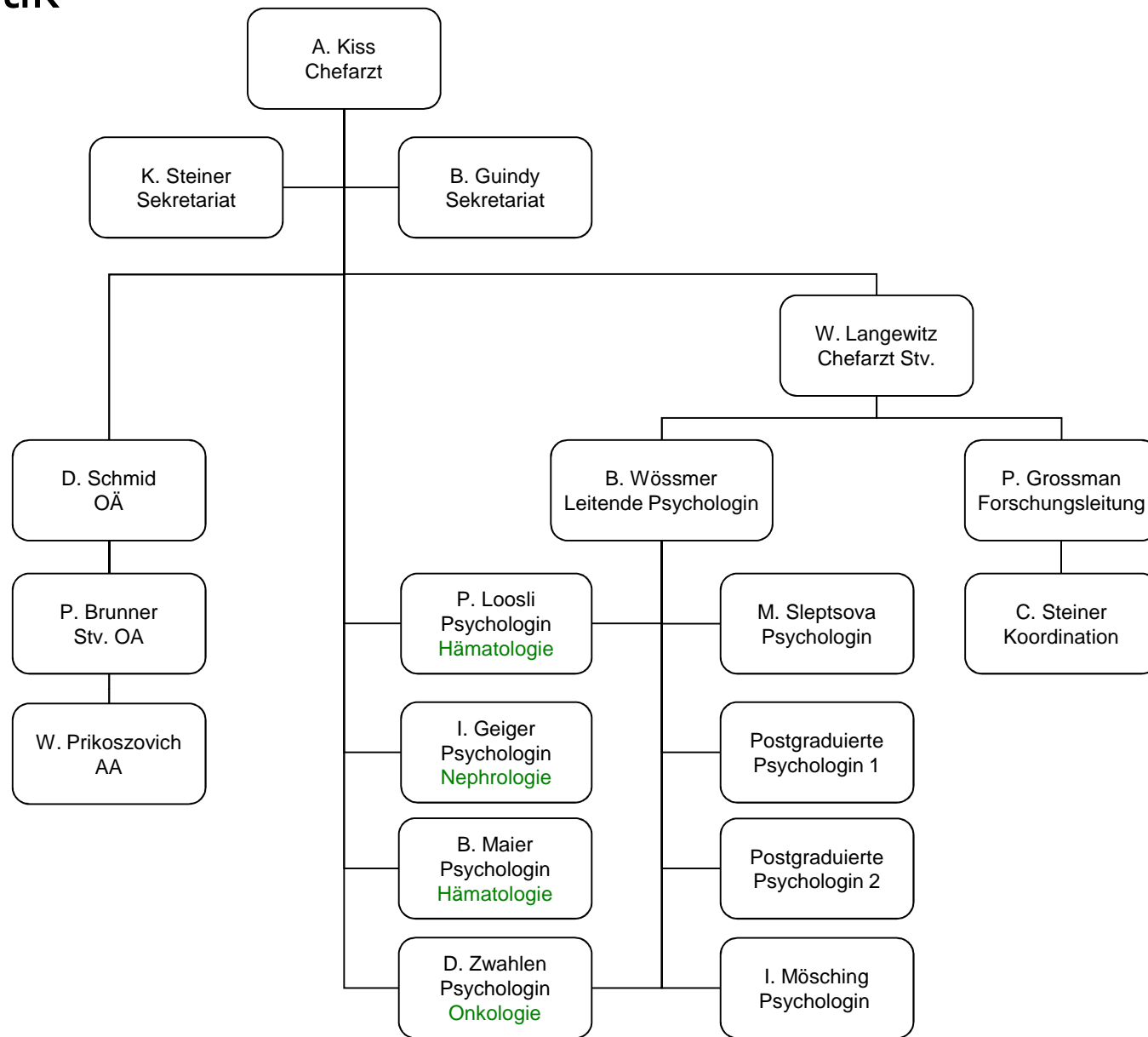


# Psychosomatik



# Psycho-Onkologie

**Psychosomatik**

Dr. phil. Brigitta Wössmer

Eine Patientin mit Mamma-Ca, 49 jährig, operative Tumor-Entfernung, aktuell Chemo, danach Bestrahlung

