

Rückblick zum Psychosomatik-Kongress der Luzerner Höhenklinik Montana LHM im KKL: Der schwierige Patient in meiner Praxis - Persönlichkeit und Psychosomatik

Am 28. März 2019 lud die LHM zur 1. Vortragsreihe ins KKL nach Luzern. Moderiert wurde der Nachmittag durch Dr. med. Jaroslav Antoni Dudczak, medizinischer Leiter der Psychosomatik LHM und Dr. phil. Marius Zbinden, Leiter Psychologischer-psychotherapeutischer Dienst LHM. Nach einer kurzen Information zu den Angeboten der LHM durch den Chefarzt Dr. med. Jean-Marie-Schnyder – die LHM bietet neben pneumologischer, kardiologischer, muskuloskelettaler und internistisch-onkologischer Rehabilitation an prominentem und naturnahem Standort im Herzen des Wallis auch psychosomatische Rehabilitation an – gab der erste Vortrag von Dr. med. Christian Müller, Kinder- und Jugendpsychiater in Biel, einen Überblick über ‚Coaching-Methoden bei Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen‘, insbesondere bezüglich der Problematik dysfunktionaler Persönlichkeitsstile und ihre dysfunktionale Interaktion und Kommunikation.

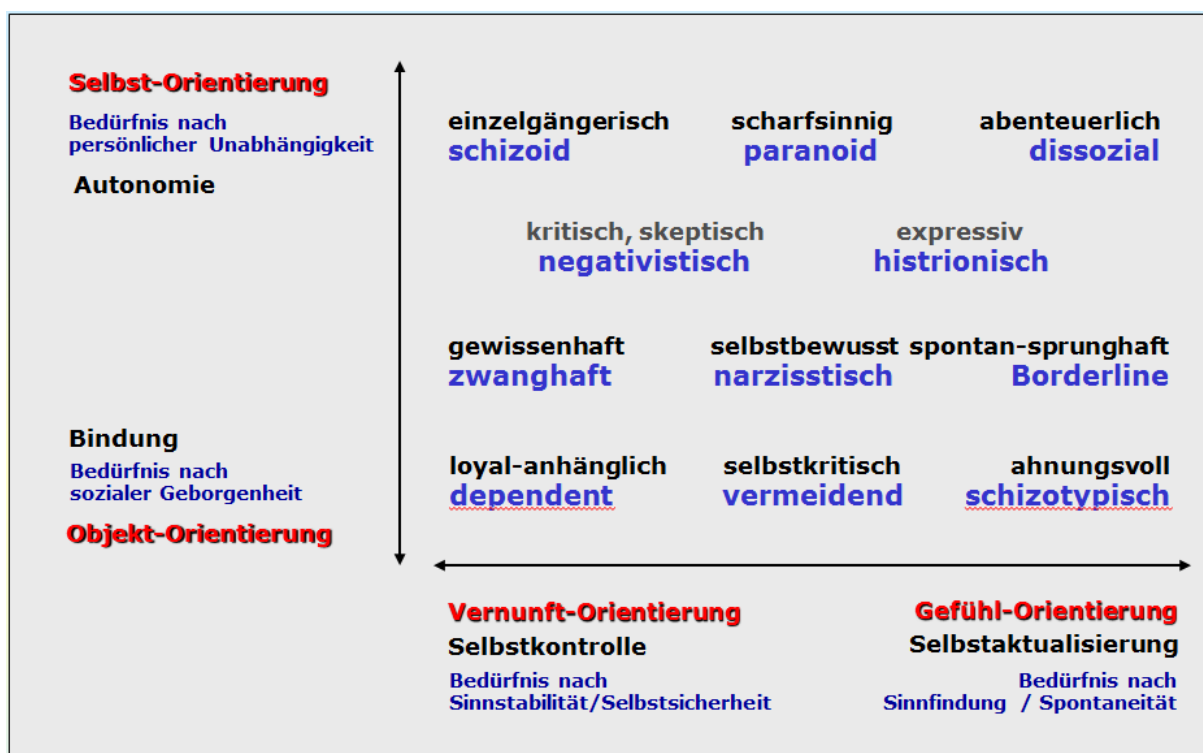
Die bereits im Kindes- und Jugendalter *erhöhte psychische Vulnerabilität* kann über erhöhten emotionalen und sozialen Stress – etwa Selbstentwertung und kommunikative Probleme unter Gleichaltrigen, Überstimulierung und ungünstige Verstärkermechanismen dysfunktionalen Verhaltens (positive Verstärkung der Verhaltensproblematik, dysfunktionale, negative Aufmerksamkeit) zu Verhaltensstörungen führen. Therapeutisch wird mit dem zentralen Begriff des '*parent coaching*' insbesondere Stressbewältigung, Verhaltensänderung, emotionale Intelligenz und Resilienz sowie Veränderung bzw. Vermeidung von sekundärem Krankheitsgewinn subsummiert (zusammengefasst, vgl. Tabelle 1).

