

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

30 JAHRE PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT

Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik
und Psychotherapie zwischen Grundlagen
und klinischer Umsetzung

24. und 25.06.2005



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

FESTAKT

Begrüßung-Moderation – Jörg Rieger	
Psychosomatik im Spannungsfeld eines Krankenhaus-Konzerns	4
<i>Eugen Münch</i>	
Grußworte	10
<i>Christiane Korsukéwitz, Willi Willeke, Uwe Fella, Christian Bredl</i>	
Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen	21
<i>Hermann Lang</i>	

MEDIZIN MENSCHLICHER BEZIEHUNGEN – Moderation F. Bleichner

Stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt	30
<i>Rudolf J. Knickenberg, Franz Bleichner</i>	
Die Therapie aus Patientensicht	37
<i>G. B.</i>	
Über die Arbeit der Selbsthilfegruppen in Deutschland	43
<i>Jürgen Matzat</i>	
Was leistet die Bindungsforschung zum Verständnis psychotherapeutischer Prozesse?	47
<i>Wolfgang Milch</i>	
Psychobiologie menschlicher Beziehungen	58
<i>Harald Gündel</i>	
Affektforschung und Psychotherapie	74
<i>Manfred E. Beutel</i>	

PERSPEKTIVEN IN DER PSYCHOTHERAPIE – Moderation R.J. Knickenberg

▶ Neue Entwicklungen in der Verhaltenstherapie	
Stationäre Behandlung von Anorexie und Bulimie	89
<i>Martina de Zwaan</i>	
Von der systematischen Desensibilisierung zur virtuellen Exposition am Beispiel der Angstbehandlung	102
<i>Paul Pauli</i>	
▶ Neue Entwicklungen in der psychoanalytischen Therapie	
Psychodynamische Grundlagen zur Behandlung dissoziativer Bewusstseinsstörungen	116
<i>Annegret Eckhardt-Henn</i>	
Strukturbezogene Psychotherapie	129
<i>Gerd Rudolf</i>	

WORKSHOPS

I Konzepte akutstationärer psychosomatischer Behandlung	135
<i>Dagmar Stelz, Franz Bleichner</i>	
II Gynäkologische Psychosomatik und Sexualmedizin	143
<i>Dirk Gustson</i>	
III Interventionen in einer tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapie anhand einer videogestützten Analyse	149
<i>Lothar Schattenburg</i>	
IV Tinnitus-Bewältigungsgruppe	156
<i>Adelheid Böhme, Irmgard Hees, Gisbert Mönnich</i>	
V Vorsicht! Junge Männer!	161
<i>Matthias Kupfer, Thomas Leitner, Armin Rußmann</i>	

Zusammenfassung „30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt“	174
<i>Lothar Schattenburg</i>	
Autoren	182
Veröffentlichungen	184

Vorwort

Vor 30 Jahren, 1975, hat die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ihre klinische Tätigkeit aufgenommen. Der Aufbau und die planmäßige Belegung der Klinik wurden durch das vertrauensvolle Entgegenkommen der Deutschen Rentenversicherung – Bund/Regional sowie der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung ermöglicht. Wir möchten uns bei Verwaltung und Ärztlichen Diensten dieser Institutionen für die gute Zusammenarbeit bedanken und sind sicher, dass unsere klinische Arbeit der vergangenen 30 Jahre das in uns gesetzte Vertrauen gerechtfertigt hat.

In gleicher Weise danken wir allen niedergelassenen Ärzten aus unserem regionalen Umfeld, aber auch aus den angrenzenden Bundesländern, die uns ihre Patienten anvertrauen. Aus zahlreichen Rückmeldungen und persönlichen Gesprächen wissen wir, dass die Basis für eine langfristige vertrauensvolle Zusammenarbeit geschaffen wurde.

Dieser Kongressband anlässlich der Veranstaltung zum 30-jährigen Bestehen der Klinik soll unseren Partnern im Gesundheitswesen einen Einblick in die Geschichte der Klinik und in unsere Arbeitsweise bieten. Er spiegelt Entwicklungen und Perspektiven in der Psychosomatik und der Psychotherapie zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung.

Unserer besonderer Dank gilt den Referenten, die sich für unsere Veranstaltung zur Verfügung gestellt und mit ihren Beiträgen ganz wesentlich zum Erfolg der Veranstaltung beigetragen haben.

Einmal mehr gilt auch unser Dank allen Mitarbeitern, die in den vergangenen Jahren durch ihr Engagement, ihren Fleiß, ihre Kompromissfähigkeit und ihre Kreativität dazu beigetragen haben, die Klinik zu dem zu machen, was sie heute darstellt.

Bad Neustadt, im Januar 2006

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor

Jörg Rieger
Geschäftsleitung

Dr. med. Franz Bleichner
Chefarzt

FESTAKT Psychosomatik im Spannungsfeld eines Krankenhaus-Konzerns

Eugen Münch

Was war vor 30 Jahren?

Wir waren unbefangen und schnell in der Analyse und Reaktion: Es war eine scheinbar andere Zeit.

Es gab hier auf dem Berg in Bad Neustadt 1.500 so genannte Kur-Appartements, die mit vollmundigen Versprechen und angelocktem Kapital, das von Investoren stammte, die nur zu gern geglaubt hatten, Chancen auf billige Vermehrung ihres Kapital hätten nichts mit Risiko zu tun, gebaut worden waren; 1.500 Appartements, die zum größten Teil, weil nichts am alten Konzept stimmte, leer standen, und die darauf warteten, dass wir sie mit Leben füllten.

Es war die Unbefangenheit im guten Sinne, die uns als Antwort auf die damals geltende Meinung von übermächtigen Analytikern – d.h. wahren Bastionen des gelebten „Ich – bin“, einfacheren Psychotherapeuten und verwegenen Verhaltenstherapeuten den Versuch unternehmen ließ, eine Psychosomatische Klinik mit analytischem Hintergrund und gruppen-therapeutischem Konzept einzurichten.

Zwischen Urschreitherapie nach Lechler und der filigran subtilen Machtentfaltung auf der analytischen Couch versuchten wir Psychotherapie im Hochhaus zu etablieren.

Damals wurde im Konzern der Grundstein dafür gelegt, dass Handeln am und für den Patienten einen fast ideologischen Überbau als verbindendes und steuerndes Element benötigt und dieser Überbau Ziel und Weg in einen logischen Zusammenhang bringt, weil nur so die Chance besteht, die Richtung zu halten.

Die Hochhäuser wurden also als besonders für Psychotherapie geeignet erkannt, weil Hochhäuser als Symbol der entmenschlichten Stadt mit ursächlich für die zunehmenden Störungen des menschlichen Ich angesehen wurden. Folgerichtig war eine Therapie in eben diesen Strukturen zwar schwieriger, bei Erfolg aber nachhaltiger als „Behandlung im Köhler-Liesel-Umfeld“.

Heute denke ich, dass die Hochhäuser die Wirkung sind und nicht die Ursache für die mehr genetisch bedingten Sollstrukturen unseres Lebens und die Bedürfnisse, die wir glauben, befriedigen zu müssen. Wie es auch sei: Im Ergebnis ist die Therapie in diesem Umfeld nicht nur möglich gewesen, sondern – nach dem, was wir wissen – scheint sie erfolgreich zu sein.

Unternehmerisch war diese scheinbare Verbindung von Widersprüchen – die Auseinandersetzung mit dem darin befindlichen Konfliktpotential und die Auseinandersetzung zwischen den Protagonisten – Frau Dr. Schütz auf der einen Seite und ich auf der anderen Seite mit wechselnden Gefolgschaften – sicher der Kern des Erfolges.

Die bräsig-präsenz der Analytiker einerseits und die Auseinandersetzung mit einer frühen Pluhar; mit Samy Molcho, dem Pantomimen, und anderen, war der Nukleus des Aufwuchses von etwas Neuem.

Es war wie ein Stück Waldboden, auf dem über Jahrtausende vieles schon gewachsen war; aber jetzt war hier, wie am Beginn der Schöpfung – so empfanden wir, die dabei waren, den Prozess –, nur ein Stück urbare Fläche bewurzelt- und benutzbar.

Es entstand eine vielfältige Fauna, bei der kein Individuum der Auseinandersetzung auswich. Es gab durchgesetzte, verdrängte und abgestorbene (Pflanzen-)Arten. Die jeweils „Überlebenden“ wurden stärker und stärker und auf dem Platz, der Schauplatz der Virulenz war; steht heute ein junger Mammutbaum, nämlich der Medizinkonzern, der alle Erfahrung und alles Wissen als Quintessenz der Entwicklung beinhaltet.

Viele Triebe, die dieses „Überlebensgewächs“ heute in lichter Höhe bildet, glauben von sich, sie wären überirdisch. Spätestens dann, wenn sie abgeschnitten oder vom scharfen Wind gebrochen sind, erfahren sie bitter, was geschieht, wenn man die Wurzeln, derer man sich entledigt wähnte, tatsächlich verliert:

Indem sie dem Boden entgegen fallen, ist zwar in Abwärtsrichtung die Gewaltigkeit des Stammes noch einmal zu sehen, bevor sie an den Wurzeln aufschlagen, aber irgendwann ist dieses „gefallene Gewächs“ zu Humus geworden aus der es wieder in einer neuen Metamorphose nach oben transportiert werden wird.

Beim Schreiben dieses Textes war sie wieder da, die Zeit des wilden Wachstums, und ich habe mich ein bisschen treiben lassen, so wie es einem Mann am Beginn der dritten Dekade beruflichen Seins, der Großvaterrolle, erlaubt sein sollte. Dabei ist mir klar geworden, worin die Stärke des Konzerns lag: Und eben diese hatte den Ursprung in der Entwicklung der Psychosomatik.

Die schöpferische Kraft des Konzerns liegt darin, dass es ihm selten erlaubt wurde – und das hat mit der Psychosomatik begonnen – Widersprüche konsensual zu vertuschen (d.h. nicht im Konsens); es bedeutete, dass er sie akzeptieren musste, weil er – wie in der Analyse – aufdeckend gezwungen wurde, sich damit auseinander zu setzen, sie aufzuarbeiten – auch streitig – und sie aktiv zu integrieren. Danach sind sie – wie das Sandkorn in der Muschel – zu Perlen von seltenem Glanz geworden.

Diese Haltung erlaubte als Antipode ein gegenläufiges Element, das eigentlich ein Prinzip des erfolgsgeneigten Leicht-Sinns ist, in welchem wir uns Unerlaubtes erlaubten und Unmögliches vornahmen. Das waren zuerst Strukturen in der Psychosomatik, dann das „Christliche Bildungswerk“, dann die „Herzklinik“, dann ein Teil einer Universitätsklinik; morgen wird es eine Universitätsklinik sein, und übermorgen wird der Konzern Versorgungsleistungen für Menschen übernehmen, die sich diese Leistungen wünschen, die sie einstmal hatten und die vom Staat nicht mehr erbracht werden, und bei denen wir den Staat dann an dieser Stelle ersetzen. Das Umfeld nahm es und nimmt es wahr; lacht oder schüttelte den Kopf.

Heute ist es anders und doch das selbe. Das Umfeld ist noch spröder und uneinsichtiger geworden.

Wir leben in einer Zeit, in der alte Mütter alte Kinder zur Welt bringen und junge Geisse erziehen, die angsterstarrt Nahrung aufnehmen, deren Anteil an Ballaststoffen zu gering sein könnte.

Wir leben in einer Zeit, in der Abwesenheit von Männlichkeit in „rückgebauten“ 30-km-Zonen Kinder glauben lässt, Autos wären Spielzeuge, deren Natur es ist, um sie herum zu fahren.

Es gilt als „IN“, Ängste zu pflegen, wo es genügt, einmal richtig Angst zu haben, und wo die Angst, den Bordstein mit seiner 10 cm Höhe zu überschreiten, schon Verhaltens beeinflussend ist, und wo Konsensrunden zur Risikominimierung zur Gewohnheit geworden sind, weil vor allem Abweichung von „allgemeinen Normen“ als Risiko erkannt und damit verbannt werden soll.

Sie fragen: Was hat das mit dem Thema zu tun? – Die Antwort lautet: Sehr viel. Die erfolgsgeneigte Leichtfertigkeit, verbunden mit der Einarbeitung der Risiken und der Auseinandersetzung mit Widersprüchen, führte zur Anwendung von psychotherapeutischen Erkenntnissen – vor allem zu dieser, dass das Umfeld das Feld bestimmt – und war der tragende Gedanke für die Einrichtung des Christlichen Bildungswerkes mit Erwachsenen-schulung und Jugendlichen-Integration.

Die Erkenntnisse standen Pate beim Beginn der von uns angestoßenen Entwicklung der Medizin im Sinne ihrer Industrialisierung. Es ging und geht dabei um die Frage: Wie ändert man Verhalten und System in der Medizin? Dabei handelt es sich vorrangig um die Änderung der Vorstellung von Medizin in den Köpfen von vielen Tausend Mitarbeitern, die nur die Vorstellung von handwerklichen und zunftorientierten Arbeitsweisen im Kopf haben. Was muss getan werden, um sie in das moderne arbeitsteilige Medizinindusriezeitalter zu bekommen?

Will man den Versuch machen, das Spannungsfeld der Medizin im Allgemeinen und des Konzerns im Besonderen begreifen, so führt die Analyse sehr zügig zu der Frage: Was will Medizin, und mit welchem Prinzip arbeitet sie und welchem Wandel folgt sie?

Im Grunde genommen war Medizin in den letzten 200 Jahren in unserer Kultur immer eine Nutzenabwägung zwischen dem bei der Heilmaßnahme eintretenden kurzen Schmerz mit der langfristigen Besserung oder dem Verschieben der Maßnahme in der Hoffnung, dass Schmerz und Tod auf lange Sicht ausbleiben.

Ein brandiger Finger stellte den Heiler vor die Frage, wann der Nutzen, ihn abzuschneiden, größer war als der Schmerz und die Folgen, mit einem Finger weniger zu leben. Diese Frage hat die Medizin immer weiter entwickelt unter Nutzung der sich wandelnden technischen Möglichkeiten, getrieben von der Nachfrage nach Herstellung von Gesundheit für jedermann.

Parallel dazu haben wir begonnen, medizinische Krücken technischer Art zu entwickeln und zu benutzen. Das begann mit der Krücke als Gehilfe für ein abgenommenes Bein und führt beispielsweise über implantierte Kniegelenke und Hüften bis zu mit Medikamenten beschichteten Stents. Die aktuell gerade von uns enorm forcierte Entwicklung von Anlagen zur Partikeltherapie, mit denen es möglich sein wird, nicht-invasive Operationen zur Zerstörung von unerwünschtem Gewebe mit der Präzision eines Skalpells durchzuführen, ohne den Körper zu öffnen und / oder auch nur rote Bestrahlungsschäden auf der Haut zu erzeugen, wird ein – und ich sage dies ausdrücklich – vorläufiger Endpunkt der Entwicklung der Medizin sein, welche die Innenressourcen des Menschen nutzt und technisch modelliert.

Haben wir in der so genannten Schulmedizin vorzugsweise das, was mit medizinischer Hardware umschrieben werden könnte, bearbeitet, so war die Psychosomatik bestrebt – und darin lag über viele Jahre ihr Außenseitertum, durch vorhandene oder verfügbare Softfaktoren Gesundheit zu beeinflussen. Am nachdrücklichsten fällt mir dazu immer der Satz von Übertragung und Gegenübertragung oder das Bild des im Geiste begangenen Mordes, der ebenso befreiend und belastend wirkt wie der eigentliche, ein.

Die Risiken und Nebenwirkungen haben wir selten ganz systematisch erforscht, obwohl es jedem klar ist, dass das therapeutische Messer des Psychotherapeuten in Heilung und Nebenwirkung nicht weniger wirksam und gefährlich ist als ein reales Messer. Die Psychotherapie kann aber mehr bewirken als die Herstellung von Balance innerer Lebenssysteme. Sie kann nämlich an das rühren, was mit dem Bibelsatz: „Es werde Licht“ gemeint ist.

Wenn beispielsweise ein Schulmediziner Gewebe entnimmt, so ist es mit allen Folgen eben weg. Sogar wenn ein Infertilitätsspezialist ein Kind zeugt, so ist es nur der Ersatz von Funktion.

Der Psychotherapeut, der durch Teilübertragung seines Ichs – dem Beginn einer unkontrollierten Kernspaltung ähnlich – eine neue Lebensform erzeugt, ohne dass er das Ergebnis seines Tuns absichern könnte und so vielleicht einem Menschen ein neues Leben gibt, indem er bewusst oder nicht, diesem den Freitod verwehrt, wirkt schöpferisch.

Es kann aber auch die andere Entwicklung eintreten, in der dem Psychotherapeuten eine Therapie entgleitet, und er für den Patienten den Beginn der Todesspirale setzt. Dies beachtend zeigt bei Nachdenken, dass die Stammzelltherapie und embrionales Klonen der Psychotherapie näher stehen als beides der Herzoperation oder der Schwerionentherapie. Psychotherapie und Gentechnik bewegen sich beide auf der Seite der schöpferischen und nicht auf Seite der extrahierenden Medizin, und das erfordert einen anderen Umgang und macht sie uns unheimlich.

Der Beginn der Psychosomatik hat – und deshalb nannte ich das die erfolgreiche Leichtsinngigkeit – dieses Spiel mit dem Feuer bedient und gewonnen. Wir haben aber immer dafür gesorgt, dass dieses Konzept fast wie eine Entwicklungsabteilung für Umgang mit risikoträchtigen Strukturen erhalten blieb, befruchtend und störend zugleich. Ihre Virulenz

hat abgenommen, wenn sie nahe des Etablierten gelaufen ist; in dieser Zeit wird sie vom Konzern wenig wahrgenommen. Und sie hat zugenommen in Phasen, in denen sie – und ich hoffe, dass dies wieder beginnt – sich mit Themen an ihrem Entwicklungsrand beschäftigt. Dazu gehört die Frage:

Werden Patienten der Psychosomatik, denen das soziale Netz entzogen wird, und die sich an der Behebung ihres Leidens in pekuniär schmerzlicher Weise beteiligen müssen, andere Patienten sein, und wird sich das „Setting“ der Klinik ändern müssen – und wenn JA, WIE?

Eine Entwicklung, welche in den Anfängen der Psychotherapie als unabdingbar vorausgesetzt worden ist, würde mit solchen „finanziellen“ Selbstbeteiligungen der Betroffenen eintreten. Ich meine, Selbstbeteiligung würde wie das Salz in der Suppe enorme Geschmacks- und Empfindensveränderungen auslösen. Der Drahtseilakt, zukünftig die Patienten zwar als Hilfesuchende, aber, weil selbst beteiligt, als anspruchsvolle Geister zu behandeln – ich meine das im therapeutischen Sinn –, wird viele Veränderungen und neue Charakteristika begründen oder hilft, alte Tugenden wieder zu entdecken.

Neue Behandlungsmodelle, die sich aus der Verbindung zur Selbstbeteiligung entwickeln, wären für den Konzern, geboren aus einer grenzwertigen Position, welche die Psychosomatik hat, vielleicht der Beginn neuer Innovation. Umgekehrt werden die Schulmediziner, wenn sie sich die Möglichkeiten der Gentechnik zu eigen machen, in Felder völlig neuer Grenzwertigkeit vorstoßen. Wie wird der Patient behandelt, der einen Keimbahneingriff versäumt und dessen Zustand dann weniger als Krankheit denn als gewillkürtes Ergebnis einer Unterlassung gesehen wird?

Könnte da nicht die Erfahrung der Psychosomatik, die lernen musste, dass Unmotiviertheit nicht Schuld, sondern neutraler Zustand ist, hilfreich sein, um faschistoide Entwicklungen zu vermeiden?

Die Medizin, der Konzern und die beschriebenen Ebenen der Schulmedizin und der Psychosomatik, stehen natürlich im aktuellen Spannungsfeld, in dem alte Finanzierungsmethoden, die aus dem Denkansatz des Besänftigungssozialismus für Minderheiten in der Bevölkerung ausgereicht haben, heute eine Leistungsbreite für die Mehrheit der Bevölkerung gewährleisten sollen. Das Unterfangen musste scheitern; es war nur eine Frage der Zeit und die ist jetzt gekommen.

Die Bewältigung der Fragen, die aus der Umorganisation von einer Umverteilungs- in eine soziale Marktwirtschaft zu klären sind, die aber z. Z. an Unveränderbarkeitspostulaten hängen, weil allzu viele ihre kleinen und kleinlichen Besitzstände schützen, sehe ich – bei genügendem Druck – als lösbar an.

Die Psychosomatik wird z. B. besser motivierte Patienten bekommen und alle werden sich fragen lassen müssen – nämlich vom Konsumenten-Patient, ob der Preis die Leistung wert ist. Das wird sicher für manchen eine neue Welt sein – und zwar für das Kassenmitglied, den Patienten und den Mitarbeiter in der Klinik oder draußen; sie wer-

den es lernen und sie werden danach die neuen Besitzstände so verteidigen als habe es nie andere gegeben.

FAZIT: Wir befinden uns in einer Entwicklungsphase der Medizin, in der ein Spannungsverhältnis be- bzw. entsteht, das die Entwicklung der Psychosomatik und ihre Beziehung zur Schulmedizin, damit auch ihre Stellung im Konzern, tief greifend verändern kann.

Wie ich versuchte darzulegen, arbeitet die Psychosomatik teilweise am Grenzbereich zwischen Medizin und lebensgestaltenden Strukturen.

Die mit der Gentechnik, Stammzelltechnologie, der Eugenik und der Euthanasie eingetretenen Perspektiven – und glauben sie mir, alles was geschehen kann, wird geschehen – bedeuten, dass wir bereits mit der gedachten Fähigkeit, Leben zu schaffen und es aus Zweckmäßigkeitsgründen zu beenden, die Akzeptanz einer Denkdimension über die Reparierbarkeit aller Zustände, deren Zulässigkeit wir mit der Disposition des Lebens am Anfang (ich meine die Abtreibung) mindestens erleichtert haben, scheinbar einfach so hinnehmen.

Das bedeutet aber im Umkehrschluss, dass nicht bewusst, sondern instinktiv als Maßnahme der Abwehr gegen ein Einbezogenwerden beschlossen wird, dass z. B. eine Mager-sucht zum reparierbaren Gendefekt gerät und die Nicht-Vornahme der Reparatur am Ende die Euthanasie als selbstverschuldete Konsequenz auslöst.

Ich habe keine Antwort auf die Frage, wie wir damit umgehen sollen und werden. Allerdings werde ich dort, wo ich kann, also an der Stelle, an der ich jeweils stehe, dafür eintreten, dass wir uns nicht wegen vergleichsweise lächerlicher Fragen – wie damals bei dem Argument: Mein Bauch gehört mir! – von den eigentlichen Themen, die vielleicht alleine das Tiersein vom Menschsein unterscheiden, ablenken lassen.

Die Psychosomatik als Disziplin, die sich mit dem Grenzwertigen auseinandersetzt und die bemüht ist, die Abgründe des menschlichen Seins zu therapieren, wird ein wichtiger Ort sein, an dem sich Kompetenz findet, welche – wenn in der Medizin und im Konzern der Aufstieg der Schöpfungstechniken Einzug halten wird – den Widerpart spielt und vielleicht die Basis einer humanhygienischen Qualitätskontrolle bildet.

Ich danke Ihnen, dass Sie meinen Gedanken, die beim Schreiben dieses Vortrags und dem Nachdenken über den Inhalt ins Oszillieren geraten sind, zugehört haben.

Grußwort

Christiane Korsukéwitz

Ihre Festveranstaltung anlässlich des 30-jährigen Jubiläums der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt bietet mit vielen interessanten Vorträgen natürlich eine gute Gelegenheit zur klinikbezogenen Rückschau, aber mehr noch einen Anlass in konzentrierter Form die Entwicklungen und Perspektiven im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie zu beleuchten. Dies wird heute und morgen auch ganz praxisbezogen im Rahmen von Workshops erfolgen.

Zunächst möchte ich mit meinem Grußwort natürlich dem schon lange erwachsenen „Geburtstagskind“ die Glückwünsche der Geschäftsführung und der Abteilung Rehabilitation der BfA übermitteln. Tatsächlich begleiten wir die Entwicklung in der Klinik bereits seit 1974, wengleich über längere Zeit keine feste Belegung bestand. Die Rehabilitation wird ja gemeinhin als relativ statisch wahrgenommen, dabei hat sie im Gegenteil dynamisch auf die generativen und gesellschaftlichen Herausforderungen reagiert und ein modernes patientenorientiertes Versorgungskonzept kreiert.

Die BfA und mit ihr alle Rentenversicherungsträger haben das Bild der derzeit existierenden Versorgungsstrukturen im Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie in den vergangenen Jahrzehnten entscheidend geprägt. Es besteht eine enge Kooperation mit zahlreichen und hochqualifizierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen, sowohl hinsichtlich der Durchführung der Rehabilitationen – des operativen Geschäftes – als auch bezüglich der Entwicklung neuer Konzepte und der Umsetzung von Forschung. Es ist wichtig und auch für die Zukunft bedeutsam, dass rehabilitative Praxis, wissenschaftliche Fundierung und erneute Einspeisung relevanter Ergebnisse nicht von einander getrennt werden und als gemeinsame Aufgaben von Leistungsträger und -erbringer verstanden werden.

Eine solch breit gefächerte Palette stationärer und im Zuge der Flexibilisierung in der Rehabilitation auch ambulantteilstationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote sucht man im Bereich der kurativen Medizin noch vergebens. Die Notwendigkeit des Ausbaus entsprechender Strukturen im kurativen Sektor bzw. auch einer besseren Verknüpfung von Krankenbehandlung und Rehabilitation ist unumstritten und dürfte ein wichtiges Handlungsfeld für die angestrebte integrierte Versorgung darstellen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass diese Sektoren des Gesundheitssystems, Krankenbehandlung und Rehabilitation, zwar Schnittmengen miteinander haben, jedoch auch klare, gesetzlich festgelegte Unterschiede in Zielsetzung und Inhalten aufweisen. Während die kurative Behandlung primär auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen und ihrer direkten Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten abzielt, beinhaltet Rehabilitation die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, ihren Folgen und den damit verbundenen Beeinträchtigungen.

Im integrativen Ansatz der psychosomatischen Rehabilitation steht natürlich der Mensch im Mittelpunkt mit seiner individuellen Geschichte, seinen Symptomen in den Dimensionen des Erlebens und Verhaltens, seinem sozialen Kontext und nicht zuletzt seinen Ressourcen, auf denen jede Rehabilitation aufbaut. Die stärkere Verankerung der ICF als gemeinsame Sprache im Rehabilitationsprozess und intersektoral wird eine wichtige Aufgabe der Rentenversicherung in der näheren Zukunft sein.

Mit der Eröffnung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt vor 30 Jahren wurde Pionierarbeit geleistet, handelte es sich damals doch um die erste psychosomatische Klinik in Bayern. Während zunächst akut psychisch erkrankte und rehabilitationsbedürftige Menschen gemeinsam behandelt wurden, fand Anfang der 90-er Jahre eine Aufteilung der Klinik in eine Krankenhaus- und eine Rehabilitationsabteilung statt. Damit wurden einerseits die strukturellen Konsequenzen aus differentiellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedürfnissen bei verschiedenen psychischen Störungen bzw. unterschiedlichen Krankheitsverläufen gezogen, andererseits wurde ein Modell medizinischer Versorgung etabliert, das man rückblickend betrachtet durchaus als einen gelungenen Prototyp von „Integrierter Versorgung“ bezeichnen könnte – ein Begriff, der heute in aller Munde ist. Tatsächlich hat es viele Vorteile, wenn Akutbehandlung und Rehabilitation am gleichen Ort und prozessual eng verknüpft durchgeführt werden können. Grundsätzlich kann es aber auch bei der Fortentwicklung eines differenzierten Versorgungsspektrums nicht darum gehen, den Patienten ohne fachlich angemessene Indikationsstellung von einem Sektor in den anderen zu verschieben.

Den Anforderungen an eine intensivere Vernetzung der verschiedenen Versorgungsektoren trägt die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt auch dadurch Rechnung, dass dem Transfer des Erfahrenen und der erzielten Veränderungen nach Abschluss einer Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit zuteil wird. Dabei kommen u. a. die auch aus der Kooperation von Wissenschaft und Praxis erwachsenen und mittlerweile bewährten Rehabilitations-Nachsorgeprogramme der Rentenversicherungsträger, z. B. IRENA (intensivierte Rehabilitations-Nachsorge) und Curriculum Hannover, zum Einsatz. Nachsorgeaktivitäten sichern aber nicht nur langfristig den Rehabilitationserfolg, sondern sie bieten auch wichtige Ansätze für die Optimierung von Versorgungsverläufen, wie sie sich in der Thematik des Fall- oder Disease-Managements spiegeln.

In Ergänzung der ursprünglichen tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt haben in den vergangenen Jahren auch zunehmend verhaltenstherapeutische bzw. verhaltensmodifizierende Behandlungsstrategien Eingang in das therapeutische Konzept gefunden. Damit tragen Sie den Ergebnissen neuerer Psychotherapieforschung Rechnung, nämlich der Überlegenheit eines jeweils individuell angepassten, therapieschulenübergreifenden Behandlungskonzeptes.

Die Durchführung der meisten Therapiemodule im Gruppensetting stellt nicht etwa nur eine Ökonomisierung der Behandlung dar, sondern entspricht ebenfalls modernen Erkenntnissen bezüglich der Unterstützung des psychotherapeutischen Prozesses in der Gruppe. Erkennen

und Bearbeitung vielfältiger Übertragungsprozesse, Modelllernen, emotionale Bestätigung und Einüben hilfreicher Verhaltensweisen für soziale Situationen sind Teilaspekte von Gruppentherapie bzw. Gruppenpsychotherapie, wie sie hier konzeptionell verankert ist.

Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle das Engagement von Herrn Dr. Knickenberg und seinen Mitarbeitern bei der Erstellung und Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte für bestimmte Gruppen von Rehabilitanden. So existieren beispielsweise spezifische Rehabilitationsstrategien für ältere Arbeitnehmer, für Patienten mit Essstörungen, für Tinnitus-Patienten und für Patienten mit Schmerzstörungen. Gerade letztere Gruppe ist für die Rentenversicherung von erheblicher Relevanz, handelt es sich doch häufiger um nur bedingt introspektions- und psychotherapiefähige Patienten, Patienten mit einem latenten oder manifesten Rentenwunsch oder Menschen, denen angesichts einer primären Fixierung auf eine rein körperliche Genese der Schmerzen ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit erst behutsam und schrittweise vermittelt werden muss. Der einfühlsame Umgang mit diesen Rehabilitanden ist eine therapeutische Herausforderung, zumal die Notwendigkeit der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung am Ende der Rehabilitation immer im Auge behalten werden muss. Sicher werden Sie im Rahmen der Workshops mehr dazu erfahren.

Ein besonderes und in der „Rehabilitationslandschaft“ recht selten anzutreffendes Angebot besteht in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt auf dem Gebiet der Musikermedizin, der im letzten Jahr eine Fachtagung gewidmet war. Hier wird deutlich, dass es auch wichtig ist, sich der Probleme anzunehmen, die relativ selten sind und aus dem Mainstream herausfallen. Wir freuen uns über dieses Engagement und das Know how in Bad Neustadt.

Zentral für die Rentenversicherung ist die umfassende Einbeziehung von Aspekten der Arbeitswelt bzw. des Erwerbslebens in die Rehabilitation auch und gerade hier in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Die wissenschaftliche Fundierung durch die Beteiligung der Klinik an gemeinsamen Forschungsprojekten mit Prof. Beutel von der Universität Mainz zum Thema Berufsbezug und die praktische Umsetzung hat wichtige Impulse gesetzt und ein Thema fokussiert, das heute und in Zukunft bedeutsam ist. Im Rahmen von Gruppentherapiesitzungen werden u. a. problematische Verhaltensweisen identifiziert und damit einer Modifikation zugänglich gemacht, die zu Kommunikationsstörungen am Arbeitsplatz führen bzw. in der Vorgeschichte bereits geführt haben. Darüber und mit der Möglichkeit der Durchführung einer durch den Sozialdienst der Klinik begleiteten Belastungserprobung an einem konkreten Arbeitsplatz werden wichtige Erfolge für den individuellen Patienten und die Gesellschaft erzielt.

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt zeichnet sich durch ein reges Engagement hinsichtlich Fortbildung, Qualitätssicherung und Forschung aus, dafür gilt unsere Anerkennung und weitere Unterstützung.

Die Deutsche Rentenversicherung wird – sicher auch über die bevorstehende Organisationsreform hinaus – unter dem Primat „Rehabilitation vor Rente“ ihrer Verantwortung für die psychosomatische Versorgung der betroffenen Versicherten gerecht werden und mit

Nachdruck die Fortentwicklung auch in schwierigen Zeiten fördern – dazu gehört auch zukünftig eine partnerschaftliche auf gemeinsame Ziele ausgerichtete Zusammenarbeit, wie sie in den letzten Jahren zwischen uns bestand.

Ich wünsche dem Ärztlichen Direktor der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, Herrn Dr. Knickenberg, und allen Mitarbeitern weiterhin viel Erfolg und Freude bei der Bewältigung ihrer komplexen therapeutischen und sozialmedizinischen Aufgaben und der Geschäftsführung ebenfalls eine glückliche Hand, damit noch viele Anlässe für „Geburtstagsfeiern“ gegeben sein werden.

Grußwort

Willi Willeke

Sehr geehrter Herr Vorstandsvorsitzender Münch, sehr geehrter Herr Rieger, verehrte Festgäste, herzlichen Dank für die Einladung und die freundliche Begrüßung in Ihrem Hause. Ich überbringe Ihnen die besten Grüße und Glückwünsche der Landesversicherungsanstalt Unterfranken und der mitbelegenden Landesversicherungsanstalten.

Meine Damen und Herren,

wenn ein Unternehmen wie die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ihr 30-jähriges Bestehen feiert, gilt es zuerst dem engagierten Personal auf allen Ebenen zu danken. Ohne deren Einsatz, Begeisterungsfähigkeit und Einfühlungsvermögen lässt sich ein Unternehmen, das mit und für Menschen arbeitet, nicht führen. Mein Dank gilt dem Management für das unternehmerische Engagement, sich trotz des fast seit zehn Jahren schwierigen Umfeldes und seiner Folgen am Markt zu behaupten.

Dieses Unternehmen hat sich dem Wandel in der Gesundheitspolitik gestellt, ihn aktiv bewältigt und in vielen Bereichen auch beeinflusst.

Meine Damen und Herren,

mit meinem Grußwort möchte ich nicht über die Rehabilitation lamentieren, zumal wir vielleicht froh sein können, wenn das Präventionsgesetz am Ende des Monats im Bundesrat scheidet. Stattdessen möchte ich für eine neue Sicht auf die gesetzliche Rentenversicherung werben:

Vorgestern ist die Gesetzliche Rentenversicherung genau 116 Jahre alt geworden. Ich möchte Ihnen von einem Wandel in der Betrachtung unserer Versicherten erzählen, der sich bereits zum Jahresanfang 2005 abgespielt und den kaum jemand zur Kenntnis genommen hat. Nach 116 Jahren gibt es keine Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten mehr in der Rentenversicherung. Die Organisationsreform hat, zugegebenermaßen als großer Kompromiss, eine Stabilisierung der Versichertenmenge und eine Neuaufteilung auf die dann verantwortlichen Träger gebracht.

Die Organisationsreform bringt uns und Ihnen vor allem auch zum 1. Oktober diesen Jahres eine „neue Firma“.

Ein Unternehmen, das in der Vielfalt Effizienz und Stärke verspricht. Ein Unternehmen, das als zentrales Ziel Wettbewerb hat und mit einem neuen Benchmarking zu mehr Wirtschaftlichkeit kommen soll. Eine neue Firma, bei der die Zusammenfassung von Aufgaben und Verantwortungen Freiraum schaffen wird für mehr Dienstleistung und Service. Der Firmenname ist „Deutsche Rentenversicherung“ (z.B. Bund, Unterfranken, Westfalen etc.)

Sie merken, ich setze auf diese neue „Firma“! Nur dann, wenn wir den Wandel schaffen, haben wir auch eine Zukunft. Diese Gesetzliche Rentenversicherung hat nach meiner Auffassung eine Zukunft! Sie verbindet mehr und mehr Solidarität und Schutz mit indivi-

dueller Eigenverantwortung. Unser „Gewinn“ muss die Zufriedenheit der Menschen sein!
Mit diesem Bogen zu einem funktionierenden Unternehmen, das heute das 30-jährige
Bestehen der Psychosomatischen Klinik feiern kann, will ich enden.
In diesem Sinne Ihnen Dank und Anerkennung für die Leistungen der vergangenen 30
Jahre und Ermunterung für die vor uns liegende Zeit.

Grußwort

Uwe Fella

Gerne bin ich der Einladung zum heutigen Festakt gefolgt, mit dem Sie das 30-jährige Bestehen der Psychosomatischen Klinik hier in Bad Neustadt begehen.

Als Vertreter der AOK Bayern und insbesondere des Dienstleistungszentrums für Krankenhäuser in Ober- und Unterfranken gehört es zu unseren Aufgaben, die Beziehungen zu den Vertragspartnern, den Leistungserbringern zu gestalten, aber auch, die stationären Aufenthalte unserer Versicherten zu begleiten.

Daraus ergibt sich eine Dreiecks-Beziehung zwischen Patient, Leistungserbringer und Kostenträger:

Der Patient und seine Angehörigen erwarten eine bestmögliche Behandlung bzw. Versorgung und eine geräuschlose Abwicklung zwischen Klinik und Krankenkasse.

Im Verhältnis zwischen Kostenträger und Leistungserbringer gehört es zur Normalität, dass in Einzelfällen auch einmal Zielkonflikte entstehen.

In unseren Kontakten steht jedoch das faire Miteinander an oberster Stelle. Nur der Konsens zwischen Leistungserbringer und Kostenträger ermöglicht zum einen die bestmögliche Behandlung der Patienten – zum anderen aber auch den verantwortungsvollen Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Diese sind – das muß heute nicht eigens betont werden – begrenzt und stehen nicht in dem Ausmaß zur Vergütung, der möglicherweise wünschenswert wäre.

Diesem laufenden monetären Zielkonflikt begegnen beide Vertragspartner ständig auch mit der Bereitschaft zum Kompromiss und einem über Jahre gewachsenen, gegenseitigem Verständnis und Vertrauen.

Wir als AOK Krankenhauszentrum verstehen uns nicht als „Kostenkontrolleure“ – und ich hoffe Ihr Haus sieht uns auch nicht als solche – Oberste Priorität hat für uns, wie für Sie, das Wohlergehen der Patienten.

Die Psychosomatische Klinik des Rhön-Klinikum leisten nun seit 30 Jahren anerkannte, qualitativ hochwertige Therapien im Bereich der Psychosomatik. Sie verfügen über ein sehr gut ausgebildetes Personal und durch ständige Investitionen auch über moderne und zeitgemäße Einrichtungen. Und dies alles zum Wohle unserer gemeinsamen Kunden – den Patienten.

Ein primäres Ziel der Psychosomatik hier in Bad Neustadt ist natürlich die Wiederherstellung, bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit Ihrer Patienten – unserer Versicherten. Nur eine Rückkehr in die geregelte Erwerbsfähigkeit verhindert letztlich eine dauerhafte finanzielle Belastung für die Allgemeinheit der Versicherten und erhält uns einen Beitragszahler für unsere Solidargemeinschaft.

Ihr Beitrag dafür war vor 30 Jahren den mutigen Schritt zu gehen, die erste Klinik dieser Art in Bayern zu errichten. Ihre Klinik hat Pionier- und wertvolle Ausbildungsarbeit auf dem Gebiet der Psychosomatik geleistet.

Eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung war seinerzeit nicht gegeben. Sie haben maßgeblich dazu beigetragen, dass wir heute von einer deutlich verbesserten Versorgungsstruktur sprechen können.

Gott sei Dank – denn im Wandel unserer Zeit ist eine zunehmende Zahl affektiver Störungen erkennbar. Eine nicht mehr zu überschauende Medienlandschaft, einhergehend mit ungebremster Informationsflut, Statusdenken, vielfältige Anreize und vermeintliche Zwänge zur Anpassung überfordern viele Menschen.

Ältere Menschen sind überfordert und teils hilflos gegenüber neuer Technologien wie z. B. Internet und Mobiltelefon – vor 30 Jahren gab es dies alles noch nicht.

Die Auswirkungen der Globalisierung – ich denke hier in aller erster Linie an die Sorge vor Arbeitsplatzverlust und somit auch die um sich greifende Zukunftsangst vieler Menschen – vor allem der jüngeren und mittleren Generation. Viele können mit dem gewachsenen Zeit- und Termindruck, dem geforderten Arbeitstempo nicht mehr ohne Hilfe Schritt halten. Hinzu kommen Stichworte wie Mobbing und erhöhter Leistungsdruck durch verschärfte Konkurrenz unter Kollegen.