- Frau X, wird vom niedergelassenen Onkologen zugewiesen, sie ist verheiratet, hat einen 19 jährigen Sohn und eine 17 jährige Tochter
- Anliegen der Patientin:
  - Sollen wir die Kinder über den weiteren Verlauf der Behandlung informieren oder abwarten, bis sie von sich aus nachfragen (Und enttäuscht sein, dass sie dies nicht tun!)
  - Wie werden die Kinder am ehesten reagieren und wie soll ich damit umgehen?
  - Wie viel Unterstützung darf ich von den Kindern erwarten?

# Verlauf der Psychoonkologischen Begleitung

- 2 Gespräche mit der Patientin alleine, in denen die Anliegen geklärt werden, die Patientin über ihre Sorgen und Ängste spricht
- 1 Paargespräch, in dem eine gemeinsame Haltung in Bezug auf Information, Umgang mit den Reaktionen und Erwartungen an die Kinder erarbeitet wird
  - ‚Psycho-Edukation‘: Was weiss man über den Einbezug von Jugendlichen bei Krebserkrankungen der Eltern?
  - Offenheit und Transparenz sind entscheidend für die Bewältigung

# Verlauf der Psychoonkologischen Begleitung

Umsetzung: Wie könnte man Gespräche gestalten?

- Zeitpunkt gemeinsam festlegen, einen Termin wählen, der den Kindern auch passt; wichtigste Infos festlegen, Gespräch klar beenden
- Den Kindern versichern, dass sie wichtige Informationen bekommen ohne nachfragen zu müssen, aber dass sie auch jederzeit fragen dürfen.
- Festlegen, wann die Kinder bei welchen Aufgaben helfen können und wollen, wann sie „frei sind“.

Danach erneutes Paar-Gespräch, um die Umsetzung zu überprüfen, fine-tuning

Abschluss der psychoonkologischen Begleitung

## **Psychosomatik / Klinik für Onkologie**

Dr. phil. Diana Zwahlen

---

# Bereich Psychoonkologie: Klinik für Onkologie

---

- 40jährige Patientin, verheiratet, kinderlos, keine Geschwister, Mutter an Krebs verloren
- Lungen-CA ED 02/12, Behandlung in kurativer Absicht
- Indikation: Ängste bei unklarer Prognose
- Intervention:
  - Konstante Bezugsperson (verschiedene Zuständige), Ängste definieren, Hilflosigkeit vs. «Was kann ich für mich tun», Einbezug des Ehemannes

---

# Bereich Psychoonkologie: Klinik für Onkologie

---

- Im Verlauf nicht Ansprechen auf Chemotherapie: palliative Situation. Veränderung des Auftrages!
  - Durch prognostische Klarheit sind Ängste verschwunden. Bedürfnis «das Sterben vorzubereiten»
  - Gespräche gemeinsam mit Ehemann steigt in die Rolle des Pflegenden
  - Gespräch mit Mutter und Ehemann gemeinsam: Bilder finden, Tabu brechen, Schonung aufgeben

Die Patientin stirbt: Veränderung des Auftrages!

