

Thema: Fortbildung Psychiatrie/Psychotherapie

Titel: Der depressive Patient in der Hausarztpraxis

Verfasser: Wolfgang Schuck, Udo Boessmann

### **Kurzfassung:**

**Das Klientel des Hausarztes unterscheidet sich grundsätzlich vom Klientel eines Nervenarztes. Während Psychiater meist von schwer depressiven Patienten konsultiert werden, ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für leicht und mittelschwer depressive Menschen. Die Erklärungswelt des psychisch gestörten Menschen, der einen Allgemeinarzt aufsucht, ist eine andere als des Patienten, der einen Psychiater konsultiert. Komorbidität mit somatoformen Störungen und ein rigides, somatisches Erklärungsmodell für die Ursache der psychischen Störung sind häufig. Mißverständnisse, Widerstand und das Gefühl der Abwertung sind die Folge, wenn der Patient mit der klassischen psychiatrischen Fragetechnik konfrontiert wird. Die Behandlung von leichten und mittelschweren depressiven Störungen gehört daher in erster Linie in die Hand des Hausarztes. Die Positive Psychotherapie bietet ein praxisnahes Instrumentarium im Umgang mit depressiven Patienten in der Hausarztpraxis. Mit dieser Methode kann auch der Allgemeinarzt, der keine spezielle psychiatrische oder psychotherapeutische Ausbildung hat, einen raschen Zugang zur inneren Welt des depressiven Patienten erreichen.**

Depressive Störungen sind zu einer Volkskrankheit des 20. und 21. Jahrhundert geworden. In der allgemeinärztlichen Sprechstunde kommen reine Depressionen in mindestens 20 % der Klientel vor. Daneben leiden 40 % der Patienten mit somatoformen Störungen auch an depressiven Symptomen. Zusammengekommen nehmen Erkrankungen mit depressiven Symptomen einen Anteil von 30-40 % aller Konsultationen in der allgemeinärztlichen Sprechstunde ein.

Im ICD-10 wird zwischen leichten, mittelschweren und schweren depressiven Episoden unterschieden. Man kann dabei von einem Anteil von 30 % für leichte, 40 % für mittelschwere und 30 % für schwere depressive Störungen ausgehen. Nach unserer Erfahrung konsultieren überwiegend Patienten mit leichten oder mittelschweren depressiven Episoden den Hausarzt. Aus dem oben Gesagten ist leicht abzuleiten, daß Psychiater und Hausärzte es mit unterschiedlicher Klientel zu tun haben. Die Behandlung von depressiven Menschen erfordert nicht nur unser Fachwissen, sondern auch unser Einfühlungsvermögen und ein tieferes Verständnis der Erkrankung des Patienten. Eine professionelle Einstellung zu depressiven Menschen geht über das normale, mitmenschliche Trösten hinaus. Die Leitlinien „affektive

Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Stand: 4/2000), in denen verschiedene Depressionsformen und –schweregrade gut beschrieben sind, sind Grundlage einer fachgerechten Differentialdiagnose und Behandlung. Für den Nichtfacharzt ist es allerdings schwierig, daraus konkrete Handlungsanweisungen, insbesondere für die Anamnesetechnik und das therapeutische Vorgehen abzuleiten. Es besteht die Gefahr, daß der Patient, wenn er mit der psychiatrischen Fragetechnik konfrontiert wird, mit Abwehr reagiert und Fragen nach Stimmung, Gereiztheit, Antrieb oder Schuldgefühlen als Abwertung interpretiert. Er wird sie deshalb möglicherweise ausweichend oder bagatellisierend beantworten. Der Hausarzt benötigt aus diesem Grund eine psychosomatische Grundkompetenz, die auf die besonderen Bedingungen der Allgemeinpraxis zugeschnitten ist.