<i>Stressbewältigung</i> – beim Kind/Jugendlichen und Umfeld	Stressmanagement, Analyse (aktuell) bestehender Fehlstrategien, Verstärkermanagement (Erwachsene, Schule)
<i>Verhaltensänderung</i>	Förderung konstruktiver Erfahrungen, positive Feedbacks, kongruente Kommunikation, aktives Lernen
<i>Emotionale Intelligenz und Resilienz</i>	Erwerb emotionaler, kommunikativer und sozialer Fähigkeiten, positive Beziehungen (etwa Joinup-Methode von Monty Roberts), Stärkung der Widerstandsfähigkeit – Stressmanagement und Resilienzverstärkung - des Kindes/Jugendlichen, aktive Steuerung emotionaler Distanz bzw. der Emotionen
<i>Vermeiden sekundärer Krankheitsgewinn</i>	Keine Opfermentalität, negative Aufmerksamkeit, dysfunktionale Empathie, keine problemorientierte Psychotherapie

Tabelle 1: Interventionsschwerpunkte und –strategien von Child, Parent und School Coaching

Praktische Beispiele in der Durchführung und verhaltensnahe Fallbeispiele zur Diagnose 'Emotional labile Persönlichkeit, impulsiver Typus' und 'Borderline-Persönlichkeit' rundeten den einleitenden Vortrag ab und eröffneten den Themenschwerpunkt 'Integrative Behandlung von dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen' von Prof. Dr. phil. Peter Fiedler, Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Deutschland, und Träger des höchst dotierten Schweizer Wissenschaftspreises für Humanistische und Anthropologische Psychologie der Dr. Margrit Egnér-Stiftung an der Universität Zürich.

Im Referat wurde überblicksartig in die DSM- und ICD-Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eingeführt, wobei innovative Perspektiven des DSM-V und der neuen ICD-11, an deren Expertise Prof. Fiedler massgeblich beteiligt war, aufgezeigt; *weg von den Persönlichkeitsstörungen hin zur Normatologie dysfunktionaler Persönlichkeitsstile!*. Die radikale Abkehr von einer stigmatisierenden kategorialen Diagnose (eine Ausnahme bildet der Komorbiditäts-Chart der emotional instabilen Persönlichkeit) hin zu einer (zwei)dimensionalen Person-Beurteilung in den Bedürfnisdimensionen *Selbst-Orientierung* (Autonomie, Selbstkontrolle) versus *Objekt-Orientierung* (Bindung, Empathiefähigkeit) sowie *Vernunft-orientierung* (Selbstkontrolle) versus *Gefühlorientierung* (Selbstaktualisierung) ist exemplarisch in Graphik 1 dargestellt.



Graphik 1: *Persönliche Stile und Persönlichkeitsstörungen.* (aus: Fiedler, P. (2017). Bedeutung der Komorbiditätsforschung für die Behandlungsplanung bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 21, 3-13.)

Mit dem Rütteln am Stabilitätsmythos schwierig beeinflussbarer Persönlichkeit ('der schwierige Patient war gestern – Interaktions- und Therapiekompetenz ist heute!') anhand der bereits seit 2000 laufenden Collaborative Longitudinal Personality Study (Gunderson et al., 2012), die eindrücklich die Therapieerfolge in bereits kurzer Zeit abbildet, beantwortete der Referent die Frage nach erfolgreichen Psychotherapiestrategien schulenunabhängiger TherapeutInnen (sog. Super-Shrinks) und eines unterstützenden Umfeldes (u.a. eben gerade keine disziplinierenden Strukturierungen in Kliniken und in der Psychotherapie!).

'Unterstützung von und Solidarität mit Patienten im gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensbedingungen' (und nicht gegen dysfunktionale Persönlichkeitsstile; vgl. einleitender 'Coaching-Ansatz!') finden ihre Entsprechung in relevanten integrativen Psychotherapie-Perspektiven auf Grundlage der Bindungs- und Neurobiologieforschung und der

'Theory of Mind'-Forschungsarbeiten sowie der Dissoziationsforschung etwa in der 'Strukturbezogenen Psychotherapie' (vgl. Gerd Rudolf u.a., seit 2004), der 'Mentalisierungsgestützten' Psychotherapie (vgl. Peter Fonagy u.a., seit 2004) und der 'Schematherapie' (vgl. Jeffrey E. Young u.a., seit 2000).