- Wunsch von Ehemann und Schwiegervater nach gemeinsamen Gesprächen



**Psychosomatik /  
Hämatologie: Zell-Ersatz-Ambulatorium**

Dipl. Psych. Birgit Maier

---

# Psychoonkologie

## Klinik für Hämatologie: Zell-Ersatz-Ambulatorium

---

### **39-jährige Patientin**

verheiratet seit 6 J., keine Kinder, Lehrerin, soziales Netz vorhanden (Mutter, Schwester, Freundeskreis), Vater an Lungenkrebs gestorben

- **Medizinisch:**

Akute B-Zell-Leukämie ED 10 / 2011

→ Allogene Stammzelltransplantation 03 / 2012

→ Rezidiv 10 / 2012

- **Zuweisung und Indikation:**

Patientin hat aufgrund von Progredienzangst und Partnerschaftskonflikten selbst um Unterstützung gebeten

---

# Psychoonkologie

## Klinik für Hämatologie: Zell-Ersatz-Ambulatorium

---

- **Problemfelder:**

- Erschöpfung, nachlassende kognitive Leistung
- Progredienzangst, Angst vor Sterben
- Eheprobleme durch Erkrankung verstärkt

- **Verlauf und weiteres Procedere:**

Bisher 3 supportive Einzelgespräche, 1 Gespräch mit Ehemann, 1 Paargespräch

- Paarkonflikt entschärft
- Todesangst nimmt aufgrund schlechter werdender körperlicher Situation zu
- weitere supportive Gespräche / falls möglich: Anbindung an niedergelassene Kollegen

# Chronischer Schmerz

**Psychosomatik / Schmerzsprechstunde**

lic. phil. Pamela Loosli

## **Eine Patientin mit chronischen Schmerzen im lumbalen Rückenbereich seit 3 Jahren, 29-jährig, stammt aus dem Kosovo, psychosoziale Probleme wurden verneint**

- Überwiesen von der Schmerzprechstunde der Anästhesie.
- Pat. sucht nach somatischen Ursachen, die ihre Schmerzen erklären können, wünscht sich Schmerzfreiheit
- Aufgebot bei uns eventuell zur Integration in die Gruppentherapie zur Schmerzbewältigung für PatientInnen mit chronischen Schmerzen und wenig Deutschkenntnissen
- Erstgespräch wurde mit Dolmetscherin durchgeführt, wesentliche Informationen zum chronischen Schmerz wurden gegeben (z.B.: Schmerzfreiheit ist kein realistisches Ziel!)

## Verlauf der Therapie

- Pat. zeigt sich motiviert, an der Gruppentherapie teilzunehmen
- Pat. ist jetzt seit einem Jahr in der Gruppe, kommt äusserst regelmässig
- Um die körperliche Fitness der Patienten zu steigern, arbeiten wir gemeinsam mit der Physiotherapeutin auf dem Ergometer und dem Laufband, ausserdem werden Informationen in einfachem Deutsch zur chronischen Schmerzen vermittelt
- Während der Zeit bei uns konnte die Pat. ihre körperliche Fitness deutlich steigern. Sie läuft schneller und deutlich längere Strecken als am Anfang

## Verlauf der Therapie

- Schliesslich wünscht sich Pat. psychologische Einzelbetreuung auf Grund ausgeprägter psychosozialer Probleme
- Keine Valenzen bei uns!
- Pat. spricht ausreichend Deutsch, deshalb wurde sie an eine externe Psychotherapeutin vermittelt.
- Durch die Teilnahme an der Gruppe konnte die Pat. sich auch ihren psychosozialen Problemen stellen und Hilfe annehmen

**Ein Patient mit chronischen Rückenschmerzen seit 10 Jahren, Exazerbation seit 3 Jahren, 46-jährig, 100% arbeitstätig, verheiratet, Sohn 8-jährig**

- Überwiesen von der Schmerzprechstunde der Anästhesie
- Anliegen: Erlernen von weiteren Schmerzbewältigungsstrategien und Progressiver Muskelrelaxation
- Da Pat. 100% arbeitstätig ist, kommt eine Teilnahme an der Gruppentherapie zur Schmerzbewältigung für PatientInnen mit chronischen Schmerzen nicht in Frage, es wird eine psychotherapeutische Einzelbetreuung auf unserer Abteilung vereinbart.
- Da es bereits Fehltage bei der Arbeit gab, steht die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Zentrum