### **Das Konzept der Positiven Psychotherapie in der Allgemeinmedizin**

Ziele einer psychosomatischen Kompetenz des Allgemeinarztes sind

- die Fähigkeit, Vertrauen in die therapeutische Arbeit und in die ggf. notwendigen Medikamente herzustellen (Compliance)
- die für die depressive Störung charakteristischen negativen Krankheits- und Zukunftserwartungen in Richtung positivere Selbstwirksamkeitserwartungen und Hoffnung auf Besserung zu verändern
- die Prognose der Erkrankung durch frühzeitiges Erkennen und rechtzeitigen Therapiebeginn zu verbessern
- die Ressourcen des Patienten, z.B. positive Ziele und Werte zu erkennen und zu aktivieren
- innerhalb des zeitlich knappen Spielraums, den die Leistungsziffern 11, 18, 850 und 851 ermöglichen, konkrete und sichtbare Veränderungen des Verhaltens und Erlebens des Patienten zu bewirken (Therapie der kleinen Schritte).

Im Folgenden möchten wir ein Konzept vorstellen, das es dem Hausarzt erlaubt, Patienten durch depressive Episoden fachgerecht zu begleiten. Die Methode der Positiven Psychotherapie nach Nossrat Peseschkian [1,2] bietet für den Hausarzt eine psychosomatische Grundkompetenz und praxisnahe Strategie. Als hilfreich erweisen sich vor allem:

- Gebrauch der Alltagssprache zur Beschreibung innerer Konflikte sowie die Verwendung von Geschichten, Spruchweisheiten und Anekdoten

- Respekt vor dem intrapsychischen Widerstand des Patienten. Denn eine depressive Reaktion schützt den Betroffenen vor Überforderung
- ein strukturiertes Vorgehen in fünf Stufen.

### **Das fünfstufige Vorgehen in der Hausarztpraxis**

Unser Vorgehen sei an einem Beispiel einer depressiven Störungen aufgezeigt. Wir verwenden eine bewusst nicht-psychologisierende Fragetechnik, um den Patienten nicht zu irritieren. Psychodynamische Deutungen vermeiden wir anfangs gänzlich. Zunächst geht es um eine Klärung des Ist-Zustandes, also der tatsächlichen Lebensumstände im Kontext der Gegenwart und der aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen. Im weiteren Verlauf richtet sich das Augenmerk auf die zukünftige Entwicklung der Persönlichkeitseigenschaften und der positiven Fähigkeit, mit Streß im weitesten Sinne, gut umgehen zu können. Wir bieten dabei Hilfen und Lösungsansätze an.

#### *Fallbeispiel:*

*Patient H.A., 52 Jahre. Er klagt über Schlafstörungen, starke Stimmungsschwankungen, Wechsel von großer Aktivität und totaler Erschöpfung, Ohrenrauschen, Schwitzanfälle und Rückenverspannungen*  
*Befund: BMI 36 kg /m<sup>2</sup>, RR 200/100 schwitzt stark, er redet sehr viel und schnell. Seine multiplen Beschwerden trägt er in einem heiteren, theatralischen Tonfall vor, wirkt dabei aufgedreht, fast hypomanisch und nicht erreichbar.*

*Psychische Diagnose: Zykllothymie ICD F34.0*

*Verlauf: Die bisherige hausärztliche Betreuung des Patienten über fast ein Jahrzehnt war durch Diskontinuität und mangelnde Patientenmitwirkung gekennzeichnet. Der Patient nahm weder die verordneten Medikamente regelmäßig ein, noch hielt er die vereinbarten Wiedervorstellungstermine ein. („schwieriger Patient“) Die Geschichte: „Die Schwierigkeit, es allen recht zu machen“, (s.u.) löste nicht nur Nachdenklichkeit und Betroffenheit aus, sondern war der Beginn einer neuen, konstruktiven Arzt-Patienten-Beziehung. Parallel zu den Beratungsgesprächen erfolgte eine antidepressive Begleitmedikation. Die therapeutische Arbeit mit dem Patienten erzielte eine deutliche Symptomberuhigung und ein verbessertes subjektives Selbstgefühl.*