Integrative Behandlung von Persönlichkeitsstörungen umfasst demnach eine

- *Positive Funktionsanalyse* der bisherigen Persönlichkeits-Stile als vormals sinnvolle, heute jedoch dysfunktionale Coping-Stile, keine Reaktanz provozierende Stigmatisierung und eine disziplinierend eingesetzte Strukturierung zum Abbau dysfunktionaler Verhaltensweisen, zudem nie den Patienten beschämende Provokationen in der Öffentlichkeit!
- *Therapiebeziehung: Nach-Beeltern 'Reparenting'*: Die therapeutischen Interventionen sollten zwischen den Polen 'fürsorglich-liebevolle Strukturierung' und 'empathische Konfrontation mit den möglichen Konsequenzen eigener Handlungen' auf der Suche nach 'erwachsenen Lösungen' ausbalanciert werden!
- *Anreicherung und Ausgestaltung der Persönlichkeit* durch 'erwachsene Lösungen' mit den Therapieprinzipien - (bio-)psycho-soziales Konfliktmanagement, Beratung, Coaching und Supervision des Patienten!

Und das genau *setzt empathische und kreative Therapeuten voraus, die sich auf keinen Fall neutral verhalten, sondern die sich als Solidarpartner der Patienten verstehen, und zwar im gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände!*

Damit wurde der Ball an den nächsten Referenten, PD Dr. med. et Dr. phil. Daniel Sollberger, stellvertretender ärztlicher Direktor Erwachsenenpsychiatrie Basel-Land, zugespielt, der über Begriffsbestimmung zu Persönlichkeitsstruktur, Diagnostik und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen hinaus auf die fundamentale Rolle von Psychotherapie und Beziehung einging. Anhand der Borderline Persönlichkeitsorganisation (BPO; nach Kernberg) ging der Referent auf Dimensionen und ihre relevanten klinischen Implikationen anhand praktischer Aspekte evidenzbasierter ambulanter versus stationärer Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen ein.

Besonderheiten bei der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) ergeben sich insbesondere aus der *Komorbidität* (zu anderen Persönlichkeitsstilen, vgl. Komorbiditäts-Chart, affektiven und Angststörungen, sowie Suchterkrankungen und Essstörungen), hohen Prävalenzen bei komorbiden depressiven Störungen und Suchterkrankungen wobei die BPS die Hauptdiagnose darstellt und deren Behandlung für die Verbesserung der psychischen Komorbidität zentral ist.

Kontrovers wird auch heute noch die *Pharmakotherapie* der Borderline Persönlichkeitsstörung, im Gegensatz zur Komorbiditätsbehandlung, diskutiert. Dr. Sollberger gab hierzu eine Übersicht evidenz- bzw. Leitlinien-basierter Empfehlungen, bzw. der Gründe der spezifischen Polypharmazie sowie pharmako- und psychotherapeutische Empfehlungen (vgl. Tabelle 2).

Pharmakotherapie	Therapeutische Empfehlungen
<p>keine Empfehlungen (NICE, 2009; S2 Leitlinie der DGPPN; Cochrane-Metaanalyse, vgl. Stoffers & Lieb, 2010; 2014)</p> <p>Fazit: Kein Medikament ist zugelassen ('off label'), dies steht im Widerspruch zur gängigen Verordnungspraxis!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Zielsymptomen, nicht der Gesamtsymptomatik; • keine Antidepressiva, ausser bei komorbider MDD (SSRI); • keine Benzodiazepine; • keine Polypharmazie!
Gründe für Polypharmazie bei BPS	Adäquate medikamentöse Behandlung von Zielsymptomen/Komorbiditäten
<ul style="list-style-type: none"> • Komorbiditäten niederschwellig diagnostiziert und mediziert; • während Akutphase eingesetzte Medikamente werden nicht mehr abgesetzt; • Fehlen eines Medikaments für BPS führt zu Behandlung von Einzelsymptomen; • hoher therapeutischer Handlungsdruck bei grossem Leidensdruck seitens des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopharmaka primär bei krisenhaften Situationen; • gezielte Behandlung von Komorbiditäten mit systematischer Evaluation; • Integration in Psychotherapie, regelmässige Überprüfung, systematische Besprechung auch einer Reservemedikation; • Reflexion und Rolle der Medikation in der therapeutischen Beziehung; • Symptomfokussierte Hierarchisierung; • Medikation nach Kernsymptomen – affektive Dysregulation; Ärger/Wut, Aggressivität, Impulsivität; Irritabilität und kognitiv-perzeptive Symptome; • Möglichst niedrigdosiert!