# Verlauf der Therapie

- Verhaltens- und Schmerzprotokolle werden ausgefüllt und analysiert
- Erarbeitung von individuellen Copingstrategien, Balance zwischen Schonung und Bewegung
- Entspannung und Sport werden in den Alltag integriert
- Familiengespräch wird angeregt. um Schonverhalten innerhalb des Familiensystems abzubauen
- Pat. profitiert deutlich; dies zeigt sich an vermehrter körperlicher und sozialer Aktivität

# Tinnitus

**Psychosomatik / Tinnitusprechstunde**

lic. phil. Marina Sleptsova

---

# Tinnitus

---

Patient wurde von der interdisziplin. Tinnitusprechstunde (HNO und Psychosomatik) zugewiesen

52 J., verheiratet, Bürotätigkeit 100%, Tinnitus seit 5 Jahren, zunehmend störend seit letztem Jahr

Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten vor dem PC und während meetings.

Meidet Stille, kann nur mit Radio und Schlafmittel einschlafen.

---

# Tinnitusgruppe

---

Ziel der Tinnitusgruppe ist, die Tinnitus-*Wahrnehmung* zu beeinflussen

- Das Konzept «Tinnitus wird immer schlimmer und ist unkontrollierbar» wurde durch Vermittlung von Information (Psychoedukation) verändert.
- In der Ruhe & Stille steigt die Wahrscheinlichkeit internaler Wahrnehmungen, inkl. Tinnitus. Tinnitus wird dadurch normalisiert als Körperphänomen unter anderen
- auf körperlicher Ebene konnte die Koppelung von Tinnitus & Anspannung mit Visualisierungsübungen verändert werden

---

## Tinnitus-Patient, Verlauf

---

Der Schlaf hat sich gebessert, keine Schlafmittel mehr

Keine Angst mehr vor Tinnitus

Tinnitus nur punktuell wahrnehmbar, aber dann als Signal für Stille interpretierbar und nicht mehr bedrohlich

Konzentration gebessert

Tinnitus als ein weiteres Körpergeräusch akzeptiert

# Nephrologie: Lebendnierenspende- Abklärung

**Psychosomatik / Nephrologie**

lic. phil. Irene Geiger

# Beispiel



- Frau J. (48 Jahre alt) kommt aus Schweden in die Schweiz zur Abklärung Lebendspende zugunsten ihres Onkels (67 Jahre alt)
- «Lieblings»-Onkel lebt seit langem in der Schweiz, ist auch aus Schweden.
- Soziale Situation der Spenderin: geschieden, 2 Kinder in der Pubertät, in fester Partnerschaft, Vater vor 2 Jahren gestorben

# Weitere Angaben der Patientin

- Der Vater war dement, wurde von ihr gepflegt.
- Hat vor kurzem erfahren, dass die Mutter ein Mamma-Ca hat.
- Wohnt hier vorübergehend beim Onkel (alleinstehend), sieht, dass es ihm trotz Dialyse ganz gut geht
- Realisiert nach Aufklärungsgespräch durch Nephrologen, dass sie die Grösse des Eingriffs unterschätzt hat und sieht Spende zunehmend skeptischer.
- Onkel hatte es geahnt, kann es auch nachvollziehen.
- Bisher wurde aber nicht klar darüber gesprochen.



# Aufgaben der Psychosomatik

- Hilfe bei der Entscheidungsfindung: passt die Spende ins momentane Leben? Pro und Kontra, Entlastung vom inneren Druck (ich bin doch hilfsbereite Person, mag meinen Onkel...)
- Ist schliesslich erleichtert, als ausgesprochen wird, dass es vielleicht keine gute Idee ist in ihrer jetzigen Situation.
- Gespräch mit dem Empfänger über Alternativen (hier: Warteliste für TPN/Dialyse)