Ohne Häuser wie die Psychosomatische Klinik hier in Bad Neustadt könnten Betroffene nicht zeitnah und kompetent betreut werden. Ihre Klinik bietet ein Ressort für Menschen, die aufgrund all dieser verschiedensten Indikationen Krankheitsbilder aufweisen, bei denen psychische Faktoren als Ursache oder als Folge beteiligt sind.

Für die Zukunft wünsche ich Ihnen – und uns als Ihrem Partner – eine weiterhin vertrauensvolle Zusammenarbeit, gegenseitiges Verständnis, die Fähigkeit zum Kompromiss – und in erster Linie natürlich die erfolgreiche Therapie unserer gemeinsamen Kunden – den Patienten – den Menschen.

Grußwort

Christian Bredl

Vor gut dreißig Jahren meldete sich der Pioniergeist in Bad Neustadt. Frau Dr. Schütz und mein Vorredner, Herr Münch. Sie kamen auf die Idee, die erste stationäre Rehabilitationsklinik für Psychosomatik in Nordbayern zu gründen. Das war neu, aber zukunftsweisend und sicherlich nicht ohne Risiko. Doch die Entwicklung in den drei zurückliegenden Jahrzehnten gibt den beiden Recht. Es war eine richtige Entscheidung.

Schon damals, als von einer flächendeckenden Versorgung in Psychosomatik noch keine Rede war, entstand bei den Gründern der Klinik die Vision einer medizinischen Versorgung, die ihrer Zeit voraus war. Die Klinikgründer realisierten diese Vision! Ich möchte Herrn Münch für sein Talent, zukunftsorientierte Projekte voranzutreiben, ein Kompliment machen. Doch eigentlich ist es kein Kompliment, sondern eine Feststellung.

Im Laufe der Zeit hat sich die Klinik erfolgreich fortentwickelt: Den ursprünglichen 160 Betten in der stationären Rehabilitation folgten weitere 180 Betten für Akutbehandlung. Zurzeit verfügt die Klinik über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGBV für 160 Betten. Dieses große Unternehmen stellt für Bad Neustadt somit einen starken Wirtschaftsfaktor dar. Die Klinik gehört zu den wichtigsten Arbeitgebern in der Umgebung und beweist, dass das Gesundheitswesen eine wirtschaftliche Zukunftsbranche mit einem Wachstumspotential ist.

In der medizinischen Versorgungsstruktur gelangte die Klinik Bad Neustadt im Laufe der Jahre zu überregionaler Bedeutung. Nicht nur aus Franken oder ganz Bayern, die Patienten kommen aus der gesamten Bundesrepublik hierher. Die Klinik genießt unter den Patienten einen guten Ruf und hohes Ansehen. Das ist keine Selbstverständlichkeit, sondern ein Ergebnis harter Arbeit. Um auf dem Gesundheitsmarkt überstehen zu können, muss eine Klinik vor allem eine hohe Qualität der medizinischen Behandlung vorweisen. Im Falle der Klinik Bad Neustadt gehört die Qualitätssicherung zu den Grundlagen der Unternehmensphilosophie. Das schätzen die Patienten und wird von den Krankenkassen anerkannt.

Wie sich die Klinik Bad Neustadt permanent um die Weiterentwicklung bemüht, lässt sich am folgenden Beispiel demonstrieren: Im Sommer 2004 hat der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss beschlossen, die Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als eigenständige Fachabteilung im Krankenhausplan auszuweisen. Die Voraussetzung dafür, dass eine Klinik in diese Planrubrik aufgenommen wird, ist die Erfüllung der Mindeststandards, die eine strenge Expertengruppe formuliert hat. Nicht einmal ein Jahr später erfüllt die Klinik Bad Neustadt bereits diese Mindeststandards.

Obwohl die Entscheidung darüber, welche Kliniken mit der Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den Bayerischen Krankenhausplan aufgenommen werden, noch nicht getroffen ist, gehen die Ersatzkassen in Bayern davon aus, dass die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt unter den Glücklichen sein wird, einen Platz im Krankenhausplan einzunehmen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
an dieser Stelle, an der wir über die Zukunftsperspektiven der Klinik zu sprechen gekommen sind, erlauben Sie mir ein paar Worte zur aktuellen gesundheitspolitischen Situation zu sagen.

Zu den am meisten diskutierten Themen dieser Tage gehört die Entwicklung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen, genauer gesagt, die von der Politik geweckten Erwartungen, dass die Beitragssätze gesenkt werden können. Die vorläufigen Finanzergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung des ersten Vierteljahres 2005 machen aber deutlich, dass es für die Beitragssenkungen so gut wie keinen Spielraum gibt. Realistischen Schätzungen und Prognosen zufolge geht man davon aus, es als Erfolg anzusehen, wenn die aktuellen Beitragssätze sowohl in diesem als auch im kommenden Jahr gehalten werden könnten.

Schaut man sich die vorläufigen Finanzergebnisse des ersten Quartals genauer an, erkennt man die Ursache für die Gefährdung der Beitragssätze sofort: Es sind die dramatisch steigenden Ausgaben für Arzneimittel. Sie stiegen gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um sage und schreibe 18,8 Prozent! Für Sie, meine Damen und Herren, ist das gesetzliche Gebot der Beitragssatzstabilität sicherlich kein Fremdwort. Die Beitragssatzstabilität ist gefährdet, sobald die Ausgaben der Krankenkassen ihre Einnahmen übersteigen. Dem horrenden Ausgabenanstieg im Arzneimittelbereich steht der Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von nur 0,5 Prozent gegenüber.

Die Kostendämpfung im Arzneimittelmarkt durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 bewirkten vorwiegend die Einmaleffekte, die sich in diesem Jahr nicht mehr wiederholen werden. Die Hauptursache der Kostensteigerung, die so genannte Strukturkomponente, hat das Reformgesetz nicht beseitigt. Unter Strukturkomponente versteht man die Verschiebung hin zu teureren Präparaten. Dieses Phänomen allein führte im letzten Jahr zu Mehrausgaben der Krankenkassen um fast 2 Mrd. Euro. Eine vergleichbare Steigerung droht auch in diesem Jahr.

Zwei Milliarden Euro – das sind 0,25 Beitragssatzpunkte. Die Kostendynamik im Arzneimittelmarkt nimmt den Krankenkassen das Geld, welches sie an die Versicherten in Form von Beitragssenkungen hätten weitergeben können. An dieser Stelle möchte ich aber betonen, dass die Ersatzkassen zu den ersten Krankenkassen gehörten, die ihre Beitragssätze 2004 deutlich gesenkt haben.

Heute in einer Woche wird es aber dennoch zu einer Beitragssenkung in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten kommen. Hierbei handelt es sich um eine gesetzlich verordnete Beitragssenkung. Die Ehrlichkeit unseren Versicherten gegenüber gebietet uns, diese Senkung beim richtigen Namen zu nennen. Es handelt sich unter dem Strich um eine zusätzliche Belastung der Versicherten, weil die Finanzierung des Krankengeldes und des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausgegliedert wurde. Die Kosten dafür werden von den Versicherten allein getragen.

Auch dieses Thema wird momentan sehr emotional diskutiert. Mit Befremden stellen wir dabei fest, dass der Schwarze Peter den Krankenkassen zugeschoben wird. Der Zeigefinger

richtet sich auf die „bösen“ Krankenkassen, die sich nunmehr durch diese finanzielle Entlastung sanieren wollten. Solche Vorwürfe sind unredlich und nicht fair: Es waren nämlich die gesetzlichen Krankenkassen – allen voran die Ersatzkassen –, die im Vorfeld des GKV-Modernisierungsgesetzes die Ausgliederung des Krankengeldes und des Zahnersatzes aus dem GKV-Leistungskatalog und der paritätischen Finanzierung scharf kritisierten.

Trotz ihrer Kritik fiel die Entscheidung gegen die Krankenkassen. Das war der politische Wille, der sich im Kompromiss zwischen der Regierung (Gesundheitsministerin Schmidt) und der Opposition (Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer) manifestierte und nach den Debatten im Bundestag und Bundesrat als Reformgesetz verabschiedet wurde. Nicht die gesetzlichen Krankenkassen waren für die Verschiebung der Finanzlasten zum Nachteil der Versicherten!

Doch noch ein weiteres Thema drängt sich in die öffentliche Diskussion: Die anstehende Gesundheitsreform. Ja, meine Damen und Herren, Sie haben es richtig gehört – die Gesundheitsreform. Das Reformpotential des GKV-Modernisierungsgesetzes ist erschöpft. Die strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens und die Finanzierungsschwierigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nach wie vor da. Die anscheinend ausdiskutierten Reformvorschläge der Volksparteien – Bürgerversicherung und Kopfpauschale – gewinnen angesichts der bevorstehenden Bundestagswahlen immens an Aktualität. Sollte es im September zu einem Machtwechsel kommen – und danach sieht es aus – werden wir alle eine neue Debatte über die Gesundheitsreform bekommen. Derzeit kann man über ihren Inhalt und Ausgang nur spekulieren. Und die heutige Feierstunde ist kaum der richtige Anlass dafür. Eines scheint dennoch ziemlich klar: wir sollten uns schon jetzt auf einige radikalen Lösungen innerlich vorbereiten.

Meine Damen und Herren,
lassen Sie mich abschließend zu unserem Geburtstagskind zurückkehren. Einer psychosomatischen Klinik, die dreißig Jahre trotz der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen auf dem Markt besteht, kann man nur gratulieren. Der Grund dafür ist sicherlich das Engagement der medizinischen und kaufmännischen Führung sowie aller Mitarbeiter dieses Hauses. Ihnen gilt heute unser Dank. Wir wünschen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt noch viele weitere erfolgreiche Jahre, in denen wir mit einem zuverlässigen Partner zum Wohle der Versicherten und Patienten gut zusammenarbeiten werden.

Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen

Die Entwicklung der Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland

Hermann Lang

Wann begannen Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland? Nun – das ist nicht datierbar; zu sagen ist aber, dass beide Disziplinen so alt sind wie es die Deutschen selbst sind, und nicht nur sie, sondern auch ihre indogermanischen Vorfahren und deren Vorfahren. Denn Psychosomatik und Psychotherapie gibt es sicherlich, solange es Menschen gibt, die erkranken können und therapeutischer Hilfe bedürfen. Wenn in grauen Vorzeiten, aber natürlich auch in unserer jüdisch-christlichen Kultur, Erkrankungen mit bestimmten Verfehlungen, Sünden und schließlich belastenden Emotionen in Zusammenhang gebracht wurden, ist dies ein psychosomatischer Ansatz. Wenn so der Mensch über seine Seele erkrankt, bedarf es auch einer Behandlung über diese Seele und das meint nichts anderes als Psychotherapie. Deren moderner Begründer Sigmund Freud gab dem so Ausdruck: „Psyche ist ein griechisches Wort und lautet in deutscher Übersetzung Seele. Psychische Behandlung heißt demnach Seelenbehandlung. Man könnte also meinen, dass darunter verstanden wird: Behandlung der krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens. Dies ist aber nicht die Bedeutung dieses Wortes. Psychische Behandlung will vielmehr besagen: Behandlung von der Seele aus, Behandlung – seelischer oder körperlicher Störungen – mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken.

„Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung. Der Laie wird es wohl schwer begreiflich finden, dass krankhafte Störungen des Leibes und der Seele durch „bloße“ Worte des Arztes beseitigt werden sollen. Er wird meinen, man muge ihm zu, an Zauberei zu glauben. Er hat damit nicht so unrecht; die Worte unserer täglichen Reden sind nichts anderes als abgeblasster Zauber. Es wird aber notwendig sein, einen weiteren Umweg einzuschlagen, um verständlich zu machen, wie die Wissenschaft es anstellt, dem Worte wenigstens einen Teil seiner früheren Zauberkraft wiederzugeben.“ (aus „Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)“, 1905, GWV, S. 289)

Die Sprache hat in der Medizin schon immer eine hervorragende Rolle eingenommen, ja sie stand überhaupt am Beginn ärztlichen Tuns. Über 30.000 Jahre alte Höhlenzeichnungen geben Kunde von Beschwörungsformeln, wie wir sie heute noch bei Völkern, die auf der Stufe der Steinzeit leben, zu Heilzwecken beobachten können. 4.500 Jahre alte assyrische Tafeln zeugen von Beschwörungen, mit deren Hilfe die Medizinmänner böse Dämonen zu vertreiben suchten, die sie für Krankheit verantwortlich machten. Natürlich sind wir heute fern solcher Vorstellungen, in denen die Rolle der Sprache in der ärztlichen Tätigkeit zugleich als Kommunikation mit Gottheiten und Dämonen fungierte. Es wäre gleichwohl gerade im Hinblick auf Gebet, Fürbitte und Beichte von Interesse, inwiefern sich diese

Phänomene, die sich ja auch als Gespräch vollziehen, therapeutisch auswirken können. Und Jahrhunderte vor Freud wusste Shakespeare in seinem Königsdrama „Macbeth“ um diese Macht heilender Sprache, aber jetzt nicht mehr im Sinne schamanesker Beschwörungen, sondern ganz im modernen Ansatz zwischenmenschlicher Kommunikation. Zu Macduff, der ganz in Trauer und Depression erstarrte, als er erfuhr, dass seine Familie ausgelöscht worden war, lässt er Malcolm sagen: „Gib Worte deinem Schmerz: Gram, der nicht spricht, presst das beladene Herz, bis dass es bricht“ (Shakespeare, Macbeth).

Wir haben hier nicht nur ein entscheidendes psychotherapeutisches Wirkprinzip formuliert vor uns, sondern zugleich eine psychosomatische Theorie. Dieses Theorieverständnis fand seine Fortsetzung in der sogenannten „romantischen Medizin“, so bei Heinroth, der 1811 in Leipzig die erste deutsche Professur für „psychische Therapie“ innehatte.

Mehr und mehr wurde indessen diese Auffassung durch das naturwissenschaftlich-biomedizinische Modell abgelöst, das seine Herkunft u. a. der sogenannten Helmholtz-Schule verdankte, die neben Helmholtz Du Bois-Reymond und Brücke als führende Köpfe umfasste. In einem Brief Du Bois' von 1842 hieß es: „Brücke und ich haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen.“ Brücke, von seinen Berliner Freunden als „unser Gesandter im Fernen Osten“ apostrophiert, leitete das Physiologische Institut an der Universität Wien und war der akademische Lehrer Sigmund Freuds. Sofern jetzt der menschliche Körper nach dem Vorbild einer hochkomplexen physikalisch-chemischen Maschine konzipiert wurde, begann für die moderne Medizin ein Siegeszug ohne Gleichen durch die gesamte Welt. Dass ich jetzt vor Ihnen diesen Vortrag halte, verdanke ich diesem naturwissenschaftlichen biomedizinischen Modell, denn nur auf dieser Basis war es möglich, dass hier 50 Meter entfernt im Dezember 2000 eine Bypass-Operation meinen Angina Pectoris-Anfällen ein Ende setzte und ich seitdem beispielsweise wieder uneingeschränkt Tennis spielen kann und dies heute in der höchsten bayerischen Liga. Meine Mannschaft schlägt gerade (ab 11 Uhr) gegen Luitpoldpark München auf. Sie entschuldigen dies narzisstische Schmankerl, aber es soll meine Bewunderung und v. a. meinen Dank für dieses ganz ausgezeichnete Neustädter Team des Rhön-Klinikums, damals unter Professor Hacker, ausdrücken.

Freilich: Wie verhält es sich mit sogenannten „funktionellen“, „somatoformen“ Störungen, also somatischen Beschwerdebildern wie Magen-Darmbeschwerden, Herzrasen, Kopfschmerzen, Sexualstörungen, wie mit sogenannten konversionsneurotischen Symptomen und erst recht mit den vielen Ängsten, Zwängen, depressiven Verstimmungen, wobei keine das Kranksein erklärende organische Ursache gefunden wird? Hier greift offensichtlich ein biotechnisches Erklärungsmodell zu kurz, gefordert ist jetzt eine Erweiterung im Hinblick auf die Einbeziehung psychosozialer Fragestellungen – sowohl im Hinblick auf deren Verständnis wie deren Therapie.

Nun: Genau in dem Augenblick der Medizingeschichte, als Krankheit vorwiegend als apersonales, allein durch Naturgesetze erklärbares Geschehen erschien, diese Medizin zur „stummen“ Medizin tendierte, entdeckte Freud die Psychoanalyse, dass es sozusagen

Krankheiten gibt, die „sprechen“, aber keine andere Sprache gefunden haben als die der seelischen oder körperlichen Störung. Bei Symptomen, die wir psychosomatisch und neurotisch nennen, hat sich die Auffassung gebildet, dass es sich bei diesen Symptomen um eine Art unverständlicher Privatsprache, Organsprache, eine Kommunikationsstörung handelt, sofern es der Patient nicht vermocht hat, das ihn psychosozial Belastende und Bedrängende zu verarbeiten, so zur Sprache zu bringen, dass er sich auf dieser höheren Ebene damit auseinander setzen konnte: Sei es, dass ihn die in einer Belastungssituation provozierte Angst sprachlos machte, Scham und Schuld verstummen ließen, Wut so bedrohlich erlebt wurde, dass sie vom Wort abgeschnitten und aus dem Erleben ausgeschaltet wurde – und sei es v. a., dass ein Gesprächspartner in dieser pathogenen Lage fehlte; und diesen Gesprächspartner sucht der Patient im Arzt – häufig ohne selbst darum zu wissen. Gerade weil sich seine psychosoziale Problematik jetzt leiblich oder psychoneurotisch austrägt und sie damit auch in Form einer Scheinlösung ein Stück weit bewältigt werden konnte, fehlt ein direktes Wissen um die Verbindung zwischen diesen Schwierigkeiten und der Symptomatik. Und diesen Zusammenhang hat Freud, entgegen der Auffassung seines verehrten Lehrers Brücke, entdeckt und auf wissenschaftlichem Niveau beschrieben und dafür auch die geeignete Therapie finden können. Wenn ein Ereignis der Vergangenheit, das seines traumatischen Charakters wegen verdrängt und deshalb nicht bewältigt worden war, den Patienten verstummen ließ, jetzt in Worte gefasst wurde, die damit verbundenen Emotionen „kathartisch“ zur Sprache kamen, wieder belebt wurden, trat ein psychotherapeutischer Effekt auf. Neben der Verbalisierung bzw. Erinnerung von belastenden Situationen und dem „Ausdruck“ der damit einhergehenden Emotionen war es insbesondere ein dritter Faktor, der hier entscheidend war: „Sprach- oder „Talking Cure“ (Freud u. Breuer 1895), wie dieses Vorgehen eine frühe Patientin nannte, vollzog sich im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung, einer „therapeutischen Allianz“. In der Folge entwickelte sich das klassische psychoanalytische Setting, entstanden Paar-, Familien- und Gruppentherapie, Kurztherapie und stationäre Behandlung, entstand unter den Stichworten tiefenpsychologisch fundiert und psychodynamisch eine breite Palette vielfältiger therapeutischer Zugänge. Nicht zuletzt auch störungsspezifisch, denken wir nur an die hier in Bad Neustadt differenziert angebotene Suchttherapie.

Pawlow, Skinner, Eysenk und Wolpe entwickelten Prinzipien der Konditionierung und damit die Lerntheorie als Grundlage der modernen Verhaltenstherapie. Die dann vollzogene sogenannte „Kognitive Wende“ näherte die Verhaltenstherapie verbal fokussierten Verfahren wieder an. So beruft sich die Psychoanalyse im Sinne einer hermeneutischen Mäeutik (Geburtshilfe) ebenso wie die kognitive Therapie auf den sokratischen Dialog. Durch systemische und humanistische Verfahren wird heute das Psychotherapieangebot erweitert. Seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts ließen sich mit der modernen wissenschaftlichen Psychotherapieforschung empirisch gesicherte und allgemein verbindliche wissenschaftliche Grundlagen für Psychotherapie schaffen.

Leider begegnen immer noch Grabenkämpfe. Waren es früher eher die Psychoanalytiker, die mit einer gewissen Arroganz auf die Verhaltenstherapeuten als engstirnige Symptombeseitiger herabblickten, ein Symptom, wenn nicht die Grundkonflikte, die dahinter

stecken angepackt würden, dann nur an einer anderen Stelle wieder hochshifftet – die Psychoanalytiker dabei aber übersahen, dass auch die alleinige Zentrierung auf Symptombeseitigung das „In-der-Welt-sein“ des betroffenen Subjekts zum Positiven hin ändern kann, sind es heute eher Verhaltenstherapeuten, die in überschießender Ignoranz beispielsweise von der Psychoanalyse als „Schrott von gestern“ parlieren. Selbst ein bekannter Verhaltenstherapeut, der auch auf einer von mir organisierten Tagung vertreten war, machte vor kurzem in einer Bamberger Zeitung ein sonderbares Statement. In Profile – Lehrende der Uni Bamberg Porträt: Hans Reinecker, Fränkischer Tag vom 24.01.2005 heißt es: „Die von Sigmund Freud begründete Psychoanalyse spielt für den Versorgungsalltag schon damals (das heißt 1982 – bei seinem Antritt in Bamberg) keine große Rolle mehr.“ Das ist etwas abstrus, denn Psychotherapie war erstmals 1967 dank des großen politischen Einsatzes der Tiefenpsychologen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden. Bis 1980 waren die psychoanalytisch orientierten Verfahren allein Träger der psychotherapeutischen Versorgung. Erst 1980 kam dann eine Vereinbarung zustande, die den Weg der Verhaltenstherapie in die sogenannte Richtlinien-Psychotherapie freimachte. In Oberfranken, wozu ja Bamberg rechnet, standen 1990 34 psychoanalytisch orientierte Therapeuten 7 Verhaltenstherapeuten gegenüber. Warum eine solche Ignoranz – vielleicht ist Reinecker dadurch etwas entschuldigt, dass er Österreicher ist und die deutschen Verhältnisse weniger kennt, aber im „Fernen Osten“ ist es sicherlich nicht anders –, aber auch die Arbeiten Grawes rückten die therapeutische Erfolge psychodynamischer Verfahren in ein schiefes Licht. „Erkenntnis und Interesse“ heißt ein berühmtes Buch von Habermas. Damit will er unter anderem sagen, dass das Interesse an der eigenen Position, der eigenen Ausrichtung, zu falschen und einseitigen Behauptungen führen kann. Empirische Forschungen der jüngsten Vergangenheit haben Gleichrangigkeit und Gleichwertigkeit psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Verfahren belegt. Vielleicht spielt ein altes Ressentiment hier mit. Die Verhaltenstherapie entstammt der akademischen Psychologie, Psychoanalyse und Tiefenpsychologie der ärztlichen Medizin. Bis zum Psychotherapeutengesetz von 1999 waren psychologische Therapeuten de jure und de facto vom Ärztestand abhängig, beispielsweise lief die Kassenfinanzierung nur über einen Arzt. Die Ärzte selbst konnten auf Grund der 1956 eingeführten Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit weit geringerem Ausbildungsaufwand psychotherapeutisch, und das ganz unabhängig, tätig sein. Vielleicht liegt es mit an dieser späten Rache der lange benachteiligten Zunft akademischer Psychologen, dass heute in den meisten universitären psychologischen Instituten die Studenten keine Möglichkeit mehr erhalten, tiefenpsychologische Konzepte kennen zu lernen. Hinzu kommt, dass sich auf psychoanalytischer Seite eine Art Todessehnsucht abzeichnet – sofern man, wohl immer noch im Sinne einer reinen Lehre, die Ausbildungsbedingungen immer höher zu schrauben sucht, beispielsweise die kontrollierten Therapiestunden auf 1.000 erhöht und die Lehranalyse auf mindestens 400 Liegungen festsetzt. Kann ich da meiner jüngsten Tochter, die gerade ihr Psychologiestudium in Heidelberg abschließt, eine psychoanalytische Ausbildung empfehlen?

Diese überhöhten Ausbildungsforderungen gelten in gewisser Weise auch für den „Facharzt für psychotherapeutische Medizin“, jetzt in „Facharzt für Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie“ umbenannt. Doch dieser Facharzt ist natürlich für diesen Vortrag ein sehr erfreuliches Thema. Denn jetzt waren Psychosomatik und Psychotherapie fest und gleichrangig mit anderen medizinischen Disziplinen etabliert. Dazu findet sich in der neuen Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2004 die Psychosomatische Medizin definiert als eine Medizin für „Krankheiten und Leidenszustände, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“; diese Beschreibung entspricht der gültigen Definition des Fachgebietes „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Zeitgleich wurde der Stellenwert der Psychotherapie auch in der Psychiatrie zunehmend erkannt und anerkannt, was seinen Ausdruck darin fand, dass der Facharzt für Psychiatrie jetzt in „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ erweitert wurde.

Was beim Facharzt für „Psychosomatik und Psychotherapie“ insbesondere zu begrüßen ist, ist der integrative Ansatz, d. h. dass der tiefenpsychologisch orientierte Facharzt Grundkenntnisse der Verhaltenstherapie vorweisen muss und vice versa. Und diese Integration spiegelt auch mehr und mehr die reale Lage der psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen, beispielsweise an unserem Würzburger Universitätsinstitut oder auch die jetzt sehr vieler psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken wider. „Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen“ – das wird v. a. bedeuten, Grabenkämpfe hinter sich lassen und integrative Konzepte vertreten. Das kann freilich nicht bedeuten, einen Psychotherapeuten im Sinne eines in allen Therapiefarben schillernden Chamäleons zu schaffen. Eine „eierlegende Wollmilchsau“ wird wohl auch hier nicht gezüchtet werden können. Seit Einführung dieses Facharztes bin ich als Prüfer an der Bayerischen Landesärztekammer tätig, zunächst bei der Übergangsregelung. Und es ist zweifellos erstaunlich, welche Kenntnisse und Kompetenzen heute die Prüfungskandidaten auch hinsichtlich des Nebenfaches haben, also Tiefenpsychologen hinsichtlich der Verhaltenstherapie und die Verhaltenstherapeuten hinsichtlich der Tiefenpsychologie, und das sind gerade Kollegen, die aus psychosomatisch/psychotherapeutischen Institutionen kommen. Denn hier, wie auch in den Qualitätszirkeln „Psychotherapie“, sind einseitige Orientierungen obsolet. Institutionen und insbesondere Kliniken bieten die hohe Chance, jetzt auf differente Therapeuten verteilt, solche integrativen Konzepte anzubieten. So hatten wir in meiner früheren Heidelberger Abteilung ein psychotherapeutisches Bulimieprojekt, das verhaltenstherapeutische Verfahren mit psychodynamischem Vorgehen kombinierte. Die psychoanalytischen Gruppentherapeuten waren dabei andere als die für die symptomzentrierte Behandlung der Verhaltenstherapie zuständigen Kollegen. Das bedeutet natürlich auch, dass eine ständige Abstimmung zwischen den Therapeuten stattzufinden hat, die eine Seite zweifellos von der anderen lernen konnte und auch gemeinsam neue Gesichtspunkte eingebracht werden konnten: So beispielsweise die „Ressourcenaktivierung“, d. h. der Rekurs auf die positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten der Patienten unter Hintanstellung der sonst üblichen Fokussierung auf Klagen und Mängel.

Auf theoretischer Ebene lässt diese Integration immer noch Wünsche offen. Auf psychoanalytischer Seite wird übersehen, dass Freud 1919 in „Wege der psychoanalytischen

Therapie“ vom Therapeuten gefordert hat, er müsse Phobiker dahin bringen, dass sie auf die Straße gehen und sich während dieses Versuches der Angst auszusetzen haben – Freud, der erste Expositionstherapeut. Die Verhaltenstherapie hat dann ein solches Vergehen auf hohem Niveau ausdifferenziert. Verhaltenstherapeuten selbst entdecken immer mehr, ganz im Gegensatz zu ihren Gründungsvätern, die Bedeutung der Beziehung, der Biografie, der Übertragung, unbewusster Vorgänge, gerieren sich aber zumeist in ihren theoretischen Arbeiten so, als hätte es die Welt vor ihnen nicht gegeben – wie es in Faust II heißt: „Dies ist der Jugend edelster Beruf: Die Welt, sie war nicht, ehe ich sie erschuf!“

Die Frage ob Psychotherapie wirkt, muss heute nicht mehr gestellt werden. Sie ist längst, nicht zuletzt durch umfangreiche Metaanalysen, positiv beantwortet worden. Das gilt für die heute üblichen Therapieverfahren, gilt für ambulante und stationäre Therapie gleichermaßen. Wodurch wirkt nun Psychotherapie? Als wichtigste Prädiktoren konnten zwei Faktoren herausgestellt werden: Die therapeutische Arbeitsbeziehung und die Offenheit des Patienten bzw. dessen Bereitschaft, sich auf eine Therapie einzulassen. Hinsichtlich des ersten Punktes heißt es im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“, der Bibel der empirischen Psychotherapieforschung: Die höchste Evidenz hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Therapieprozess und Therapieergebnis findet sich bei der therapeutischen Beziehung bzw. der therapeutischen Allianz. Dies zeigen mehr als Tausend „Process-outcome“-Ergebnisse“ (Orlinsky et al. 1994).

De facto war das ja schon bei den ersten Therapien der Psychoanalyse der Fall. Und nun besonders interessant: Dieser Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Allianz und dem entsprechenden Therapieerfolg lässt sich in gleicher Weise für unterschiedliche Therapieverfahren wie psychodynamische, interpersonelle und kognitiv-behaviorale nachweisen. Der Zug zu einer integrativen Sicht hat in der Psychotherapieforschung also zweifellos zugenommen. Spezifische Techniken, wie z. B. psychoanalytische Deutungen oder verhaltenstherapeutische Exposition, setzen diesen Basisfaktor voraus. Das heißt: Die therapeutische Beziehung ist einmal ein psychotherapeutischer Wirkfaktor per se und zum anderen die Basis dafür, dass spezifischere therapeutische Techniken überhaupt greifen. Beispielsweise wird ein Phobiker oder Zwangskranker nicht bereit sein, sich einer Expositionstherapie auszusetzen, wenn nicht schon eine vertrauensvolle Beziehung entstanden ist. Nicht so sehr die Technik als solche ist also entscheidend, sondern die Bereitschaft des Patienten, sich auf die Therapie einzulassen, und die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung als hilfreich und förderlich. Die Wirksamkeit einer Intervention hängt also von der Offenheit und Kooperation des Patienten ab. Das heißt: Wir als Ärzte, Psychologen und im stationären Setting das therapeutische und betreuende Team generell sind aufgerufen, dafür zu sorgen, dass eine solche Basis, beispielsweise durch einen ständigen Bezugstherapeuten und eine therapeutische Gemeinschaft mit einer optimistischen „Aura curae“, entstehen kann.

Was können wir für die Zukunft aus der Vergangenheit lernen? Ideologische Verbahrheiten gehören auf die Müllhalde der Geschichte, wenn die zentralen Wirkfaktoren generelle sind. Wenn wir bedenken, dass psychische Erkrankungen heute an vierter Stelle aller

Erkrankungen überhaupt stehen, mindestens 1/4 der Bevölkerung psychotherapeutischer Hilfe bedürfte, Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen mit 51% den größten Zuwachs in den letzten Jahren hatten, bei Frühberentungen psychische Erkrankungen die häufigste Ursache bilden, und nur seelische Störungen hier einen Zuwachs hatten, insgesamt 28% der Frühberentungen auf diese zurückzuführen sind – dann ist Psychotherapie in breiter Front gefordert.

Nicht nur eine Integration therapeutischer Verfahren im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, sondern auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ ist hier gefordert. Auch hier sollten Rivalitäten der Vergangenheit angehören. Problematisch wird es allerdings, wenn eine quasi ausschließlich biologisch orientierte Psychiatrie an obsoleete Sätze des 19. Jahrhunderts anknüpft, wie beispielsweise an den bekannten Satz Griesingers: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. Analog dazu Maier (2002), wenn er ausschließlich biologische Veränderungen für ein psychisches Krankheitsgeschehen anschuldigt: „Die der Psychiatrie zugeordneten Störungen des Verhaltens und Erlebens werden zunehmend zu Gehirnerkrankungen und rücken in unmittelbare Nähe zu neurologischen ZNS-Erkrankungen. Konzepte wie Psychogenese werden folglich fragwürdig und eignen sich nicht mehr zur Kennzeichnung der größten Gruppe psychischer Störungen“.

Es mag paradox klingen, dass ausgerechnet jetzt die Neurobiologie auch die umgekehrte Kausalrichtung ins Spiel brachte: Dass nämlich zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen biologische Spuren hinterlassen, seelisches Erleben körperliche Strukturen verändert, beispielsweise bei der Psychotherapie von Depressionen und Zwängen, dass Emotionen, Beziehungserfahrungen die Genregulation beeinflussen und das selbst bei Ratten. So können organische Veränderungen nicht als Ursache, sondern auch als Folge angesehen werden. Wir liegen wohl am richtigsten dann, wenn wir eine zirkuläre Wechselwirkung, einen Gestaltkreis, annehmen, wie das Schlüsselwort des deutschen Pioniers der Psychosomatischen Medizin von Weizsäcker lautet, einen Gestaltkreis zwischen Psychosozialem bzw. Subjektivem und Organischem, ständige Rückkopplungen, wo Faktoren der neurobiologischen und psychischen Ebene sich wechselseitig und ständig beeinflussen. So kann eine Neigung zu Impulsdurchbrüchen, wie wir sie bei Borderline-Patienten finden, auf frühkindliche Deprivationserfahrungen zurückgehen, die nun ihrerseits ihre Spuren in einer gestörten Serotoninregulation hinterlassen haben und die nun wiederum das neurotische Verhalten des Erwachsenen mit erklären kann. Es ist diese Zirkularität, die heute das Gebiet der psychosomatischen Medizin entscheidend erweitert: Gegenstand sind nicht nur die vielfältigen somatoformen Störungen, bekanntlich das größte Klientel eines Allgemeinarztes, nicht nur die klassischen Psychosomatosen, die wir heute vor allem auch als organisch bedingt sehen, es sind nicht nur die vielfältigen neurotischen Störungen mit entsprechenden körperlichen Korrelaten, sondern es sind auch Erkrankungen, die man quasi per se als organisch sieht, die aber selbst mit psychosozialen Faktoren insofern korreliert sein können, als sich auch hier psychosoziale Belastungen beispielsweise in Form eines Triggers oder Verbesserungen oder Verschlechterungen ausmachen lassen. Dass hier das Psychosoziale, Subjektive so tief in den Organismus hineinwirkt,

das lässt verstehen, dass Medizin und ihre Vertreter schon immer erfolgreich waren. Denn: Ehe die Medizin naturwissenschaftlich fundiert wurde, war sie ganz vorrangig eine Placebomedizin. D.h. sie war Behandlung über die Seele, Behandlung über eine vertrauensvolle, Hoffnung vermittelnde Arzt-Patient-Beziehung. Balint sprach deshalb vom „Medikament Arzt“. Der Mensch ist quasi des Menschen beste Medizin. So ist es nicht überraschend, wenn heute durch über 1.000 Studien belegt wird, dass die therapeutische Beziehung der zentrale Wirkfaktor ist – und das offensichtlich seit der Menschen Anfänge. Wie mächtig die psychische Wirkung ist, zeigt sich darin, dass selbst ein chemisch wirksames Medikament dadurch noch verstärkt werden kann (Lang u. Faller 1998). Das führt uns jetzt zu dem letzten Punkt unserer Überlegungen.

„Von der Vergangenheit für die Zukunft lernen“: Eine einseitige Auffassung des Krankheitsgeschehens, beispielsweise Depression allein als „Chemical Imbalance“ anzusetzen, deshalb eine Pharmakotherapie in simpler Analogie zur Gabe von Insulin bei Diabetes zu begreifen, Psychotherapie deshalb als völlig überflüssig anzusehen, ist genauso obsolet wie die Vorbehalte der Psychotherapeuten gegenüber einer medikamentösen Behandlung psychischer Erkrankungen. Die Befürchtungen, dass beispielsweise eine symptomzentrierte Reduktion von Ängsten durch ein Pharmakon die Motivation zur Psychotherapie unterminiere und damit eine kausale Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte und psychosozialen Probleme, hat sich nicht empirisch beweisen lassen. Im Gegenteil, sehr oft ermöglichen erst Psychopharmaka den Einstieg in eine Psychotherapie, und auf der anderen Seite ist die aufgrund der Psychopharmakagabe eingetretene Besserung, beispielsweise bei Zwängen und Depressionen, nur passager und erst eine begleitende Psychotherapie führt hier zu einer dauerhaften Remission. Knickenberg hat in einer Arbeit von 1996 gezeigt, dass bei Zwangskranken mit hohem Kontrollbedürfnis erst eine gute Arzt-Patient-Beziehung zur Bereitschaft führt, Medikamente einzunehmen. So lassen sich sowohl positive Wirkungen der Pharmakotherapie auf Psychotherapie und positive Effekte der Psychotherapie auf Pharmakotherapie festhalten. Anstelle des früheren „Entweder – oder“ hat heute und in Zukunft ein „sowohl als auch“ zu treten.

Eine Gefahr zeichnet sich hier allerdings ab: In den USA ist kaum noch ein Psychiater bereit, sich einer aufwendigen Ausbildung zum Psychotherapeuten zu unterziehen, denn die Vergütung für eine psychotherapeutische Tätigkeit ist im Vergleich zu Ärzten in der somatischen Medizin inadäquat gering. So wird der Psychiater mehr und mehr zum Agenten der Pharmaindustrie. Auch in Deutschland zeichnet sich ein bedrohlicher Rückgang an Psychomedizinern ab. Hier begeben wir uns einer großen Chance, denn die Existenz der Gebiete „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“ und für den Psychologischen Therapeuten das Psychotherapeutengesetz bieten dem Patienten in Deutschland, wie nirgends sonst, ein breites, sehr differenziertes Behandlungsspektrum. Wenn sich heute ein junger Mediziner habilitieren will, müssen seine Publikationen in englischer Sprache verfasst sein – gelten doch die USA als das El Dorado des Fortschritts schlechthin. In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist das anders, hier haben wir einen Bereich, wo Deutschland, was die klinische Praxis angeht, führend ist, mal nicht Schlusslicht, sondern Vorreiter. Und dies schon seit 1970, als in die

Approbationsordnung für Ärzte die bis dahin ganz einseitige naturwissenschaftliche Ausbildung durch die Aufnahme der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in der Vorklinik und Psychosomatik/Psychotherapie in den klinischen Fächern ergänzt und korrigiert wurde.

In der gerade jetzt in Kraft getretenen neuen Novelle sind unsere Fächer eher noch stärker repräsentiert, was sich beispielsweise dadurch ausdrückt, dass wir dieselbe Anzahl an Examensfragen haben wie Psychiater und Neurologen. Wir sollten alles tun, diesen hohen Standard nicht nur zu halten, sondern ihn auszubauen, vielleicht können wir dann auch hier Exportweltmeister werden.



Stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Dr. F. Bleichner
CA Abt. Krankenhaus

Dr. R.J.Knickenberg
CA Abt. Rehabilitation
Ärztlicher Direktor



Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt:

- Abteilung Krankenhaus, CA Dr. Bleichner,
180 Betten
- Abteilung Rehabilitation, CA Dr. Knickenberg,
160 Betten

Aufnahmen 2004: gesamt 2872

Krankenhaus: 1735

Rehabilitation: 1137

Verweildauern 2004: 35 bzw. 37,4 Tage



Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19):	0,4%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29):	1,1%
Affektive Störungen (F30-F39):	49,8%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48):	34,6
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59):	10,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69):	3,0%

Therapeutische Merkmale



• Abteilung Krankenhaus

- Sofortige Aufnahme
- Krisenintervention
- Stationäre fokale Psychotherapie
- Flexibles Behandlungskonzept, abgestimmt auf die Schwere der Störung
- Flexible Behandlungszeiten
- Enge Zusammenarbeit mit dem Vorbehandler
- Vermehrte Einbeziehung des sozialen Umfelds

• Abteilung Rehabilitation

- Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
- Motivationsarbeit
- Symptombezogene Vorgehensweise
- Einsichtsvermittelnde und übende Verfahren
- Individuelle Behandlungsabläufe und Behandlungsdauern
- Verstärkte Berücksichtigung sozialmedizin. und beruflicher Fragen



Art u. Schwere der Erkrankung

- Somatopsychische Anpassungsstörungen
 - psychosomatische Erkrankungen
 - Somatoforme Störungen
- Akute traumatische Belastungsstörung
- Schwere Persönlichkeitsstörungen

Person

- Fehlen Einsicht/Motivation
- Alltagsbewältigung (Selbstversorgung, soz. Beziehungen, Arbeit)

Sozialer Kontext

- Mangelnde Ressourcen
- Trennung vom pathogenen Milieu

Zugangswege zum Verständnis des Patienten



Tiefenpsychologische Betrachtung der Symptomentstehung

Verhaltenstherapeutische Betrachtung der Chronifizierungsbedingungen in der Rehabilitation

Patient

Tiefenpsychologische Körpertherapie in der Psychosomatik

Neurowissenschaftliche Fundierung der Geist-Gehirn-Korrelation



- Genetische und neurophysiologische Faktoren
- biographische Entwicklung/ Konfliktpathologie
- Bindungsverhalten
- Strukturniveau
- Lebenssituation zum Zeitpunkt des Auftretens
 - Formulierung des Fokus oder der Bedingungsanalyse
- Subjektives Krankheitsmodell
- Konsequenzen im Bedingungsgefüge
- chronisches Krankheitsverhalten



- Genetische und neurophysiologische Faktoren
- biographische Entwicklung/ Konfliktpathologie
- Bindungsverhalten
- Strukturniveau
- Lebenssituation zum Zeitpunkt des Auftretens
 - Formulierung des Fokus oder der Bedingungsanalyse
- Subjektives Krankheitsmodell
- Konsequenzen im Bedingungsgefüge
- chronisches Krankheitsverhalten

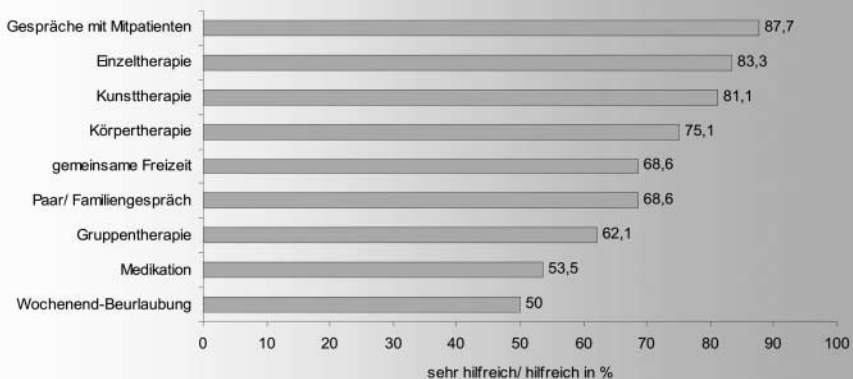
Individuelle Therapieziel-orientierte Bausteine



- Tiefenpsychologische Gruppentherapie
- Körperbezogene Psychotherapie
- Einzeltherapie
- Indikationsbezogene Gruppen
 - Schmerzsyndrome
 - Tinnitus
 - Angstbewältigung
 - Gruppe „Junge Männer“
 - Adipositasgruppe
- Berufsbezogene Gruppen
- Berufsbezogene Trainingsmaßnahmen
 - EDV-Training, Belastungserprobung
- Entspannungstraining
- Ergotherapie
 - Diagnose geleitet, Interaktionstraining, Gefühlsausdruck
 - Vorstufe der Belastungserprobung
- Körperliche Aktivierung
 - Gymnastik, Sporttherapie, Ergometertraining,
 - Physiotherapie
- Soziotherapeutische Maßnahmen

Behandlungselemente der stationären psychosomatischen Therapie aus Sicht der Patienten

Beutel et al., *Psychol & Psychother*, 2005



Krisen- und Kurzzeittherapiestudie
(N=110)



- Stat. psychosom. Betten: Rehabilitation 11.500/ Krankenhaus 4.000
- Tiefenpsychologisch 50%, verhaltenstherapeutisch 39%, Komb. 11%
- Ca. 25 prospektive Studien mit 1-Jahreskatamnese: ca. 6.000 Patienten
- Erhebliche Einsparungen Cost-offset-Relation: 1 : 2.5 (Zielke, PPmP 1999)
- Klinische Besserung 2/3- 3/4 Patienten
- standardisierte Basisdokumentation (PsyBado) der Fachgesellschaften
- Mittlere bis große Effektstärken am Beispiel des GSI (SCL-90 R)
 - Aufnahme - Entlassung: 0.6 - 1.2
 - Entlassung - 1- Jahreskatamnese: 0.4 - 1.1
 - Mittlere Behandlungsdauer: 31-127 Tage
- Bedarf an differenziellen und störungsbezogenen Studien

Wissenschaftliche Fundierung: Berufsbezogene Fragestellungen



- Wesentliche Voraussetzung:
 - 1995 Einigung der Bayerischen Direktorenkonferenz aus den 17 psychosomatischen Kliniken mit insgesamt 2500 Betten auf die Bayerische Basisdokumentation
- Berufliche Belastungserprobung 1998- 2002 in Kooperation mit der Klinik Roseneck (Förderung durch das BMBF)
- Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation 2003- 05/2005 (Förderung durch das BMBF und den VDR)
- Entwicklung und Evaluation eines indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation mit niederschwelligem Zugang ab 05/2005 (Förderung durch BMBF und VDR)
- In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. M.E. Beutel, Mainz
- Siehe auch Forschungsbericht 2005 in der Schriftenreihe V



- „Zweite Lebenshälfte“
 - Adaptation älterer Arbeitnehmer an berufliche Veränderungen zur Förderung der beruflichen Reintegration 2000- 2003 (gefördert durch die BfA)
 - Pilotstudie : Prävalenz milder kognitiver Beeinträchtigungen bei Patienten in der zweiten Lebenshälfte 2003-2004 (Dissertationsstipendium der Rhön-Klinikum AG)
 - Diagnostik und Therapie leichter kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation- Bedeutung für die berufliche Reintegration 07/2004- 05/ 2006 (gefördert durch die BfA)
 - In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. M.E. Beutel, Mainz
 - Siehe auch Forschungsbericht 2005 in der Schriftenreihe V



- Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke- Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit. Multicenterstudie, initiiert durch die Universität Gießen und die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen (Dipl.Psych. J. Matzat) 10/2003 –2005 (gefördert durch den BKK Bundesverband)
- Geplante Pilotstudie mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Mainz (Prof. Beutel) der Klinik für Neuroradiologie, Mainz (Prof. Stoeter) und der Radiologischen Klinik Bad Neustadt (PD Dr. Schmitt) zur Korrelation der Testbefunde zur minimalen kognitiven Beeinträchtigungen mit kernspintomographischen Befunden.

Die Therapie aus Patientensicht

G. B.

Ich wurde gebeten, ein paar Worte zum therapeutischen Ablauf in der psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt zu sagen. Ich bitte Sie, nachsichtig zu sein. Ich bin keine geübte Rednerin.

Zunächst stelle ich mich kurz vor: Mein Name ist G. B., ich bin 49 Jahre alt. Von Mai bis Juni 2005 war ich zur Behandlung in der Klinik.

Zu meiner Vorgeschichte ist folgendes zu sagen:

In den letzten Jahren habe ich meine Arbeit als einzige Existenzberechtigung gesehen. Nachdem mein Sohn aus dem Haus war, habe ich fast meine gesamte Zeit mit Arbeit ausgefüllt. Im Jahr 2001 habe ich meinen Arbeitsplatz gewechselt, weil ich dachte, den bisherigen Job auf Dauer nicht mehr bewältigen zu können. Als Chefassistentin bekam ich im Januar 2002 einen neuen Job. Wie sich sehr schnell herausstellte, hatte ich eine schlechte Wahl getroffen. Die Fluktuation im Unternehmen war beeindruckend. Die Firma hatte große finanzielle Probleme, und es gab kein Lösungskonzept. Entsprechend hoch war die Anspannung der Unternehmensleitung und Mitarbeiter. Die problematische Situation führte im Jahr 2003 dazu, daß ich neben meinen eigentlichen Controlling- und Sekretariatsaufgaben über ca. ein dreiviertel Jahr in Personalunion die Personalverwaltung und – abrechnung für ca. 200 Mitarbeiter mit erledigen mußte. Das bedeutete eine tägliche Arbeitszeit von mindestens 12 Stunden, permanente Wochenend- und Feiertagsarbeit, kein Urlaub – und dabei ständig das sichere Gefühl, der Arbeitsmenge einfach nicht gewachsen zu sein. Hinzu kann ein denkbar schlechter Führungsstil, der sich oft in wüsten Beschimpfungen und Beleidigungen äußerte. Meine Position brachte es mit sich, daß ich auch für Fehler der anderen Mitarbeiter verantwortlich gemacht wurde. Ich habe versucht, die schlimmsten Übergriffe abzuwehren und die Kritik in ordentlicher Form weiterzugeben, damit wenigstens diese Kollegen in der Firma blieben. Im Laufe der Zeit wurde die Situation für mich immer unerträglicher: Ich brauchte mehr und mehr Kraft, um letztlich weniger zu schaffen. Immer häufiger traten gravierende Konzentrationsmängel, Herzrasen, Bluthochdruck, Luftnot, Drehschwindelanfälle, Muskelzittern und Erkältungen auf. Das Schlimmste war, daß ich nicht mehr schlafen konnte. Nach 2 – 3 Stunden Schlaf in den Morgenstunden habe ich irgendwie versucht, den neuen Tag zu überstehen und war abends so aufgedreht, daß ich wieder keinen Schlaf fand. Ich habe nur noch stundenlang vor Erschöpfung geweint, sobald ich das Büro verließ, ohne jedoch Erleichterung zu spüren. Mein Schmerzempfinden war deutlich herabgesetzt, meine Psoriasis entwickelte sich explosionsartig, und ich konnte meinen Körper überhaupt nicht mehr spüren.

Im privaten Bereich kam noch das Ende einer Beziehung, die mir sehr wichtig war, hinzu. Außerdem sind meine 2 besten Freundinnen fast zeitgleich mehrere Hundert Kilometer weggezogen.

Da in meiner Familie Leistung über alles geht, hatte ich auch dort keinen richtigen Halt. Ich fühlte mich ziemlich allein gelassen, war verzweifelt und sah mich als Versagerin.

Im Februar 2004 war die Quälerei dann endlich vorbei. Ich bin von einer Stunde auf die andere einfach zusammengebrochen. Es ging nichts mehr: Ich habe mich in eine psychiatrische Klinik einweisen lassen. Dort wurde ich zunächst einmal mit Remergil-Infusionen ruhiggestellt. 6 Wochen verbrachte ich dort mit viel Schlaf mittels zusätzlicher Schlafmittel, therapeutischen Gesprächen, Ergotherapie und einer intensiven Betreuung.

Wieder zu Hause merkte ich erst, wie ausgepowert ich war. Was früher so nebenbei lief, kostete jetzt größte Anstrengung. Mein Ärzte erklärten mir, ein Erschöpfungssyndrom dieser Güte ließe sich nicht in ein paar Wochen auskurieren. Ich sollte mich auf 2 – 3 Jahre Genesungsprozeß einstellen. In dieser Zeit würde ich mit der richtigen persönlichen Einstellung und fachkundiger Behandlung nach und nach meine Kraft wiedererlangen. Diese Vorhersage hat mich umgehauen. Soviel Geduld aufzubringen und mich nur um mich selbst zu kümmern – eine fast unlösbare Aufgabe.

Also habe ich getan, was ich kann: Ich habe gegen die Antriebslosigkeit, die Schwäche, die Depression gekämpft. Es hat fast das ganze Jahr 2004 gebraucht, bis ich begriffen habe, daß ich nicht kämpfen, sondern loslassen und akzeptieren muß. Nur – wie geht das?

Unterschiedliche Aussagen meines Hausarztes und meiner Psychotherapeutin waren nicht gerade hilfreich. Der eine sagte: „Sie müssen an Ihrer Psyche arbeiten.“ Die andere meinte: „Es war ein körperlicher Zusammenbruch, also tun Sie etwas für Ihren Körper.“ Ich hing ziemlich in der Luft, fühlte mich unverstanden, hatte keinen Halt. Die Verzweiflung wuchs. Meine Lösung war, mich mehr und mehr einzugraben, das Haus kaum noch zu verlassen und nur noch das Allernötigste zu erledigen. Das war keine gute Idee. Ich fiel immer wieder in die Depression, die Schlafstörungen wurden schlimmer, meine Ernährung bestand überwiegend aus Süßigkeiten. Selbst einen Apfel zu waschen und zu schälen war mir zuviel. Die selbst gewählte Isolation führte dazu, daß ich mir nun gar nichts mehr zutraute. Den Haushalt zu besorgen bedeutete Schwerstarbeit, ebenso einzukaufen, Verwaltungsangelegenheiten zu klären oder Freunde zu treffen. Ich fiel in eine Starre und fühlte mich völlig bewegungsunfähig.

Ich habe 2004 bei der BfA 3 Anträge auf eine Rehabilitationsmaßnahme gestellt, die alle abschlägig beschieden wurden mit der Begründung, es läge keine Notwendigkeit vor, eine dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sei nicht zu erkennen und ich solle mich weiter ambulant behandeln lassen oder eine Tagesklinik aufsuchen. Das war niederschmetternd, insbesondere deshalb, weil mein Hausarzt, die Psychologin und eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie in ausführlichen Attesten dringend eine umfassende Maßnahme befürworteten.

Endlich, im März 2005, erhielt ich nach einem weiteren Antrag die Zusage der BfA, eine Rehabilitationsmaßnahme machen zu dürfen. Zu diesem Zeitpunkt war ich 14 Monate arbeitsunfähig geschrieben und hatte inzwischen auch die Kündigung meines Arbeitgebers erhalten. Soviel zu meiner Geschichte.

Ich möchte Ihnen nun gern einen kleinen Einblick in den Patientenalltag hier in der Klinik geben:

Der 1. Tag war ein aufregender Tag, der mich alle Kraft gekostet hat, die ich aufbringen konnte. Die Anfahrt von gut 4 Stunden, die Aufnahmeformalitäten, das medizinische Aufnahmegespräch, der erste Kontakt zum Team und den Patienten.

Nach den ersten Untersuchungen hatte ich den Eindruck: „Hey, die nehmen Dich hier ernst und hören Dir zu.“ Ein gutes Omen.

Als besonders positiv empfand ich den Brauch, daß 2 Mitpatienten, die sog. Paten, sich nachmittags einfanden, um mir alles Wissenswerte zu zeigen und zu erklären. So lernte ich schnell, mich auf dem großen Klinikgelände zurechtzufinden. Es war eine große Hilfe und hat das Eingewöhnen sehr erleichtert. Alle Menschen um mich herum waren freundlich und hilfsbereit. Bis zum Wochenende fanden dann noch das sehr ausführliche psychologische Aufnahmegespräch, weitere medizinischen Untersuchungen, die ersten Therapiestunden und das Kennenlernen der Mitpatienten in der sog. Kekskiste statt.

Die Kekskiste ist ein ungezwungenes Treffen aller Patienten der Station. Jeder stellt sich vor mit seinen persönlichen Daten und einer kurzen Beschreibung seiner Krankengeschichte. Eine gute Maßnahme, um neue Patienten in den Kreis der „Leidensgenossen“ aufzunehmen.

Ich erhielt einen auf meine Bedürfnisse zugeschnittenen Therapieplan, den es zu absolvieren galt.

Die folgende Elemente waren für mich die wichtigsten der Therapie:

Obligatorisch sind die 2 mal wöchentlich stattfindenden Stationsrunden. Alle Patienten und das Team treffen sich. Neuankömmlinge werden begrüßt, Patienten, deren Aufenthalt sich dem Ende zuneigt, verabschiedet, Freizeitaktivitäten werden geplant, Informationen des Stationsteams für alle bekannt gegeben. So ist sichergestellt, daß alle auf dem gleichen Informationsstand sind.

3 mal in der Woche findet die verbale Gruppe statt. Für mich ein Kernpunkt der Therapie. Es werden ausführlich die Themen behandelt, die einem oder mehreren Patienten am Herzen liegen. Es ist nicht leicht, vor einer Gruppe mehr oder weniger fremder Menschen, seine persönlichen Gedanken und Gefühle zu offenbaren. Der erste Schritt ist, den Mut aufzubringen, überhaupt etwas zu sagen. Ich habe schlimme Dinge aus dem Leben anderer gehört und fühlte mich auch mit meinen Sorgen gut aufgehoben. Oft war ich nach diesen Gruppensitzungen sehr aufgewühlt, entsetzt über das, was ich gehört habe, hilflos, wütend und traurig. In vielen Geschichten und Verhaltensweisen findet man sich selbst wieder und die Sichtweise der anderen ist nicht immer übereinstimmend mit der eigenen. Ich fand Verständnis, Ratschläge, Trost und Kritik. Es war eine ernsthafte Auseinandersetzung mit sich selbst und die Möglichkeit, eine Lösung für ein Problem zu erarbeiten. Außerdem war diese geschützte Runde auch ein Forum zu lernen, sich abzugrenzen, also eigene von fremden Gefühlen zu unterscheiden.

Sportliche Betätigungen standen ebenfalls regelmäßig auf meinem Tagesplan. Einzelaktivitäten wie Ergometer-Training und Gymnastik oder gemeinsame sportliche Spiele, der Terrainlauf und die musisch-rhythmische Bewegung. Der Sport fiel mir zunächst sehr schwer. Gerade in den gemeinsamen Stunden konnte ich sehr genau erkennen, daß meine Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit sehr zu wünschen übrig ließ. Teamarbeit war dagegen kein Problem, solange mir niemand zu nahe kam. Ich spürte Angst, wenn es darum ging, unvermeidliche Berührungen zuzulassen. Ich atmete nicht mehr und hoffte nur, daß die jeweilige Situation sich so schnell wie möglich auflösen möge. Dieses Problem habe ich dann wiederum in der verbalen Gruppe für mich lösen können. Nach und nach hatte ich nicht mehr so große Schwierigkeiten, und es machte sogar Spaß.

Die Theapeuten wiesen uns immer wieder darauf hin, die Übungen nur soweit mitzumachen, daß wir uns nicht überfordert fühlten und unnötig unter Druck setzten. Ich habe dies für mich mehrfach beim Terrainlauf in Anspruch nehmen müssen, weil ich weder die Geschwindigkeit noch die Strecke bewältigen konnte. Zu keinem Zeitpunkt hatte ich das Gefühl, unbedingt alles schaffen zu müssen, auch wenn es mich natürlich geärgert hat. Es war eine wichtige Erfahrung für mich, daß ich nicht weniger wert bin, nur weil ich nicht ganz so schnell laufen konnte. Nach einigen erfolglosen Anläufen und mehreren Übungskilometern im Alleingang habe ich nach ca. 3 Wochen Aufenthalt schließlich die 45 Laufen in der langsamen Gruppe geschafft. Ich war stolz, ohne einen bitteren Beigeschmack zu haben.

Wo Sport einen großen Raum einnimmt, ist natürlich auch die Ernährung ein wichtiger Faktor. In der Zeit der Arbeitsunfähigkeit hatte ich durch falsche Ernährung sehr viel zugenommen. Es war allerhöchste Zeit, gegenzusteuern, um bleibende körperliche Schäden zu verhindern. Mit einer gut zubereiteten und abwechslungsreichen reduzierten Kost ist es mir gelungen, einige Kilos verschwinden zu lassen. Durch die gute Beratung und den erfolgreichen Einstieg in eine langfristige Gewichtsreduktion bin ich guten Mutes, auch das zu meistern.

Eine mittlere Krise stellte sich zum Ende der dritten Woche meines Aufenthaltes ein. Ich hatte das Gefühl, ich schaff's nicht und wollte einfach nur nach Hause. Ich fühlte mich unwohl und meine Seele schlug Purzelbäume. Zunächst habe ich mich zurückgezogen, war sehr traurig und habe viele Stunden einfach nur geweint. Gut war, daß ich zum Rauchen nach draußen gehen mußte. Dort traf ich einen Mitpatienten, der sich meiner angenommen hat. Wir haben lange geredet. Er hat mir von sich erzählt und mir zugehört. Nach einer Weile fühlte ich mich deutlich stabiler und entschied mich, doch besser hier zu bleiben und weiter zu arbeiten. Dieses Begebenheit läutete für mich einen Umbruch im Denken und Fühlen ein. Die verschiedenen Therapiestunden, an denen ich bis dahin eher reserviert und aus der Beobachterposition teilgenommen hatte, konnte ich nun für mich nutzen, etwas zu den Themen beisteuern und lernen, auch konfuse Gefühle gezielt zu definieren und zu analysieren. Ich konnte annehmen, daß ich etwas für mich tat und das ich das Recht darauf habe, Zufriedenheit und Glück in meinem Leben anzustreben.

Wie in dieser Krisensituation erwähnt, ist der vertrauensvolle Umgang der Patienten untereinander nicht zu unterschätzen. Es ergaben sich viele gute Gespräche. Oft stellten wir fest, daß unsere Lebensgeschichten und Krankheitsbilder recht ähnlich waren. Es war

ein informativer Austausch, der zum Nachdenken über das eigene Leben und Problemlösungen für die Zukunft anregte. Nicht zu vergessen ist natürlich auch der Spaß, den wir miteinander hatten, sei es, bei gemeinsamen Spaziergängen, Ausflügen oder in gemütlicher Runde im Café.

Entspannung war für mich ebenfalls ein wichtiges Thema, daß ausführlich behandelt wurde. Lange Zeit konnte ich An- und Entspannung gar nicht wahrnehmen. Ich meinte, mich immer gleich zu fühlen, was natürlich Unsinn ist. Das Biofeedback war sehr beeindruckend. In der graphischen Darstellung konnte ich nachvollziehen, wann ich einen gewissen Entspannungszustand erreicht hatte und dies mit meinem Gefühl abgleichen. Regelmäßig übten wir in der Gruppe die Progressive Muskelentspannung. Ich habe diese Entspannungsmethode umsetzen können und spürte tatsächlich einen Unterschied. Für mich war das ein guter Erfolg.

Die Übungen in der Körperwahrnehmung zielen darauf ab, mittels verschiedener Gegenstände unterschiedliche Empfindungen aufzuspüren und herauszufinden, was meinem Körper gut tut oder was mir eher unangenehm ist. Da ich lange Zeit weitmöglichst alle körperlichen Symptome ignoriert hatte, hat dieses Training meine Sensibilität aktiviert. Ich erwähnte bereits, daß ich Probleme hatte, körperliche Nähe zuzulassen. Ich fühlte mich sofort eingeeengt, vereinnahmt und oft sogar bedroht ohne ersichtlichen Grund. In der Körperwahrnehmung, beim Tanzen und bei den Bewegungsspielen lernte ich peu à peu, daß andere Menschen mir nichts Böses wollten und es keinen Grund gab, Angst zu haben. Hier machte ich eine wichtige Erfahrung, und ich hatte auch an diesen Stunden Freude.

Ein weiterer „Knackpunkt“ war für mich die interaktionelle Gruppe. Laut zu sagen, wie man andere Menschen und sich selbst einschätzt, sich auf die Gruppenmitglieder ganz zu verlassen und zu sehen, wo man selbst in dieser Gruppe steht, ist schon ein kleines Abenteuer, was Vertrauen in die Gruppe unbedingt voraussetzt. Ein schwieriges Unterfangen für mich. Ich konnte meine Selbsteinschätzung anhand der Übungen überprüfen, revidieren und auch meine Fähigkeit trainieren, Menschen, mit denen ich zu tun habe, besser einzuschätzen.

Was ich nicht gedacht hätte, war, wieviel Spaß das meditative Malen und das produktorientierte Werken machen würde. Ich hatte die Seidenmalerei gewählt. In der Ruhe dieser Stunden und der Beschäftigung mit den verschiedenen Materialien sind meine Gedanken friedlich geworden. Hier mußte ich nicht kämpfen. Das Ergebnis war letztlich nicht entscheidend. Den Umgang mit Pinsel, Farbe und Ton werde ich zu Hause weiter pflegen, und ich freue mich darauf, in diesen Stunden einfach abzutauchen.

Aus all den genannten Therapien und Tätigkeiten während meiner Rehabilitation habe ich folgendes Resümee gezogen:

Meine Hauptziele für diese 6 Wochen waren Kraft und Kondition aufzubauen, zu lernen mit der Depression umzugehen, die Schlafstörungen in den Griff zu bekommen und mein Selbstwertgefühl wieder zu wecken.

Das individuell abgestimmte und ausgewogene Zusammenspiel von Ruhe, Entspannung, sportlichen Aktivitäten, kreativen Angeboten, Gesprächen und medizinischer Versorgung hat sich für mich positiv ausgewirkt. Mir ist vieles klargeworden, und ich fühle mich sicherer.

Natürlich gab es den einen oder anderen Tag, an dem Tränen geflossen sind und ich dachte, ich halte den Schmerz nicht aus, den Schmerz über die Erkenntnis, was ich in den letzten Jahren mit mir angestellt hatte. Ich habe noch viel Arbeit zu leisten und weiß, daß es nicht leicht wird.

Die Begegnung mit den Menschen hier hat mir ein Stück Zuversicht wiedergegeben.

Ich habe in der Klinik die ersten Schritte gemacht, mal mit Stolpern, mal mit Bravour und bin dabei, mein Leben Stück für Stück zurückzuerobern. Ich werde in Zukunft sorgsamer mit mir umgehen. Das habe ich hier gelernt, und ich bin dankbar für jeden Hinweis, den ich erhalten habe.

Vor eineinhalb Wochen bin ich mit einem guten Gefühl nach Hause gefahren.

Seitdem ist einiges passiert. Am Montag erhielt ich völlig unverhofft ein gutes Jobangebot für eine Teilzeittätigkeit in einem Reha-Zentrum. Zu einem Yoga-Kurs und bei den WeightWatchers habe ich mich inzwischen angemeldet. Die unvermeidlichen Behördengänge habe ich ebenfalls hinter mich gebracht. Meine ambulante Psychotherapie werde ich ab Juli fortsetzen. Ich bin also auf einem guten Weg.

Über die Arbeit der Selbsthilfegruppen in Deutschland

Jürgen Matzat

Verbreitung der Selbsthilfe

- ca. 70.000 bis 100.000 Gruppen in der BRD
- ca. 75% der Gruppen im Gesundheitsbereich
- ca. 7.500 Sucht-Selbsthilfegruppen
- ca. 5.000 "Psycho"-Selbsthilfegruppen

- ca. 100 Organisationen in BAGH, DPWW, DHS
(chronische Erkrankungen, Behinderungen, Sucht)

- ca. 300 Selbsthilfe-Kontaktstellen in der BRD
(themenübergreifend, professionell)

- ca. 84 % der Bevölkerung potentielle Selbsthilfegruppen-Nutzer

"Vierte Säule des Gesundheitswesens"
(Horst Seehofer, Gesundheitsminister)

→ Selbsthilfe als "Leistungserbringer" !?!?!?

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen

- Information über Idee und Konzept von SHG
- Zugang zu bestehenden Gruppen (Dokumentation)
- Unterstützung bei der Gründung neuer SHG
- Beratung von / mit SHG
- Vernetzung von SHG
- Vermittlung von Räumen, Finanzen etc.
- Hilfe bei Öffentlichkeitsarbeit
- Drehscheibe zwischen professionellem Versorgungssystem und Selbsthilfesystem
- Sprachrohr-Funktion

Entwicklungsphasen der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland

etwa ...	Phase der
bis 1977	Ignoranz
1977 - 82	Neugier // Widerstand (Forschungsprojekte in GI, HD, HH)
1982 - 87	Akzeptanz, Idealisierung (DAG SHG; NAKOS; Kontaktstellen)
1987 - 92	Institutionalisierung, Professionalisierung (Modellprogramme des Bundes)
1992 - ??	Finanzierung, "Legalisierung" (§ 20 SGB V)
1.1.2000	Gesundheitsreform 2000 (§ 20, Abs. 4, SGB V) (Selbsthilfeförderung durch GKV)
1.7.2001	Reha-Gesetz (§ 29, SGB IX) (Selbsthilfeförderung durch Rehaträger)
1.1.2004	Modernisierungsgesetz (§ 140 f SGB V) (Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuß)

Selbsthilfegruppe und Psychotherapie

Selbsthilfegruppe oder Psychotherapie ?
anstatt
vor
neben
nach
in (?)

Die Indikation zu einer Selbsthilfegruppe ist letztlich eine SELBST-INDIKATION !!!

Professionelle Unterstützung hierbei durch:

- Information
- Ambivalenzklärung
- Zugangs- bzw.
- Gründungshilfe

→ Projekt „Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke“ – unter Beteiligung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt (gefördert von BKK-Bundesverband)

Was hilft am meisten in der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung aus Patientensicht ? (N = 82)

Gespräche mit Mitpatienten	82,9 %
Einzeltherapie	81,0 %
Einzelgespräche mit Pflegepersonal	78,5 %
Kunsttherapie	76,8 %
Körpertherapie	72,3 %
Gruppentherapie	63,4 %
Paar-Familientherapie	61,1 %
Medikation	48,1 %

Ist eine Selbsthilfegruppe für mich richtig?

- Bin ich bereit und in der Lage, regelmässig an den Gruppentreffen teilzunehmen?
- Bin ich bereit, über meine Situation offen zu sprechen?
- Bin ich bereit, anderen zuzuhören?
- Wünsche ich mir den Austausch in einer Gruppe und nicht eine Fachperson, die mich berät?
- Bin ich in der Lage, auch die zum Teil schweren Schicksale von anderen Gruppenmitgliedern zu ertragen?
- Möchte ich in einer Gruppe mitmachen, die nicht von einer Fachperson, sondern von direkt Betroffenen geleitet ist?
- Bin ich mir im klaren darüber, dass eine Selbsthilfegruppe nicht unbedingt ein Ersatz für eine Therapie ist?
- Bin ich bereit, meinen Spielraum zu nutzen und Veränderungen zu bewirken, die meine Situation verbessern?
- Bin ich bereit, Mitverantwortung für die Treffen zu übernehmen, und unter Umständen auch einmal für eine Gesprächsrunde verantwortlich zu sein?

"Psycho" – Selbsthilfegruppen in Deutschland (ohne klassische Suchtgruppen)

Umfrage bei 266 Selbsthilfe-Kontaktstellen
Antwort von 220 Selbsthilfe-Kontaktstellen (= 83 %)

insgesamt Daten über ca. 3.000 "Psycho"- SHG

davon ca. 21% Angst und Depressionen (einschl. EA)
ca. 12% Trauer / Verlust, Trennung / Scheidung
ca. 7% Eßstörungen
ca. 8% Psychiatrische Erkrankungen
ca. 13% Angehörige von psychisch Kranken
ca. 14% ohne "diagnostische" Bezeichnung
ca. 25% sonstige

- häufigste Gruppengröße 7 – 12 Personen
- meist mehr als 2/3 Frauen
- etwa die Hälfte älter als 3 Jahre (Kontinuität !)

(vgl. Matzat „Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen“ in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004)



Was leistet die Bindungsforschung zum Verständnis psychotherapeutischer Prozesse?

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

24.06.05

Prof. Dr. Wolfgang Milch
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Giessen



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN



Definition von Bindung

*„Jede Form von Verhalten,
das in einer Person
entsteht, die Nähe sucht
oder halten will zu einer
anderen Person, die als
stärker und/oder weiser
angesehen wird. Von der
anderen Person wird
angenommen, dass sie
besser mit der Welt
zurechtkommt.“*

John Bowlby, 1982



Bindung als subjektive Erfahrung

Lichtenberg, 1989

- ▶ Gemeinsame Abstimmung
- ▶ Fähigkeit zur Trennung und Wiedervereinigung
- ▶ Tolerieren von fremd anmutenden Situationen
- ▶ Fähigkeit zur Nutzung von Übergangsobjekten



Prototypen des Bindungsverhaltens

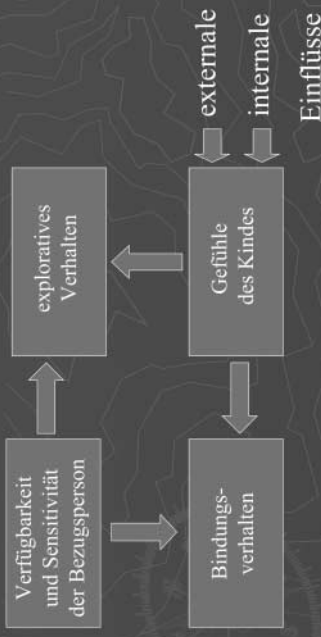
- ▶ Suchen / Rufen
- ▶ Weinen
- ▶ Nachfolgen
- ▶ Anklammern
- ▶ Protest bei Trennung



Bindung als Beziehung

- ▶ Die Voraussage der Interaktion ermöglicht die Bindung (Beebe, Lachmann, 1994, 2003)
- ▶ Innere Arbeitsmodelle (Bowlby, 1975)
- ▶ In der Kindheit: dyadisches, komplementäres Verhalten
- ▶ Kindliches Temperament – mütterliche Feinfühligkeit
- ▶ Bindung und Exploration

Regulation des Bindungsverhaltens



Entstehung der Bindung Köhler 1996

- ▶ 1.-2. Lebensmonat: Einstimmung der Grundregulation
- ▶ 3.-6. Monat: Einstimmung im Spiel von Angesicht zu Angesicht
- ▶ Ab 6. Monat: Konstantes Bindungsmuster



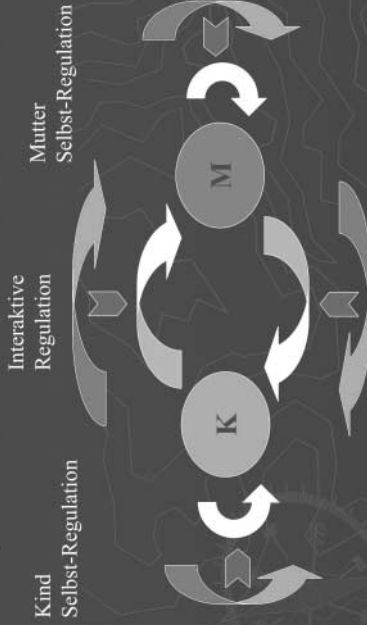
Die Voraussage der Interaktion ermöglicht die Bindung

Frühe Repräsentanzen bilden sich aus den wesentlichen Grundzügen der fortlaufenden gegenseitigen Regulation von Mutter und Kind



Beebe und Lachmann 1994

Systemisches Interaktionsmodell



Pfeile zeigen die Vorhersagbarkeit zwischen den Partnern
Pfeile zeigen die Geschichte der Vorhersagbarkeit
Abbildung verändert nach Beebe und Lachmann, 2002

Psychopathologie

Grostein 1986, 1990, Taylor 1987, Schwarz 1989, Weiner 1989



*Störung der Selbstregulation
oder der interaktionellen
Regulation mit einem
Mangel an inneren Kontroll-
Regulatoren
(Repräsentanzen) und/oder
Objektmodulatoren
(Selbstobjekten)*

Fremde-Situationstest

*11-20 Monate alte Kinder werden in 8 dreiminütigen
Episoden untersucht*

- ▶ 1. Ein Beobachter führt Mutter und Kind in das Spiellabor
- ▶ 2. Beide sind für 3 Min. allein
- ▶ 3. Eine Fremde kommt herein, unterhält sich mit der Mutter und beschäftigt sich mit dem Kind
- ▶ 4. Die Mutter verlässt den Raum
- ▶ 5. Die Mutter kommt zurück und die Fremde geht
- ▶ 6. Die Mutter geht, das Kind ist allein
- ▶ 7. Die Fremde kommt zurück und versucht das Kind zu trösten, falls nötig
- ▶ 8. Die Mutter kommt wieder und die Fremde geht

Fremde-

Situationstest

Ainsworth 1969



- ▶ Kategorie A: Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung (ca. 15%)
- ▶ Kategorie B: sichere Bindung (ca. 65%)
- ▶ Kategorie C: unsicher-ambivalente Bindung (ca. 10%)
- ▶ Zusatzkategorie D: Desorganisiertes/desorientiertes Verhalten (ca. 10-25%)

Fremde-Situationstest:

Kategorie A

unsicher-vermeidend

- ▶ Wenig offene Zeichen von Beruhigung nach Trennung
- ▶ Vermeiden von Nähe und Kontakt, wenn Mutter zurückkehrt
- ▶ Einem Fremden verhalten sie sich gleich wie gegenüber der Mutter
- ▶ Zeichen hohen physiologischen Stresses (z.B. Cortisolanstieg)

Fremde-Situationstest:

Kategorie B

sicher

- ▶ Beunruhigung bei Trennung von der Mutter
- ▶ Fähigkeit, sich von einer Fremden beruhigen zu lassen
- ▶ Nach Rückkehr der Mutter halten sie sich zunächst in ihrer Nähe auf, wenden sich dann dem Spiel oder der Umgebung zu



Fremde-Situationstest:

Kategorie C

unsicher-ambivalent

- ▶ Verängstigung nach Trennung
- ▶ Nach Rückkehr nur langsame Beruhigung
- ▶ Wechsel zwischen Suche nach Nähe und aggressiver Ablehnung des Kontaktes



Fremde-Situationstest:

Kategorie D

desorganisiert/desorientiert

- ▶ A, B oder C-Verhalten möglich
- ▶ Episode von ungerichteterm Verhalten
- ▶ *Vermutung:* Bezugspersonen sind ängstlich/ängstigend und geben gleichzeitig auch Sicherheit
- ▶ Später klinisch auffälliges Verhalten

Fremdsituationstest „sicher“



Fremdsituationstest „unsicher-vermeidend“



Drei Konzepte, die mit der Bindungstheorie eng verbunden sind

- ▶ Suche nach Kontingenzen
- ▶ Markierung gespiegelter Wahrnehmung
- ▶ Die Theorie des Mentalen

Die soziale Biofeedbacktheorie: Die Markierung der gespiegelten Wahrnehmung

Gergely, Fonagy, Target 2002

- ▶ Unterscheidung zwischen der gespiegelten und der subjektiven Reaktion des Gegenübers
- ▶ Verbesserung der Wahrnehmung, das Eigene im Fremden wieder zu erkennen
- ▶ Markierung mittels „Ammensprache“
- ▶ Im Spiel werden Emotionen in einer „Als-ob-Form“ dargestellt

Die Markierung der gespiegelten Wahrnehmung

Gergely, Fonagy, Target

- ▶ Unterschiedliche cerebrale Speicherung des „realistischen“ Affektverhaltens der Bezugsperson und der markierten affektspiegelnden Äußerungen
- ▶ Bei Selbstzuständen wird assoziativ eine „protosymbolische“, sekundäre Emotionsrepräsentanz aktiviert
- ▶ Dem Selbstzustand wird eine Emotion zugeschrieben
- ▶ Zuordnung von Körperempfindungen zu Selbstzuständen (s.a. „biologische Marker“, Damasio, 1998)

Abweichende Stile der Affekt-Spiegelung

Gergely und Watson 1996



- ▶ Markierung zu schwach
- ▶ Markierung inkongruent
- ▶ Markierung kategorial verdreht

Beispiel für eine inkongruente Markierung

Gergely, Watson 1996

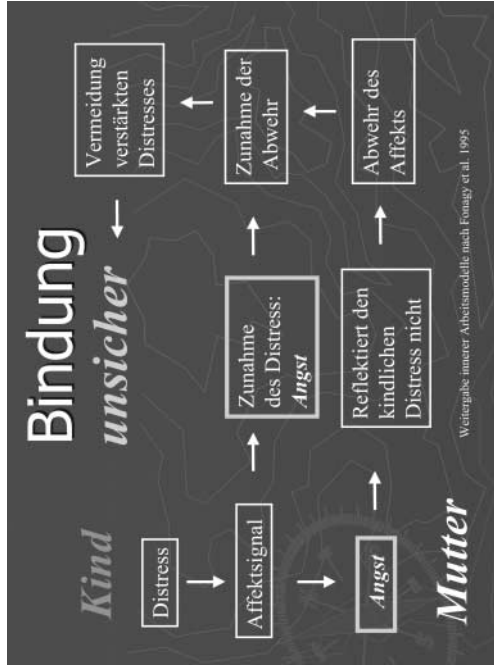
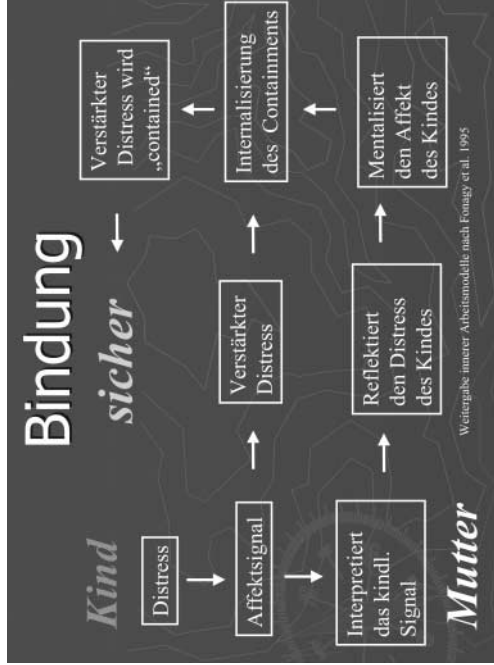
- ▶ Ein Junge reagiert erregt auf den körperlichen Kontakt mit der Mutter
- ▶ Die erotisch gefärbte Erregung erzeugt in der Mutter Angst und defensiven Ärger, weil sie sich selbst körperlich sehr verletztlich fühlt
- ▶ Das Kind verwechselt liebevolle Erregung mit Aggression



Botticelli

Theorie des Mentalen

- ▶ Spiegelung und Affektansteckung
- ▶ „Markierung“ gespiegelter Botschaften
- ▶ Frühe Regulierung, „affect attunement“
- ▶ Spiel von Angesicht zu Angesicht
- ▶ Geteilte Wahrnehmung
- ▶ „Trösten“
- ▶ Symbolisches Denken
- ▶ Falsche Information
- ▶ Der Andere mit einer eigenen inneren Welt



Erwachsenenbindungsinterview

AAI

George, Main, 1986

- ▶ Halbstandardisiertes Interview mit 20 Fragen
- ▶ Verschriftlichung einer Tonbandaufnahme
- ▶ Auswertung des Protokolls auf verschiedenen Ebenen
- ▶ Fokus auf Trennungen



Erwachsenenbindungsinterview *Kodierung und Auswertung*

- ▶ Bindung als Kind
- ▶ Beziehung zu den Eltern (z.B. Schutz, Trösten, Rollenkehr, Vernachlässigung, Verwicklung, Herabsetzung, Gefahr, Sexualität)
- ▶ Gedächtnissysteme
- ▶ Trauma und Verluste
- ▶ Selbstschützende Strategien

Erwachsenenbindungsinterview „Mentalization“ *Fonagy, Target, 2002*

- ▶ Mentalisierung ist der Prozess, bei dem wir gewahr werden, dass wir eine Psyche haben, die unsere Wahrnehmung von der Welt beeinflusst.
- ▶ Die „reflektive Funktion“ ist im AAI messbar und beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, Mentalisierung zu leisten.
- ▶ Selbstreflektion und die reflektive Fähigkeit anderen gegenüber sind Ausdruck für unsere Kapazität, psychische Zustände zu verstehen.
- ▶ Die reflektive Funktion ist eine Fähigkeit, die aus unseren frühesten Beziehungen erwächst.

