

6 Psychoandrologische Sprechstunde

Wolfgang Harth

Die interdisziplinäre Sprechstunde unter Einbezug eines Psychologen ist der entscheidende Baustein der psychoandrologischen Sprechstunde beispielsweise als Liaisonsprechstunde.

Die psychosomatische Liaisonsprechstunde ist eine regelmäßige und anfrageunabhängige Zusammenarbeit zwischen psychologischen, psychotherapeutischen bzw. auch andrologisch/somatischen Behandlern ohne Zeit- und Reibungsverlust.



Der Liaison-Psychosomatiker ist ein fest in das somatische Behandlungsteam eingebundener Psychotherapeut.

Der Liaisonpsychosomatiker ist ein Psychotherapeut, der fest als Mitglied in dem medizinischen Behandlungsteam eingegliedert und dessen Tätigkeit routinemäßig in den Ablauf eingebunden ist. Die Themenschwerpunkte dieser Liaison sind Diagnosestellung der psychosomatischen Störung und darüber hinaus auch Beratung der zuständigen Ärzte und des Pfllegeteams hinsichtlich des adäquaten Umgangs damit. Durch das Liaisonmodell wird die Hemmschwelle zwischen organischer und psychischer Medizin gesenkt und eine gewisse Normalität für den andrologischen Alltag erreicht. Die integrierte Vorsorgung weist einen deutlichen Vorteil gegenüber dem Konsiliardienst oder der Überweisungspraxis auf.

Die diagnostischen Interviews werden bestenfalls in den andrologischen Behandlungsräumen durchgeführt.

Der in den Liaisonsprechstunden arbeitende Arzt verfügt über spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten im diagnostischen und therapeutischen Bereich der Psychosomatik. Er ist in der Lage, komplexe Differenzialdiagnosen und Therapien auch bei schwierigen Patienten durchzuführen.

Nach dem Patientengespräch wird eine am klinischen Interview orientierte Verdachtsdiagnose gestellt. Die Auswertung der testpsychologischen Instrumente erfolgt im Anschluss und dient der Diagnoseüberprüfung, dem Vergleich der Schweregrade, der Verlaufsbeobachtung und Therapieüberprüfung im Rahmen der psychosomatischen Sprechstunde.

Vorteile der Liaisonsprechstunde

- Management von Problempatienten
- Flexibilität und rasche Kontaktaufnahme
- Abbau von Schwellenängsten
- Umgang mit Irritationen
- Diagnostik psychischer Störungen
- Aufdeckung krankheitsauslösender Ereignisse (*Life event*)
- Einbezug der soziokulturellen Lebensgewohnheiten
- Reduktion nicht gestellter Diagnosen
- Indikation zur Psychotherapie
- Erläuterung komplexer Sachverhalte und Therapiekonzepte
- Motivation zur Psychotherapie
- Einleitung einer adäquaten Psychotherapie
- Qualitätssicherung
- Prävention

Mit dem Patienten wird eine Behandlungsempfehlung besprochen und eventuell ein weiterer Termin zur Motivationsüberprüfung vereinbart.

Weiterhin kann der Arzt der Liaisonsprechstunde die Ziele des Psychotherapeuten berücksichtigen und unterstützen, insbesondere auch bei parallel durchgeführter somatischer Therapie.

Wie bei somatischen Erkrankungen sind Indikationen und Kontraindikationen für eine Psychotherapie zu beachten. Hinzu kommt der zusätzlich bedeutsame Faktor der Patientenmotivation, sodass eine Entscheidungsfindung teilweise Jahre in Anspruch nehmen kann. Insgesamt ist die Prognose jedoch umso besser, je weniger Zeit zwischen dem Auftreten der psychischen Symptomatik und einer adäquaten Therapie vergeht.

Die Entscheidungsfindung zur Psychotherapie ist von vielen Faktoren abhängig, wobei das individuelle Krankheitskonzept, aber auch die bereits bestehenden Therapieerfahrungen von weitgehender Bedeutung sind.

Dazu kommt die Schwere der Kernsymptomatik und Chronifizierungsprozesse, die von der Dauer der Erkrankung abhängig sind. Eine spezifische Auslösesituation lässt sich am lebensgeschichtlichen Hintergrund vereinzelt feststellen.

Im Rahmen der Entscheidungsfindung in der andrologischen Sprechstunde sollten die Kernfragen geklärt werden:

- Welche Art von Hilfe sucht der Patient?
- Welche konkrete Unterstützung zur Selbstveränderung kann vom Arzt angeboten werden?

So kann der behandelnde Arzt die Problemreflexion auch durch Informationsangebote (Psychoedukation) und neutrale Erläuterungen zur Psychotherapie unterstüt-

zen, da ansonsten die frühzeitige Konfrontation des Patienten zu Beziehungsabbrüchen in der Arzt-Patienten-Beziehung führen könnte.

Die **Indikation zur Psychotherapie** ist insgesamt keine polarisierte Ja/Nein-Entscheidung, sondern verläuft in mehreren unterscheidbaren Phasen im Behandlungsverlauf.

Am Anfang steht immer eine **Vorphase des Problembewusstseins**. Dabei sind beim Patienten eine ausgeprägte Leugnung psychischer Faktoren und monokausales Krankheitskonzept vorhanden. Ärztlicherseits ist in diesem Stadium besonders Empathie und vorsichtige Hinterfragung sowie Anregung von Selbstbeobachtung notwendig.

In der weiteren **Phase der Problemreflektion** nimmt der Patient erstmalig psychosomatische Beschwerden wahr und kann auch diese Problematik mehr präzisieren. Mit dem Arzt zusammen kommt es zur Entscheidungsfindung und aktiven Suche nach Veränderung, sodass eine konkrete Indikation gestellt werden kann, ggf. Überweisung in eine Psychotherapie oder probatorische Sitzung.

In der **Phase der Veränderung** ist die aktive Mitarbeit des Patienten ausschlaggebend, auch um neue Verhaltensweisen einzuüben. Der Psychotherapeut führt die Psychotherapie durch und der Arzt kann u. U. mit somatischen Therapien den Psychotherapeuten unterstützen. Zuletzt sollte auch eine Aufrechterhaltung mit Beibehaltung der erzielten Veränderungen, Konsolidierung im Auge behalten werden. Dies kann vom Psychotherapeuten mittels Rückfallprophylaxe erfolgen.

Die Prognose bei psychosomatisch/psychiatrischen Erkrankungen ist wie bei anderen organischen Erkrankungen umso günstiger, je früher Diagnostik und Therapie begonnen werden.

Literatur

- Bassler M (1995) Prognosefaktoren für den Erfolg von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. *Zch psychosom Med* 41, 77–97
- Stangier U, Heidenreich T, Gieler U (1997) Stadien der Psychotherapiemotivation in der psychosomatischen Versorgung von Hautkranken. *Zeitschr Hautkr* 5, 341–348
- Ormel J, van den Brink W, Koeter MWJ, Giel R, van der Meer K, van der Willige G, Wilms FW (1990) Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20, 909–923
- Pontzen W (1994) Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst. *Psychotherapeut* 39, 322–326
- Wise TN (2000) Consultation liaison psychiatry and psychosomatics: strange bedfellows. *Psychother Psychosom* 69, 181–183