# Liaison HNO und Schwindel-Konzept

**Psychosomatik / HNO**

Dr. Dagmar Schmid

# Typischer Fall aus der Liaison mit der HNO-Station



- Bestrahlung von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

# Bsp. Angst/Panik

- Männlich, 55 J, Oropharynx-Carcinom,
- Belastungsthermometer: 9/10
- JETZT: Angst vor der Fixierung des Kopfes in der Maske. Vorgängig Panikattacke bei Bestrahlung und Abbruch der Behandlung
- Fokus: Formulieren der angstauslösenden Situation, Assoziationen.
- Imaginations -und Atemübungen

# Interdisziplinäre Visite

- Wöchentlich
- Beteiligte Disziplinen: HNO, Strahlentherapie, Onkologie, Pflege, Psychosomatik; fallweise Kieferchirurgie
- Gemeinsame Fallbesprechung unter Einbezug aller medizin., psychosozialer u kommunikativer Aspekte
- Planung weiteres Procedere
- Setting: Gemeinsame Visite im Patientenzimmer (inkl. Untersuchung)

# Fall aus der Schwindel (Sensorik)-Sprechstunde I

- Frau H, 78 J., bis August 2012 «völlig gesund»
- Jetzt: Kann nur noch «an Hand von Ehemann» laufen, sonst Schwindel/ Gangunsicherheit.



# Fall aus der Schwindel (Sensorik)-Sprechstunde II

- Rezidivierende Stürze, detailliert schriftlich niedergelegt
- 1. Sturz im Hotel auf ihrer ersten Reise nach Deutschland (> 20J her): «verhindert» Besuch des Grabes der Eltern, emotional sehr belastend, Gedankenkreisen; jetzt schlechtes Gewissen
- Intervention: Thematisieren von assoziierten Kognitionen & Emotionen; Vermeidungsverhalten
- Fokus auf kognitive Ablenkung: Schwindel bessert
- Exposition: «eigentliches « Thema löst Schwindel aus!
- Thema 'Respekt' gegenüber den Eltern versus Angst vor Sturz

# Psychosomatische Sprechstunde:

## Bariatrische Abklärung Gutachten

**Psychosomatik**

Dr. Patrick Brunner



---

## Fallbeispiel Herr J. 1963, zugewiesen von der bariatrischen Sprechstunde

---

- 53 jähriger Migrant Abklärung Magenbypass
- Flüchtling aus dem Sri Lanka (mehrmalige Folterungen)
- Aktuell Sozialhilfeempfänger, geschiedener Vater von vier Kindern
- Ausstände Krankenkasse, niedergeschlagen, freudlos, antriebslos



---

## Fallbeispiel Herr J. 1963, zugewiesen von der bariatrischen Sprechstunde

---

- Sensibilisierung auf aktuelle Probleme, Konflikte; gemeinsames Lösungsprozedere erstellen:
  - Verknüpfung mit Sozialdienst
  - Zuführung zu einer ambulanten Psychotherapie
  - Beurteilung bez. des chirurgischen Eingriffes

---

# Gutachtenauftrag der Psychosomatik

## Fall - Frau S.

---

- 60 jährige Explorandin mit Migrationshintergrund
  - seit 20 Jahren beim selben Arbeitgeber im Verkauf tätig
  - seit Kindheit Rückenbeschwerden mit mässig ausgeprägter Skoliose
  - wiederholte Physiotherapeutische Behandlungen, ab und zu kurze Pausen bei der Arbeit.
- 
- Vor 3 Jahren Wechsel des Arbeitgebers
  - Zunehmende Konflikte mit dem Arbeitgeber bez. Schmerzproblematik  
> Kündigung



---

## Gutachtenauftrag - Fallbeispiel Frau S.

---

- Stellt sich zum Gutachten vor wegen chronischen Rückenschmerzen
- Selbsteinschätzung 100% AUF
- Schliesslich stellen sich zu den bekannten - folgende Diagnosen:
  - Mittelgradig depressive Episode
  - Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren
  - Schlafstörung