Erwachsenenbindungsinterview *Vorteile*

- ▶ Hohe Interraterkorrelation
- ▶ Weltweite Anwendung
- ▶ Integration komplexer Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der Auswertung

Erwachsenenbindungsinterview *Nachteile*

- ▶ Wenig ökonomisch (Zeitaufwand)
- ▶ Die Bindung kann von einer Bindungsperson zu einer anderen differieren
- ▶ Unsichere Bindung ist nur Ausdruck für Vulnerabilität, aber nicht für Pathologie
- ▶ Nur die Zusatzklassifikation „D“ korreliert hoch mit pathologischen Auffälligkeiten
- ▶ AAI bisher nicht publiziert und validiert („Geheimwissenschaft“, Lagerbildung, kein wissenschaftlicher Diskurs von außerhalb)
- ▶ Viele klinische Daten gehen verloren

Behandlungsbeispiel

- ▶ 50-jähriger Mann in einer akuten Lebenskrise nach dem Tod seiner Frau
- ▶ Sportliche Betätigung als Betäubungsmittel, Blutdruckkrisen, Zeichen äußerlicher Verwahrlosung, Gewichtsabnahme, Suizidgedanken
- ▶ Vermeidender Umgang mit der Trauer
- ▶ Traurige Gefühle in der GÜ, aber auch Ablehnung

Behandlungsbeispiel: Therapie

- ▶ Krisenintervention mit 2 Gesprächen/Wo. und tgl. Telefonaten, danach 1 Gespräch/Wo. über ca. 15 Monate
- ▶ Responsives Eingehen auf die Themen des Pat. und Hilfen zur Selbstregulation geben
- ▶ Zeigen von Gefühlen und Abhängigkeit schienen gefährlich
- ▶ Zulassen von Erinnerungen und traurigen Affekten

Bindung und Beziehung

Mitchell 2003

Modi des Selbst mit dem Anderen:

- Wiederkehrende, häufig der Stabilisierung dienende Interaktionsmuster, die weder symbolisiert noch reflektiert werden.
- Affektive Resonanz, die intensive Gefühlsverfahrung ermöglicht.
- Symbolische Repräsentanz des Anderen unter dem Aspekt bestimmter Funktionen.
- Repräsentanz des Anderen als eigenständiges Subjekt.



Praktische Konsequenzen?



Aufgaben des Therapeuten

nach Bowlby 1995

- ▶ Eine sichere Basis zu sein
- ▶ Pat. auffordern, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen mit welchen Gefühlen begegnet
- ▶ Pat. ermutigen, die therapeutische Beziehung zu überprüfen (Selbst- u. Elternrepräsentanzen)
- ▶ Pat. behutsam auffordern, aktuelles Erleben mit demjenigen seiner Kindheit zu vergleichen (Wiederholungen)
- ▶ Ablösung von alten, unbewussten Schemata und die Erschließung neuer affektiv-kognitiver Handlungsschemata

Psychotherapeutische Konsequenzen der Bindungstheorie

nach Holmes 2001

1. Empatisch-responsive Einstimmung gegenüber dem Patienten und sich selbst
2. Emotionale Nähe (sichere Basis)
3. Therapeutisches Bündnis
4. Herausfordernde Haltung gegenüber gewohnheitsmäßigen Annahmen und Beziehungsmustern sowie Offenheit für das Auftauchen neuer Strukturen
5. Suche nach einer ausgeglichenen Balance in der Sicht von sich selbst und der Welt
6. Sicherheit kann nur aus der Gewissheit des Fehlens absoluter Sicherheit entstehen
7. Toleranz gegenüber Ungewissheit und Zweifel
8. Reflexive Kompetenz des Therapeuten (Verstandenwerden)

Therapeutische Überlegungen bei unsicher-vermeidender Bindung

nach Hartmann 2003

- ▶ Pat. haben gelernt, ihre Affekte zu verbergen, um in der Nähe der Bindungsperson bleiben zu können
- ▶ Erwartung, beim Zeigen von Bindungsbedürfnissen abgelehnt zu werden
- ▶ Zurückweisende Gegenübertragungsgefühle
- ▶ Aktives Vorgehen des Therapeuten
- ▶ Integration negativer, häufig aggressiver Gefühle

Therapeutische Überlegungen bei unsicher-verstrickter Bindung

nach Hartmann 2003

- ▶ Pat. haben gelernt, dass sie sich nie auf ihre Bindungsperson verlassen können und diese immer im Auge behalten müssen
- ▶ Schwierigkeit, Hilfe anzunehmen und an die Verlässlichkeit des Therapeuten zu glauben
- ▶ Kränkbarkeit des Patienten
- ▶ Enttäuschte und wütende Gegenübertragungsgefühle
- ▶ Strukturierendes Vorgehen des Therapeuten
- ▶ Integration aggressiver Gefühle und Wiederherstellung der Behandlungsbeziehung bei Gefahr des Abbruchs

Ausblick: „Mentalization-based treatment“ für BPS

Bateman und Fonagy 2004

- ▶ Identifikation und angemessene Äußerung der Affekte
- ▶ Aufbau eines stabilen Repräsentanzsystems (Grundvorstellungen, Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen)
- ▶ Herstellung eines kohärenten Selbstgefühls
- ▶ Entwicklung der Fähigkeit, sichere Beziehungen aufzubauen



*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!*

Wolfgang.Milch@psycho.med.uni-giessen.de

Gliederung des Vortrags

I. Allgemeiner Teil:

- Einführung
- Stufen emotionaler Differenziertheit
- Alexithymie vs. emotionale Reflektionsfähigkeit

II. Spezieller Teil:

„Relationships as Regulators“:

- Neuronal
- Neurochemisch
- Immunologisch

Psychobiologie menschlicher Beziehungen

Harald Gündel

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
Klinikum rechts der Isar, TU München

1. Kasuistik: Frau T., 52 J.

Seit ca. 1 Jahr:

- Entwicklung eines generalisierten re.-seitigen Schmerzsyndromes („nicht auszuhalten“)
- Int. Gangstörung / Muskelverkrampfungen / -schwäche
- Arme können nicht über Schulterhöhe gehoben werden

u.a.:

„ Befunde wie bei *Dermatomyositis* ohne faßbaren organischen Befund“

.... Könnte ein *BWS-Vorfall* sein .. aber nur *Protrusio* ..“

Frau T., 52 J.

- Tod des Vaters im 4. Lj. (erste Erinnerung)
 - Zurücksetzung durch Geburt des Stiefbruders im 8. Lj.
 - Verlust der (alleinerziehenden) Mutter vor 20 Jahren
 - Kompensierte emotionale Mangelsituation in der Ehe
 - Chronische Überlastungssituation im Beruf über Jahrzehnte (6.00-22.00 Uhr, Wochenenden)
 - 50 Lj.: Völliger Rückzug von Stiefvater und -schwester
=> „*Da war ich völlig allein*“
↓
- Wenige Tage später: Akute Pneumonie, stationär**
=> **Entwicklung der jetzigen Beschwerden**

Laufende stationäre psychodynamische Gruppentherapie bei Pat. mit Somatisierungsstörungen...

Frau Z: Erzählt von Traum .. *Trübe Bräute, reißender Strom ... Angst, fortgerissen zu werden .. will sich an einem Pfeiler festhalten*
Vor ca. 30 Jahren ähnlicher Traum ... wenige Tage später Kind verloren

In der Gruppe Verlust- und Trennungspantasten, einsam zurückbleiben, hoffnungslos ...

Frau S: Li. Augenlid beginnt „wie verrückt“ zu zucken ...

Frau D: Starker Schwindel .. Tinnitus nimmt zu, diffuse KS

Herr S: Schweigt lange .. springt gegen Ende auf .. „Ich halte das nicht mehr aus .. irre Unruhe, kann nicht mehr sitzen ..
wahnsinnige Rückenschmerzen ..

Wie kommt es zu diesem „rätselhaften Sprung“ vom Seelischen zum Körperlichen ?

(Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1917)

Am. J. Psychol. (2001) 114, 1133

THE ONLY CLINICAL AND QUANTITATIVE STUDY SINCE FREUD OF THE PRECONDITIONS FOR RECURRENT SYMPTOMS DURING PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOANALYSIS¹

LESTER LUBORSKY, PHILADELPHIA

In this paper the author first evaluates theories of onset conditions both before and after treatment and before and after therapy. He then presents a quantitative assessment of their preconditions, and then compares these preconditions with Freud (1926) and with other theories of symptom formation. The seven cases in the sample were the only cases of recurrent psychosomatic or psychosomatic symptoms reported in the literature. The author concludes that the preconditions for recurrent symptoms (with no symptoms) that were suitable for "the symptom-contrast method". The recurrent psychosomatic symptom cases were: momentary forewarnings, depressive shifts, and phobic

Symptom-context – method über 7 Therapien :

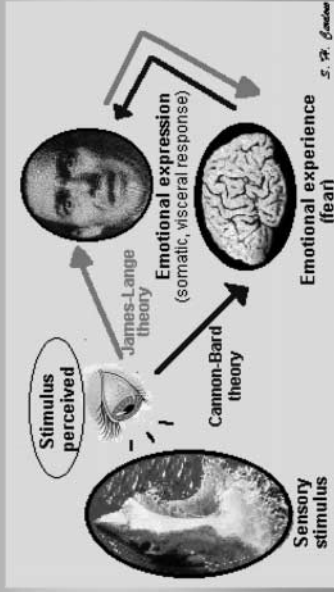
Psychische Vorläufer somatischer Symptome:

**Hoffungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, .. , meist
innerhalb konkreten oder phantasierten
Beziehungserlebens**

**... und wieso gerade so oft in
Trennungssituationen ??????**

z.B. Engel 1959, 62; Schöttler 1981

Psychologische und neurobiologische Grundlagen der sog. Leib-Seele - Interaktion: James-Lange Theory of Emotion



„Interoceptive input does relate to emotion“

(O. G. Cameron, *Visceral Sensory Neuroscience*, 2002, p.18)

III. Neurobiologische Grundlagen: James-Lange Theory of Emotion

- William James: (*Mind*, 1884); Carl Lange (cardiovascular): **Körperliche Veränderungen in Muskeln und viszerale Strukturen verursachen die letztendlich emotionale Erfahrung und sind gerade nicht das Resultat derselben.**
- ↕
- Kritik durch Walter Cannon (1928): Primäre Quelle der Gefühle liegt im ZNS.

Stufen der individuellen Differenzierung emotionaler Wahrnehmungsfähigkeit

(Lane & Schwartz, 1987)

Implizit (Unbewusst)

- **Level I**
Mehr oder weniger reine Reflexantwort (affektive Stimuli lösen lediglich autonom-vegetative bzw. endokrine Reaktionen aus)
- **Level II**
„Tendenz zur Aktion“ wird wahrgenommen (Keine bewusste Wahrnehmung von Gefühlen)

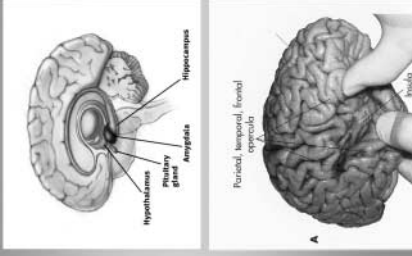
Stufen der individuellen Differenzierung emotionaler Wahrnehmungsfähigkeit

(Lane & Schwartz, 1987)

Explicit (bewusst)

- **Level III**
Prinzipielle Fähigkeit zur bewussten globalen Wahrnehmung von Gefühlen
- **Level IV**
Mischung eigener unterschiedlicher Gefühle („Gefühlsambivalenz“)
- **Level V**
Sehr differenzierte Gefühlswahrnehmung auch beim Gegenüber

Neuroanatomie der Emotionsverarbeitung

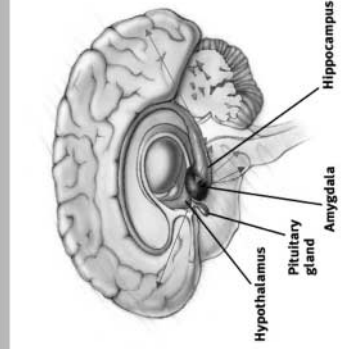


Die Emotionsentstehung und -wahrnehmung geschieht im ZNS innerhalb komplexer Netzwerke, u.a.:

- Präfrontaler Cortex
- Anteriorer Cingulärer Cortex (ACC)
- Posteriorer Cingulärer Cortex
- Amygdala
- Insel
- andere (limbische) Regionen

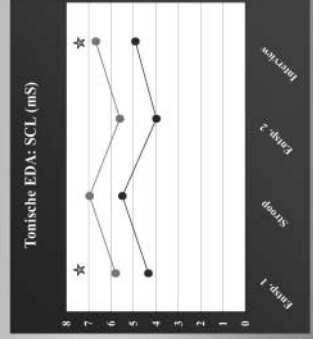
Davidson et al., *Trends Cogn Sci*, 1999

Thalamo-amygdaläre Regelkreise: Prozessen exteroceptive Stimuli ohne bewusste Wahrnehmung
Neocortikal-amygdaläre Regelkreise: (+ 12 msec): Bewusste, präzisere Wahrnehmung



„Physiological and Motor Responses during Relaxation and Stress in High- vs. Low-Alexithymic Chronic Neurologic Patients“

Gündel, Greiner, Ceballos-Baumann, Förstl & Jahn, *J Psychosom Res*, 2004

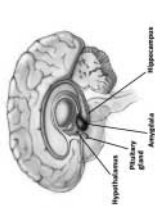


Wie verändern bewusst erlebte Gefühle (präfrontal, ACC) diffusen subkortikalen Arousal (vegetativ-autonom) ?

I. **Ventromedialer präfrontaler Kortex** (BA 9) und **rostraler ACC**: Zentrum des „emotional processing“ („reflective awareness“)

(Homak et al., *Brain*, 2003)

II. Präfrontale Projektionen enden an **inhibitorischen** amygdalären Interneuronen (Hariri et al., *Biol. Psychiatry*, 2003)



Hypothese: Das bewusste Erleben einer emotionalen Erfahrung führt über die verstärkte Aktivierung des **ventromedialen präfrontalen Cortex** und des **ACC** zu einer Inhibition sympathischer Aktivität und einer Erhöhung parasympathischer Aktivierung.

Drevets et al., 1999; Thayer et al., 2000; Critchley et al., 2002; Lane et al., in press.

Alexithymie und vegetativer Arousal

- Positiver Zusammenhang zwischen einem individuell unterdrückendem Umgang mit eigenen Emotionen („suppression“) und erhöhtem sympathikotonen und kardiovaskulärem Arousal bei gesunden Probanden (Gross, *Psychophysiology*, 2002)
- Erhöhtes kardiovaskuläres Arousal auch bei gesunden Gesprächspartnern von Probanden mit „emotion suppression“ (Butler et al., *Emotion*, 2003)

Bedeutung für die Klinik

“It seems that only the regular organization of an active mental pathology .. can be considered as a guarantee against the risks of progressive disorganisation”
(P. Marty, 1980:14)

The inner life may act like a **‘buffer zone’** that affords the subjects a higher degree of flexibility and autonomy with respect to changes that occur in the external environment,
.. (Greco, 2001)

„**moderatory function**“ of early interactional experiences on physiological function
(Fonagy, 2001)

Entwicklung und Funktion der Emotionalität

- Angeborene, **basale emotionale Systeme** bei allen Säugetieren, auch beim Menschen (subkortikal)
- **PANIC-System (SEPARATION / DISTRESS - System) / „Attachment Behavioral System“** (C. Darwin; Bowlby, 1980)
- Kontrolliert die im Lauf der Evolution lebensnotwendig gewordene **Bindung**
=> u.a. verbunden mit Entwicklung des **limbischen Systems**

J. Panksepp, 1998

Bindung: Die bedeutendste frühe Motivation, die den menschlichen Entwicklungsprozess erst möglich macht
(Steiner-Krause, 1996)



Bindung: Die bedeutendste frühe Motivation, die diesen Entwicklungsprozess erst möglich macht



Bindung: Die bedeutendste frühe Motivation, die diesen Entwicklungsprozess erst möglich macht



Relationships as Regulators !

- 143 Ehepaare / Paare (Mittlere Beziehungsdauer: >23 Jahre)
 - 2 min. „gazing task“: Erfassung der Herzfrequenz (HF)
 - Attachment Status („sicher vs. unsicher“)
 - Nur bei den „attached couples“:
 - Reduktion beider Herzfrequenzen,
 - Aufeinander zulaufende Frequenzbewegung
- Gute Beziehung ist eine „secure base“

Wie kommen wir den neurobiologischen Grundlagen dieses “Attachment Behavioral System” näher ?

Was wissen wir über die somatischen Folgen der Trauer ?

- Trauerreaktionen von Kindern: Immer körperlich

- 3-5 Jahre: Übelkeit, Hautausschlag, Einnässen
- 6 – 11 Jahre: Schmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Hautausschlag, Bauchschmerzen, Erbrechen, Einnässen.
- 12-18 Jahre: Asthma, allg. Schmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Hautausschlag, Bauchschmerzen.

Birenbaum et al., 2000

Endgültige Trennung: Tod und Trauer

“... bereavement ... The mystery I would like to examine ... its biological basis, particularly how the experience comes to produce biological changes in bereaved people.”

PRESIDENTIAL ADDRESS

Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement*

MYRON A. HOREZ, MD

In the spirit of adventure that has been characteristic of our Society, I am going to ask you to join me in a mental journey. The purpose is to try to look at something familiar in a new way. We are going to be looking at bereavement—something you

and even psychosomatic research has been reluctant to intrude on—something that has been embedded in cultural practices and in the intimacy of family traditions since the beginnings of historic time. Nonetheless, your attention of this lecture addresses

Arizona Daily Star

www.dailystar.com • www.azstarfund.com

HOME • ENTERTAINMENT • HEALTH • FEATURES • BUSINESS • EVENT CALENDAR • SPORTS • VIA SPORTS • SITE MAP
 subscribe to the Arizona Daily Star • manage your Star subscription • classifieds • jobs • sales • real estate • obituar

Arizona Daily Star

Tucson, Arizona | Published: 10.05.2004

Today: Sunday | Monday: Tuesday: Wednesday: Thursday: Friday: Satu

← Back

Section: News

Mom of soldier killed in Iraq dies

Karen Urruh-Wahner

View additional images.



Enlarge image

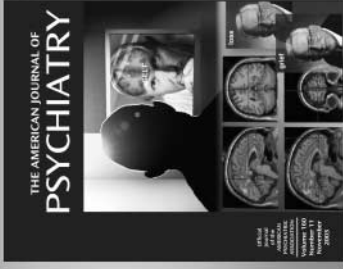
By Chris McClain
 ARIZONA DAILY STAR

Only days after learning her son had died fighting in Iraq, Karen Urruh-Wahner collapsed and died suddenly in her Tucson home.

Now the fallen soldier and his 45-year-old mother will be honored together at a visitation in Tucson

1/1/2004

Funktionelle Neuroanatomie der Trauer: Eine fMRT Studie



Harald Gündel¹, Mary Frances O'Connor², Lindsey Littrell³, Carolyn Fort², Richard Lane²

¹:Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, TU München;

²:Department of Psychiatry, University of Arizona, Tucson

³:Department of Psychiatry, Stanford University

Wieso kann Trauer / Trennung die Erstmanifestation einer körperlichen Krankheit auslösen ?

1. Welche ZNS-Strukturen sind dabei involviert ?
2. Welche ZNS-Strukturen korrelieren mit vegetativem Arousal während der Trennungserfahrung?

Teilnehmer

- Acht gesunde Versuchspersonen, die im Laufe des zurückliegenden Jahres den Tod eines erstgradigen Verwandten erlitten hatten.
 - alle weiblich, Rechts-Händer, Englisch als Muttersprache
 - Ausschlusskriterien: u.a. DSM IV Achse-I Störung
- Erfasste Parameter:
- Tönische Herzratenvariabilität (HRV) vor der Untersuchung
 - Elektrodermale Hautleitfähigkeit (SCR) während der Untersuchung
 - Subjektive Angabe der Traurigkeit nach der Untersuchung

Methodik

Persönliches Vorgespräch (+Attachment Interview / A. Buchheim).

15 individuelle **Schlüsselwörter** (*keywords*) wurden ausgewählt

Schlüsselwörter wurden parallelisiert mit **neutralen Wörtern** (Worttyp, Wortlänge, und Häufigkeit des Gebrauches in der Umgangssprache)

(z.B. *collapse - announce, funeral - ceiling, loss - list*).

Methodik

- Jeder Teilnehmer brachte ein Photo des verstorbenen Verwandten mit
- Photo wurde parallelisiert mit dem Photo eines Unbekannten nach Geschlecht, Alter, Hintergrund

Deceased + keyword

collapse



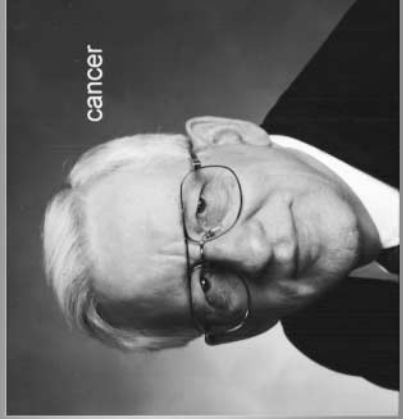
Deceased + neutral

announce



Neutral + Keyword

cancer



Physiologischer Arousal und subjektiv eingeschätzte Traurigkeit: Signifikante Unterschiede zwischen den 4 Bedingungen

• **Physiologischer Arousal (NS,SCRs):** $p < .03$

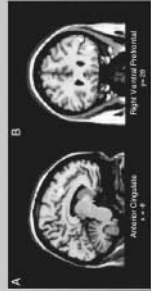
• **Selbst-eingeschätzte Traurigkeit:** $p < .0001$

=> **valides Paradigma**

„Does rejection hurt? An fMRI Study of Social Exclusion“

Eisenberger et al., Science, October 2003

- fMRI-Studie während eines virtuellen Ballspiels
- Neuronale Korrelate während des Erlebnisses des Ausgeschlossen-Werdens:



Aktivierungen im dorsalen ACC (korreliert mit Distress) Vordere Insel

Regionale Aktivierungen während der “personenbezogenen“ Trauer (**Person Factor**)

*, $p < .001$ uncorrected; **, $p < .05$, corrected

Region	Cluster size (voxel)	x	y	z	z-score
Posterior cingulate cortex	436**	-10	-60	8	4.52
Insula	53	38	18	-6	3.85
Dorsal anterior cingulate cortex	74	6	22	28	3.77
Cerebellum / post. lobe	107	-4	-70	28	3.71
caudate	33	6	6	8	3.07



„Does rejection hurt? An fMRI Study of Social Exclusion“

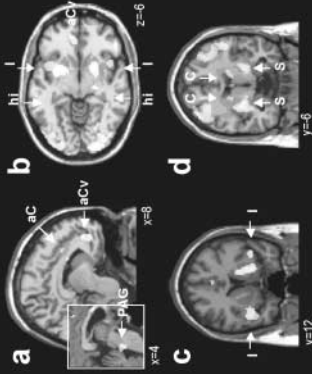
Eisenberger et al., Science, 2003

“... The social attachment system, which keeps young near caregivers, may have piggybacked onto the physical pain system to promote survival”.

The neural correlates of maternal and romantic love

Common activations with love

■ Maternal love ■ Romantic love



Barrett & Zeki, 2003

Interoceptive Sense (Craig, 2002)

=> James-Lange Theory
of Emotion, 1884

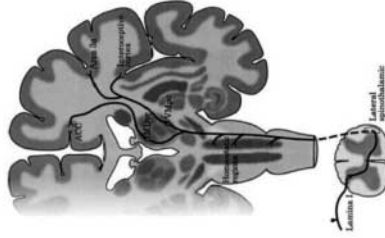
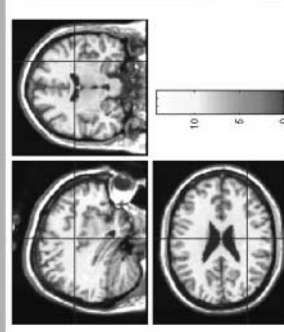


Figure 2. Somatosensory system of the ascending pathway of the somatosensory system.

Craig, 2002
Nat Rev Neurosci, 3, 655

Verbindung zum „old brain“ / Interozeption

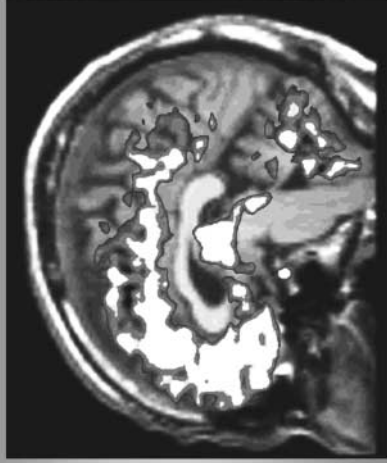
Individuelle Intensität
der Trauergefühls
korreliert mit erhöhter
neuronaler Aktivierung
in der **rechten Insel**



O'Connor et al., submitted

Neurochemische Grundlagen von zwischenmenschlicher Bindung ?

Verteilung der μ -Opioidrezeptoren im ZNS



„Brain opioid theory of social attachment“:

- Soziale Isolation führt zu reduziertem (endogenen) Opiatspiegel, und **sozialer Kontakt** setzt endogene Opiate frei.
- Niedriger Opiatspiegel erhöht Motivation zur Kontaktsuche

Nelson & Panksepp, 1998

μ -Opioid-Rezeptoren regulieren vielfältige Hirnregionen und Neurotransmitter-Systeme, u.a.

- Schmerzverarbeitung
- Emotionalität
- Stress-Antwort
- Belohnung
- Beziehung

Opiatsystem und Schmerz

Aktivierung des μ - Opiatsystems führt zu einer Reduktion der sensorischen und affektiven Schmerzverarbeitung

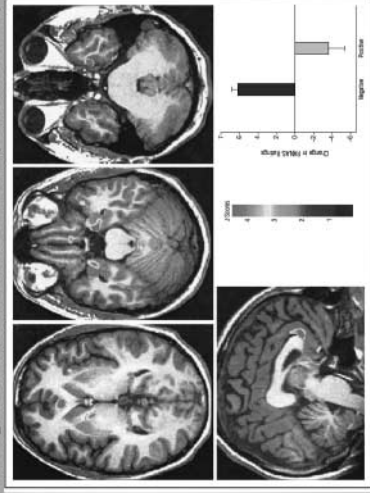
Aktivierung des μ - Opiatsystems erst bei längerer Schmerzannahme (10-20 min.)

Affektive Schmerzverarbeitung korreliert negativ mit Rezeptor-Aktivierung im **bilateralen dorsalen ACC** und **Thalamus**, ipsilateral **Nucl. Accumbens**.

Zubieta, Science, 2001

Schnittstelle Schmerz / Emotionalität:

Reductions in μ -opioid receptor mediated neurotransmission during a sustained sadness state (Zubieta 2003)



μ -Opiodsystem und Emotionalität

Negativer Affekt (Sadness) korreliert mit signifikanter Reduktion in μ -Opioidrezeptor – vermittelter Neurotransmission:

(rostraler ACC, ventrales Pallidum, Amygdala, und inferiorer temporaler Cortex

Zubieta, ArchGenPsychiatry, 2003

Immunologische Auswirkungen von Beziehungsstörungen ?

Immune-to-brain-communication in pain

Glia-Zellen vermitteln „sickness response“:
Evolutionär alt, viele Spezies

- Fieber
- Erhöhte Leukozyten
- Aktivierung der HPA-Achse
- Aktivierung des sympathischen Nervensystems
- Hyperalgesie
- **Verhaltensänderung sozialer Rückzug**
verminderte Nahrungs- und Wasseraufnahme

Maier & Watkins, 1998

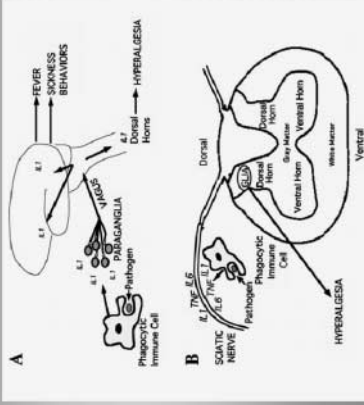
Immune-to-brain-communication

- **Glia-Zellen (Hüllzellen):** Aktivierte Mikroglia und Astrozyten: Immunkompetente Zellen des ZNS
- **aktiviert durch klassische Immunstimuli wie Viren, Bakterien, Trauma**
- **Schütten u.a. proinflammatorische Zytokine aus: IL1, IL2, TNF**

Wieseler-Frank, Maier, Watkins, 2005

(Bi-directional) Immune-to-brain communication dynamically modulates pain

Wieseler-Frank et al., 2005



Immune-to-brain-communication in pain

Ergebnis der Myelin-Sensitivierung:

- „mirror image pain“ / „extra-territorial pain“: = Schmerz wahrnehmung *außerhalb des Dermatoms/Hautareals*, das durch beschädigten Nerven innerviert ist.
- Lateralisierte Signale aus dem Myelin werden auf noch unbekannt Weise zu kontralateralen Seite vermittelt. Vermutlich über Astrocyten („inter-cellular gap junctions“)

Tal & Bennett, 1994

Wieseler Frank et al., 2005

Immune-to-brain-communication in pain

„sickness response“:

Beginnt mit der Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine in der Peripherie durch Gliazellen

Besonders über Nervus vagus (afferent!)

=> Produktion von *proinflammatorischen Zytokinen* im Gehirn und Myelin

- Glia-Aktivierung im Myelin, Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine, Hyperalgesie.
- Entzündung in der Peripherie induziert Entzündung im Gehirn !

Maiter & Watkins, 1998

Psychosozialer Stress = Infektion ?

- Soziale Isolation erhöht im Tierversuch IL1 – Konzentration im Hippocampus =>IL1 reduziert Produktion von BDNF
- => Infektionserkrankungen und Stress überlappen im Tiermodell in neuronalen / immunologischen Regelkreisen => „cross-sensitiation between infection and stress“

Watkins, 2005

Prinzip der **gemeinsamen physiologische Endstrecke** somatischer und psychosozialer Belastungen gilt offensichtlich auf verschiedensten Ebenen

u.a.

Neurochemisch

- μ -Opioid-Rezeptoren regulieren vielfältige Hirnregionen und Neurotransmitter-Systeme.

„Brain opioid theory of social attachment“

Nelson & Panksepp, 1998

Immunologisch:

- Infektionserkrankungen und Stress überlappen im Tiermodell in neuronalen / immunologischen Regelkreisen

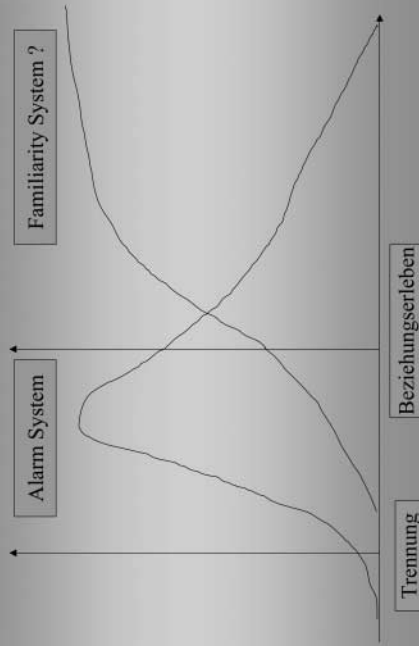
Watkins, 2005

- **Monadische Beschreibung des Individuums ist obsolet**

- **Unser Gehirn ist massiv darauf ausgerichtet, Beziehungssignale wahrzunehmen => Soziale – Biofeedback Theorie**

Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. Int J Psychoanal. 1996; 77:1181-212.

Perspektiven / Fragen I



Schlußfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis

Keine Trennung zwischen „Körper und Seele“, gemeinsame „pathways“ auf verschiedensten somatischen Ebenen.

„**Beziehungsanalytisches**“ Behandlungskonzept (Ermann, 2005)

- Dient mehr der Affekt- und Beziehungsregulation als der Einsichtsvermittlung.

=> **Mit unserer Gegenübertragung arbeiten („mentalizing“, „containing“, „metabolisieren“),**

- damit Patienten einen emotionalen Zugang zu sich bekommen,
- Mit sich selbst ins Gespräch kommen.
- d.h., selbst „mentalisieren“, innere Objektrepräsentanzen entwickeln

=> **Inhibitorische Kontrolle von stressassoziierten Körperreaktionen**

Schlußfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis

Implizite Behandlungspraxis:

„Ziel ist das Erleben einer (psychotherapeutischen) Beziehung, in der emotionale Zustände verändert werden können, indem sie (von einer 2. Person) anerkannt, vielleicht sogar geteilt, auf jeden Fall aber gewürdigt werden.“

Ermann, 2005


Affektforschung und Psychotherapie

Manfred E. Beutel
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Johannes Gutenberg Universität Mainz

**30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad
Neustadt/Saale
24. Juni 2005**


Was sind Affekte?

- „Gefühle sind ... leiblich ergreifende Atmosphären... solchen in den spürbaren Leib eingreifenden Mächten, die nicht selbst leibliche Regungen sind, aber nur am eigenen Leib, wenn auch manchmal als Widersacher gespürt werden. Ebenso werden Gefühle nur im eigenen leiblichen Spüren als ergreifende Mächte wirksam, ... allerdings kann man sie als Atmosphären darüber hinaus oft auch in der Umgebung wahrnehmen...“ (Schmitz 2000)
- **Motorisch-expressive Komponente**
 - Signalisiert Gesprächspartner, welches Verhalten gewünscht wird / folgen wird
- **Physiologische Komponente**
 - Interne Bereitschaft zu handeln/ Bereitstellung
- **Motivationale Komponente**
 - Verhaltensbahnung in Willkürmotorik
- **Wahrnehmung oder erlebtes Gefühl**
 - Wahrnehmung der körperlichen Prozesse
 - Benennung und Erklärung der Wahrnehmung
 - Wahrnehmung der situativen Bedeutung



„Die Worte hör ich wohl, allein mir fehlt
der Glaube.“

- „Fast alle seelischen Zustände eines Menschen äußern sich in den Spannungen und Erschlaffungen seiner Gesichtsmuskeln, in der Einstellung seiner Augen, der Blutfüllung seiner Haut, der Inanspruchnahme seines Stimmapparates und in der Haltung seiner Glieder, vor allem der Hände. Diese körperlichen Veränderungen... dienen dem anderen als verlässliche Zeichen, aus denen man auf die seelischen Vorgänge schließen kann und denen man mehr vertraut als den etwa gleichzeitigen absichtlichen Äußerungen mit Worten.“ (Freud 1905, S. 293f.)



Was ist eine Beziehung, und worauf
beruht sie?

- „Begegnung“, charakterisiert durch verschiedene Formen bezogenen Verhaltens; beschreibbar auf verschiedenen Dimensionen: 1) Sympathie, Zuneigung, Liebe, 2) Macht, Dominanz, Kontrolle
- Information über Beziehung ca. zu 80% über nonverbale Kanäle vermittelt
- „Wenn sich zwei Personen unterhalten, machen sie weit mehr als nur reden. Sie gestikulieren, nicken, brummen, ziehen Gesichter und bewegen in fein abgestimmter Art und Weise ihre Köpfe, Oberkörper und sogar die Beine hin und her. Diese Verhaltensweisen sind kein unnötiger Ballast, sondern Hilfsmittel und Indikator für den Mitteilungs- und Verstehensprozess“

Modell kommunikativer Handlungen

n. Krause 1997

Sender

Handlungs-
intentionen

Stimme

Eigenschaften

Affekte

Triebzustände

Extremi-
täten

Körper-
bewegung

Gesichts-
bewegung

Verhaltensklassen

Sprache

Embleme

Illustratoren

Regulatoren

Körpermani-
pulation

Affektausdruck

Empfänger

Gehör

Gesicht

Geruch

Taktik

Wärme

Intentionen

Eigen-
schaften

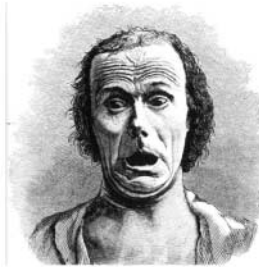
Affekte

Trieb-
zustände

Der spontane Ausdruck von mimischen Affekten...