*Geschichte: Die Schwierigkeit, es allen recht zu machen [3]*

*Ein Vater zog mit seinem Sohn und seinem Esel in der Mittagsglut durch die staubigen Gassen von Keshan .Der Vater saß auf dem Esel, den der Junge führte. „Der arme Junge“ sagte da ein Vorübergehender. „Seine kurzen Beinchen versuchen mit dem Tempo des Esels Schritt zu halten. Wie kann man so faul auf dem Esel herumsitzen, wenn man sieht, daß das kleine Kind sich müde läuft“. Der Vater nahm sich dies zu Herzen, stieg hinter der nächsten Ecke ab und ließ den Jungen aufsitzen. Gar nicht lange dauerte es, da erhob schon wieder ein Vorübergehender seine Stimme: „So eine Unverschämtheit.*

*Sitzt doch der kleine Bengel wie ein Sultan auf dem Esel, während sein alter, armer Vater neben ihm herläuft.“ Dies schmerzte den Jungen und er bat den Vater, sich hinter ihn auf den Esel zu setzen. „Hat man so etwas schon gesehen?“ keifte eine schleierverhangende Frau, „solche Tierquälerei! Dem armen Esel hängt der Rücken durch, und der alte und der junge Nichtsnutz ruhen sich auf ihm aus, als wäre er ein Diwan, die arme Kreatur!“ Die Gescholtenen schauten sich an und stiegen beide, ohne ein Wort zu sagen, vom Esel herunter. Kaum waren sie wenige Schritte neben dem Tier hergegangen, machte sich ein Fremder über sie lustig: „ So dumm möchte ich nicht sein .Wozu führt ihr den Esel spazieren, wenn er nichts leistet, euch keinen Nutzen bringt und noch nicht einmal einen von euch trägt?“ Der Vater schob dem Esel eine Hand voll Stroh ins Maul und legte seine Hand auf die Schulter seines Sohnes. „Gleichgültig, was wir machen, es findet sich doch jemand, der damit nicht einverstanden ist. Ich glaube, wir müssen selbst wissen, was wir für richtig halten“*

## **1. Stufe : Beobachten – Distanzieren - Positive Deutung**

Die Beobachtungsphase (Erstinterview) sollte nicht länger als 10-15 Minuten dauern. Der Arzt nimmt die Klagen des Patienten empathisch und ohne Kommentar entgegen. Es hat sich bewährt, an dieser Stelle dem Patienten eine Geschichte aus dem Instrumentarium der Positiven Psychotherapie [3] vorzulesen oder ihn selbst vorlesen zu lassen. Geschichten und Spruchweisheiten führen zu einer Distanzierung des Patienten und sofortiger Entlastung.

Beispiele für eine positive Deutung der Krise durch Spruchweisheiten sind:

- *Manchmal leiden wir auch an unseren Vorzügen*
- *Jede dunkle Nacht hat ein helles Ende*
- *Sie haben die Fähigkeit zu tiefer emotionaler Mitempfindung*