# stationär Innere Medizin – ambulant Psychosomatik

**Psychosomatik**

Dr. Walter Prikoszovich

# Patient, 56jährig, unklare Dysphagie, DD psychogen

- Zugewiesen via Austrittsbericht Medizin USB wegen Fehlen einer somatischen Ursache für die Beschwerden (HNO, Gastroskopie, Sonografie, Breischluck, Logopädie) und fremdanamnestisch H.a. 'Psychischen Stress'
- Freundlicher, ruhiger Patient, überzeugt von somatischer Ursache, erscheint mit besorgter, unruhiger Ehefrau
- Dysphagie für feste Speisen seit Wochen, erstmalig nach Erbrechen von Speiseeis, nach Nahrungsaufnahme 30 Min Husten + Fremdkörpergefühl im Mundboden. Angehörige zunehmend verzweifelt, Patient eher gelassen.
- Alarmsymptom: - 7 Kg KG, verweigert Nahrungsaufnahme!

# Mögliche Hintergründe

- Fremdanamnese (Söhne): Patient oft alleine zu Hause, hat sich nach dem Tod des Hundes sozial zurückgezogen, Kinder kürzlich ausgezogen, Ehefrau sozial engagiert, oft unterwegs
- Patient verneint 'Stress' klar.
- Überforderung? Protest?
- Soziale Isolation? Depression?

# Therapeutische Allianz

- Patient ist nicht bereit, über die Möglichkeit einer psychischen oder emotionalen Komponente der Beschwerden nachzudenken.
- Er akzeptiert aber, dass es sich lohnen könnte, am Schluckakt zu arbeiten und entspr. spezialisierte Physiotherapie auszuprobieren (Schluckmuskeln)
- Die Ehefrau will mehr zu Hause zu sein
- Regelmässige Konsultationen/Gespräche werden verabredet



# Follow-Up und Schlussfolgerung

- 4. Konsultation: keine weitere Gewichtsabnahme, Nahrungsaufnahme möglich, subjektiv nur noch leicht eingeschränkt, freut sich auf die Ferien
- Was hat geholfen?
  - Eine vollständige Anamnese? Kein Zwang, eine psychologische Ursache finden zu müssen?
- Nachhaltiger Erfolg?? Deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn durch mehr Aufmerksamkeit