- Erfolgt vorwiegend nicht bewusst
- psychobiologisch verankert
- Verläuft rasch (Millisekunden)
- bringt den eigenen emotionalen Zustand zum Ausdruck
- ist häufig nicht identisch mit dem erlebten Gefühl:
 - kann durch soziale Signale (z.B. Lächeln) überblendet werden
 - Kann zu Teilen unterdrückt werden („Pokerface“)
 - reguliert die aktuelle Beziehung (Signal- und Appellfunktion für das Gegenüber)
 - kommentiert Gesprächsinhalt
- Woher wissen Sie welche Funktion angesprochen ist?
 - Blickkontakt, Sprecherstatus, verbaler Bezug

Charles Darwin: *The expression of the emotions in man and animals*
London, John Murray, 1872



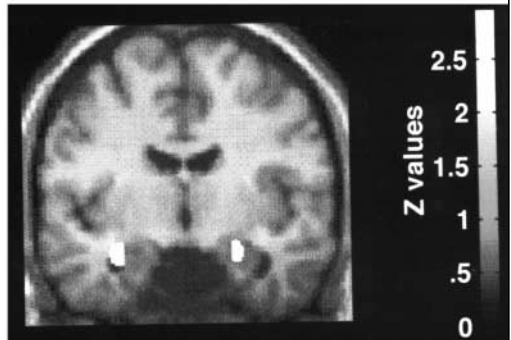
Amygdala Response to Fearful Faces in Anxious and Depressed Children

(Arch Gen Psychiatry, 2001, 58: 1057-1063)



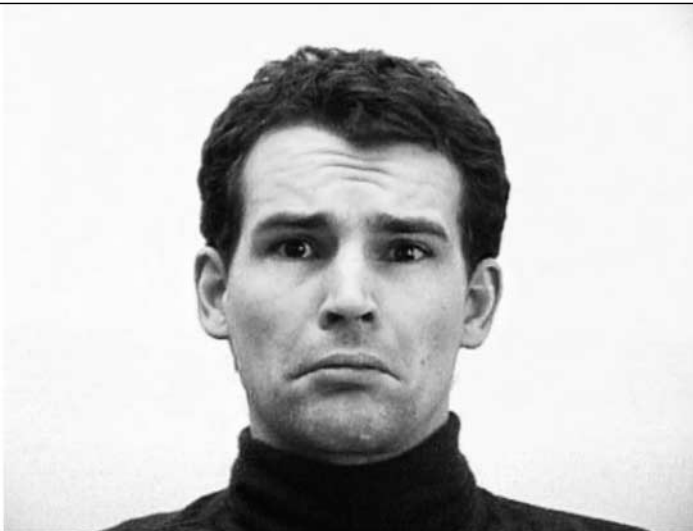
Figure 1. Examples of neutral and fearful expressions used in the passive-viewing task.⁴¹

Psychobiologie der
Wahrnehmung
mimischer Affekte



Primäraffekte

- Kulturübergreifend und universell nach Ekman & Friesen 1972
 - Freude, Angst, Ärger, Ekel, Trauer, Verachtung, Überraschung
- Selbstreflexive Affekte wie Scham und Schuld



Welcher Primäraffekt wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input checked="" type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |



Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |



Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |



Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input checked="" type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |



Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input checked="" type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |



Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Überraschung | |



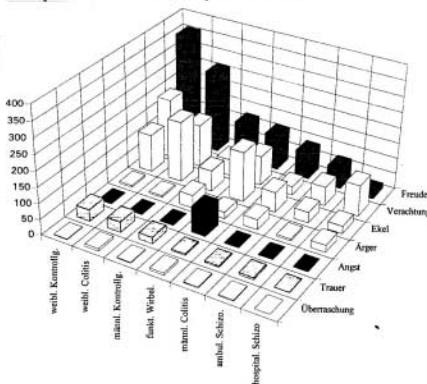
Welcher Primäraffekt
wird in dem Bild gezeigt?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Freude | <input checked="" type="checkbox"/> Wut |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Verachtung |
| <input type="checkbox"/> Überraschung | |

Affekt- und Beziehungsstörungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

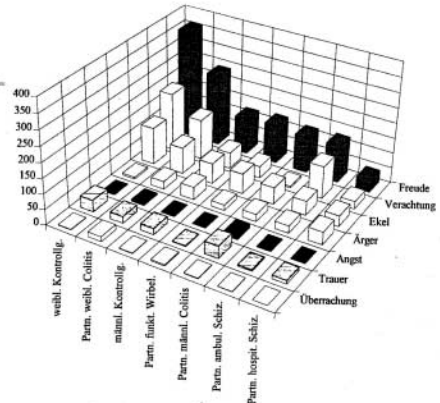
- Störung von Affektwahrnehmung und -ausdruck
 - Freudvolle Affekte zurückgedrängt durch Sorge, Bedrücktheit, Ängstlichkeit oder pathogene Erwartungen (neurotische Störungen)
 - Tiefgreifende Störung der Affektwahrnehmung bei psychosomatischen Störungen bis zur Unfähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen („*Alexithymie*“)
 - Übermäßige Aktivierung bestimmter Affekte wesentliche Komponente psychophysischer Störung (z.B. chronischer Ärger- Hypertonie, KHK)
 - Störungen der Affektregulation (Selbstberuhigung) und Ergreifen von Gegenmaßnahmen wie Selbstverletzung, Essanfall, Suchtmittel (Borderline-Persönlichkeitsstörung)
- Konfliktreiche Beziehungsmuster (Wunsch nach Behauptung vs. Angst vor Zurückweisung) haben dynamischen, selbsterfüllenden Charakter, indem sie konkrete Erwartungen, Interaktionsverhalten und Interpretationen prägen und so scheinbar immer wieder in alltäglichen Interaktionen bestätigt werden
 - Kranke versuchen
 - belastende und enttäuschende Situationen zu vermeiden oder zu korrigieren
 - ersehnte Zustände mit Anderen herzustellen
 - Sie schaffen jedoch zuvor mit wichtigen Bezugspersonen erlebte Beziehungsmuster unbewusst immer wieder
 - Letztlich bestätigen sie so immer wieder ihre meist negativen Erwartungen

Mimische Ausdrucksmuster von psychisch Kranken und Kontrollpersonen



Verminderter mimischer Affekt (v.a. Freude)

- Schizophrene (mehr Verachtung)
- Colitiskranke (mehr Ekel)



Gesunde Gesprächspartner passen sich unbewusst soweit den pathologischen Mustern der Kranken an, dass sie nicht mehr unterscheidbar sind
Krause 1997

Therapeutische Beziehung

- „Das erste Ziel der Behandlung bleibt, (den Patienten)... an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Missgriffe vermeidet, stellt der Patient ein solches Attachement von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen andern Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden....“ (Freud 1913; S. 473-474).
- Therapeutische Allianz: Übereinstimmung von Therapeut und Patient bezüglich der therapeutischen Ziele, Aufgaben und der Entwicklung einer therapeutischen Bindung (Wir-Gefühl)
- Gute therapeutische Beziehung Voraussetzung für Therapieerfolg

Wie unterscheidet sich die therapeutische Beziehung von Alltagsbeziehungen?

Rasting & Beutel, Psychotherapy Research 2005 (15) 188-198

- Gesunde passen sich auffälligen affektiven Beziehungsmustern der Kranken an (reziprok)
- Therapeuten zeigen therapieschulenunabhängig weit weniger Affekte als Patienten
 - Müssen Therapeuten vor allem "nett", freundlich oder empathisch sein ("therapeutisches Basisverhalten")?
 - Reagieren Therapeuten reziprok wie "Gesunde" oder komplementär (qualitativ verschiedenes, sich ergänzendes Verhalten)?
 - Welche Konsequenzen hat das affektive Zusammenspiel von Therapeuten und Patienten auf den Therapieerfolg?



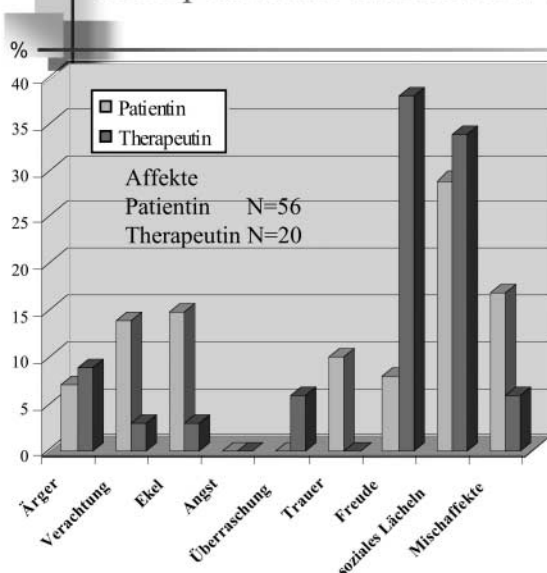
„I'm not yelling at you,
I'm yelling with you“

Fallbeispiel: Frau A



- Was sind die hauptsächlichsten Affekte von Patientin und Therapeutin?
- Was, denken Sie, spielt sich zwischen den Beiden ab?

Reziprokes affektives Zusammenspiel von Patientin und Therapeutin im Erstinterview („nicht erfolgreich“)



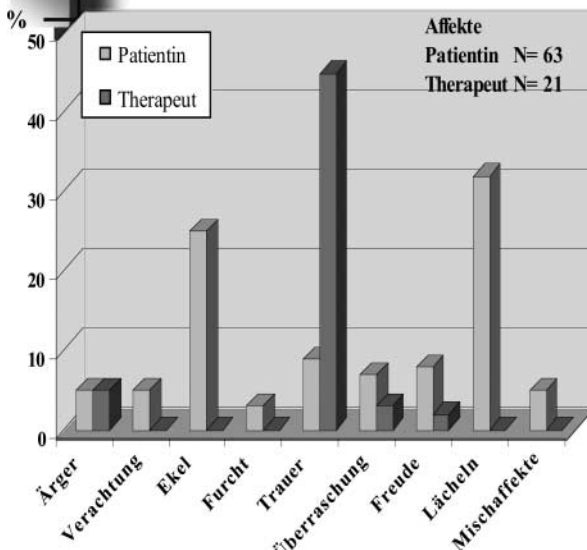
- 22 j., Sozialhilfeempfängerin
- Depressive Episode, vor 2 Wo. Barbituratintoxikation, ausgenutzt in Beziehungen / Familienkoalitionen
- Therapeutin sehr bemüht um gute Beziehung, Misstrauen und Destruktivität kommen nicht zur Sprache
- Fokus: Ich argwöhne fallengelassen und missbraucht zu werden, wenn ich mich öffne (wie in Familie); Selbst-beauptung durch Drohung (Abbruch, Suizid)
- GSI Aufnahme: 0.96, Entlassung 0.94
- Katamnese 1.34, berufstätig, unzufrieden mit ambulanter Therapie

Fallbeispiel: Frau B.



- Was sind die hauptsächlichen Affekte von Patientin und Therapeut?
- Was, denken Sie, spielt sich zwischen den Beiden ab?

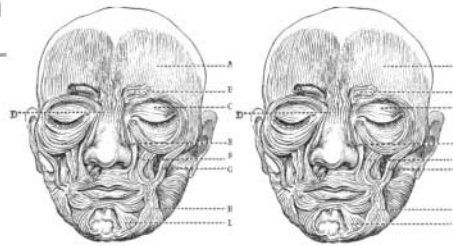
Nicht reziprokes affektives Zusammenspiel von Patientin und Therapeut im Erstinterview („erfolgreich“)



- 38 j. Physiotherapeutin
- Panik, Agoraphobie, langzeit arbeitsunfähig
- Konflikt über Umzug in Heimatort: Versorgung des phobischen Vaters nach Tod der Mutter
- Fokus: bewusst Wut auf Vater, unbewusst Verlangen nach Schutz und Nähe
- GSI Aufnahme 1.33, Entlassung 0.41
- Katamnese 0.26; umgezogen, arbeitet, keine Psychotherapie

Vorhersage des Therapieerfolgs aufgrund des affektiven Zusammenspiels von Patienten und Therapeuten im Erstinterview: Studiendesign

- Videoaufzeichnung aller Erstinterviews vor 4-wöchiger stationärer Therapie
- Split screen: Patient/in / Bezugstherapeut/in
- Symptombesserung Patienten prä-post Therapie (GSI)
- je 5 konsekutive „erfolgreiche“ und „nicht-erfolgreiche“ Therapien pro Therapeut/in
- unabhängige Auswertung der Mimik von Patienten und Therapeuten mit FACS



Patient/in

Therapeut/in

Facial Action Coding System FACS = videobasierte, standardisierte Analyse der Bewegungen der Gesichtsmuskulatur; objektive Zuordnung zu Affekten durch Computerprogramm (EmFACS; Ekman & Friesen)

Hypothesen und Ergebnisse

Beutel, Rasting, Psychotherapeut (2005)

- In "erfolgreichen" Behandlungen reagieren Therapeuten nicht-reziprok auf Patienten
- **Reziprok:** Leitaffekt von Patienten und Therapeuten gleich: beide hedonisch (Freude, Lächeln), anhedonisch dominant (Ärger, Verachtung, Ekel), oder anhedonisch submissiv (Trauer, Furcht)
- **Nicht-reziprok:** unterschiedliche Leitaffekte

	Nicht erfolgreich	Erfolgreich	Gesamt
Nicht reziprok	2	7	9
reziprok	8	3	11
Gesamt	10	10	20

Korrespondenz der Anteile mimischer Affekte zwischen Patienten und Therapeuten

Patient	Therapeut					
	erfolgreich (N=10)			nicht-erfolgreich (N=10)		
	hedonisch	aggressiv	submissiv	hedonisch	aggressiv	submissiv
hedonisch	-0,39	-0,47	.69 *	.60 *	-.02	-.59 *
Aggressiv	.07	-0,04	-.40	-.18	.62 *	-.14
Submissiv	.09	.29	.07	-.35	-.14	.74 **

Pearson Korrelation * $p < .05$;

Korrelationen der Alexithymie (TAS-26) der Patienten mit dem mimischen Gesichtsausdruck Ihrer Therapeuten

Mimischer Affekt Therapeut	Identifikation von Gefühlen	Beschreibung von Gefühlen	Extern orientierter Denkstil	TAS-Gesamtwert
Ärger	0,01	0,14	-0,02	0,10
Verachtung	0,52+	0,60*	-0,10	0,62*
Ekel	-0,02	-0,03	0,08	0,01
Furcht	0,43	0,59*	-0,16	0,54 +
Traurigkeit	-0,04	0,08	-0,51 +	-0,21
Überraschung	-0,02	-0,03	-0,45	-0,24
Freude	0,37	0,08	0,05	0,26
Soziales Lächeln	-0,23	-0,33	0,00	-0,34
Mischaffekte	0,35	0,43	-0,02	0,46

* = $p < .05$, + = $p < .10$



Schlussfolgerungen I

- Die Gestaltung von Beziehungen erfolgt vorwiegend durch biologisch und sozial fein abgestimmtes Signalsystem von nonverbalem Ausdruck, dem wir mehr „Glauben schenken“ als den Worten
- Mimischer Affekt als ein wesentlicher „Kanal“:
 - Drückt Befinden aus
 - Kommentiert den Gesprächsinhalt
 - Reguliert die Beziehung zum Gesprächspartner
 - Schafft die Basis für die sprachlich-symbolische Verständigung zusammen mit anderen nonverbalen Kanälen (Gestik, Körperhaltung, etc.)
- Psychisch und psychosomatisch Kranke verwickeln ihr Gegenüber im Alltag durch ihr nonverbales Verhalten in unbewusste, maladaptive soziale Beziehungsmuster, die letztendlich ihre Ängste vor Enttäuschung bzw. Abweisung bestätigen
- Da die zu Grunde liegenden Affektsignale sehr rasch und weitgehend unbewusst verarbeitet werden, können wir uns ihnen kaum entziehen



Schlussfolgerungen II

- Voraussetzung für jede Psychotherapie ist eine gute, vertrauensvolle Beziehung
- Beziehungsgestaltung ist ein entscheidender Teil der Psychotherapie
 - Zu Beginn der Therapie stellen Therapeut und Patient spezifische Beziehungsmuster her, die maßgeblich für den Erfolg der Therapie sind
 - Beruhen auf unbewusster Inszenierung von Beziehungserwartungen des Patienten **und** den emotionalen Reaktionen des Therapeuten
 - „Nettes“ Therapeutenverhalten ist nicht ausreichend („Lächeldialog“ Frau A)
 - Anders als in sozialen Beziehungen reagieren Therapeuten in erfolgreichen Therapien nicht reziprok, sondern zeigen anderen, komplementären Affekt („korrigierende emotionale Erfahrung“)
 - Indem sie sich nicht den negativen Beziehungserwartungen der Patienten anpassen, ermöglichen sie ihnen die Korrektur von fehlangepassten Beziehungsmustern
- Nonverbale Beziehungsgestaltung bedarf vermehrter Beachtung in Aus-Weiterbildung und Supervision

Stationäre Behandlung von Anorexie und Bulimie neue Entwicklungen in der Verhaltenstherapie

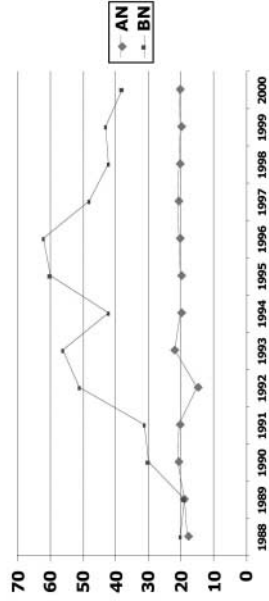
Prof. Dr. Martina de Zwaan
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie



30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad
Neustadt
24. und 25. Juni 2005

Universitätsklinikum
Erlangen

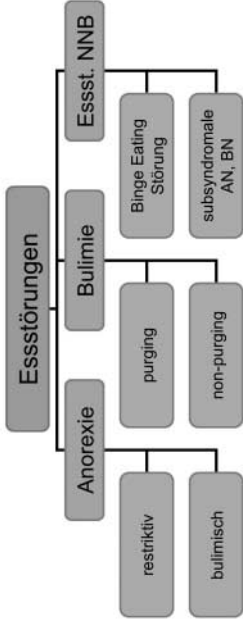
Inzidenz pro 100.000 Frauen im Alter von 10-39
Jahren (UK)



Curran, Schmidt, Treasure, Jick, Br. J Psychiatry 2005

Universitätsklinikum
Erlangen

Essstörungen nach DSM IV



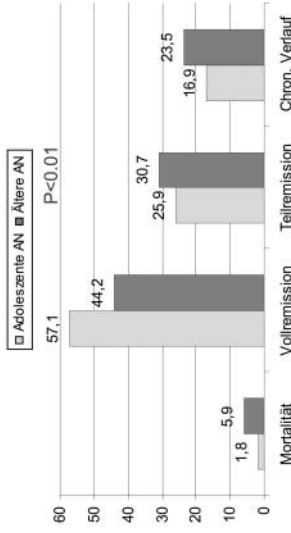
Universitätsklinikum
Erlangen

Prognose

■ Anorexia nervosa

- 10-Jahresletalität 5,6% (Sullivan, 1995)
- Standardisierte Mortalitätsrate (Nielsen et al., 1998)
 - im 1. Jahr nach Diagnosestellung: 30 fach
 - nach 6-12 Jahren: 9,6 fach
 - nach 20-40 Jahren: 3,7 fach
- Chronischer Verlauf bei 20%, Restsymptome bei 30%
- Keine Verbesserung der Prognose in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts (Steinhausen, Am.J Psychiatry, 2002)

Outcome in Abhängigkeit vom Alter bei Erkrankungsbeginn (Adoleszenz n=784; Ältere AN n=2315)



Steinhausen HC, Am J Psychiatry 2002; 159:1284-1293

Universitätsklinikum
Erlangen

Prozent stationärer Patientinnen mit komorbiden Achse I und II Störungen (n=103; Lebenszeit)

	Affektive Störungen	Angst Störungen	Substanz Abhängigkeit	Persönlichkeits Störungen B	C	Keine Komorbidität
AN restriktiv	41,2	35,3	11,8	0	29,4	23,5
AN bullmisch	81,8	40,9	36,4	31,8	31,8	0
BN	64,5	29,0	51,6	25,8	25,8	9,7
BN anamnest.	77,8	50,0	38,9	38,9	33,3	11,1
AN						
Gesamt	62,9	37,1	37,0	68,6		12,4

Braun et al. 1994 Psychol Med 24; 859-67

Universitätsklinikum
Erlangen

Funktionen der Anorexie

- **Vermeidung (C-) /**
 - Erwachsen-werden
 - Sexualität
 - Emotionen
- **Positive Konsequenzen (C+)**
 - Gefühl der Kontrolle
 - Gefühl der Kompetenz
- **Organisation (C+)**
 - Vereinfachung des Lebens
 - Vorhersagbarkeit

Bemis-Vitousek, 1998
Universitätsklinikum
Erlangen

Lerntheoretische Modelle

Die Bedeutung aufrechterhaltender Bedingungen

Universitätsklinikum
Erlangen

Funktionen der Anorexie

- Abgrenzung und die Suche nach Identität
- Autonomie zu erreichen ohne sich von der Ursprungsfamilie trennen zu müssen
- Aggressionen ausleben ohne sich so zu erleben
- Anklage ohne wirklich anzuklagen
- Gewinn von Aufmerksamkeit ohne offene Konkurrenz
- Rivalität ohne zu rivalisieren

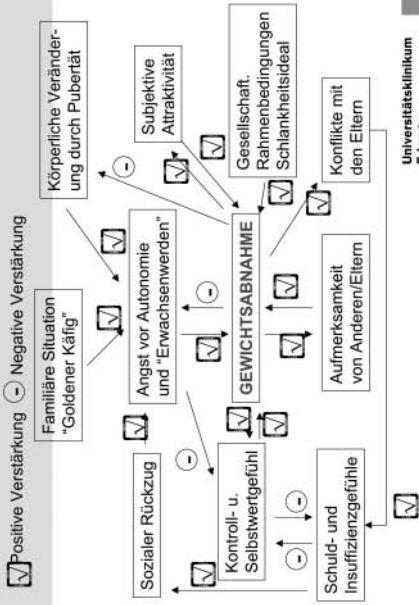
Universitätsklinikum
Erlangen

Auslösende Bedingungen für Essanfälle I

- Ausgeprägt restriktive Nahrungsaufnahme – "gezügeltes Essverhalten",
- gepaart mit komplexen und rigiden Diätregeln, Abstinenzverletzungseffekten, "Gewichtshobie".
 - BN: beginnt bei 95% mit Diät, zu 20% AN in der Anamnese
 - Schuld- und Schamgefühl nach Essanfall

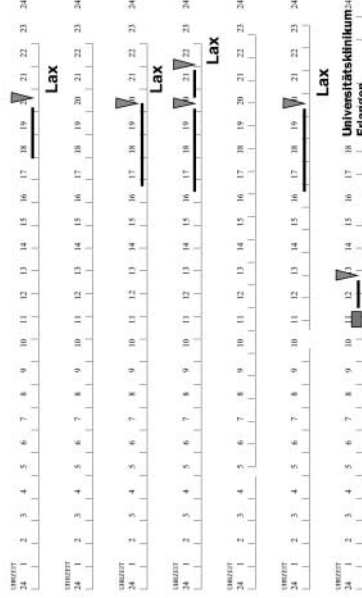
Universitätsklinikum
Erlangen

Hypothetisches Bedingungsmodell der Anorexia nervosa



Universitätsklinikum
Erlangen

Restriktive Nahrungsaufnahme



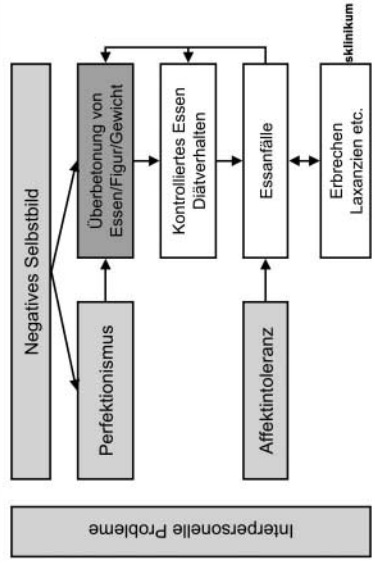
Universitätsklinikum
Erlangen

Auslösende Bedingungen für Essanfälle II

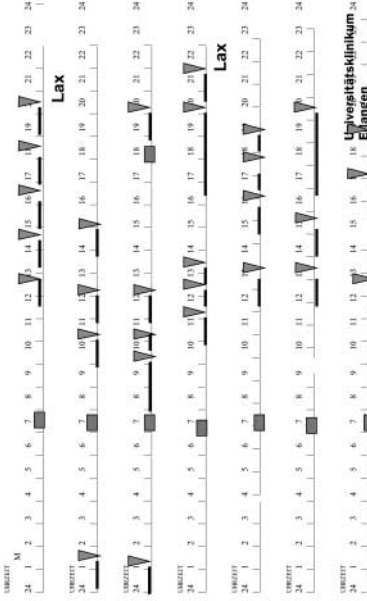
- **Affektregulationsmodell**
 - Blockieren der Wahrnehmung unangenehmer emotionaler Zustände
 - Spannungsreduktion
 - Dissoziative Qualität
- hohes Maß an Impulsivität, Komorbidität mit Borderline Persönlichkeitsstörung.
- "Verlagerung" in Richtung Affektregulation im Laufe der Störung.

Universitätsklinikum
Erlangen

Kognitiv behaviorales Modell der BN (Fairburn et al., 2003)

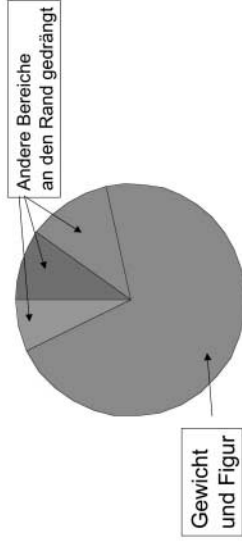


Selbstbeobachtung



Überbewertung von Gewicht und Figur

Abhängigkeit des Selbstwerts von



Universitätsklinikum
Erlangen

Indikationen zur stationären Behandlung

- bei AN initial oft stationär (Gesundheitssystem!)
- Ausgeprägte Symptomatik
 - BMI < 13, rascher Gewichtsverlust
 - Ausgeprägtes Kompensationsverhalten
 - Körperlich instabiler Zustand
- Ausgeprägte Komorbidität
 - Depression, Suizidalität
 - Persönlichkeitsstörung
 - Substanzmissbrauch
 - Diabetes mellitus Typ I
- Schwangerschaft
- Nicht verfügbare oder erfolglose ambulante Behandlung
- Instabile soziale Situation

Universitätsklinikum
Erlangen

NICE Empfehlungen für Anorexia nervosa

- Nach stationärer Aufnahme sollte eine weiter-führende ambulante Psychotherapie angeboten werden.
- Die Dauer der weiterführenden Therapie sollte zumindest 12 Monate betragen.

Schnittstellenproblem im Deutschen Gesundheitssystem

Universitätsklinikum
Erlangen

To Change Or Not To Change?

Universitätsklinikum
Erlangen

Motivation zur Therapie

- Patientinnen mit Essstörungen sind häufig Veränderungen nicht bereit bzw. ambival
 - Haben keine Krankheitseinsicht und kein Krankheitsbewusstsein
- Ego-synton, Ich-nahe
 - AN: Gewichtsverlust
 - BN: restriktives Essverhaltens

Motivation zur Therapie

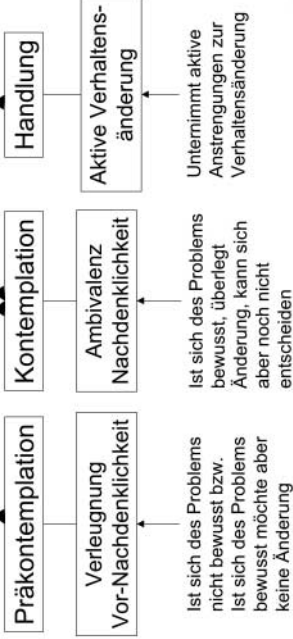
Trans theoretisches Modell der Veränderungsmotivation

Phasen der Bereitschaft zur Verhaltensänderung

Prochaska und DiClemente (1979)

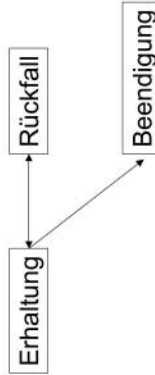
Universitätsklinikum
Erlangen

Phasen der Veränderungsmotivation (Prochaska und DiClemente, 1979)



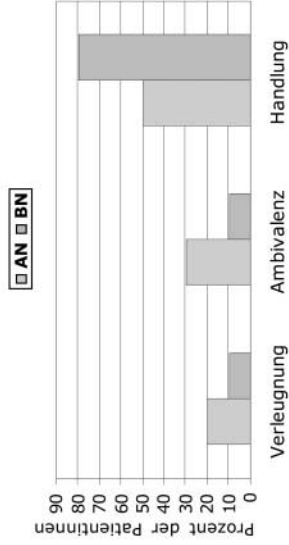
Universitätsklinikum
Erlangen

Phasen der Veränderungsmotivation (Prochaska und DiClemente, 1979)



Universitätsklinikum
Erlangen

Erstvorstellung in Spezialprechstunde für Essstörungen



Blake et al., 1997

Universitätsklinikum
Erlangen

Das Verhalten der Therapeutin/des
Therapeuten kann die
Änderungsmotivation beeinflussen!!

Empathie

- Akzeptanz der Ich-Nähe von Gewicht und Selbstkontrolle.
- Anerkennen, dass Veränderung schwer ist.
- Überinterpretieren der Verleugnung der Störung vermeiden.
- Machtkampf vermeiden ("shoulder-to-shoulder" nicht "head-to-head").
- Pat. helfen, einen Schritt zurückzutreten und ihre Essstörung zu verstehen ("Distanzierung").

Universitätsklinikum
Erlangen

Universitätsklinikum
Erlangen

Ambivalenz deutlich machen und
zulassen

Ambivalenz deutlich machen

- Notieren der Vor- und Nachteile ("good things and less good things") der Essstörung und einer Veränderung (Spaltentechnik)
- Briefe an die Anorexie als Freund und als Feind schreiben

Universitätsklinikum
Erlangen

Universitätsklinikum
Erlangen

P-CAN

Vor- und Nachteile einer Veränderung

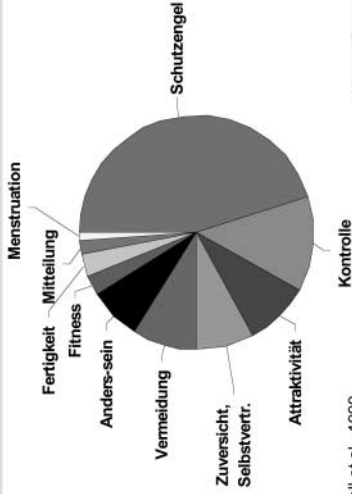
Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brauche mich nicht mehr zu verstellen ■ Habe mehr Zeit, mich für andere Dinge zu interessieren ■ Kann mich besser konzentrieren ■ Habe keinen Mundgeruch mehr ■ Mag mich selbst mehr 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nehme zu! ■ Bin nicht mehr bemitleidenswert ■ Kann nicht so stolz auf mich und meine Figur sein ■ Muss mich dann vielleicht mit anderen Problemen auseinandersetzen

Universitätsklinikum
Erlangen

Serpell et al., 1999

Universitätsklinikum
Erlangen

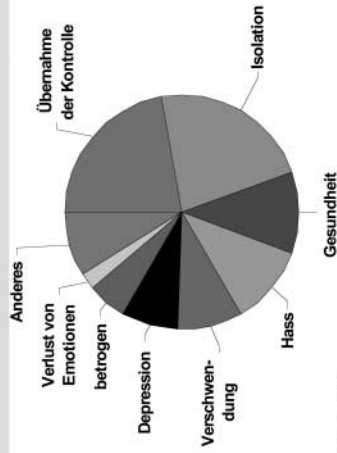
Die Anorexie als Freund



Serpell et al., 1999

Universitätsklinikum
Erlangen

Die Anorexie als Feind



Serpell et al., 1999

Universitätsklinikum
Erlangen

Diskrepanz erzeugen

Universitätsklinikum
Erlangen

Diskrepanz erzeugen

- Das Leben in 5 Jahren mit und ohne Essstörung beschreiben
- Besprechen genereller Lebensziele, Unvereinbarkeit der Ziele mit der Erkrankung

Universitätsklinikum
Erlangen

Motivationsprobleme

- *kognitive Beeinträchtigung!*
- zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung
- prämorbidex Übergewicht
- schwere Depression

„MAD“ oder „BAD“? – sie tun nicht das was sie versprechen -
kann sie nicht oder will sie nicht?

Universitätsklinikum
Erlangen

Motivierende Gesprächsführung

- Die Eigen-Verantwortung der Patientin unterstreichen.
- Die Patientin selbst Gründe, die für eine Veränderung sprechen, nennen lassen.
- Reflexion von selbstmotivierenden Aussagen durch selektives Paraphrasieren und Zusammenfassen.
- Verwenden von Affirmationen und positiven Umformulierungen von Aussagen der Patientin, um das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu verbessern.
 - Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist einer der wichtigsten Einflussgrößen auf den Krankheitsverlauf.

Universitätsklinikum
Erlangen

Don'ts

- Argumentieren, Dozieren, Überreden
- Autoritätsrolle einnehmen
- Ratschläge geben ohne vorher das Einverständnis einzuholen
- Anordnen, Warnen, Drohen
- Moralisieren, Kritisieren, Predigen, Urteilen

Universitätsklinikum
Erlangen

Der Umgang mit essgestörten Patientinnen erfordert

- Klarheit
- Struktur
- Offenheit
- Transparenz
- Berechenbarkeit

Universitätsklinikum
Erlangen

Das multiprofessionelle und multidisziplinäre Team

- Der therapeutische Ansatz muss von allen mitgetragen werden
- Gemeinsame zugrundeliegende Therapiephilosophie
- Fort- und Weiterbildung nötig

Universitätsklinikum
Erlangen

Behandlungsgrundsatz für Essstörungen

- „Mit einem Patienten der hungert, kann man keine sinnvolle therapeutische Arbeit leisten.“
 - Hilde Bruch, 1980
- „Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts.“
- „Die somatischen Folgen des Hungerns können nicht durch Deutungen und Einsicht behoben werden – Deutungen sind kalorienfrei“, sondern nur durch ausreichende Ernährung“
 - R. Schors, D. Huber, Essstörungen: Therapieführer für psychodynamische Behandlungskonzepte, Schönlauer, 2004
- „Es ist nicht mehr vertretbar, Patientinnen mit Anorexia nervosa symptomorientierte Behandlungskomponenten vorzuenthalten.“
 - Herzog T et al., PPhNP, 1996

Universitätsklinikum
Erlangen

Therapie der Anorexia

- Gewichtsrestitition (Therapievertrag)
- Aufbau eines geregelten Essverhaltens
 - initial oft stationär
 - meist multimodal
- Psychotherapie
 - Familientherapie bei < 18 Jahren
- Pharmakotherapie
 - für Routinebehandlung nicht geeignet, „off label use“
 - SSRIs als Rückfallprophylaxe

viel
Struktur

Universitätsklinikum
Erlangen

Struktur

- Ist eine Hilfe für die Betroffenen
- Ist eine Hilfe für das therapeutische Team
- Ausmaß an Struktur? Sehr einschränkende Programme gelten in der Erwachsenentherapie als obsolet.

Universitätsklinikum
Erlangen

Therapievertrag (Kontraktmanagement)

- Vereinbarung zwischen Pat. und Behandlungsteam
- Information bereits im ambulanten Vorgespräch
- Vereinbaren eines Zielgewichtes (häufig Zwischenziel, fraktionierte Aufnahmen)
 - Vereinbaren eines Basisgewichtes bei BN
- Gewichtszunahme 700 g/Woche
- Persönliche Gewichtskurve
- Keine Nahrungsmittel auf den Zimmern (Horten)
- Kein Süßstoff
- Regeln für den Zugang zur Pat.Küche

Universitätsklinikum
Erlangen

Therapievertrag – operantes Vorgehen

- Zu Beginn keine Einschränkung
- Im Gegensatz zu Programmen mit einer sukzessiven Erweiterung der Freiheitsgrade
- Basisprogramm
- Einschränkungsprogramm
- Einschränkung von Ausgängen und Besuchen
 - Teilnahme an Therapien immer möglich
- Weitere Schritte, falls notwendig (Entlassung, Verlegung)
- Therapieverträge sind nicht individualisiert
 - Cave: schizoide PS
 - Gewichtshaltungsvertrag für BN (Basisgewicht)

Universitätsklinikum
Erlangen

Aufbau eines geregelten Essverhaltens

“Expositionstherapie bei Gewichtsphobie”

- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Initial eingeschränkte Nahrungsmittelauswahl
 - Stimuluskontrolle
- In den ersten Tage 50% der Mahlzeiten möglich, dann wird 100% erwartet
- 5 Mahlzeiten pro Tag
- Flüssignahrung nur in Ausnahmefällen als Zwischenmaßnahme
- Keine Sondenernährung während der stationären Psychotherapie

Universitätsklinikum
Erlangen

Aufbau eines geregelten Essverhaltens

“Expositionstherapie bei Gewichtsphobie”

- “Ess-Tisch”, unterstütztes Essen
- Anorektische und bulimische Pat. gemeinsam
- Selbstbeobachtung des Essverhaltens, Essprotokolle
- Gruppentherapie für Essstörungen
- Kochgruppe

Universitätsklinikum
Erlangen

Universitätsklinikum
Erlangen

Regeln am Ess-Tisch

- Keine Gespräche über das Essen
- Übermäßiges Würzen vermeiden
- Die Essenszeit ist auf 30–45 Minuten beschränkt
- Niemand verlässt den Tisch
- Kein Essen mitnehmen
- Kein Essensaustausch
- Max. 2 Gläser Wasser während des Essens
- Abschlussrunde (Eigenbewertung des Essverhaltens, Rückmeldung der Gruppe)

Universitätsklinikum
Erlangen

Universitätsklinikum
Erlangen

Selbstbeobachtung

- Essprotokoll
- Immer bei sich tragen
- Sollte zeitnahe ausgefüllt werden
- Sollte einfach auszufüllen sein, muss erklärt werden
- Muss in der Therapie bearbeitet werden
- Verhalten, Gefühle, Einstellungen werden bewusster und sichtbarer
- Dem Symptom wird sein automatischer Charakter genommen
- Distanzierung vom Symptom
- Übernahme von Selbstverantwortung

Wiegen

- Realitätsprüfung
- Umgang mit „Tricksen“
- Wiegen 1x/Woche (Konsequenztag)
- ev. 2x/Woche (Orientierungstag)

Universitätsklinikum
Erlangen

Universitätsklinikum
Erlangen

Umgang mit Erbrechen

- Selbst-Management
- Angebot der Unterstützung zur „response prevention“
(Reaktionsverhinderung)

Universitätsklinikum
Erlangen

Informationsvermittlung



C. Fairburn: Essattacken stoppen
H. Huber, 2004



U. Schmidt, J. Treasure:
Die Bulimie besiegen
Beltz, 2000

Von der systematischen Desensibilisierung zur virtuellen Exposition am Beispiel der Angstbehandlung

Prof. Dr. P. P. Pauli, Dipl.-Psych.
 Institut für Psychologie, Universität Würzburg
 Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie



FOCUS
 Die Zeitschrift für Psychologie

Stoiber im Härtetest
 TV-Attritte: Chance gewagt oder verfehlt?
 Kurswechsel: Spill der Kandidat wucht?
 Schiller-Spazi: Was plant er als Stoiber-Berater?

Die Symptome Die Therapien Der Selbsttest
 Wissenschaftler erforschen, wie Panik zu besiegen ist.

INTERNET
 Wie man sich bei 1000-Millionen

INTERVIEW
 Was hat er mit der Psychotherapie

SCHNELLREISE
 200 Millionen Mark

aus Focus Nr. 5, 28. 01. 2002

FOCUS
 Die Zeitschrift für Psychologie

Zivilisationskrankheit ANGST
 Millionen Deutsche leiden am Problem - oft ohne es zu wissen
 Neue Studie mit überraschenden Ergebnissen

FUSSBALL
 Bertl Vogts rechnet ab: Effenberg ist ein arroganter Schlußstrich Egelst

REISESTUDIUM
 8. Mai: Die Schaudt nach dem Schlußstrich Egelst

Mit dem Film "Der Besessene"

aus Focus Nr. 11, 13. 03. 1995

Angststörungen

KRANKHEIT mit vielen Gesichtern
 Erst vor wenigen Jahren haben sich die Psychologen weltweit auf einheitliche Kriterien geeinigt. Die richtige Diagnose ist wichtig, weil sich die Therapien unterscheiden.

Angststörungen insgesamt (Menschenjahren) ■ Frauen (18-69 J.) ■ Männer (18-69 J.)
 19.5

spezifische Proben

Angststörung	Prozent
soziale Phobie	5.9
Panikstörung	2.2
Panikstörungen	3.5
Agoraphobie	1.7
Agoraphobie	3.0
generalisierte Angststörung	3.1
generalisierte Angststörung	1.0
generalisierte Angststörung	2.1
generalisierte Angststörung	1.0

Quelle: IFC 1998, Verhändl. 2002

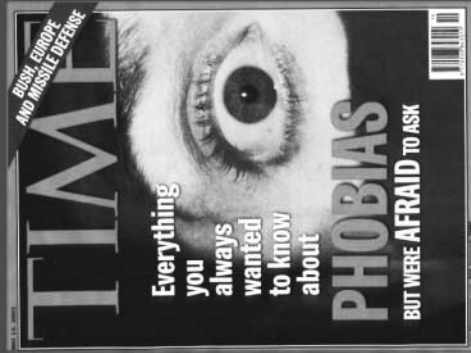
■ **Panikstörung**
 Wiederkehrende, unerwartete, für den Betroffenen nicht erklärbare Panikattacken: Herzrasen, Atemnot, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle und Schwindel erreichen meist ihren Höhepunkt (Hüftgürtel mit Agoraphobie verbunden).

■ **Agoraphobie**
 Angst vor und Vermeidung von Orten, an denen eine Panikattacke auftreten könnte, eine Flucht schwierig ist, z.B. auf Plätzen, in Menschenmengen, Warteschlangen, bei Fahrten in Bus, Zug, U-Bahn oder Auto.

■ **Generalisierte Angststörung**
 Monatelange, nicht mehr zu kontrollierende exzessive Ängste, Sorgen, Anspannungsgefühle auch bei Alltagsproblemen, meist begleitet von Schlafstörungen, Nervosität, Reizbarkeit. Gilt als die am stärksten unterschätzte Angststörung.

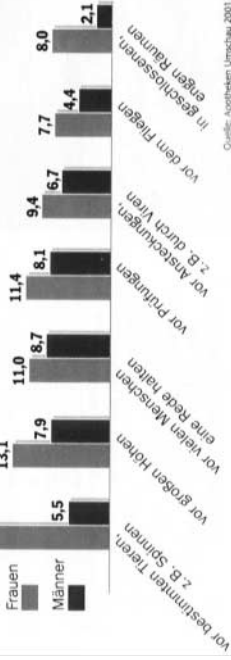
■ **Soziale Phobie**
 Angst- und Vermeidungsreaktionen bei sozialen Anforderungen (z.B. in Gegenwart anderer, vor Publikum, bei Prüfungen, an Parties teilnehmen). Begibt sich meist im Kindes- und Jugendalter.

■ **Spezifische Phobien**
 Unbegreiflich starke Angstreaktion gegenüber Angstobjekten (z.B. Spinnen, Schlangen) oder Situationen (Höhe, Flugzeuge).