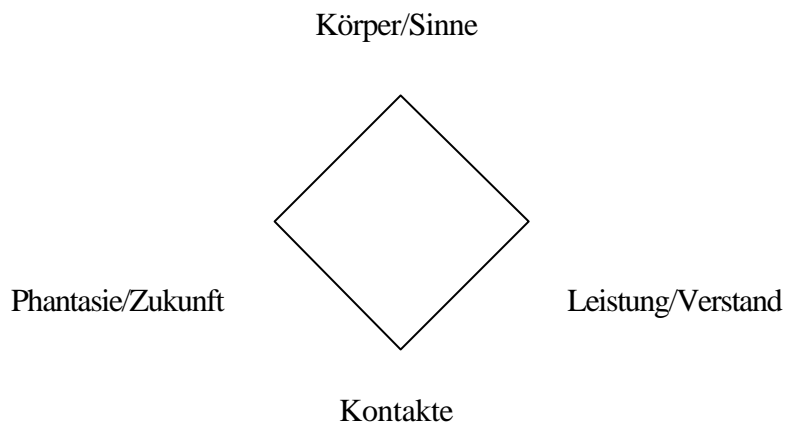
## **2. Stufe: Inventarisierung**

Diese Stufe dient der Klärung und Ordnung mit dem Ziel, daß Patient und Arzt sich einen Überblick über Belastungen und Konflikte verschaffen.

- Vermeiden Sie die Fragen nach „Problemen“
- Erinnern von belastenden Lebensereignissen (Life-events) durch die Frage: *Was ist in denn letzten 5-10 Jahren alles auf Sie zugekommen?* Es ist erstaunlich, wieviel verdrängtes Material zutage tritt, wenn der Therapeut dem Patienten in seiner Erinnerung nachhilft. Häufige Makroereignisse sind Tod, Trennung, Scheidung, Krankheit, Ärger am Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen beim Patienten oder auch in der Familie, bei Freunden oder Nachbarn.

- Möglichst den Patienten aufschreiben lassen oder, wie ich es mache, im Sprechzimmer auf der Flipchart auflisten. Der Patient kann aus der Distanz seine zurückliegenden Lebensbelastungen betrachten und neu darüber nachdenken.
- Die Frage nach den *Mikrotraumen* des Lebens: *Was regt Sie zur Zeit am meisten auf?* Auf diese Frage kommen (fast) immer Antworten, die den Therapeuten- aber auch den Patienten im Sinne einer Selbsterfahrung- zum Konflikt führen. Mikrotraumen wirken unter dem Motto: *“Steter Tropfen höhlt den Stein“* und belasten die zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Typische Konfliktbereiche von depressiven Menschen sind: *Gerechtigkeit, Vertrauen, Treue, Gehorsam, Kontaktfähigkeit und Offenheit/Ehrlichkeit*
- das *Balancemodell* der Positiven Psychotherapie zeigt , welchen Lebensstil der Patient pflegt. Nur wer in der Balance ist, ist auch in der Lage, Makro- und Mikrostreß gut zu verarbeiten. Das Balancemodell beleuchtet und ordnet die energetische Verteilung der Lebenskräfte, die jedem Menschen innewohnen. Durch eine depressive Reaktion, d.h. Rückzug vom Leben, versucht der Patient, die als Streß empfundene Bereiche zu bearbeiten.

### Das Balancemodell der Positiven Psychotherapie



*Beispiele:*

*Bereich Körper/Sinne: Gesundheitsbewußtsein (Ernährung, Sport, Vorsorge, Ästhetik, Alkohol, Rauchen, Ruhephasen), Genußfähigkeit von Musik, Kunst etc.*

*Bereich Leistung/Verstand: Arbeit, logisches Denken, Ordnungsdenken*

*Bereich Kontakte: Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie, Freundschaften, soziale Tätigkeit*

*Bereich Phantasie/Zukunft: Lebensziele, Fähigkeit zum Tagträumen und Nichtstun, Lesen, Kino, Religiosität, Sinn des Lebens*

Der Arzt läßt den Patienten sein persönliches Balancemodell als Hausaufgabe auf vorbereitetem DIN A-4-Bogen aufschreiben und bearbeitet es mit ihm in der folgenden Sitzung.

Typisch für depressive Menschen ist eine hohe energetische Besetzung der Bereiche Körper/Sinne und Leistung/Verstand. Dies entspricht den derzeitigen Leitbildern der westlichen Welt. Demgegenüber werden die Bereiche Kontakte und Phantasie/Zukunft nicht genügend angesprochen. In der Auseinandersetzung mit dem Balancemodell wird dem Patienten seine derzeitige Energieverteilung bewußt, er kann brachliegende Fähigkeiten entdecken oder eine Zukunftsperspektive entwickeln.