# Zwischen Stuhl und Bank – Patienten aus der Ambulanz

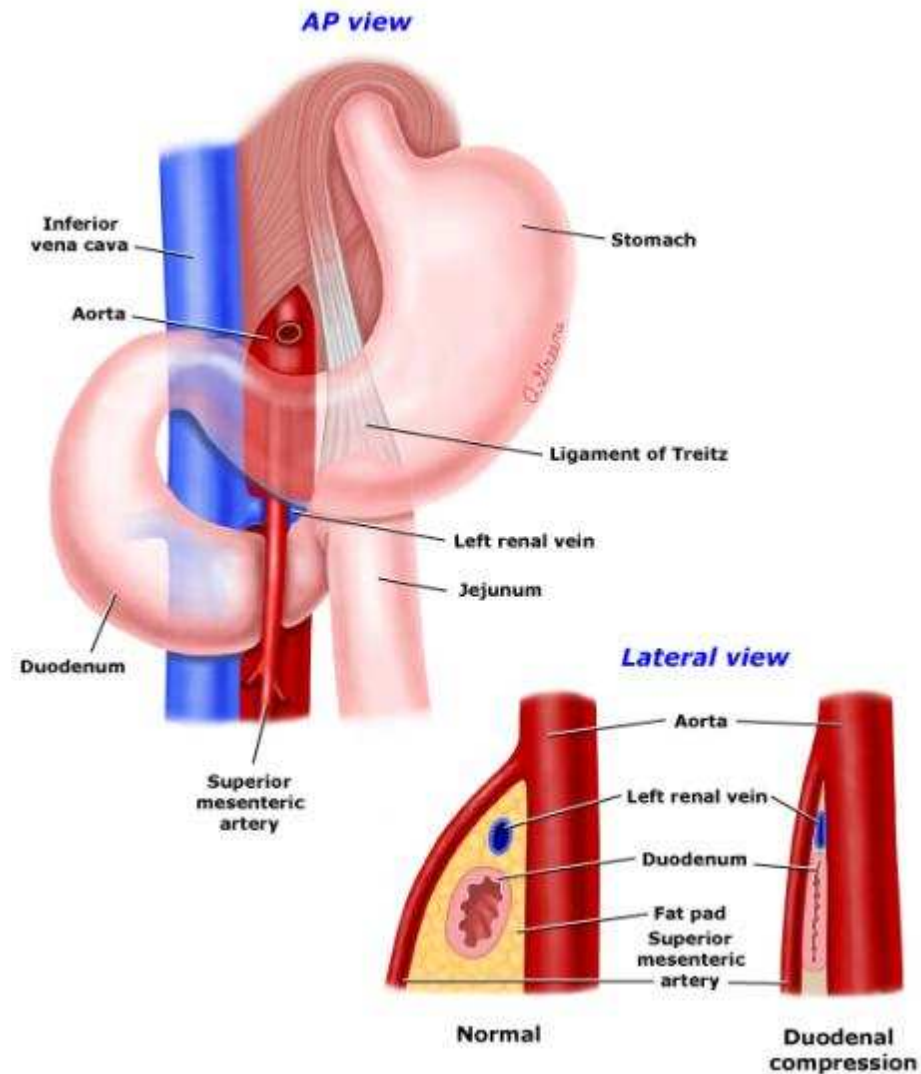
**Psychosomatik**

Prof. Dr. Wolf Langewitz

# Anamnestiche Angaben

- Jetzt kontinuierliche 'Übelkeit'
- Ein vollständig auf die Symptome ausgerichteter Tagesablauf
- Port-a-Cath Einlage zur vollständigen parenteralen Ernährung im 5-2010
- Port-a-Cath Entfernung bei Kontamination 9-2012
- Etc. etc.

# Patientin mit Wilkie's Syndrome



# Was ist die Aufgabe der Psychosomatik?

- Sie hat unendlich viele körperliche Gründe für abdominelle Beschwerden unterschiedlichster Arten, incl. 'Übelkeit'
- Es macht keinen Sinn, die Kollegen auf körperlichem Gebiet übertreffen zu wollen
- Vorschlag: könnten wir über die Natur der Beschwerde 'Übelkeit' und den Umgang mit der Übelkeit sprechen?

# Im Erst-Gespräch

- Es ist vielleicht nicht so eine Übelkeit, wie das, was einem passiert, wenn man etwas Schlechtes gegessen hat und erbrechen muss
- Es ist mehr so ein Gefühl von: es steht an, «es möchte alles wieder raus.» «Mein Körper wehrt sich gegen alles.»
- «Ich habe panische Angst vorm Erbrechen, das ist das Schlimmste, was einem passieren kann.»
- Vorschlag: «Alles, was Sie machen steht unter dem Motto: WIDER DAS ERBRECHEN?»

# Es gibt ein zweites Gespräch!

- In dieser Situation schon ein Erfolg
- Es gibt kein Schema zur Behandlung dieser Beschwerden, am ehesten hilfreich die Unterscheidung von leiblichen und körperlichen Phänomenen.
- Diagnostik und Therapie als kreative Leistung

# Patientin mit Angst

**Psychosomatik**

Prof. Dr. Wolf Langewitz



## Eine Patientin mit Panikattacken, vorwiegend bei der Arbeit und beim Autofahren, 33-jährig

- Überwiesen vom Hausarzt.
- Pat. hat sich mehrfach auf dem Notfall vorgestellt, berichtet von: Synkopen, Atemnot und Schwitzen. Wurde medizinisch abgeklärt. Pat. sucht Hilfe, da sie als OP-Assistentin arbeitet und zunehmend Angst vor der Angst hatte.
- Bereits im Erstgespräch wurde deutlich, dass die Patientin offen ist für ein *psycho*-somatisches Konzept und ihre Beschwerden als Panikattacken einordnen kann.
- Pat. zeigte sich sehr motiviert, an der Gruppentherapie zur Angstbewältigung teilzunehmen.