Der KATALOG DES HORRORS: Phobien

20,7 Erleben Sie persönlich immer wiederkehrende Ängste oder gar Panikattacken im Zusammenhang mit immer gleichen Situationen? (in Prozent)



Aus: Weber C, Schulmacher A. (2002) Amnuten gegen die Angst. In Focus Nr.5 vom 28.01.2002, S. 102-116

Entstehungswege einer Phobie

Nach Rachman (1978, 1990) – drei Wege!

- Konditionierung
- Stellvertretendes Lernen
- Entstehung durch Information

Aber zusätzlich (Rachmann, 2002):

- Nicht-assoziative Entstehung (Poulton & Menzies, 2002)

Entstehungswege einer Phobie

Nach Rachman (1978, 1990) – drei Wege!

- Konditionierung
- Stellvertretendes Lernen
- Entstehung durch Information

Aber zusätzlich (Rachmann, 2002):

- Nicht-assoziative Entstehung (Poulton & Menzies, 2002)

Klassische Konditionierung I. B. Pawlow



Aus G Davison, J Neale, M Hautzinger (Hrsg.) (2002) Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch (6. Aufl.) Weinheim: Beltz

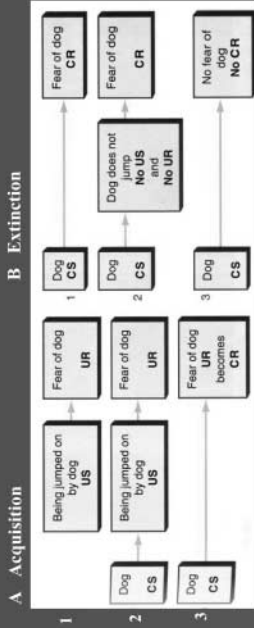
Ätiologie von Phobien Konditioniertes Vermeiden



Der kleine Albert – hier mit Watson und Rayner – wurde klassisch konditioniert, um Angst vor einer weißen Ratte zu entwickeln.

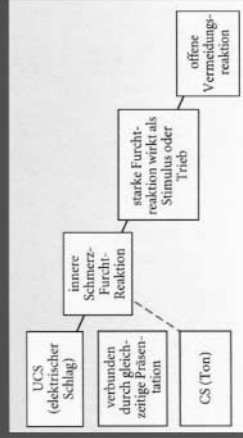
Aus Watson JB, Rayner R (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14

Konditionierung nach Pawlow Phobien



Aus Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL (2001) *Abnormal Psychology* (4th ed.) New York: Norton

Zwei-Faktoren-Theorie der Angst nach Mowrer



Aus G Davison, J Neale, M Hautzinger (Hrsg.) (2002) *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch* (6. Aufl.) Weinheim: Beltz

Entstehungswege einer Phobie

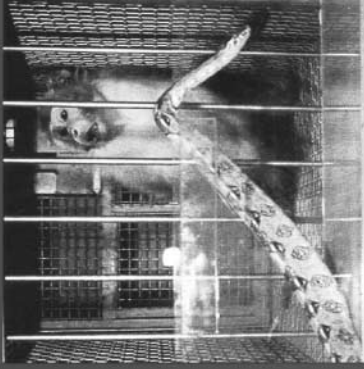
Nach Rachman (1978, 1990) – drei Wege!

- Konditionierung
- Stellvertretendes Lernen
- Entstehung durch Information

Aber zusätzlich:

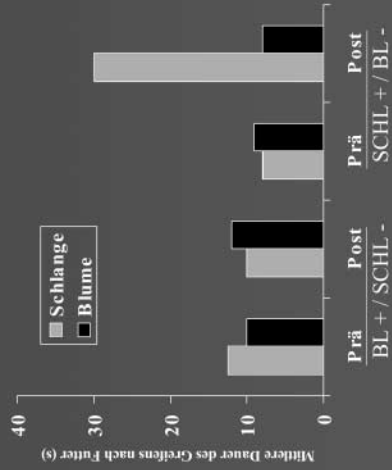
- Nicht-assoziative Entstehung (Poulton & Menzies, 2002)

Modellernen



Aus Minska S., Davidson M., Cook M., Keir R. (1984) Observational conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 355-372.

Evolutionäres Gedächtnis - Tierstudien



Nachs: Cook M., Minska S. (1990). Selective associations in the observational conditioning of fear in rhesus monkeys. *J. Exp. Psychol. Anim. Behav. Process.* 16, 372-389

Modellernen und Phobien

- 31 Kleinkinder und ihre Mütter
- Jedes Kind sah eine Gummi-Schlange und eine Gummi-Spinne
- Die Mutter reagierte darauf entweder mit positivem (fröhlich, ermutigend) oder negativem (Furcht, Ekel) emotionalem Ausdruck (Gesicht, Stimme)
- Beide Reize wurde nach 1 und 10 Min. nochmals dargeboten und die emotionale Reaktion der Kinder bewertet
- Nach negativen Reaktionen der Mutter stärkere Furcht- und Vermeidungsreaktionen
- Signifikant bei beiden Geschlechtern, aber stärker bei Mädchen

Nachs: Gerull, F.C. & Rapee, R.M. (2002) Mothers knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *PRAAT*, 40, 279-287.

Entstehungswege einer Phobie

Nach Rachman (1978, 1990) – drei Wege!

- Konditionierung
- Stellvertretendes Lernen
- Entstehung durch Information

Aber zusätzlich:

- Nicht-assoziative Entstehung (Poulton & Menzies, 2002)

Ätiologie: Lernen durch Information

59 Kinder zwischen 6 und 9 Jahren

Jedes Kind sah Bilder von drei australischen Tieren zusammen mit entweder positiven, negativen oder ohne Informationen über das Tier (kurze Geschichte)

AV: Einstellungsfragebogen, impliziter Bewertung (IAT) und Vermeidungsverhalten (Touch Box) direkt nach der Geschichte

Ergebnis: Signifikante Beeinflussung durch negative und positive Informationen auf alle AV's bei den Kindern beiden Geschlechts

Field, A. P. & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behav Res Ther*, 41, 1277-1293.

Lernen durch Information

Field & Lawson, 2003:



Cuscus



Quokka



Quoll

Entstehungswege einer Phobie

Nach Rachman (1978, 1990) – drei Wege!

- Konditionierung
 - Stellvertretendes Lernen
 - Entstehung durch Information
- Aber zusätzlich (Rachman, 2002):*
- Nicht-assoziative Entstehung (Poulton & Menzies, 2002)

Spezifische Phobien



Aus Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL (2001) Abnormal Psychology (4th ed.) New York: Norton

Non-assoziative Phobie-Entstehung

- Prospektive Studie (Dunedin-Studie) - 1037 Kinder wurden von Geburt bis heute mehrfach untersucht
- Zahnarztphobie: Karies bis zum Alter von 15 war ein Prädiktor für Angst im Alter von 18
- Höhenphobie: Stürze mit Bruch, Verrenkung und ernsthaften Verletzungen bis zum Alter von 9 Jahren waren mit einer geringeren WK einer Phobie mit 18 Jahren assoziiert
- Höhenangst bleibt bestehen, wenn keine Habituation möglich ist oder wenn starke Reaktivitäts- bzw. Arousaldisposition vorliegt (Familie, Genetik?)

Nach: Poulton, R. & Menzies, R.G. (2002) Non-associative fear acquisition: a review of evidence from retrospective and longitudinal research. *BRAT*, 40, 127-149.

Non-assoziative Phobie-Entstehung

- Es gibt einige wenige biologisch angelegte, evolutionär relevante Ängste
- Phobien entstehen, wenn
 - es eine ungenügende Exposition während einer kritischen Phase gab
 - aufgrund von individuellen Unterschieden in der Habituation
- Problematisch ist auch eine „Hypophobie“, weil diese Personen sich besonderen Gefahren aussetzen

Nach: Poulton, R. & Menzies, R.G. (2002) Non-associative fear acquisition: a review of evidence from retrospective and longitudinal research. *BRAT*, 40, 127-149.

Verhaltenstherapie

- Systematische Desensibilisierung
 - Gegenkonditionierung
- Modelllernen
 - Löschung
- Expositionstherapie
 - Löschung
 - In-vivo
 - In-sensu
 - In virtueller Realität (VR)

Verhaltenstherapie bei spezifischen Phobien

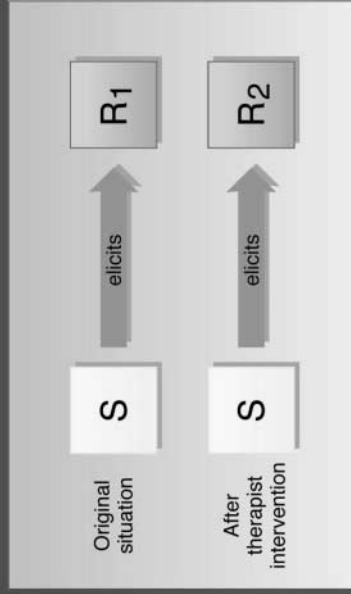
Phobie	Behandlungsmethode	mittlere KSV*	mittlere Zeit (Stunden)
Hörsphobie	Guided Mastery	77%	3,7
Tierphobie	Teilnehmendes Modellernen	87%	1,9
Blut-, Verletzungsphobie	Applied Tension	80%	4,0
Spritzsphobie	1-Session-Konfrontation in vivo ^b	86%	2,0
Klaustrophobie	Angewandte Entspannung ^b	86%	8,0
Zahnarztphobie	1-Session-Konfrontation in vivo ^b	86%	3,0
Flughobie	Beisitzprogramm Systematische Desensibilisierung Copingtechniken 1-Session-Konfrontation in vivo ^b	95% 92% 91% 94%	7,1 7,3 4,9 3,0

* Anteil der Patienten, die einen klinisch signifikanten Fortschritt erzielten.

^b Weniger als drei Erfolgssitzungen.

Nach Ost LG (1999) Spezifische Phobien. In: J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2, Störungen – Glossar* (S. 29-49) (2. Aufl.) Berlin: Springer

Gegenkonditionierung



Verhaltenstherapie Systematische Desensibilisierung nach J. Wolpe



Aus Comer RJ (1999) *Klinische Psychologie* (2., dt. Aufl.) Heidelberg: Spektrum

Wolpe (1958) - Psychotherapy by Reciprocal Inhibition Systematische Desensibilisierung

- Entspannungsübungen
- Angsthierarchie
- Schritt für Schritt stellt sich der Patient - während er entspannt ist - die Reihe der Angst auslösenden Situationen vor
- Die Angstreaktion wird durch eine Reaktion ersetzt, die antagonistisch zur Angstreaktion ist (Entspannung) = **Gegenkonditionierung**

Verhaltenstherapie Expositionstherapie „Participant Modeling“



Aus: Curson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2000) Abnormal psychology and modern life (11th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

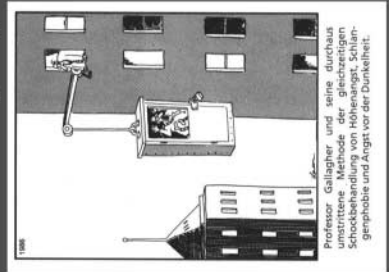
Verhaltenstherapie Expositionstherapie „in-vivo“



„Lasst uns zufrieden!
Ich bin ein
Verhaltenstherapeut!
Ich helfe meinem
Patienten, seine
Höhenangst
loszuwerden.“

Aus G. Davison, J. Neale, M. Hantlinger (Hrsg.) (2002) Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch (6. Aufl.). Weinheim: Beltz

Verhaltenstherapie Expositionstherapie „in-vivo“



Professor Gallagher und seine durchaus unstrittige Methode der gleichzeitigen Schrodbehandlung von Höhenangst, Schlinggenphobie und Angst vor der Dunkelheit.

Spezifische Phobien Autofahrphobie –Exposition in-vivo

Ratings

- Angst
- Anspannung
- Aufgereiztheit
- Herzklappen
- Atemlosigkeit
- Schwitzen

**Kohlendioxid
Partialdruck**

Atmung

- Atemzeit-
- volumen
- Atemantrieb
- Pflanzzeit

EKG

- Herzfrequenz
- T-Welle
- Amplitude

Vitaport 2

Capnocoount

VEOG

- Lidschließ-
- frequenz

EDA

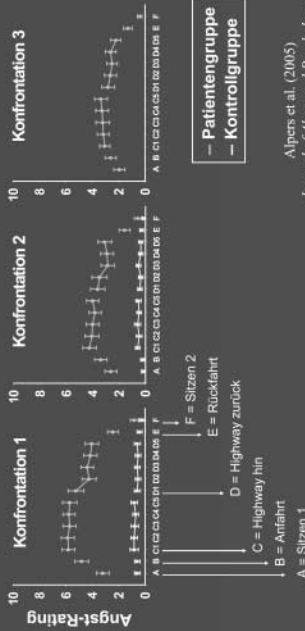
- Fluktuationen
- Niveau

Finger-
temperatur

Umgebungs-
temperatur

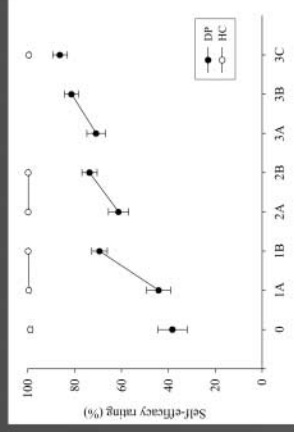
Bewegung

Spezifische Phobien Autofahrphobie – Angstratings



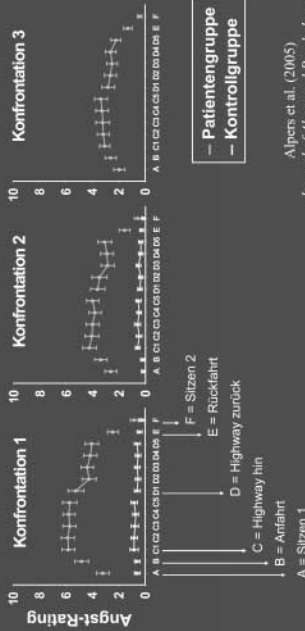
Alpers et al. (2005)
Journal of Abnormal Psychology

Spezifische Phobien Autofahrphobie – Selbstwirksamkeit



Selbstwirksamkeit
als Indikator für
therapeutische
Veränderung bei
wiederholter
Konfrontation

Spezifische Phobien Autofahrphobie – Angstratings



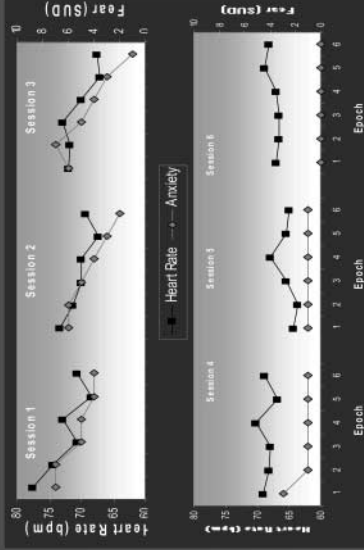
Alpers et al. (2005)
Journal of Abnormal Psychology

Spezifische Phobien Klaustrophobie –Exposition in-vivo



- 10 Patienten mit Klaustrophobie
- 6 in-vivo Sitzungen
- Aufzeichnung von Angst, Herzrate, Atemluft (end-expiratorischer CO₂-Partialdruck)
- Therapieerfolg (Klaustrophobia Questionnaire; CLQ)

Spezifische Phobien Klaustrophobie –Exposition in-vivo



Exemplarischer Verlauf (VP 7) von Angst und HR nach Alpers et al. (submitted).

Verhaltenstherapie Expositionstherapie in der virtuellen Realität



Aus Nevil JS, Rathus SA, Greene B (2003) Abnormal Psychology in a Changing World (5th ed.) Upper Saddle River: Pearson Education

Verhaltenstherapie Expositionstherapie in der virtuellen Realität

Vorteile:

1. Realisierbarkeit sonst nicht willkürlich herstellbarer Situationen (spezielle Angstlösler, z. B. Turbulenzen)
2. Situationen individuell abstuftbar, graduierte Exposition möglich
3. Wiederholte Exposition einfacher und günstiger als in vivo
4. Angstsituation in Räumen des Therapeuten realisierbar
5. Realisierbare Angstinduktion als bei Exposition in sensu, auch bei Personen mit geringem Vorstellungsvermögen
6. Auch Phobiker sind ansprechbar, die eine direkte Konfrontation in vivo vermeiden würden

Verhaltenstherapie Expositionstherapie in der virtuellen Realität

Virtuelle Welten für die Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen

Spezifische Phobien

- Fliegen
- Autofahren
- Höhen
- Öffentliches Sprechen und soziale Phobie
- Klaustrophobie
- Spinnen
- Medizinische Eingriffe

Exposition in der virtuellen Realität



Simulation von

- visuellen Eindrücken
- akustischen Eindrücken
- Bewegungen
- Interaktion

Exposition in der virtuellen Realität

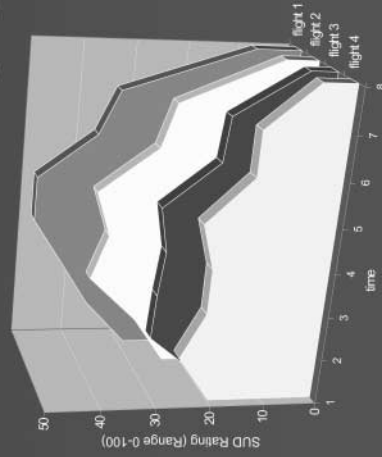
eigene Flugumgebung



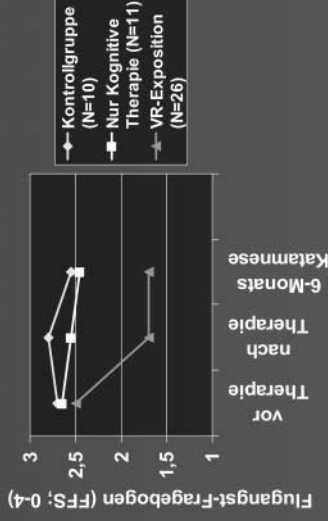
VR Exposition - Flugangst

1. Vorbehandlung
 - Erfassung der Flugangst
 - Therapievorbereitung (Informationsbroschüre)
2. Einmalige Therapiesitzung
 - Therapiesgespräch
 - 4 VR Flüge (je 18 Min.; Angstratings)
 - Besprechung des realen Fluges
 - Erfassung der Flugangst
3. Realer Flug
 - Flug alleine oder in Begleitung
 - Angstratings während Flug
4. Katamnese
 - Erfassung der Flugangst

VR Exposition – Flugangst Reduktion der Flugangst

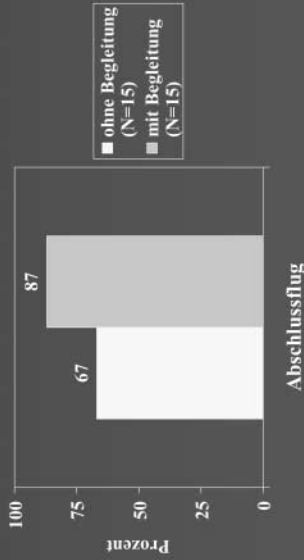


VR Exposition – Studie I Reduktion der Flugangst



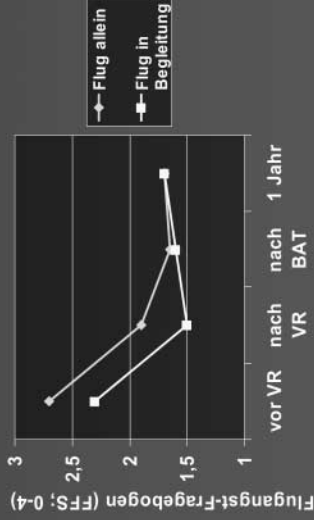
Nach: Mühlberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G., Ellgring, H., & Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1033-1050.

VR Exposition – Studie III reale Abschlussflüge



Nach: Mühlberger, A., Wiederum, G., & Pauli, P. (2003). Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research, 13*(3), 322-336.

VR Exposition – Studie III Reduktion der Flugangst



Nach: Mühlberger, A., Herrmann, M. J., Wiederum, G., Ellging, H., & Pauli, P. (2001). Restricted exposure of flight phobias to flights in virtual reality. *Behavior Research and Therapy, 39*, 1033-1050.

VR-Therapie bei Flugangst

Autor	Jahr	N	Sitzung	Gruppen	Therapieerfolg
Roßbaum	1996	1	4+6	AMT+IRE	beide Komp. effektiv
Roßbaum	2000	45	4+4	AMT+VR, AMT+SE, WLC	IR & SE > WL
Roßbaum	2002	24		AMT+VR, AMT+SE	VR & SE; 12 M eff.
Mühlberger	2001	30	1G+1	Edu.+ VR, Edu.+ Entsp.	VR > Entspannung
Mattby	2002	45	5	VR, AM+PI.Gr. (BAT prä)	beide gleich effektiv
Wiederhold	2002	30	8	VRno, VRpm, SD	VRno, VRpm > SD
Wiederhold	2003	30		VRno, VRpm, SD	VRno <? VRpm, 3 J.
Mühlberger	2003	45	1	VRno, VRnoMo, CT	VRno, VRnoMo > CT
Mühlberger	inpress	32	1	BAT allein, BAT begl.	BAT allein=beigl.; 12M

Höhen

Emmelkamp et al. 2002



Emmelkamp, P.M.G., Krjin, M., Hulbosch, A.M., de Vries, S., Schueme, M.J., & Van der Mast, C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 509-516.

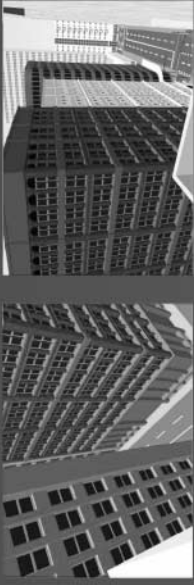
Höhen

Emmelkamp et al. 2002



Höhen

eigene Höhenumgebung



Klaustrophobie



Öffentliches Sprechen



Brenda Wiederhold

Hodges et al.

Schmerzen

Vergleich von Nintendo und VR



Nintendo Videospiel

VR bei Wundversorgung

Hoffman, Doctor, Patterson, Carrougher & Furness, T.A. III (in press). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adolescent burn pain during wound care: A case report. [Pain](#).

Reviews Angststörungen

Anderson, P., Jacobs, C., & Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 253-67.

Krijn, M., Emmelkamp, P.M., Olafsson, R.P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, *24*, 259-81.

Pull, C.B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*, 7-14.

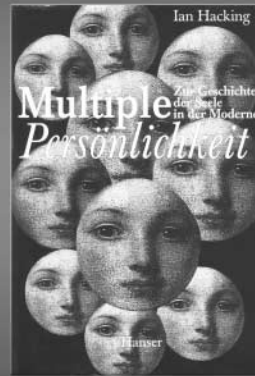
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Themenheft: Spieltherapie im psychischen Kindes- und Jugendalter. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(2), 2006, S. 109-116. © 2006, Hogrefe Verlag. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Genehmigung des Verlegers. Druck: Hogrefe Verlag, Wiesbaden. Gestaltung: Hogrefe Verlag, Wiesbaden. Druck: Hogrefe Verlag, Wiesbaden.

Psychodynamische Grundlagen zur Behandlung dissoziativer Bewusstseinsstörungen

Annegret Eckhardt-Henn



Annegret ECKHARDT-HENN
STUTTGART

KLINIKUM

Dissoziation-Definition

Komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen (z.B. der Erinnerung, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, der Wahrnehmung des Selbst und der unmittelbaren Umgebung) kommt.

Es handelt sich um eine Störung des Bewusstseins i.S. einer kurzzeitigen Unterbrechung der eigenen Bewusstheit.

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTTGART

KLINIKUM

Klinische Symptomatik

Möglichkeiten dissoziativer Veränderungen

- Bereich der Selbstwahrnehmung, z.B. als Depersonalisation (Numbing, Detachment)
- Wahrnehmung der Außenwelt (Derealisation, Pseudohalluzination)
- Erinnerungsprozesse (dissoziative Amnesie, Fugue, DIS)

Dissoziation

Zu unterscheiden sind :

- peritraumatische dissoziative Reaktionen
- Spätere mit spezifischen trauma-assoziierten Auslösern verbundene dissoziative Störungen
- Dissoziative Störungen, die auch bei nicht mit dem Trauma assoziierten Belastungs- und Konfliktsituationen im Sinne einer Abwehrreaktion eingesetzt werden

Formen der Dissoziativen Bewusstseinsstörung

- Depersonalisation und Derealisation
- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Fugue
- Dissoziativer Stupor
- Trance und Besessenheitszustände
- Dissoziative Krampfanfälle
- Dissoziative Identitätsstörung

Janet-Freud-Kontroverse

Janet's 2-Komponenten-Theorie:

Dissoziation als nicht-intentionale Autoregulation von
Belastungserfahrungen (*Zustand*)

Sigmund Freud:

Dissoziation als regressive Abwehrfunktion (*Prozess*)

Pathogenese: Psychodynamik

Psychodynamisch betrachtet, beinhaltet das Verständnis der Dissoziation in gleicher Weise Aspekte:

- eines **Abwehrmechanismus**
- eines **Selbst-„Heilungsversuchs“** oder einer “Rekonstruktion” (Freud 1911) und
- eines **Folgezustands** zurückliegender Belastungen im Sinne eines psychopathologischen *Symptoms*

Pathogenese Trauma und Dissoziation: empirische Befunde

Komplexe dissoziative Bewusstseinsstörungen treten als Folge schwerer chronischer Traumatisierungen wie

- emotionaler Vernachlässigung-Deprivation
- körperlicher Misshandlungen
- sexueller Misshandlungen

Die Schwere der vorangegangenen Misshandlungen korreliert positiv mit dem Ausmass der Dissoziationsneigung (retrospektive und prospektive Studien)

Die Qualität des Missbrauchs beeinflusst die Ausprägung der Dissoziation

Dissoziation und Neurobiologie

- Gehirn steuert nicht nur Reaktionen des Körpers auf Belastungen sonst ist *selbst Zielorgan* der von ihm ausgelösten und gesteuerten endokrinen Vorgänge
- Trauma führt zu vermehrter Ausschüttung des Stresshormons Kortisol bedingt ⇨ Neurotoxizität ⇨ Destabilisierung neuronaler Verschaltungen ⇨ Zelldegeneration und Volumenverminderung des Hippocampus
- Erhöhte psychische Vulnerabilität von Menschen mit vorbestehenden Traumaerfahrungen bei erneuter Traumaexposition

Dissoziation und Neurobiologie

Hyperarousal: “fight or flight” dient dem Überleben

- ständiger Zustand der Anspannung und Überaktivierung
- vermehrte Schreckhaftigkeit
- Schlaf- und Konzentrationsstörungen
- gesteigerte Puls- und Atemfrequenz
- erhöhter Blutdruck und Grundumsatz

Posttraumatische Gedächtnisstörungen

- Nebeneinander von Hypermnesie und Amnesie
- Gefühl des erneuten Wiedererlebens
- Intrusive Symptome (flashbacks, getriggerte Wiedererinnerung, Alpträume)
- Neuronales Traumaerinnerungsnetz
Hyperstabile Netzwerkstrukturen → behindertes Neulernen, verzögerte Habituation
Ungestört ablaufende Erinnerungen stärken diese Strukturen
- Sensitivierungs- oder Kindlingprozesse:
schnelleres Ansprechen auf immer geringere Reize

Folgende Faktoren beeinflussen die Bereitschaft auf ein Trauma mit Dissoziation zu reagieren:

- Alter und Entwicklungsstand des Betroffenen zum Zeitpunkt des Traumas
- konstitutionell-genetische Faktoren
- zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und damit verbundene Qualität der Abwehrstruktur
- die Qualität der Objektbeziehungen (Protektive Faktoren)
- psychosoziale Faktoren

- Quantität des Traumas
Einmaliges Ereignis oder wiederholte chronische Traumatisierung?

- Qualität des Traumas
*Naturkatastrophe oder Misshandlung durch nahestehende Menschen?
Intrafamiliärer Missbrauch mit oder ohne Wissen der Mutter?*

Pathogenese: Folgen schwerer Traumatisierung (modif. nach van der Kolk et al. 2000)

- Vielfalt von Problemen bei der Regulation affektiver Zustände
- Affektdysregulation, die die Betroffenen für pathologische Versuche der Selbstregulation wie Selbstverletzungen, Essstörungen und Substanzmissbrauch anfällig macht
- starke Erregung die zu Dissoziation und dem Verlust der Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen führt (Alexithymie, Somatisierung)
- das Misslingen , ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit herzustellen, das zu charakterologischen Anpassungen führt
- Probleme in Bezug auf die Selbstwirksamkeit
- Scham und Selbsthass
- Probleme im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten
- Störungen der Bindungsfähigkeit in Form des Vorherrschens eines *desorganisierten* Bindungsstils mit entsprechenden Problemen in der Regulation von Nähe und Distanz

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Traumabezogene Erwartungen (nach Pynoos et al. 2002)

- das Ausbleiben von Alarmreaktionen
- das Versagen des sozialen Umfeldes
- die Zerstörung eines vorhandenen Schutzschildes
- die Unfähigkeit, Übergriffe abzuwehren
- der Verrat an grundlegenden Bindungserwartungen
- die Unfähigkeit, die entstandenen katastrophischen Gefühle abzuwenden
- der Verlust des Glaubens an eine menschliche Welt
- das Gefühl der Resignation darüber, das man sich einem unvermeidlichen Gefahrenmoment unterwerfen müsse

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Pathogenese: Psychodynamik

Dissoziation als eine *phobische Abwehr*, d.h.

Dissoziation als *Vermeidungsverhalten* mit entsprechender Beeinträchtigung:

- Zunehmende Ich-Schwächung
- Verlust der Selbstkohärenz
- Verlust der Selbstkontinuität und -konstanz
- Spezifische Störungen zwischenmenschlicher Interaktion
- in der Folge weitere Konflikte und weitere Verunsicherung

Dissoziation

Psychodynamik: Dissoziation als Traumafolge

- spezifische Organisation von Selbst- und Objektrepräsentanzen
- unerträgliche, mit dem Trauma verbundene Affekte werden in dissoziiertem Selbstanteil abgekapselt
- in dissoziiertem Persönlichkeitszustand kathartische Abfuhr dieser Affekte etc.
- vorübergehende Funktion des Ich wieder möglich
- aber zunehmende Ich-Schwächung durch Zunahme dissoziativer Zustände

Psychodynamische Therapie

- Hochfrequent, ggf. anfänglich mit flexiblem Setting (z.B. kürzere Sitzungen)
- Ggf. mit stationärer Anfangsphase je nach Schweregrad der dissoziativen Störung (Eigengefährdung etc.)
- Ggf. Intervallsetting

Psychodynamische Therapie

- Primat der therapeutischen Stabilisierung bei schwerer Dissoziation und PTSD
- Information über Traumafolgen und Dissoziation (Dissoziation ist Zustand aber auch Abwehrmodus)
- Formulierung von Therapiezielen und Möglichkeiten, wie man diese erreichen kann

*vgl. Davies & Frawley 1994,
Fonagy et al. 2002, Clarkin et al. 1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Psychodynamische Therapie

- Gestuftes therapeutisches Vorgehen
- Bearbeitung von Traumaerinnerungen ist kontrolliert und im Schutz der therapeutischen Beziehung möglich (Selbstwirksamkeit/imaginative Techniken als Vorbereitung)
- Auch traumatische Erfahrungen müssen als autobiographische Erfahrungen integriert werden
- Destruktive Folgen müssen begrenzt und konstruktive Folgen müssen entwickelt werden

*vgl. Davies & Frawley 1994,
Fonagy et al. 2002, Clarkin et al. 1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Psychodynamische Therapie*

Aufbau einer internalisierten sicheren Bindungsbasis

- Bereitstellung eines zuverlässigen und sicheren Rahmens
- Empathische therapeutische Grundhaltung
- Gleichbleibende Zugewandtheit
- Lernen am Model: Verantwortlicher Umgang mit dem Patienten
- Settingsänderungen müssen immer geklärt werden
- Zwischen den Sitzungen *strukturierte* Erreichbarkeit des Therapeuten

*vgl. Davies & Frawley 1994, Fonagy et al. 2002, Clarkin et al. 1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Psychodynamische Therapie*

Dissoziation als Zustand und Abwehrmodus

- Arbeit an auslösenden Situationen für Dissoziative Symptome
- Konfrontation mit der „dissoziativen Vermeidung“
(Patient ist nicht nur „Opfer“)
- Vermittlung von Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten
(„Ressourcen“-orientiert; supportive Techniken), d.h. es gibt „andere Möglichkeiten“ als die Dissoziation
- Entwicklung kohärenter Selbstrepräsentanzen versus „Ihr/Alters“
- Entwicklung von Selbstverantwortung, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle

*vgl. Davies & Frawley 1994, Fonagy et al. 2002,
Clarkin et al. 1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTTGART

KLINIKUM

Psychodynamische Therapie*

Affekttoleranz und Dissoziation

- Benennung von Affekten
(aber von der Abwehr nicht vom Impuls und Mitbenennung der Angst)
- Ermutigung zur Selbstexploration
- Förderung der Affektdifferenzierung und Affekttoleranz

*vgl. Davies & Frawley 1994,
Fonagy et al. 2002, Clarkin et al. 1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTTGART

KLINIKUM

Verbesserung der „Mentalisierungsfähigkeit“

- Schaffung eines „Als-Ob“ eines therapeutischen „Übergangsraumes“
- Fähigkeit, zwischen Tatsachen und Fantasien zu differenzieren
- Realistischere Wahrnehmung des Selbst und der Objekte
- Realitätskontrolle, Stärken von Zutrauen in die eigene Wahrnehmung
- Realitätskontrolle, Stärken von Zutrauen in die eigene Wahrnehmung
- Fähigkeit Intimität und Nähe zu tolerieren
- Analyse sowohl der positiven als auch der negativen Aspekte der Übertragung
- Verstanden als Arbeit an und in der Beziehung nicht als „Deutungsmacht“ oder „verfolgender“ Übertragungsdeutung
- Klarstellen/Intervenieren auf der Grundlage einer gemeinsamen Realität, ehe subjektive Verzerrungen der Realität gedeutet werden

*vgl. Davies & Frawley 1994,
Fonagy et al. 2002, Clarkin et al.
1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Psychodynamische Therapie*

Konfliktbearbeitung

- Bearbeitung spezifischer Konflikte im Kontext der therapeutischen Beziehung
- z.B. Möglichkeit, Beziehungen einzugehen in denen Abhängigkeit und Stärke nicht mit Masochismus und Sadismus verknüpft sind

*vgl. Davies & Frawley 1994,
Fonagy et al. 2002, Clarkin et al.
1999, Gast 2003, Rudolf 2004

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !



(Bestellung mit „Rabatt“ bei der
Referentin möglich)

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Explizites Erinnerungssystem	Implizites (prozedurales) Erinnerungssystem
abhängig von aktiver Aufmerksamkeit	
setzt bewußten Willensakt voraus,	Läuft unbewusst ab
Inhalte sind verbalisierbar	Ohne zeitliche, räumliche und personale Organisation
autobiographisches Gedächtnis	Assoziatives Lernen nach klass. Konditionierungsprinzip
	Nichtassoziatives Lernen wie Sensitivierung und Habituation
	Priming: vorherige Exposition gegenüber Wörtern, visuellen gestalten, Tönen fördert späteres Wiedererkennen auch wenn das Reizmaterial nur fragmentarisch ist

Annegret ECKHARDT-HENN
STUTT GART

KLINIKUM

Strukturbezogene Psychotherapie

Gerd Rudolf

Strukturdimensionen und Strukturfokuspunkte nach OPD (Heidelberger Fokusliste)

Selbstwahrnehmung

Selbstreflexion.

Selbstbild
Identität
Affektdifferenzierung

Objektwahrnehmung

Selbst-Objekt-
Differenzierung
Empathie
Ganzheitliche Objekt-
wahrnehmung
Objektbezogene Affekte

Selbststeuerung

Affekttoleranz
Selbstwertregulierung
Impulssteuerung
Antizipation

Kommunikation

Kontaktaufnahme
Verstehen von Affekten
Mitteilung von Affekten
Reziprozität

Abwehr

Internale versus interpersonale Abwehr
Flexibilität der Abwehr

Bindung

Internalisierung
Loslösung
Variabilität der Bindung

Diagnostische Bilanz (Rückmeldung an den Patienten)

A Stärken und Ressourcen:

- Was gelingt am besten?
- Worauf kann er sich verlassen?
- Auf welche Leistungen darf er stolz sein?
- Welche **Eigenschaften** werden von Anderen **positiv bewertet**?
- Welche **Lebensstrategien** haben sich bisher **bewährt**?
- Welche **positiven Erfahrungen** wurden von ihm mit **wem gewonnen**?

B Strukturelle Schwierigkeiten

- Was ist nicht **auszuhalten**?
- Welche Entbehrungen, Enttäuschungen sind **nicht zu ertragen**?
- Wie groß ist die **Kränkbarkeit**?
- Wodurch wird jemand besonders irritiert, verwirrt?
- Was fällt in **Beziehungen** zu Anderen besonders **schwer**?
- Was ist bei Anderen besonders **zu verstehen**?

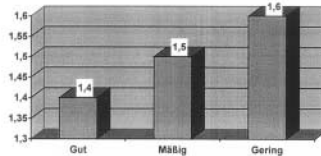
Auswirkungen struktureller Beeinträchtigung

- Sich selbst **nicht erleben** und emotional **nicht verstehen** können
Die Welt, die Objekte, die Situation, emotional nicht verstehen können
- Von Affekte und Impulsen **überflutet** werden / affektiv **erstarren**
Sich von anderen **abgeschnitten** oder mit ihnen **verwickelt** fühlen
- Sich innerlich nicht auf positive Erfahrungen stützen können
- Sich selbst **verlieren** und ohne Orientierung sein
- Notwendigkeit von **Gegenmaßnahmen**, welche stimulieren, beruhigen, strukturieren (Selbstverletzung, Essanfall, Suchtmittel etc.)