Typische Konfliktbereiche depressiver Menschen sind Ausgangspunkt von zwischenmenschlichen Reibereien. Rigide Einstellungen und einseitige Betonung von Persönlichkeitsmerkmalen werden so als Ursache von äußeren Konflikten herausgearbeitet. Aus einem tiefenpsychologischen Verständnis heraus entsprechen diese äußeren Konflikte einer innerpsychischen Konfliktsituation. (Tabelle 1) . Mit Geschichten aus dem Instrumentarium der Positiven Psychotherapie werden diese Konflikte zusammen mit dem Patienten bearbeitet. Diese Geschichten haben nicht nur Modell- und Spiegelfunktion, sondern erlauben eine partielle Regression in die Welt der Kindheit. Die therapeutische Erfahrung zeigt für depressive Menschen typische Konfliktbereiche.

Tabelle 1. Typische Konfliktbereiche von depressiven Menschen

<b>Konfliktbereiche in der Sprache der Positiven Psychotherapie</b>	<b>Innere Konflikt bzw. Strukturdefekt im psychoanalytischen Vokabular</b>
Gerechtigkeit	Der Schrei nach Liebe
Höflichkeit/Ehrlichkeit	Das falsche Selbst
Vertrauen	Das beschädigte Selbst
Treue/Gehorsam	Das grausame Über-Ich
Kontakt	Nähe-Distanz-Konflikt

### **3. Stufe: Situative Ermutigung**

Nach Klärung und Ordnen von Lebensbelastungen und Persönlichkeitsmerkmalen, die zu einer depressiven Reaktion geführt haben, richtet sich der Blick auf die Ressourcen des Patienten. Im

Mittelpunkt steht die Frage, welche schwierigen Lebenssituationen in der Vergangenheit bereits gemeistert wurden und welche Fähigkeiten sich daraus ergeben. Zusammen mit dem Patienten werden alternative Reaktionsweisen besprochen und erprobt. Wir stellen die Frage: „Wie haben Sie bisher in dieser oder jener Situation reagiert und wie könnten Sie in Zukunft reagieren.“

Dieser Schritt steht unter dem Motto:

- *„Willst Du etwas haben, was Du bisher nicht hattest, solltest Du etwas tun, was du bisher nicht getan hast“*

Das Balancemodell der Positiven Psychotherapie spielt dabei eine ordnende Rolle.

Die 3.Stufe erfordert vom Patienten Mitarbeit und Einsichtsfähigkeit. Die Perspektive für eine andere und bessere Zukunft reicht allerdings nicht immer, um die Motivation zu einer Verhaltensänderung ausreichend zu stärken. Diese Phase erfordert vom Arzt ein hohes Maß an empathischer Ermutigung, Geduld, Durchhaltevermögen und Kreativität. Wir sollten dabei wissen, daß der Verarbeitungsmechanismus der Depression ein regressiver Vorgang ist und wir es- neben den erhaltenen Erwachsenenfunktionen- mit dem Zustand eines kindhaften Ichs zu tun haben. Dieses Kind-Ich des Patienten ist nicht nur hilflos und einsam, sondern kann auch grenzenlos fordernd, anklammernd und ungeduldig sein.

Wenn der Behandler den Eindruck gewinnt, daß Motivation und derzeitige Ressourcen des Patienten nicht ausreichen, den Kampf gegen die Depression zu gewinnen, kann durchaus eine medikamentöse Ergänzung der therapeutischen Strategie sinnvoll oder sogar erforderlich sein. Antidepressive Medikation ohne Vorbereitung der therapeutischen Beziehung ist aus meiner Erfahrung häufig zum Scheitern verurteilt. Es kommt nicht selten vor, daß Patienten ganze Einkaufstüten voller Antidepressiva auf meinen Schreibtisch stellen und sagen: „Dieses Zeug kann und will ich nicht einnehmen“.