## Verlauf der Therapie

- Patientin profitierte in hohem Masse von Informationen zur Psychophysiologie der Angst, Teufelskreismodell, etc.
- Es gelang ihr, die in der Gruppe vorbereiteten Konfrontationsübungen im Alltag durchzuführen.
- Am Ende der Therapie konnte die Patientin wieder ohne Angst arbeiten und Auto fahren. Sie gab an, dass die Panikattacken nicht mehr aufgetreten seien.

# Patient mit Anspannung

**Psychosomatik**

Prof. Dr. Alexander Kiss

---

## Patient mit Anspannung

---

- Patient (50-jährig) kam vor einem Jahr, weil bei seiner Frau ein Karzinom festgestellt wurde. Er hatte damals grosse Angst um seine Frau und das Gefühl, sie nicht ausreichend unterstützen zu können.
- Damalige Diagnose: Anpassungsstörung
- Jetziger Grund seines Kommens: Er sei so angespannt, trotz guter Prognose seiner Frau. Er möchte gelassener werden, insgesamt die Dinge ruhiger angehen.

---

# Therapie-Vorschläge

---

**PMR** (Progressive Muskelrelaxation) Prinzip Anspannung und Entspannung der Muskeln. Kurze Instruktion und Üben mit CD Ziel: aktive Entspannung bei akuter Anspannung

**MBSR** (Mindfulness-Based Stress Reduction) Deutlich anspruchsvoller als PMR, aber umfassender in Hinsicht auf existentielle Herausforderungen bei schwerwiegenden Krankheiten. Erlernen einer meditativen Praxis. 8x2,5 Stunden + 1 Übungstag + tgl. Üben. Ziel: Achtsamkeit = offenes und nicht-wertendes Gewahrsein dessen, was in jedem Moment passiert Fördert innere Ruhe, Akzeptanz und Gelassenheit. Evidenz-basiertes Verfahren.

# Zusammenfassung

## Was ist das Gemeinsame?

**Psychosomatik**

Prof. Dr. Alexander Kiss

---

# Was ist das Gemeinsame?

---

## Haltung

- In einem primär somatischen Umfeld zu arbeiten, ist interessant!
- Beratung/Coaching ist interessant, nicht nur Psychotherapie.
- Neue Felder (durch Vernachlässigung von anderen) sind interessant.
- Die eigene Ausbildung in einer psychotherapeutischen Richtung hindert einen nicht, auf andere neugierig zu sein.
- Offenheit: «Reflektierte Kasuistik»

---

# Was ist das Gemeinsame?

---

## Wissen

- Was ist wichtig zu wissen in einem primär somatischen Umfeld?
- Bereitschaft, Somatisches oder Psychisches nachzulesen.
- Bereitschaft, nachzufragen bei denen, die das Wissen haben.
- Journal Club und kontroversielle Diskussion
- Profitieren vom Wissen Anderer: «Reflektierte Kasuistik»



---

# Was ist das Gemeinsame?

---

## Können

- Sich in einem primär somatischen Umfeld für den Patienten nützlich bewegen können.
- Beratung/Coaching und interdisziplinäres Arbeiten
- Psychotherapie und Medikamente
- Mehr Liaison als Konsultation
- Mit «Marginal sein» umgehen können

---

# Wie erhält man das Gemeinsame

---

## Struktur

- Struktur so klar abgegrenzt und so selbständig wie möglich
- «Reflektierte Kasuistik»
- Externe Supervision
- «Zuhause» für Liaison-Tätige
- Forschung
- Dienstagsprogramm
- «Gemeinsam Feiern»