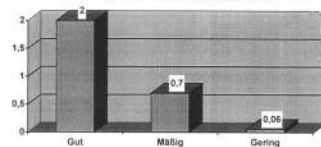
Abb. 5

Struktur und Gegenübertragung

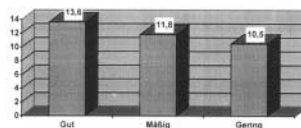
1. Struktur und Emotionale Reaktion (SGRT)

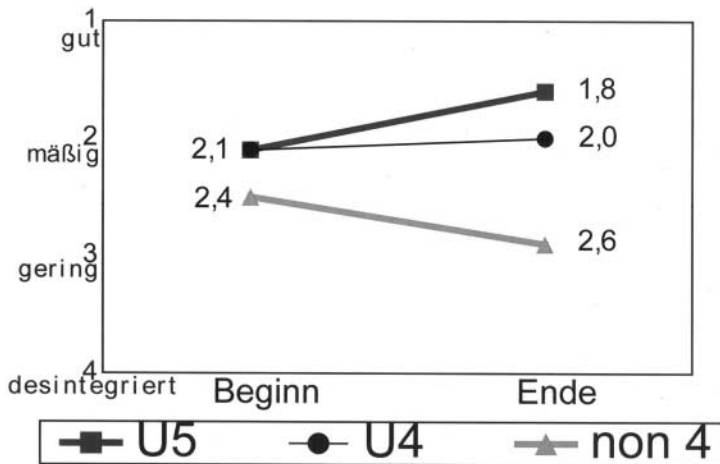


2. Ausprägung item Sympathie (SGRT)



3. In GÜ positiv erlebte Affekte (SGRT)





Die Unterschiede im Zeitverlauf sind zwischen den drei Gruppen hochsignifikant verschieden ($p < .000^{**}$)

Strukturbezogene Psychotherapie 2

Die therapeutische Situation: Grundeinstellung des Therapeuten

- Das Verhalten *nicht* als Ausdruck unbewusster *Konflikte* verstehen
- Das Verhalten als *negative Ich-Zustände* in der Folge von Entwicklungsstörungen verstehen
- Das Verhalten als repetitive *dysfunktionale Muster* sehen, welche für den Patienten subjektiv leidvoll sind
- Das Verhalten des Patienten *nicht intentional* interpretieren (Patient „will“ unbewusst ...)
- Das dysfunktionale Beziehungsangebot des Patienten *nicht als Übertragung* persönlich nehmen
- Den Patienten im Umgang mit seinen dysfunktionalen Mustern *unterstützen*
- Dem Patienten als *spiegelndes, emotional antwortendes Gegenüber zur Verfügung stehen*

Strukturbezogene Psychotherapie 4

Therapeutische Positionen bezogen auf den Patienten

Sich hinter den Patienten stellen

- Identifizierung (die Sicht des Patienten teilen)
- Containing (die Klage aufnehmen und emotional verarbeiten)
- Erbarmen (Ich-Funktionen zur Verfügung stellen)
- Hilfs-Ich (Ich-Funktionen zur Verfügung stellen)
- Sorge (Schaden vermeiden durch Vorsorgen)
- Unterstützung (Hilfestellung als Mentor, Coach, Elternersatz)

Sich neben den Patienten stellen

- Geteilte Aufmerksamkeit für die Situation des Patienten
- Zusammen mit Patient dessen Situation als Drittes untersuchen

Sich dem Patienten gegenüberstellen

- Spiegelung (eigene Wahrnehmung zur Verfügung stellen; dem Patienten sein Bild zurückgeben)
- Antwort (den Patienten die emotionale Resonanz des Therapeuten sehen lassen)
- Alterität (das Anders-Sein des Gegenübers betonen
Konfrontation (mit Aspekten der Realität und eigenen Verantwortung))

Akzente der strukturbezogenen Psychotherapie (verglichen mit Psychoanalyse)

	Strukturbezogene Psychotherapie	Psychoanalyse
Thema: Unbewusste Konflikte	*	***
Thema: Übertragung	*	***
Thema: Interpersonelle Muster	***	—
Thema: Emotionsregulierung	***	—
Setting: Dyadisch, regressionsfördernd	—	***
Setting: Triadisch, strukturierend	***	—
Technik: Deutung	—	***
Technik: Spiegelnd, antwortend	***	*

Abb. 7.11. Typologie konfliktbedingter und struktureller Störungen

	1	2	3	4	5	6
	Neur. Konflikte mit gutem Strukturniveau	Neur. Konflikte mit strukturellen Ausfällen	Bewältigung strukt. Störung durch Charakt.abwehr	Bewältigung strukt. Stör. durch sympt.-wertig. Verhlt.	Strukt. Störung gering integr.	Strukt. Störung desintegriert
	Kon	Kon	Kon	Kon	Str	Str
Struktur-niveau	Gut integriert	gut bis mäßig	Mäßig	mäßig bis gering	gering	desintegriert
Konflikt (OPD)	Ödip. Sex.-K. Schuld-K. Kontrolle-Unterwerf.-K-	Autark.-Vers.-K. Selbstwert-K.	Auton.-Abh-K. Identitäts-K.	Vermischt	schillernd	fehlende Konfl. fähigk.
Klinisches Bild z.B.	Gen.Angsts. Dep. Episode	Dysthymie Somatof. St.	Narz. P. St. Anorexie.	Bulimie Spielsucht	Borderline P.St. Paranoide P.St.	Dissoziale P.St. Sex.Perversion („Forensische Pat.“)

Standardisierungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

- Standardisierte Diagnostik
 - OPD Beziehung
 - OPD Konflikt
 - OPD Struktur
- Fokauswahl
- Therapiezielbestimmung
- Spez. Ther. Maßnahmen zur
 - Bearbeitung dysfunktionaler Bez.
 - fokalen Konfliktaufdeckung
 - strukturellen Entwicklung
 - Steuerung/Integration traumatischer Erfahrungen
- Standardisierung der Prozessbeschreibung
 - Umstrukturierungsskala
- Standardisierung der Ergebnisbeschreibung
 - QPP

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala

1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1 1+	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt "kein Problem"	
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2- 2 2+	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen, von außen kommend erlebt	
3. Vage Fokuswahrnehmung	3- 3 3+	Passive Beschäftigung mit dem F., ansatzw. Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortg.	Bewältigung
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	4- 4 4+	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive "Bewältigung", Handeln	Bewältigung
5. Auflösung alter Strukturen i. Fokusbereich	5- 5 5+	Abwehr wird brüchig, Prozeß wird zur "Passion", Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung	Strukturelle Veränderung
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	6- 6 6+	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens/ Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	Strukturelle Veränderung
7. Auflösung des Fokus	7- 7	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltungen	Strukturelle Veränderung

Konzepte akutstationärer psychosomatischer Behandlung

D. Stelz
F. Bleichner
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
25. Juni 2005

Grundsätzliches

- λ Wir verstehen akutstationäre psychosomatische Behandlung als eine eigenständige, notwendige Behandlungsmöglichkeit
- λ Zielsetzung:
 - Diagnostische Klärung, sofern dies nicht ambulant geschehen kann
 - Krisenintervention
 - Weichenstellung (langfristige Therapieplanung)

Grundsätzliches

- λ Alle Patienten, die stationäre Therapie benötigen, jederzeit aufnehmen zu können sofern der Einweiser dies für erforderlich hält
 - ohne Vorauswahl
 - ohne Motivationsnachweis
 - ohne Vorgespräch

Voraussetzungen

- λ Enger Kontakt zwischen Einweiser und Klinik „Schnittstelle“
- λ Möglichkeit, jederzeit aufnehmen zu können (Aufnahmestation)
- λ Rasche Klärung der Indikation für stationäre Behandlung (Kontraindikationen, Leidensdruck, Motivation)

Umsetzung

- λ Aufnahme
- λ Integration



Umsetzung

- λ Therapieplanung:

Individuelle Festlegung der notwendigen
Behandlungsangebote:
Medikation
Einzel- und Gruppentherapie
Sozialtherapie
Behandlung körperlicher Störungen
Einbezug von sozialem Umfeld und
Realität

Umsetzung

- λ Bezugstherapeut als direkter Wegbegleiter des Patienten:
Steuerung des therapeutischen Prozesse
Verbindung der einzelnen Therapiebausteine
- λ Oberarzt
Zweitsicht
Überprüfung des therapeutischen Prozesses
Behandlungszeit

Instrumente der Therapie- steuerung

- λ Einzelgespräch:
Was beschäftigt den Patienten, was ist sein Ziel
- λ Visite:
Wie viel Zeit benötigt er noch zum Erreichen seines Ziels
- λ Fallbesprechung:
Rückmeldung aus den einzelnen Therapiegruppen; wie schätzen wir den Patienten ein

Instrumente der Qualitätskontrolle

- λ Fallbesprechung
- λ Supervision (Einzel; Gruppe)
- λ Fallüberprüfung durch den MdK
- λ Beschwerdemanagement
- λ Auswertung der Basisdokumentation im Vergleich mit anderen psychosomatischen Kliniken
- λ Weiterbildung

„Diagnostische Drehscheibe“

- λ Hat der Patient eine Erkrankung, die mit den Mitteln der psychosomatische Medizin zu behandeln ist (Fehleinweisung)
- λ Will der Patient diese Behandlung (Freiwilligkeit)
- λ Welche Behandlung braucht der Patient (individueller Behandlungsansatz)

„Diagnostische Drehscheibe“

- λ Akuter Konflikt, der zur Dekompensation führt => **Krisenintervention**
- λ Akuter Konflikt, der zur Dekompensation führt, bei vorbestehender z.B. Persönlichkeitsstörung => **integrierte psychosomatische Komplexbehandlung**

Krisenintervention

- λ Herausnahme aus der konfliktträchtigen Situation
- λ Stabilisierung
viele Einzelkontakte Schwester, Therapeut), Medikation
- λ Klärung des weiteren Vorgehens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds, Perspektiven

Integrierte psychosomatische Komplexbehandlung

- λ Kombination aus Medikation, Einzel- und Gruppentherapie, Sozialtherapie und Einbeziehung des realen Umfeldes (Paar- und Elterngespräche)
- λ Zielsetzung
Stabilisierung
tiefenpsychologische Einordnung des Konflikts und Heranführung an eigene Ressourcen
Planung der nächsten Schritte

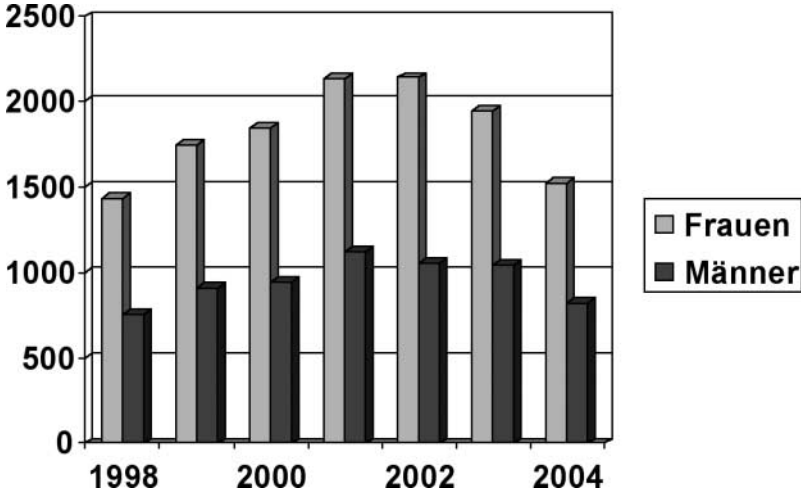
Fazit

- λ Akutstationäre psychosomatische Behandlung muss:
 - schnell sein
 - effektiv sein
 - kommunikativ sein

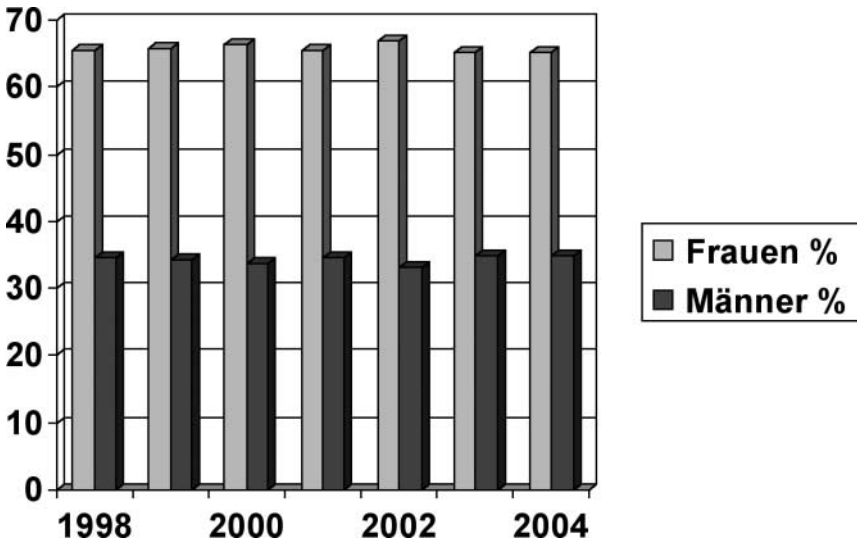
Gynäkologische Psychosomatik und Sexualmedizin in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Dirk Gustson

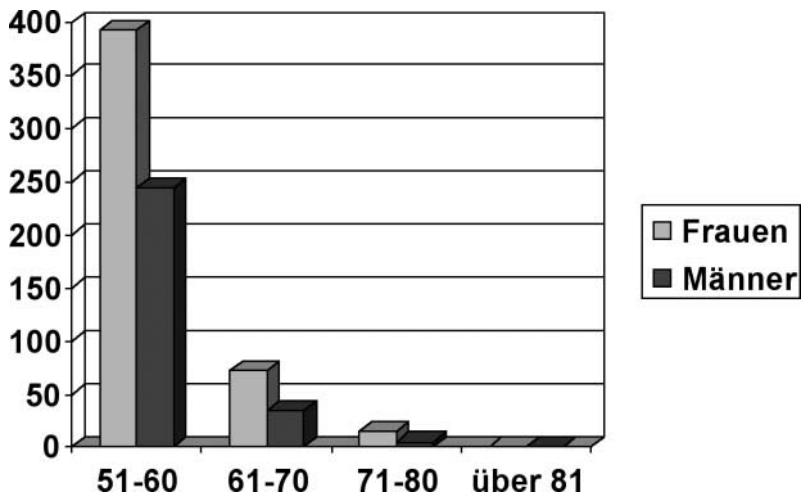
In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wurden in den letzten Jahren durchschnittlich mehr als 3000 Patienten jährlich behandelt.



Die Geschlechtsverteilung unserer Patienten liegt über die Jahre konstant bei ca. 65 % Frauen und 35 % Männer



Durchschnittliche Patientenzahl pro Jahr 1998 bis 2004, Frauen – Männer im Altersvergleich:



Die meisten unserer Patientinnen und Patienten kommen mit „allgemeinen“ psychosomatischen Diagnosen in die Behandlung:

- Somatisierungsstörungen
- Funktionelle Störungen
- Schmerzsyndrome
- Angst-Panik-Syndrome
- Essstörungen
- Mobbing
- Tinnitus
- Depressionen
- Chronische körperliche Leiden
- Psychoneurosen
- Störungen im Sozialverhalten
- Persönlichkeitsstörungen

Eher selten findet sich in der Einweisungsdiagnose bereits ein Hinweis auf sexualmedizinische Problemstellungen, obwohl gynäkologisch-psychosomatische Symptome bei Frauen oder Sexualstörungen bei Männern oft an Störungen der sozialen Funktionsfähigkeit und an Störungen in Partnerschaft/Familie beteiligt sind oder diese hervorrufen.

Prävalenz und Inzidenz sexueller Funktionsstörungen

Genauer zu quantifizieren, wie häufig diese Thematik allgemein auftritt, ist schwierig:

- Unbefriedigende Datenlage
- Empirische Untersuchungen aufwendig, kostenintensiv, methodisch anspruchsvoll
- Private, intime Probleme, häufig verbunden mit „volunteer bias“ – „overreporting“

Gynäkologische Psychosomatik und Sexualmedizin in der PSK Bad Neustadt

Seit 1992 gibt es an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt eine gynäkologisch-psychosomatische Sprechstunde für Frauen. Hier werden über die Jahre kontinuierlich ca. 500 Patientinnen pro Jahr vorgestellt, wobei rund 2/3 dieser Vorstellungen erfolgt, nachdem eine entsprechende Thematik in den Gesprächen oder bei den Untersuchungen der Bezugstherapeuten deutlich wurde, oder sich Hinweise darauf ergaben. Hier wird die erweiterte Diagnostik von einem psychotherapeutisch und psychoanalytisch ausgebildeten und langjährig in der Klinik erfahrenen Gynäkologen vorgenommen. Es steht die Einrichtung und das Instrumentarium einer normalen gynäkologisch-geburtshilflichen Facharztpraxis einschließlich spezieller Sonographie und CTG zur Verfügung.

Entsprechend der Ausrichtung der Psychosomatischen Klinik, mit einem eigenen Bereich für die Alterstherapie im Rehabilitationsbereich, können auch die Themen in der gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde zwei Altersgruppen zugeordnet werden:

Beschwerden und Symptome der jüngeren Frau
in der gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde:

Fluor – Pruritus
Schmerzen im Genitalbereich – beim GV
Libidomangel – Libidoverlust
Vaginismus
Erregungs- Orgasmusstörungen
Homosexualität
Störungen der Geschlechtsidentität
Sexuelle Störungen bei/nach körperlicher Krankheit
Vorsorgeuntersuchungen – Furcht, Vermeidung, Carcinophobie
Verlaufsuntersuchungen bei chronischen Leiden, nach Operationen

Beschwerden und Symptome der alternden Frau
in der gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde:

Klimakterische Symptome
Somatoforme Schmerzstörungen
Rezidivierende Entzündungen – Pruritus – Lubrikationsstörung
Z. n. traumatisierenden Operationen – Krebs

Sexuelle Empfindungsstörungen – Dyspareunie – Frigidität

Sexualmedizinische Sprechstunde für Männer und Frauen:

Hier werden ca. 50 Männer, Frauen und Paare pro Jahr vorgestellt. Auch hier lässt sich entsprechend der häufig geklagten Leiden eine Alterszuordnung vornehmen.

Beschwerden und Symptome jüngerer Männer
in der sexualmedizinischen Sprechstunde:

Orgasmusstörungen
Erektionsstörungen
Appetenzstörungen
Sexuelle Orientierung – Beziehungsstörung
Störungen des Körperbildes
Allgemeinsymptome

Beschwerden und Symptome des alternden Mannes
in der sexualmedizinischen Sprechstunde:

Veränderungen der sexuellen Aktivität und Funktion
→ Erektile Dysfunktion
Mangel oder Verlust des sexuellen Verlangens
Mangelnde sexuelle Befriedigung
Allgemeinsymptome

Der somatisch-medizinische und psychotherapeutische Zugang zu den von den Patienten angegebenen oder im Verlauf der stationären Psychotherapie deutlich werdenden Problemen ist oft nicht einfach und erfordert auf der ärztlichen und psychologischen Seite aufmerksame Geduld und Respekt vor der Intimität der Patienten. Eine strukturierte Gesprächsführung ist sinnvoll, wie sie z.B. von Bräutigam und Clement 1989 vorgeschlagen wurde, und wie wir sie für unseren Gebrauch modifiziert haben:

Anamnestisches Gespräch bei Sexualstörungen:

1. Derzeitige Sexualität

Sexuelle Partnerschaft, Initiative, sexuelle Vorlieben
Kommunikation mit dem Partner; Unstimmigkeiten, Kontrazeption
Heterosexualität, Bisexualität, Homosexualität
Andere sexuelle Themen

2. Erscheinungsbild der Störung

Appetenz, Phantasien, Erregung, Befriedigung
Situative Schwankungen, Progredienz
Sexuelle Praktiken, Partnerpräferenz

3. Auslösesituation – Bewertung durch den Patienten

Bewusste – unbewusste Auslösesituation
Eigene Theorie der Störung
Warum kommt der Patient gerade jetzt – Selbst/Partner/Gericht
Sexualdelinquenz: Vorstellungen über Reaktion und Befinden des Opfers
Vorstellungen von der sozialen Bewertung der Tat

Das therapeutische Gespräch bei Sexualstörungen soll:

aktiv-interessiert, ermutigend
nicht defizit-orientiert
bei Konflikten ressourcenorientiert

sein. Bei eher kürzer werdenden Behandlungszeiten in der stationären psychosomatischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung bleibt es in den Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten im Allgemeinen bei beratender und unterstützender Therapiearbeit. Im Vordergrund steht meist die Information über somatische und psychische Aspekte der Sexualität, Entlastung und Perspektive. Die gynäkologisch-psychosomatische und sexualmedizinische Sprechstunde ist so in die allgemeine psychosomatische

Therapiearbeit der Klinik integriert, dass hier Themen eröffnet und gefördert werden, die dann in der Einzeltherapie auf der Behandlungsstation, oder – wenn die Thematik dafür geeignet ist und die Patientinnen und Patienten dazu bereit sind – in den Gruppen weiter geführt wird. Dazu bedarf es von Fall zu Fall der Information und Abstimmung zwischen den beteiligten Therapeuten, schriftlich in einem Behandlungsbericht nach jedem Patientenkontakt oder direkt mündlich und in Teamgesprächen und Sektionssitzungen.

Die bei uns durchgeführte Diagnostik sexualitätsbezogener Problemstellungen und die Ergebnisse der Bearbeitung werden am Ende der stationären psychosomatischen Behandlung im Behandlungsbericht mitgeteilt. Eine eigentliche „Sexualtherapie“ mit der gezielten Modifizierung sexueller Stressoren und an die individuellen Erfordernisse angepassten Sexualübungen kann meist nicht durchgeführt werden. Hier erhalten die Patientinnen und Patienten Informationen und Adressen, so dass sie sich im häuslichen Umfeld eigenständig weiter orientieren können.

Interventionen in einer tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapie anhand einer videogestützten Analyse

Lothar Schattenburg

1) Grundprinzipien einer tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie und die Rolle des Therapeuten

Den Workshop-Teilnehmern wurden die Grundprinzipien einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie erläutert. Patientenseitig geht es um die kathartische Mitteilung von Gefühlen, Reaktivierung von Konflikten in der Gruppe, um die Möglichkeit, Übertragungsprozesse zu bearbeiten, die Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge, Ressourcenaktivierung usw. Therapeutenseitig geht es um folgende Fähigkeiten: Strukturierung der Gruppe, Stimulationen der Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, Wahrnehmen und Aufgreifen von individuellen und/oder gruppalen Abwehrmechanismen, Stimulation der Spiegelung des Patienten durch die Mitpatienten usw. Bezgl. der Moderation der Gruppe gibt es drei Möglichkeiten:

- 1) die Einzeltherapie durch den Therapeuten in der Gruppe,
- 2) die Einzeltherapie durch die Hinzunahme des Gruppenprozesses und
- 3) die Fokussierung auf das sich jeweilig abzeichnende dominante Thema bzw. den dominanten Affekt.

Hier wird die 2. Variante vertreten, d.h. der Gruppenleiter motiviert einen Patienten, sich in der Gruppe mit seiner Thematik vorzustellen, was auf freiwilliger Basis erfolgt. Dann stimuliert der Gruppenleiter den Gruppenprozess, wobei die Spiegelung des Patienten durch seine Mitpatienten unter Berücksichtigung der Gruppendynamik, des Gruppenprozesses und des Übertragungsgeschehens im Vordergrund steht. Es ist zu betonen, dass diese Variante nicht zwanghaft durchgeführt wird, dass auch Elemente der 1. und 3. Variante zum Tragen kommen. In bestimmten Fällen können auch Rollenspiele in einer tiefenpsychologischen Gruppe sehr fruchtbar sein. Die Erfahrung zeigt, dass es sich bewährt, wenn der Gruppenleiter einen bestimmten Stil hat, so dass die Patienten ihn einschätzen können und den Gruppenprozess informiert mitgestalten. Die Varianten sollten also nicht unreflektiert gemischt werden.

Nach diesen einführenden Bemerkungen wurde im Workshop die berufsbezogene Therapiegruppe vorgestellt, die seit vielen Jahren einen Schwerpunkt in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt bildet.

2) Inhaltsbereiche einer tiefenpsychologischen berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG)

Diese Gruppe findet in der Psychosomatischen Klinik 2 *Woche à 90 Minuten statt. Es ist eine halboffene Gruppe mit maximal 10/11 Teilnehmern. Die Patienten müssen mindestens 4 mal, dürfen höchstens 8 mal teilnehmen. Die ersten zwei Stunden dienen der Motivation. Die Patienten können nach diesen ersten zwei Stunden auch wieder aussteigen, was aber ganz selten vorkommt. Diese indikative Gruppe wird zweimal angeboten. Besondere Herausforderungen werden an den Gruppenleiter gestellt, wenn die Patienten nur 4 mal teilnehmen. Die Gruppe muss dann so stimuliert und strukturiert werden, dass auch diese Patienten vom Gruppenprozess und von der Spiegelung durch die Mitpatienten profitieren können. Der Grund, warum manche Patienten nur 4 mal teilnehmen, kann darin liegen, dass sie eine Belastungserprobung machen, nur ein vierwöchiges Heilverfahren in Anspruch nehmen usw.

Abb. 1 Inhalte der BTG

- Motivation zur Auseinandersetzung mit Beruf/Problemen
- Positive/negative Erfahrungen im Beruf (Bilanzierung)
- Persönliche Vorstellungen und Ideale, illusionäre Vorstellungen
- Parallelen im Verhalten (beruflich, privat)
- Verbindung Beruf- und psychosomatische Beschwerden
- Persönliche Schwächen und Stärken, eigenes Leistungsbild
- Eigene Anteile an der beruflichen Problematik
- Ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus
- Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten
- Selbstwerterleben im Beruf und sozialen Kontext
- Regeneration, Entspannungskompetenzen, work-life-balance
- Biografische Aspekte etwa bezgl. Berufswahl, Übertragungsbereitschaft

4) Vorstellung von Adherence- und Competence-Skalen zur Videoanalyse

Inspiziert durch die Adherence- und Competence-Skalen von Clarkin, Yeomans und Kernberg (2001, S. 327f) wurden Skalen entwickelt, welche erlauben, die Videosequenzen der berufsbezogenen Therapiegruppe zu raten unter den Gesichtspunkten, ob der Gruppenleiter auch tiefenpsychologisch arbeitet und wie kompetent er dies tut (Schattenburg, Knickenberg, Vorndran, Zwerenz und Beutel, 2002). Im Rahmen eines Kooperationsprojektes mit Prof. M.E. Beutel und Dr. R. Zwerenz (Universität Mainz) wurden diese Skalen von zwei Doktorandinnen in einer Pilotstudie angewandt (Schattenburg et al., 2005; Beutel et al., 2006). Im folgenden werden die Skalen vorgestellt:

Abb. 2 Adherence- und Competence- Skalen zur berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG)
(Schattenburg, Knickenberg, Vorndran, Zwerenz & Beutel, 2002)

Therapeut: _____ Sitzung mit: _____
_____ Datum: _____

(A) Adherence (Einhaltung des Therapiekonzepts, Manualtreue)

1. Fokussiert der Therapeut auf berufsbezogene Themen?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Unterstützt der Therapeut die Mitteilung von Gefühlen und Problembereichen?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fördert der Therapeut die verständnisvolle Arbeitsatmosphäre in der Gruppe?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Fördert der Therapeut die Introspektion?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aktiviert der Therapeut die Perspektivenübernahme?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Gelingt es dem Therapeuten, individuelle Abwehrmechanismen wahrzunehmen und bewusst zu machen?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gelingt es dem Therapeuten, gruppale Abwehrmechanismen wahrzunehmen und bewusst zu machen?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Aktiviert der Therapeut die Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge (Berufssituation und familiäre bzw. private Situation)?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Gelingt es dem Therapeuten, Übertragungen (auf Gruppe / Mitpatienten / Therapeuten) wahrzunehmen und zu deuten?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Erteilt der Therapeut Ratschläge (abgesehen von sozialmedizinischen Fragestellungen)?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Fördert der Therapeut regressive Prozesse?

nie				immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) Competence (Behandlungskompetenz des Therapeuten)

1. Sind die Interventionen des Therapeuten ausreichend berufsbezogen?

nicht berufsbezogen				berufsbezogen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind die Interventionen des Therapeuten nachvollziehbar?

unklar				klar
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sind die Interventionen des Therapeuten angemessen?

nicht angemessen				angemessen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kann der Therapeut problemorientiert arbeiten?

überhaupt nicht				sehr
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sind die Interventionen des Therapeuten rasch genug?

langsam				schnell
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Passt der Therapeut die Behandlungsbedingungen angemessen an, um den therapeutischen Prozess voranzubringen?

rigide				kreativ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie groß ist die Behandlungskompetenz des Therapeuten (Gesamtbewertung)?

8. Welche Schwierigkeiten zeigen sich im aktuellen Vorgehen des Therapeuten?

Bewerter: _____ Datum: _____

4) Ergebnisse der Videoanalyse

Diese Skalen wurden den Teilnehmern des Workshops verteilt, um die gezeigten Videosequenzen aus der BTG raten zu können. Die Patienten hatten schriftlich ihr Einverständnis für die Verwendung der Videos für Fortbildungsveranstaltungen gegeben. Mit den Workshop-Teilnehmern wurden ihre Rating-Ergebnisse diskutiert. Zum Schluss des Workshops wurden erste Ergebnisse aus dem Kooperationsprojekt mit Prof. Beutel und Dr. Zwerenz (Universität Mainz) referiert. 8 Gruppen wurden mit ihrem schriftlichen Einverständnis 2002/2003 in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt aufgenommen. 28 Videobänder konnten analysiert werden. Abb. 3 zeigt die Ergebnisse von 2 Doktorandinnen zur Häufigkeit der Interventionen, die ein Maß für die Manualtreue in bezug auf ein tiefenpsychologisches Arbeiten, i.e. der Adherence des Gruppenleiters bildet.

Abb. 3 Adherence-Rating der BTG (Schattenburg et al., 2005)

1.Th. unterstützt Mitteilung von Gefühlen und Problemen	N=730
2.Th. regt Interaktion der Gruppenmitglieder an	N=546
3.Th. aktiviert Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge	N=336
4.Th. erläutert das Rationale der Therapie	N=294
5.Th. berücksichtigt Rückkoppelung der Interventionen	N=268
6.Th. unterstützt Klärung von Gedanken/Gefühlen	N=265
7.Th. klarifiziert	N=210
8.Th. fördert verständnisvolle Arbeitsatmosphäre	N=150
9.Th. fokussiert berufsbezogene Themen	N=71
10.Th. gibt explizit Ratschläge	N=30

Lothar Schattenburg

Literatur

- Beutel, M. E., Knickenberg, R. J., Krug, B., Mund, S., Schattenburg, L. & Zwerenz, R. (2006). *Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients – with an emphasis on work-related conflicts. International Journal of Group Psychotherapy. In press.*
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy. Schattauer.*
- Schattenburg, L., Knickenberg, R. J., Vorndran, A., Zwerenz, R. & Beutel, M. E. (2002). *Adherence- und Competence-Skalen zur berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG). Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Unveröffentlichtes Manuskript.*
- Schattenburg, L., Knickenberg, R. J., Krug, B., Mund, S., Beutel, M. E. & Zwerenz, R. (2005). *Behandlungsintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Videogestützte Analyse der Interventionen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Vol 59, S. 453-455.*

Tinnitus-Bewältigungsgruppe

Adelheid Böhme, Irmgard Hees, Gisbert Mönlich

Vorstellung des Behandlungsprogramms/Setting

Es werden verhaltenstherapeutische Behandlungsmodule in einer halboffenen Gruppe durchgeführt. Das Basisprogramm umfasst einen Zeitraum von 4 Wochen, Patienten mit 6-wöchigem Aufenthalt können je nach Gruppengröße weitere 2 Wochen teilnehmen (auch nach Interesse und ggf. speziellem Schwerpunkt).

Die Gruppen finden 3 mal pro Woche à 50 Minuten statt, Hilfsmittel wie Overheadprojektor, Flipchart, Entspannungsmusik, -kassetten und Verteilung von Übungs- und Informationsmaterial kommen zum Einsatz in teils Frontalunterricht, hauptsächlich aber im Dialog mit den Patienten und ihren Erfahrungswerten und der einzelnen Betroffenheit.

Das bedeutet Förderung der Mitarbeit, Entängstigung durch Artikulation innerhalb einer Gruppe, Entlastung durch Motivationsaufbau zur Mitarbeit in einer solchen Gruppe.

Die therapeutische Arbeit als Gruppentherapie mit verhaltenstherapeutischen Modulen ist in ein tiefenpsychologisch orientiertes Basisprogramm integriert, dass die Wirkfaktoren eines kognitiv-behavioralen Therapieansatzes integriert in ein tiefenpsychologisch orientiertes Therapieprogramm, dass zusätzlich stattfindet mit einer 3 mal pro Woche à 50 Minuten Gruppensitzung.

Die Wirkfaktoren einer Gruppentherapie (wie beispielsweise bei Yalom beschrieben) mit den Punkten: „Hoffnung einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis und existenzielle Faktoren“ kommen zum Tragen, zudem Prozesse wie Überwindung der Ängste, sich in einer Gruppe zu äußern, ernst genommen zu werden mit den Symptomen, Entlastung finden durch Berichte ähnlich Betroffener; das häufig entstandene Rückzugsverhalten möglichst unterbrechen, sich aus einem häufig entstandenen Ohnmachtsgefühl lösen, was sich im Laufe der Entwicklung des Symptoms nicht selten einstellt.

Weitere Wirkfaktoren sind Entlastung durch Informationen und eigener Zuwachs der Kompetenz, eine annehmende Atmosphäre und Arbeiten mit positiven Verstärkern.

Bei der Annahme, dass eine psychische Komorbidität mit dem Anteil depressiver Störungen bei Tinnituspatienten nach unterschiedlichen Studien mit 32 bis 85% sehr hoch eingeschätzt wird (nach Hochapfel et al.), Angststörungen und das chronische Schmerzsyndrom mit 30% sowie beispielsweise Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen mit 25%, heißt, dass das multifaktorielle Therapieprogramm die o. g. Komorbidität im therapeutischen Gesamtansatz berücksichtigt.

Mit dem Therapieprogramm, angelehnt an das Tinnitusbewältigungstraining von Kröner-Herwig, sind folgende Ziele zu nennen:

- Vermittlung des Störungsmodells,
- Steigerung der Selbsteffizienzerwartung,
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, insbesondere derer, die die subjektive Bewertung der Ohrgeräusche betreffen,
- Aufbau von Coping-Verhalten, z. B. im Sinne von Aufmerksamkeitslenkung,
- Verbesserung des Umgangs mit der erlebten Behinderung,
- Unterbrechung des Rückzugsverhaltens,
- Erlernen eines funktionalen Umgangs mit Belastungssituationen,
- Aufklärung und Bearbeitung aufrechterhaltender operanter Faktoren.

Die Themenschwerpunkte sind Edukation, Entspannungsübungen, kognitive Umstrukturierung, Aufmerksamkeitslenkung, Visualisierungsübung zum Herstellen eines unbelasteten Kontextes, Bearbeitung des Vermeidungsverhaltens (sozialer Rückzug), Bearbeitung des Krankheitsgewinnes.

1. Edukation

Es wird ein Tinnitusstörungsmodell vorgestellt, das die physiologischen und psychologischen Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome erläutert (angelehnt an Kröner-Herwig, Göbel und Hallam).

Nach dem Störungsmodell sind Schädigungen an den Haarzellen des Innenohrs oder an den Nervenzellen der Hörbahnen lediglich Auslöser eines Tinnitus: Die Schädigungen führen zu einer veränderten Nervenzellaktivität, die das Gehirn als Geräusch interpretiert.

2. Das limbische System, das Gefühlszentrum des Gehirns, bewertet das Geräusch als unangenehm.

3. Es wird dadurch verhindert, dass es weg gefiltert werden kann. Beteiligt sind dabei verschiedene Hirnareale wie beispielsweise die Hörrinde im Schläfenlappen im Sinne einer Geräuschprojektion und verschiedene Hirnareale im Sinne einer Geräuschinterpretation, das limbische System im Sinne einer Bewertung. Ein natürlicher Geräuschfilter kommt nicht mehr zur Anwendung, was das Gehirn sonst mit einer Vielzahl von Höreindrücken bewerkstelligt.

Dabei sind normale, nicht pathologische Ohrgeräusche wie beispielsweise bei normalem Hörvermögen in extrem ruhiger Umgebung als körpereigenes Hintergrundgeräusch oder beispielsweise ein pulssynchrones Geräusch, wachzunehmend mit dem Ohr auf dem Kissen liegend, aufgrund von Kontraktionen der Muskeln in der Eustachioschen-Röhre, dem Mittelohr, dem Gaumen oder dem Rachen, zu unterscheiden von den pathologischen Ohrgeräuschen wie beispielsweise im Innenohr mit normalem Hörvermögen auf einem Ohr durch eine Dysfunktion des Innenohrs, bei oder nach einem Hörsturz, bei der Menièrschen-Erkrankung oder nach einem Knalltrauma oder chronischen Einwirkung

hoher Schalldrucke. Als Symptom einer Schädigung des 8. Hirnnerven wie beispielsweise durch ein Acusticusneuronom oder Schädigung durch Salicylate, Chinitin oder Chinin, als fortgeleitetes Geräusch durch die HWS, die Kiefergelenke, die Mahlformation eines Gefäßes mit entsprechendem pulssynchronem Geräusch. Der Begriff eines primärzentralen Tinnitus ist zu verstehen als Versagen der Hemmfunktion zentraler Hörbahnbereiche. Ein sekundärzentraler Tinnitus ist zu verstehen als Phantomtinnitus im Sinne einer Verselbstständigung der Tinnituswahrnehmung nach vorübergehendem peripheren Tinnitus durch Plastizitätsvorgänge im auditiven Kortex (Zentralisierung). Es ist ein Tinnitus mit Hörstörung (Innenohrschwerhörigkeit, Hörsturz, Otosklerose, Schädel-/Hirntrauma, Knalltrauma, Akustikusneuronom) von einem ohne Hörstörung zu unterscheiden sowie dem eines fortgeleiteten Körpergeräusches.

Zu der Pathophysiologie ist zu erwähnen: eine Schädigung der inneren Haarzellen mit mangelnder Umwandlung der Schallwellen oder fehlerhafter Entladungen, Schädigung der äußeren Haarzellen mit Minderung des modulierenden Effekts auf die inneren Haarzellen (Rekrutment). Störung im Signaltransfer (Synapsenbereich) spontane Entladungen des 8. Hirnnervs als zentraler Tinnitus.

Es wird eine erste Bewältigungsstrategie, die Entspannung, mit dem Ziel damit die Aufschaukelung des Tinnitus-Teufelskreises möglichst wieder abbremsen zu können, durchgeführt. Eine Zunahme der körperlichen und emotionalen Anspannung soll verhindert werden, von Beginn an und begleitend durch Entspannungsübungen (angelehnt an die progressive Muskelrelaxation, die auch im Hause vermittelt wird) als auch als Kurzentspannung oder Entspannung mit Musik. Aufmerksamkeitslenkung und Visualisierungsübungen sind in die Entspannungsübungen integriert.

Zusätzlich ist die Methode des Biofeedback zu erwähnen, die ebenfalls im Hause durchgeführt wird, als Technik der Rückmeldung des Frontal-EMGs: mit Hilfe optischer und akustischer Feedbacks der Spannung der Stirnmuskulatur sollen Patienten lernen, den Muskeltonus zu reduzieren, um so den Kreislauf zwischen Anspannung und Tinnitus zu durchbrechen. Es werden also Biofeedback und verbale Entspannungsverfahren miteinander kombiniert.

Zu 3. Für die kognitive Umstrukturierung gelten folgende Erkenntnisse:

Gedanken lösen Gefühle aus, Überprüfung der Grundeinstellung, selbsterfüllende Prophezeiungen, Kontrolle um jeden Preis, katastrophisierende Gedanken, Schwarz-Weiß-Denken. Die kognitive Umstrukturierung geschieht als kognitiv-behavioraler Therapieansatz auf der Basis von Analogieschlüssen bezüglich der Pathophysiologie, des Erscheinungsbildes und der Konsequenzen von chronischem Schmerz und Tinnitus (nach Göbel). Es wurden für chronische Tinnituspatienten kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte entwickelt, die sich in ähnlicher Form bereits in der Therapie chronischer Schmerzsyndrome bewährt haben. Ziel ist eine Wirksamkeit über die Förderung der Selbstkontrolle und der Eigenaktivität des Patienten. Dabei wird davon ausgegangen, dass Erfahrungen der Patienten wie Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit negative Erwartung fördern bezüglich ihrer Fähigkeit, selbst etwas gegen den Tinnitus tun zu können. Tinnituskontrolle heißt

dabei, dass die Betroffenen einerseits mittels Coping-Verhalten die Belästigung durch den Tinnitus reduzieren können, andererseits die stressbedingte Exacerbation der Geräusche durch frühzeitige Identifikation der Auslösersituation und entsprechendem Gegensteuern mindern lernen.

Die Patienten können dabei erfahren, dass der Tinnitus seine Bedrohlichkeit verliert, wenn es ihnen gelingt, ihn zeitweilig aus dem Fokus ihres Erlebens in den Hintergrund treten zu lassen. Das soll mittels Training von kognitiven Bewältigungsstrategien, Aufmerksamkeitslenkung und besserer Stressbewältigung gelingen. Von Vorteil ist dabei die Stärke einer Gruppentherapie, mit dem inter-individuellen Erfahrungsaustausch und den daraus resultierenden Möglichkeiten des Modelllernens. Am Beispiel des S-B-K-Modells, angelehnt an das ABC-Schema von Ellis, der rational-emotiven Therapie, wird hier eine genaue Analyse der Konsequenzen von dysfunktionalen Gedanken durchgeführt. Dabei kommen Grundkategorien irrationaler Bewertungen nach Ellis zum Tragen, wie beispielsweise absolute Forderungen (Muss-Gedanken), globale negative Fremd- und Selbstbewertungen, Katastrophendenken und eine niedrige Frustrationstoleranz. Systematische Denkfehler, beispielsweise nach Beck formuliert, wie willkürliches Schlussfolgern, selektives Verallgemeinern, Übergeneralisieren, Personalisieren, dichotomes Denken werden im Sinne eines Überblicks über die vorhandenen Bewertungsmuster anhand verschiedener Übungen hinterfragt. Es werden funktionale, zielführende Kognitionen erarbeitet, wobei davon ausgegangen wird, dass irrationale Bewertungen des Tinnitusbetroffenen in starkem Maße zur Aufrechterhaltung der subjektiven Tinnitusbelastung beitragen.

Zum Punkt der Aufmerksamkeitslenkung wird eine Veränderung des Wahrnehmungsvermögens gefördert, es werden vorhandene Ressourcen der Aufmerksamkeitslenkung exploriert und erweitert unter der Annahme, dass Sinneswahrnehmungen sich trainieren lassen. Innerhalb der Visualisierungsübungen zum Herstellen eines unbelasteten Kontextes wird auf die Veränderung der Geräuschwahrnehmung beispielsweise anhand der Durchführung einer Phantasiereise hingewirkt. Die Teilnehmer lernen mit Hilfe von Vorstellungsübungen, die die Ohrgeräusche in einen unbelasteten Kontext einbetten, sich mit ihrer Aufmerksamkeit dem Tinnitus gelassener zuzuwenden und dabei die Bedeutung des Tinnitus von einem „bedrohlichen“ zu einem „bewältigbaren“ Gehalt zu verändern.

