, Psychotherapeutin von organisch Kranken: Perspektivwechsel, gute Selbstreflexion auch im Hinblick auf wenig akzeptierte Gefühlsreaktionen (Ekel, Angst vor Krankheit und Tod) und humorvoll-fürsorglicher Selbstumgang sind hilfreich.

Literatur

- 1 Mayberg HS. Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *Br Med Bull.* 2003;65(1):193–207.
- 2 Starkstein SE, Merello M, Merello JM. *Psychiatric and Cognitive Disorders in Parkinson's Disease.* Cambridge: University Press; 2002.
- 3 Molina JA, Sáinz-Artiga MJ, Fraile A, Jiménez-Jiménez FJ, Villanueva C, Ortí-Pareja M, et al. Pathologic gambling in Parkinson's disease: a behavioural manifestation of pharmacologic treatment? *Mov Disord.* 2000;15:869–72.
- 4 Giovannoni G, O'Sullivan JD, Turner K, Manson AJ, Lees AJ. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68:423–8.
- 5 Berney A, Vingerhoets F, Perrin A, Guex P, Villemure JG, Burkhard PR, et al. Effect on mood of subthalamic DBS for Parkinson's disease: a consecutive series of 24 patients. *Neurology.* 2002;59:1427–9.
- 6 Kulisevsky J, Berthier L, Gironell A, Pascual-Sedano B, Molet J, Parés P. Mania following deep brain stimulation for Parkinson's disease. *Neurology.* 2002;59:1421–4.
- 7 Saint-Cyr JA, Trépanier LL, Kumar R, Lozano AM, Lang AE. Neuropsychological consequences of chronic bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Brain.* 2000;123:2091–108.
- 8 Houeto JL, Mesnage V, Mallet L, Pillon B, Gargiulo M, Tezenas du Moncel S, et al. Behavioural disorders, Parkinson's disease and subthalamic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;72:701–7.
- 9 McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2004;56(3):355–61.