Tabelle 2: Therapeutische Empfehlungen bezüglich Medikation von Zielsymptomen bzw. Komorbiditäten zur Vermeidung von Polypharmazie bei BPS

Last but not least bot Frau Dr. med. Anita Barbey, Oberärztin Neuropsychosomatik an der Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, mit ihrem Vortrag 'Von der Hysterie zur funktionellen neurologischen Störung - was tragen die Neurowissenschaften dazu bei?' neue wissenschaftliche Erklärungs- und Interventionsansätze zum auch in Hausarztpraxen bekannten Phänomen der *Konversionsstörungen*. Bei sog. funktionellen neurologischen Störungen handelt es sich insbesondere um motorische und/oder sensorische Funktionsausfälle (etwa Hyposensibilität – Gangstörungen, Kraftverlust und Lähmung - ohne organische Verteilungsmuster), deren klinische Zeichen inkompatibel sind mit einer anderen neurologischen Störung und auch nicht mit einer anderen medizinischen/psychiatrischen Störung erklärbar sind. Die Beschwerden erzeugen allgemein hohen Leidensdruck oder deutliche Funktionseinschränkungen, wie dies Frau Dr. Barbey an mehreren Videobeispielen, etwa zu 'nichtepileptischen Anfällen (PNES)' eindrücklich darlegen konnte.

In neurologischen Sprechstunden zeigen sich diese funktionellen Störungen überproportional häufig (prozentual noch vor Epilepsien und peripheren Nervenläsionen!) und werden dementsprechend oft auch fehldiagnostiziert. Psychologische (Risiko-)Faktoren, insbesondere das Vorhandensein von kritischen Lebensereignissen (*life events*), wie traumatische Erfahrungen, akute Belastungsfaktoren sowie aktuell überfordernde Entwicklungsaufgaben u.a. in der Biographie von Patienten mit Konversionsstörungen zeigen etwa bei experimentellem Wiedererinnern von Ereignissen mit entsprechenden negativen Emotionen (Furcht, Trauer) spezifische neuronale Korrelate, die als Erstarren (*freeze response*) interpretiert und als Teil des ontogenetischen Kampf-Fluchtsystems verstanden werden, was als 'nicht-willentlicher' Abwehrmechanismus gedeutet wird.

Multidisziplinäre Behandlung von Konversionsstörungen beinhaltet somit den Prozess der fundierten *neurologischen Diagnostik (assessment)*, damit verbunden das Aufzeigen (noch) vorhandener (gesunder) motorischen Funktionen i.S. einer Entkatastrophisierung sowie eine *veränderte Kommunikation mit dem Patienten*, auch unter *Einbezug des Hausarztes*. So sollte sich diese weg von der etwa konfrontativ-vorwurfsvollen Stigmatisierung oder des Vorwurfs von non-compliance bei der Behandlung ("Willensfrage") hin zur Vermittlung eines Konzeptes betreffend des komplexen Zusammenspiels somatischer (neuronaler) und psychischer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung bewegen.

Mit der Empfehlung zum Einbezug *adäquater Physiotherapie* (initiiieren von gezieltem Training der geschwächten Muskulatur, dem Patienten Rituale anbieten, die Wiederherstellung funktioneller Ausfälle ohne Gesichtsverlust umzusetzen etc.) zur Verhaltens- und Erlebensveränderung, eingebettet in spezifische *psychotherapeutische Strategien* (aufgreifen der Dissoziation des Bewusstseins von der körperlichen Symptomatik, Integration verschiedener Persönlichkeitsanteile etc.) resümierte die Referentin abschliessend moderne interdisziplinäre Interventionsansätze zur dargestellten funktionellen neurologischen Störung.

Mit einem Apéro und Walliser Weinen fand der Anlass mit über 50 Anwesenden im KKL einen gelungenen Abschluss.

Save the date:

Am Donnerstag, den 26. März 2020 wird bereits die 2. Vortragsreihe im KKL Luzern als Fortbildung für Luzerner und Innerschweizer Hausärzte, Psychiater und weitere Interessierte und Fachspezialisten stattfinden. Das psychosomatische Thema diesmal: '(M)ein Leben auf der Überholspur – Burnout, das gestresste Herz, Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch, Schlaf . . . !'

Laufende Aktualisierung der Infos unter:

www.luks.ch/veranstaltungen

www.lhm.ch (unter events)

Dr. phil. Marius Zbinden,
Leiter Psychologischer-psychotherapeutischer Dienst
Luzerner Höhenklinik Montana