Was zeigt uns dieser Vorgang: Eine sinnvolle und effektive antidepressive Behandlung bedarf der sorgfältigen Vorbereitung und einer vertrauensvoll gewachsenen Beziehung zum Arzt. Die zuverlässige Einnahme von antidepressiv wirksamen Mitteln kann vom Therapeut nicht von oben herab „angeordnet“ werden

#### **4. Stufe: Verbalisierung**

Unter Verbalisieren verstehen wir Bearbeitung der defizitären Persönlichkeitsmerkmale, d h. Psychotherapie im eigentlichen Sinne. In der Hausarztmedizin sollte in dieser Stufe der weitere

Behandlungsauftrag geklärt werden. Manchen Patienten reicht es, wenn sie gelegentlich ihr Herz ausschütten können, andere benötigen eine weitergehende, psychotherapeutische Behandlung oder eine antidepressive, medikamentöse Behandlung. Der Arzt tut gut daran, an dieser Stelle in offener und freundlicher Weise dem Patient auch die Grenzen seiner therapeutischen Möglichkeiten zu zeigen und mit dem Patienten alternative Behandlungsverfahren zu besprechen.

## **5. Stufe: Zielerweiterung**

Der Patient benötigt für eine gewisse Zeit eine freundschaftliche Begleitung durch die Wirrnisse der Depression. Wichtig ist, dass der Hausarzt sich nicht vom Sog des pessimistischen Lebenskonzepts des Patienten überzeugen und anstecken lässt, sondern der einseitigen Beschäftigung mit der Krankheit und dem Leiden widersteht. Die Aufmerksamkeit des Patienten ist immer wieder, geduldig und beharrlich, auf positive Lebensaspekte, auf kleine Fortschritte, auf werthaltige Ziele und Perspektiven zu lenken.

Mitunter beginnt der Patient, Interesse an seinen unbewußten Vorgängen zu haben, möchte mehr über sich im Kontext seiner Lebensgeschichte erfahren und ist auch zu echten Veränderungen seiner Lebenskonzepte bereit. Dann haben Sie als Hausarzt gute Vorarbeit für eine ggf. weiterführende Behandlung durch einen Psychotherapeuten geleistet.

Die psychosomatische Grundkompetenz kann in einem Curriculum von 80 Stunden erworben werden. Der Wiesbadener Weiterbildungskreis für Positive Psychotherapie und Familientherapie bietet eine entsprechende Ausbildung an, die von psychotherapeutisch erfahrenen Hausärzten in Zusammenarbeit mit Psychiatern, geleitet wird. Sie lernen, den Patienten dort abzuholen, wo er in der Erkenntnis über die Vorgänge seiner äußeren und inneren Existenz steht. Dadurch bekommen Sie Zugang auch zu solchen Patienten, die primär keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne wünschen. Sie lernen einzuschätzen, wie weit ein Patient bereit und fähig ist, mit ihrem therapeutischen Angebot umzugehen.

Auskunft: WIAP, Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden, Homepage: [www.wiap.de](http://www.wiap.de)

### Literatur:

1. Peseschkian N., (1977) Positive Psychotherapie, S. Fischer, Frankfurt am Main
2. Peseschkian N., (1991) Psychosomatik und Positive Psychotherapie, Springer, Berlin-Heidelberg

3. Peseschkian N., (1979) Der Kaufmann und der Papagei, S. Fischer, Frankfurt am Main
4. Rudolf G., Henningsen P (1998) Somatoforme Störungen, Schattauer, Stuttgart-New York

Dr. med. Wolfgang Schuck

Facharzt für Allgemeinmedizin-Psychotherapie

Rosenweg 7

63846 Laufach

Dr. med. Udo Boessmann,

Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische Medizin

Rheingastr. 152

65203 Wiesbaden