Bei der Bearbeitung des Vermeidungsverhaltens im Sinne eines sozialen Rückzugs wird auf die problematischen Konsequenzen im Verhalten und Erleben des Tinnitusbetroffenen eingegangen. Es wird ein für Tinnituspatienten häufig typisches Vermeidungsverhalten, insbesondere die Vermeidung von Unterhaltungen in Gruppen, sowie die daraus folgende problematische Konsequenz des sozialen Rückzugs bearbeitet. Dabei sollen sich die Teilnehmer ihrer Beeinträchtigungen in solchen Situationen bewusst werden. Hier wird genauer analysiert, welche Situationen und Aktivitäten betroffene Patienten wegen ihres Tinnitus vermeiden, dabei die Funktionalität ihrer Situationskognitionen überprüft, es wird versucht, mittels alternativer Kognitionen die Spirale „Situation-Bewertung-Konsequenzen“ zu unterbrechen und somit dem Tinnitus ein Teil seines Belastungsgehaltes zu nehmen. Es werden die Situationsbewertungen hinterfragt, die Entwicklung alternativer Kognitionen

gefördert. Eine Übung ist dabei beispielsweise, dass Teilnehmer in Zweiergruppen über ca. 5 Minuten zusammentragen, in welchen Situationen sie sich sehr stark beeinträchtigt fühlen bzw. welche Situationen und Aktivitäten sie wegen ihres Tinnitus vermeiden. Im Anschluss erfolgt die Analyse der Situationsbeispiele.

Zur Bearbeitung des Krankheitsgewinns wird aufgezeigt, dass problematische Konsequenzen beispielsweise darin bestehen können, dass die Tinnituspatienten ihre Ohrgeräusche für einen Krankheitsgewinn funktionalisieren mit der Folge, nicht auf den Tinnitus verzichten zu können. Dabei werden beide Aspekte des Krankheitsgewinnes angesprochen, der primäre Gewinn, der in der Regel in „Erklärungen“ besteht, die der Patient anderen gegenüber oder für sich selber heranzieht, warum er beispielweise bestimmte Lebenspläne nicht erreichen kann und dem sekundären Gewinn, wie beispielsweise differenzielle Zuwendung des Partners, Vermeidung von lästigen Pflichten. Dabei wird davon ausgegangen, dass es ein Irrtum ist, wenn alle Probleme dem Tinnitus angelastet werden. Der Tinnitus mag unbeeinflussbar sein, die Reaktionen auf den Tinnitus und auch andere Stressursachen lassen sich sehr wohl beeinflussen.

Die Basis des Therapieprogramms ist das Ziel einer Veränderung der dysfunktionalen Gedanken und eine Überzeugung von deren Veränderbarkeit. Eine weitere Basis ist die einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, wobei davon auszugehen ist, dass der Versuch einer Veränderung von Einstellungen ohne tragfähige therapeutische Beziehung meist eine Einstellungsimmunisierung, also eine Festigung der dysfunktionalen Einstellungen bedeutet. Im Zuge der kognitiven Arbeiten treten starke emotionale und verhaltensmäßige Reaktionen auf, die eine sichere Arbeit auf therapeutischer Ebene erfordern. Gefahren des Therapeuten liegen in einem zu direktiven Vorgehen (dozieren), einem zu schnellen Vorgehen oder dem Erschließen von Kognitionen, ohne sie zu explorieren. Gedanken und Emotionen können für den Betroffenen sehr schmerzhaft sein, aber realistisch, was eine stärkere Akzeptanzarbeit erfordert. Es wird davon ausgegangen, dass kognitive Veränderungen einen zentralen Stellenwert für eine dauerhafte Akzeptanz des Tinnitus haben.

M. Kupfer, Th. Leitner, A. Rußmann

Vorsicht! Junge Männer!

Erfahrungen aus einer körperpsychotherapeutischen
Gruppe für Männer unter 25 Jahren

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT

Salzburger Leite 1 • 97616 Bad Neustadt/Saale

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK
Bad Neustadt
RHÖN-KLINIKUM AG



Junge Männer fallen auf!

ADHS

Männer ~75% Frauen ~25%

Spiegel Special, 3/2004

Sitzenbleiber

Jungen 60% Mädchen 40%

Deutscher Industrie- und Handelstag, zit. RP-online 10.11.2004

Schulabgänger ohne Abschluß

Jungen 11,5% Mädchen 6,7%

Deutscher Industrie- und Handelstag, zit. RP-online 10.11.2004



Junge Männer fallen auf!

Hauptschulabschlüsse

Jungen 28,7% Mädchen 22,1%

Deutscher Industrie- und Handelstag, zit. RP-online 10.11.2004

Realschulabschlüsse

Jungen 38,3% Mädchen 42,3%

Spiegel Special, 3/2004

Abitur

Jungen 21% Mädchen 28,9%

Spiegel Special, 3/2004



Junge Männer fallen auf!

Arbeitslosigkeit

Unter 20 Jahren

Männer ~60% Frauen ~40%

Mit 25 Jahren

Männer ~65% Frauen ~35%

Deutscher Industrie- und Handelstag, zit. RP-online 10.11.2004



Junge Männer fallen auf!

„Höherer Alkoholkonsum“

Vierteljahresschrift Alkoholforschung, 2003

Alkoholabhängigkeit

Männer 75% Frauen 25%

Saaletalklinik Bad Neustadt

Drogenkonsum

Männer ~65% Frauen ~35%

Möller, Laux, Deister, Psychiatrie, Duale Reihe, 1996

Männer ~75% Frauen ~25%

Klinik Neumühle, 2003



Junge Männer fallen auf!

Kriminalitätsbelastung

Jungen 12,5% Mädchen 3,7%

Spiegel Special, 3/2004

Suizide im Alter von 20 bis 25 Jahren

Männer 80% Frauen 20%

Geo Wissen, Nr. 26, Mann&Frau, 9/2000



Junge Männer fallen auf!

Todesfahrten als Führerscheinneulinge:

„Fast immer ein Mann als Lenker“

Bäucker, 1999

Schlechtere Beifahrer -

„Junge Männer als Beifahrer
erhöhen das Unfallrisiko“

Archiv d. Pressemeldungen, 30.3.1999



Warum?

Modifizierte Geschlechterrollen

Veränderte Vaterrolle seit den 70ern

Verlust von väterlicher Autorität

Veränderung der Identifikationsfiguren

Erhöhte Scheidungsrate

Abwesende Väter



Warum?

„Vaterlose Gesellschaft“

A. Mitscherlich

„Sans pères et sans repères“

X. Pommereau



„Neue Männer“ – „Neue Väter“

Ausweitung der Lebensinteressen

Reden mehr über ihre Gefühle

Nicht nur Ernährer, auch Erzieher

Geringere Neigung zur Gewalt

Mehr haushaltliche Aktivitäten

Ca. 20%

Volz & Zulehner, 1999



Methoden

Indikationsgruppe
Körperpsychotherapeutisch
Sport- und Wettkampforientierung
größerer Verbalteil
Gestaltungsfreiraum
Gruppendynamik



Rahmen

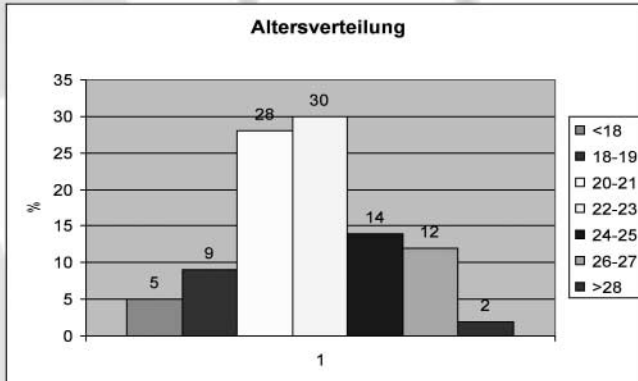
2 x 50 Minuten wöchentlich
Leitung durch drei Therapeuten

1 x 30 Minuten Boxen
Leitung durch Sporttherapeuten



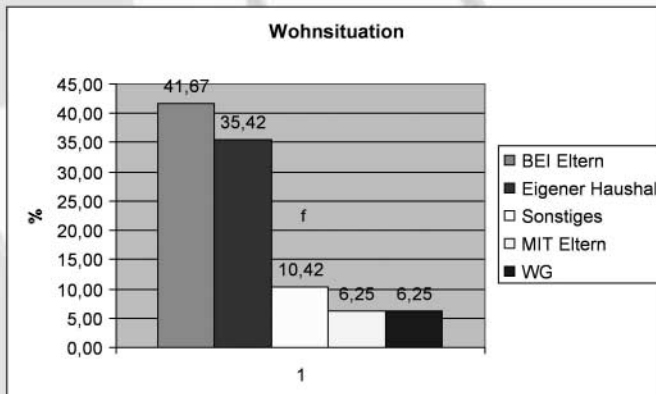
Teilnehmer

n=81



Teilnehmer

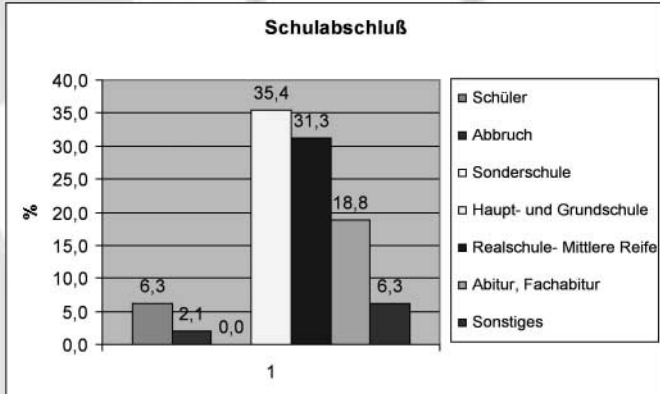
n=48





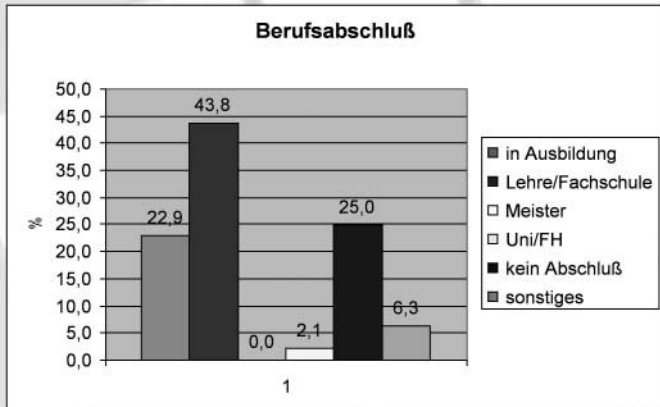
Teilnehmer

n=48



Teilnehmer

n=48

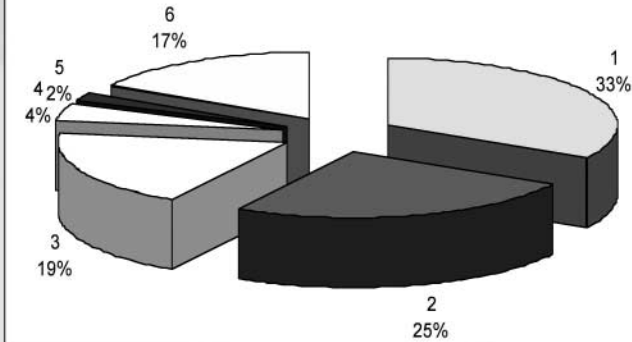




Teilnehmer

n=48

Erwerbstätigkeit



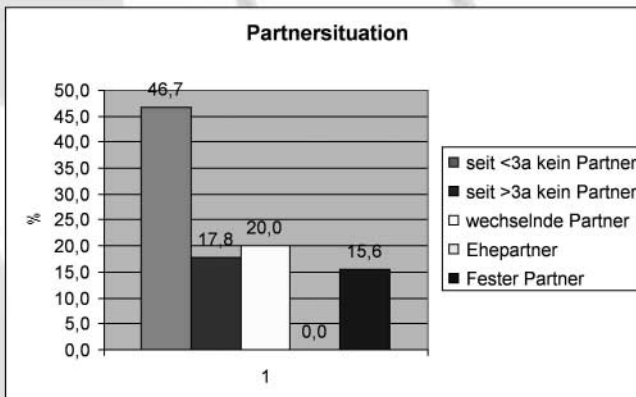
- 1: Vollzeit
- 2: Arbeitslos
- 3: In Ausbildung
- 4: Wehr-/Zivildienst
- 5: Zeitrente
- 6: Sonstiges



Teilnehmer

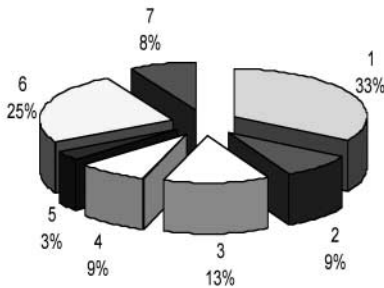
n=48

Partnersituation





F-Diagnosen inkl. psychischer Komorbidität



- 1: Depression
- 2: Angststörungen
- 3: Essstörungen
- 4: Persönlichkeitsstörungen
- 5: Zwangsstörungen
- 6: Suchtmittel
- 7: Sonstige



Spezifische Themen

- Umgang mit Gewalt (aktiv – passiv)
- Ungenügende Konfliktlösestrategien
- „Sprachlosigkeit“ in emotionalen Belangen
- Drogenerfahrungen
- Fehlende Perspektiven



Spezifische Themen

Frustrationen in Beruf bzw. Ausbildung
Resignation bei frustrierenden Erlebnissen
Wenig Erfolgserlebnisse
Umgang mit anderen Männer schwierig



Erfahrungen

Passiv-abwartende Grundhaltung
Vermeidung von Streit/Konflikt
Vermeidung von Konkurrenz untereinander
Resignation/“Tot-stell-Reflex“
„Nur nicht auffallen“



Erfahrungen

Hohe Erwartungshaltung
Selten Eigeninitiative
Probleme werden delegiert
Gefühl, alleine gelassen zu werden
Angst, Gefühle zu zeigen



Erfahrungen

Hoher Anspruch an die Männerrolle
Negatives Selbstbild
Kaum Vertrauen in eigene Fähigkeiten
Angst vor eigener Kraft
Angst vor Eskalation



Ziele/Schwerpunkte

- Ressourcenaktivierung
- Vertrauen in eigene Fähigkeiten fördern
- Konfliktfähigkeit trainieren
- Eigeninitiative fördern
- Kommunikationsfähigkeit fördern

Zusammenfassung

„30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt“

Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung

Lothar Schattenburg

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG wurde 1975 gegründet. Sie beging als älteste psychosomatische Einrichtung in Bayern und als einer der ältesten psychosomatischen Kliniken im Bundesgebiet am 24./25.6.2005 ihr 30-jähriges Bestehen. Die Klinik besteht aus der Abteilung Krankenhaus (Chefarzt Dr. med. F. Bleichner), die sofort psychosomatisch akut kranke Patienten aufnimmt, und aus der Abteilung Rehabilitation (Chefarzt Dr. R. J. Knickenberg), die überwiegend von den Rentenversicherungsträgern belegt wird. Die zwei Abteilungen verfügen insgesamt über 340 Betten.

Zum 30-jährigen Geburtstag richtete die Klinik eine wissenschaftliche Tagung aus, an der Vertreter der Politik, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Wissenschaftler, Vertreter der Rhön-Klinikum AG und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik teilnahmen. Auch konnten Patienten aus der Klinik an der Tagung teilnehmen; eine Patientin berichtete von ihrer Therapie. Die zweitägige Tagung war in vier Blöcken unterteilt: Festakt mit Begrüßung, Grußworten und Festvortrag, Medizin menschlicher Beziehungen, Perspektiven in der Psychotherapie und Workshops zu den Schwerpunkthemen der Psychosomatischen Klinik.

Grußworte und Festvortrag

Zum Auftakt des Festaktes am Freitag, den 24.6.2005, gab Bettina Linck ein beeindruckendes Harfesolo, das die Teilnehmer auf eine zugleich feierliche Atmosphäre als auch auf ein konzentriertes Arbeiten einstimmte. Dann begrüßte Herr J. Rieger, Geschäftsführer der Psychosomatischen Klinik, die anwesenden Gäste, darunter besonders Frau Dr. med. Rosemarie Schütz, die gerade ihren 80. Geburtstag gefeiert hatte, und Herrn Eugen Münch, der als ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG ab 1.9.2005 den Aufsichtsratsvorsitz übernommen hat. Beide hatten vor 30 Jahren die psychosomatische Klinik gegründet und zu ihrem heutigen Erfolg geführt. Rieger wies darauf hin, dass die psychosomatische Klinik die älteste Einrichtung des Konzerns sei und die 30-jährige Tochter mit Spannung der „Geburtstagspredigt“ ihres Vaters entgegensehen würde.

Nach diesem Willkommensgruß von Rieger hielt Herr Münch seinen Vortrag zum Thema: Psychosomatik im Spannungsfeld eines Krankenhaus-Konzerns. Er ließ in seine facettenreiche Rede ökonomische, medizinhistorische, psychotherapeutische und medizin-ethische Aspekte einfließen. Münch ließ zunächst die Gründung der Klinik Revue passieren und vermittelte deutlich die Aufbruchstimmung vor 30 Jahren. Die schöpferische Kraft des Konzerns läge darin, dass es ihm selten erlaubt wurde, Widersprüche zu vertuschen. Der Konzern habe die Widersprüche akzeptieren müssen, weil er – wie in der Psychoanalyse – aufdeckend gezwungen worden sei, sich damit auseinander zu setzen, sie aufzuarbeiten und sie aktiv zu integrieren. Diese Entwicklung habe mit der Psychosomatik begonnen.

Münch löste sich dann in seinem Vortrag von der Gründung der Psychosomatischen Klinik und analysierte den Fortschritt der Medizin. Die Entwicklung von Anlagen zur Partikeltherapie, mit denen es möglich sein wird, nicht-invasive Operationen zur Zerstörung von unerwünschtem Gewebe mit der Präzision eines Skalpells durchzuführen, ohne den Körper zu öffnen und/oder auch nur rote Bestrahlungsschäden auf der Haut zu erzeugen, sei ein vorläufiger Endpunkt der Medizin. Münch führte dann seine Gedanken wieder zur Psychosomatik zurück mit dem Fazit, dass wir uns in einer Entwicklungsphase der Medizin befinden, in der ein Spannungsfeld be- bzw. entstehe, dass die Entwicklung der Psychosomatik und ihre Beziehung zur Schulmedizin, damit auch ihre Stellung im Konzern, tief greifend verändern könne. Münch führte aus, dass wir die mit der Gentechnik, Stammzelltechnologie, der Eugenik und der Euthanasie eingetretenen Perspektiven scheinbar einfach so hinnehmen. „Und glauben Sie mir, alles, was geschehen kann, wird geschehen“, warnte Münch, räumte aber zugleich ein, dass er keine Antwort auf die Frage habe, wie wir damit umgehen sollen und werden. Münch betonte aber, dass er an der Stelle, an der er jeweils stehe, dafür eintreten werde, dass wir uns nicht von den eigentlichen Themen, die vielleicht alleine das Tiersein vom Menschsein unterscheiden, ablenken lassen. Auf der Folie dieser medizin-ethischen Überlegungen wies Münch am Schluss seines Vortrages der Psychosomatik folgenden verantwortungsvollen Ort zu: „Die Psychosomatik als Disziplin, die sich mit dem Grenzwertigen auseinandersetzt und die bemüht ist, die Abgründe des menschlichen Seins zu therapieren, wird ein wichtiger Ort sein, an dem sich Kompetenz findet, welche – wenn in der Medizin und im Konzern der Aufstieg der Schöpfungs-techniken Einzug halten wird – den Widerpart spielt und vielleicht die Basis einer humanhygienischen Qualitätskontrolle bildet“.

Auf diese Rede von Münch folgten nun vier Grußworte von den Vertretern der Beleger: Frau Dr. med. Ch. Korsukéwitz (Ltd. Ärztin Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin) beglückwünschte einleitend Frau Dr. med. R. Schütz und Herrn E. Münch zum Erfolg der Klinik, die sie vor 30 Jahren auf den Weg gebracht haben. Dann widmete sich Korsukéwitz in ihren Ausführungen den Aufgaben und Inhalten der Psychosomatischen Klinik. Sie stellte vor allem den Stellenwert heraus, den heute integrative Therapieansätze in der Psychosomatik spielen. Ferner begrüßte Korsukéwitz die neue Bereicherung des Therapieangebotes der Klinik um die Musikermedizin. Aus der Sicht der Rentenversicherungsträger seien vor allem die sozialmedizinischen Fragestellungen und die Integration der Arbeitswelt in die psychotherapeutische Behandlung von großer Bedeutung. Daher begrüßte Korsukéwitz die Bemühungen der Klinik auf diesem Gebiet und würdigte die Bedeutung der beruflichen Belastungserprobung und der berufsbezogenen Therapiegruppen im Rahmen der psychosomatischen Behandlung. Zum Schluss unterstrich Korsukéwitz die Bedeutung der Fortbildung und Forschung, an der die Psychosomatische Klinik mit der Arbeitsgruppe um Prof. M.E. Beutel (Universität Mainz) teilnimmt. Prof. Beutel, ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Rehabilitation, hat wichtige Projekte vor allem zur berufsbezogenen Thematik auf den Weg gebracht und betreut diese weiter wissenschaftlich mit seinen Mitarbeitern und Doktorandinnen.

Das zweite Grußwort sprach Herr W. Willeke (Geschäftsführer, Deutsche Rentenversicherung Unterfranken, Würzburg). Willeke vermied es, über die Lage der

Rehabilitation zu lamentieren, sondern hob hervor, dass die Gesetzliche Rentenversicherung immerhin schon 116 Jahre alt sei. Ab dem 1.10.2005 gebe es keine Unterscheidung mehr zwischen Arbeitern und Angestellten. Willeke betonte, dass die Gesetzliche Rentenversicherung eine Zukunft habe und sie mehr und mehr Solidarität und Schutz mit individueller Eigenverantwortung verbinde.

Dann folgten die guten Geburtstagswünsche von Herrn U. Fella (AOK Bayern, DLZ Oberfranken/Unterfranken). Fella fokussierte auf die Dreiecks-Beziehung zwischen Patient, Leistungserbringer und Kostenträger: Der Patient und seine Angehörigen erwarteten eine bestmögliche Behandlung und eine geräuschlose Abwicklung zwischen Klinik und Krankenkasse. Ohne Psychosomatische Kliniken könnten von den komplexen Herausforderungen der Gesellschaft Betroffene nicht zeitnah und kompetent betreut werden.

Das letzte Grußwort sprach Herr Ch. Bredl (Landesvertretung des VdAK Bayern, München). Die Klinik sei ein wichtiger Arbeitgeber für die Region, sie habe überregionale Bedeutung, Patienten kämen aus ganz Deutschland und die Klinik genieße unter ihnen einen guten Ruf. Die von der Klinik durchgeführte Qualitätssicherung würde von den Krankenkassen und den Patienten geschätzt. Dann ging auch Bredl auf ökonomische Fragen ein und beklagte sich darüber, dass bei den notwendigen Reformen der Sicherungssysteme den Krankenkassen der schwarze Peter zugeschrieben werde. Bredl schloss sein Grußwort damit, dass wir uns im Gesundheitssystem auf dramatische Änderungen vorbereiten müssen.

Nach diesen vier Grußworten der Kostenträger hielt Prof. Dr. Dr. H. Lang (Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie, Universität Würzburg) seinen Festvortrag mit dem Titel: Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen. Die Entwicklung der Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland. Lang ging von einem berühmten Zitat Freuds aus, in dem die Worte als das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung hervorgehoben werden. Und Jahrhunderte vor Freud habe schon Shakespeare in seinem Königsdrama „Macbeth“ um die Macht heilender Sprache gewusst. Zu Macduff, der ganz in Trauer und Depression erstarrte, als er erfuhr, dass seine Familie ausgelöscht worden war, lässt er Malcolm sagen: „Gib Worte deinem Schmerz: Gram, der nicht spricht, presst das beladene Herz, bis dass es bricht“.

In seinem weiteren Festvortrag arbeitete Lang die Bedeutung integrativer Ansätze aus Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse heraus und betonte, dass diese Integration mehr und mehr die reale Lage der psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen und Kliniken widerspiegele. „Für die Zukunft lernen“ bedeute, die Grabenkämpfe der Therapieschulen und die ideologischen Diskussionen um die Verschreibung von Psychopharmaka hinter sich zu lassen. Manchmal würden erst Psychopharmaka eine Psychotherapie ermöglichen.

Bettina Linck rundete den Festakt mit einem zweiten Harfesolo mit beeindruckender Eleganz stimmungsvoll ab und entließ die Teilnehmer in die Mittagspause und den Klinikrundgang.

Medizin menschlicher Beziehungen

Nach dem Festakt begann der 2. Block der Tagung, moderiert von Dr. F. Bleichner, der sich der Medizin menschlicher Beziehungen widmete. Einleitend hielt Dr. R. J. Knickenberg

(Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Rehabilitation) einen Vortrag zum Thema: „Stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt“. Die Psychosomatische Klinik hat 2004 insgesamt 2872 Patienten behandelt, davon in der Akutabteilung des Krankenhauses 1735 Patienten mit einer Verweildauer von 35 Tagen und in der Abteilung für Rehabilitation 1137 Patienten mit einer Verweildauer von 37,4 Tagen. Knickenberg stellte vier Betrachtungsweisen dar: die tiefenpsychologische Betrachtung der Symptomentstehung, die tiefenpsychologische Körpertherapie in der Psychosomatik, die verhaltenstherapeutische Betrachtung der Chronifizierungsbedingungen in der Rehabilitation und die aktuelle neurowissenschaftliche Fundierung der Geist-Gehirn-Korrelation.

Nach diesen grundlegenden Einführungen verdeutlichte Knickenberg individuelle Behandlungspläne der Psychosomatischen Klinik anhand der Zuordnungen etwa zur Schmerz-, Tinnitus-, Angst- und berufsbezogenen Gruppe. Am Ende des Vortrages stand ein Überblick über die laufenden Forschungsprojekte, nämlich: zur beruflichen Belastungserprobung, Förderung der beruflichen Reintegration, Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen, Entwicklung und Evaluation eines indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, zur Prävalenz milder kognitiver Beeinträchtigungen bei Patienten der zweiten Lebenshälfte und zu Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke (für weitere Angaben – auch zu den Kooperationspartnern der Projekte – s. Literatur).

Dann berichtete eine Patientin von ihren Therapieerfahrungen in der Klinik. Sehr anschaulich wurde von ihr berichtet, mit welchen Symptomen sie in die Klinik gekommen sei, was ihr geholfen habe, wie sie die Stimmung in der Klinik erlebt habe und an welchen Zielen und Schwierigkeiten sie noch weiterarbeiten müsse. Dieser Vortrag kam besonders gut an bei den zur Tagung eingeladenen Patienten.

Über die Arbeit der Selbsthilfegruppen in Deutschland referierte Dipl.-Psych. J. Matzat (Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen an der Universität Gießen).

Prof. Dr. W. Milch (Universität Gießen) stellte die Frage: Was leistet die Bindungsforschung für das Verständnis psychotherapeutischer Prozesse? Ausgehend von Bowlby beschrieb er die Entstehung und Regulation des Bindungsverhaltens und zog Schlussfolgerungen für die Psychopathologie und Psychotherapie.

PD Dr. med. O. H. Gündel (Universität München) referierte den aktuellen Wissensstand zur Psychobiologie menschlicher Beziehungen, wobei er vor allem auf die Neuroanatomie der Emotionsverarbeitung und auf vegetativ-autonome Prozesse unter klinischen Gesichtspunkten einging.

Den Schluss dieses 2. Blockes am Freitag machte Prof. M. E. Beutel (Universität Mainz) mit seinem Vortrag zur Affektforschung und Psychotherapie. Beutel referierte eine gemeinsam mit M. Rasting durchgeführte Studie, in der es um die Vorhersage des Therapieerfolgs aufgrund des affektiven Zusammenspiels von Patienten und Therapeuten im Erstinterview geht. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass in erfolgreichen Behandlungen Therapeuten nicht-reziprok auf Patienten reagieren. Zum Beispiel bleibt der Therapeut bei einem lachenden Patienten mimisch neutral. Beutel unterstrich, dass psychisch und psychosomatisch Kranke oft ihr Gegenüber im Alltag durch ihr nonverbales Verhalten in unbewusste, maladaptive soziale Beziehungsmuster verwickeln würden.

Perspektiven in der Psychotherapie

Am Samstag, den 25.6.2005, startete der 3. Block, moderiert von Dr. R. J. Knickenberg, der neuen Entwicklungen in der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und psychoanalytischen Therapie gewidmet war.

Zur Verhaltenstherapie: Prof. Dr. med. M. de Zwaan (Universität Erlangen-Nürnberg) hielt ihren Vortrag über stationäre Behandlung von Anorexie und Bulimie. Neue Entwicklungen in der Verhaltenstherapie. De Zwaan betonte, dass sich die Prognose bei der Anorexia nervosa in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht verbessert habe. So ist eine 30fach erhöhte Mortalitätsrate im 1. Jahr nach Diagnosestellung zu beklagen. Es wurden lerntheoretische Modelle und deren Bedeutung für die Therapie referiert. De Zwaan strich hervor, dass der Umgang mit essgestörten Patientinnen unbedingt folgende Elemente erfordere: Klarheit, Struktur, Offenheit, Transparenz und Berechenbarkeit. Vor allem sei bei diesem Störungsbild ständige Fort- und Weiterbildung nötig.

Prof. P. Pauli (Universität Würzburg) hielt besonders für EDV-Begeisterte einen spannenden Vortrag zum Thema: Von der systematischen Desensibilisierung zur virtuellen Exposition am Beispiel der Angstbehandlung. Die Vorteile einer Expositionstherapie in der virtuellen Realität (Simulation von Höhen, Fliegen, Autofahren usw.) seien vielfältig. So können nicht willkürlich herstellbare Situationen realisiert werden (z.B. Turbulenzen), eine graduierte Exposition ist möglich usw. Pauli zeigte, welche therapeutischen Erfolge mit der virtuellen Exposition heute möglich seien.

Zur Tiefenpsychologie und psychoanalytischen Therapie: PD Dr. A. Eckhardt-Henn (Städtische Krankenanstalten Stuttgart) hielt ihren Vortrag zum Thema: Psychodynamische Grundlagen zur Behandlung dissoziativer Bewusstseinsstörungen. Unter Dissoziation wird ein komplexer psychophysiologischer Prozess verstanden, bei dem es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen (z.B. der Erinnerung, des Identitätsbewusstseins) kommt. Eckhardt-Henn beschrieb die therapeutischen Interventionen bei diesen Patienten wie gestuftes therapeutisches Vorgehen, Bearbeitung von Traumaerinnerungen im Schutz einer therapeutischen Beziehung, Aufbau einer internalisierten sicheren Bindungsbasis, Erklärung von Settingsänderungen usw.

Prof. R. Rudolf (Universität Heidelberg) hielt im 3. Block der Tagung das Abschlussreferat zur strukturbezogenen Psychotherapie. Er referierte Grundideen aus dem von ihm mitentwickelten OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) wie: Strukturdimensionen und Strukturfokuspunkte (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr usw.), Auswirkungen struktureller Beeinträchtigungen (sich selbst nicht erleben und emotional nicht verstehen können, von Affekten und Impulsen überflutet werden, sich von anderen abgeschnitten oder mit ihnen verwickelt fühlen usw.) und die Grundeinstellung des Therapeuten (das Verhalten nicht als Ausdruck unbewusster Konflikte verstehen, das Verhalten als repetitive dysfunktionale Muster sehen, welche für den Patienten subjektiv leidvoll sind usw.). Rudolf führte die therapeutische Position im Detail auf unter den Gesichtspunkten: sich hinter den Patienten stellen, sich neben den Patienten stellen und sich dem Patienten gegenüberstellen. Bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen grenzte sich Rudolf deutlich von Kernbergs Ansatz der Deutung ab und favorisierte das Prinzip Antwort in der Tradition von A. und F. Heigl.

Workshops

Die Tagung endete mit 7 Workshops, die bis auf den Workshop von Dipl.-Psych. J. Matzat (Universität Gießen) von Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik durchgeführt wurden. Matzat stellte Grundprinzipien und Erfahrungen von nicht professionell geleiteten Gesprächsgruppen dar:

Dr. med. D. Gustson ging in seinem Workshop „Gynäkologische Psychosomatik / Sexualmedizin“ davon aus, dass der Umgang mit Sexualität oft ein schmerzliches Thema in der stationären Psychotherapie sein kann. Dr. L. Schattenburg (Leitender Psychologe der Abteilung für Rehabilitation) stellte das seit vielen Jahren in der Klinik bewährte Konzept einer berufsbezogenen Gruppentherapie vor und zeigte anhand von Videoausschnitten Interventionen aus der von ihm geleiteten Gruppe. Er analysierte die Art der Interventionen (stützend, strukturierend, deutend usw.) unter dem Aspekt ihrer Häufigkeit und Wirksamkeit. Dabei referierte er aktuelle Ergebnisse aus dem Kooperationsprojekt mit Prof. M.E. Beutel und Dr. R. Zwerenz (Universität Mainz) und den Doktorandinnen B. Krug und S. Mund (Universität Gießen).

Frau OÄ Dr. D. Stelz und CA Dr. F. Bleichner erläuterten das Konzept ihrer stationären psychosomatischen Akutbehandlung. Sie betonten, dass durch die Akutbehandlung es möglich sei, aus dem Abstand von zu Hause eine Klärung der Belastungssituation und der Persönlichkeitsfaktoren vorzunehmen. An Beispielen unterschiedlicher psychosomatischer Krankheitsbilder stellten beide Workshop-Leiter die Möglichkeiten und Erfahrungen mit ihrem Konzept vor. Besonders fokussierten sie auf die Übergänge aus der ambulanten in die stationäre Behandlung und zurück in die haus- und fachärztliche Versorgung.

Frau Dr. med. A. Kerber-Stachowitz und der Arzt Herr G. Loy erläuterten die Vorgehensweisen einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Schmerzbewältigungsgruppe, die mit dem Behandlungsschwerpunkt chronischer Schmerz angeboten wird. Die Ärzte Frau A. Böhme und Herr G. Mönnich und die Psychologin Frau I. Hees stellten das seit vielen Jahren in der Klinik bewährte Manual zur Krankheitsbewältigung des Tinnitus mit praktischen Übungen wie z.B. Aufmerksamkeitslenkung oder Visualisierungsübungen vor.

Großer Erfolg hatte der von Dipl.-Psych. M. Kupfer und Dr. med. T. Leitner angebotene Workshop „Vorsicht! Junge Männer oder: eine vergessene und vernachlässigte Generation. Erfahrungen aus einer körperpsychotherapeutischen Gruppe mit Männern unter 25 Jahren an einer Psychosomatischen Klinik“. Junge Männer fallen auf durch Kriminalität, Gewalt, Drogenkonsum usw. Kupfer und Leitner arbeiten seit über eineinhalb Jahren engagiert mit dieser vernachlässigten Gruppe im Rahmen eines Zusatzangebotes des Krankenhauses.

Fazit

Frau Dr. med. R. Schütz und Herr E. Münch wurden als wegweisende Gründer der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt vor 30 Jahren gewürdigt. An der Abendveranstaltung, der die Mitgliederversammlung der Fränkischen Weiterbildungsgemeinschaft für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie (FPM) vorausging, wurde gefeiert mit dem

„Duo du Salon“ (Bamberg) und mit einer kabarettistischen Einlage von Pfarrer Richter (Krankenhausseelsorger am Rhön-Klinikum) unterstützt von Frau Dipl.-theol. A. Lux.

Das Tagungsprogramm enthielt ein breit gestreutes Spektrum an Themen. Die wissenschaftlichen Vorträge und die Workshops spiegelten den Zeitgeist eines integrativen und wissenschaftlich offenen Denkens wider bei gleichzeitiger Würdigung der Leistungen und nicht zu übersehenden Eigenarten der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse. Einer unreflektierten Mischung der Therapieschulen wurde nicht das Wort geredet. Die Zuhörer konnten davon profitieren, dass bekannte Repräsentanten aus der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse ihre Forschungsergebnisse und therapeutische Vorgehensweisen vortrugen und sich der Diskussion stellten.

Sehr willkommen war der Vortrag über das OPD, weil die Klinik dieses hilfreiche Diagnostikum mit Gewinn anwendet. Spannend die Ergebnisse der Vorträge aus den Neurowissenschaften, die unser Verständnis von entwicklungspsychologischen und psychosomatischen Prozessen vertiefen werden. Jedem Psychotherapeuten ist aus seiner praktischen Erfahrung klar, dass der Erfolg einer Therapie mit einer guten therapeutischen Beziehung steht und fällt. Diese Erfahrung wurde durch neue Forschungsergebnisse bestätigt und die Zuhörer bekamen konkrete Anregungen, auf welche Aspekte (z.B. Mimik) sie bei der Herstellung und Aufrechterhaltung einer erfolgreichen therapeutischen Beziehung besonders achten sollten. Die technischen Möglichkeiten in der Psychotherapie, wie dies am Beispiel der virtuellen Exposition bei einer Angstbehandlung eindrucksvoll gezeigt wurde, stecken noch aufgrund komplexer Programmierungserfordernisse in den Kinderschuhen. Inwieweit diese Möglichkeiten auch in der Tiefenpsychologie in der praktischen Arbeit gewinnbringend eingesetzt werden können, bleibt eine aufregende Forschungsfrage. Dass die therapeutische Forschung trotz großer Fortentwicklungen in den letzten Jahrzehnten noch einiges zu tun hat, zeigt auch die nach wie vor z.T. sehr ungünstige Prognose bei der Anorexia nervosa. Ferner wurde auf die Notwendigkeit und Vorteile einer engen Verschränkung von Vor- und Nachbehandlung in der Psychosomatik eindringlich hingewiesen.

Die gutbesuchte zweitägige Tagung zeigte trotz der geforderten Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen die Bedeutung und Notwendigkeit einer psychosomatischen Behandlung im Rahmen einer Akutversorgung und der Rehabilitation. Dies wurde in allen Grußworten der Kostenträger hervorgehoben. Die zur Tagung eingeladenen Patienten der Klinik nahmen zahlreich und interessiert teil und stärkten die therapeutische Allianz zwischen ihnen und den Therapeuten. Für alle Beteiligten wurden wichtige Impulse gegeben in einem kollegialen und patientennahen Austausch in der Psychosomatik, der in einer herausfordernden Gesellschaft oft mit schwierigen Biografien nicht nur eine therapeutische, sondern auch eine orientierungsstiftende Bedeutung zukommt. Herzlichen Dank an die Kostenträger, Vortragenden, Referenten, Musiker, Kabarettisten, Teilnehmer und Mitarbeiter der Klinik für das gute Gelingen des Geburtstagsfestes und die Motivation für die kommende therapeutische Arbeit und Forschung.

Autoren

Manfred E. Beutel, Prof. Dr. med. Dipl. Psych.,
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

G. B.,
Ehemalige Patientin

Franz Bleichner, Dr. med.,
Chefarzt,
Abteilung Krankenhaus,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Adelheid Böhme,
Assistenzärztin,
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Christian Bredl,
Landesvertretung des VdAK Bayern, München

Annegret Eckhardt-Henn, PD, Dr. med.,
Oberärztin, Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Uwe Fella,
AOK Bayern,
DLZ Oberfranken / Unterfranken, Würzburg

Harald Gündel, PD Dr. med.,
Oberarzt, Institut und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie
und medizinische Psychologie,
Technische Universität München

Dirk Gustson, Dr. med.,
Facharzt für Gynäkologie,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Medizinisches Versorgungszentrum,
Bad Neustadt

Irmgard Hees, Dipl. Psych.,
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Rudolf J. Knickenberg, Dr. med.,
Ärztlicher Direktor,
Chefarzt Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Christiane Korsukéwitz, Dr. med.,
Ltd. Ärztin,
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Berlin

Matthias Kupfer, Dipl. Psych.,
Abteilung Krankenhaus,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Herman Lang, Prof. Dr. med. Dr. phil.,
Institut für Psychotherapie
und medizinische Psychologie,
Bayerische Julius-Maximilians Universität,
Würzburg

Thomas Leitner, Dr. med. univ.,
Assistenzarzt,
Abteilung Krankenhaus,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Jürgen Matzat, Dipl. Psych.,
Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen,
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Justus-Liebig-Universität, Gießen

Wolfgang Milch, Prof. Dr. med.,
Leitender Oberarzt,
Zentrum für Psychosomatische Medizin,
Justus-Liebig-Universität, Gießen

Gisbert Mönlich,
Assistenzarzt,
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Eugen Münch,
Aufsichtsratsvorsitzender,
Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt

Paul Pauli, Prof. Dr. phil.,
Biologische und Klinische Psychologie,
Bayerische Julius-Maximilians Universität,
Würzburg

Jörg Rieger,
Geschäftsleitung,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Armin Rußmann,
Assistenzarzt,
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Gerd Rudolf, Prof. Dr. med.,
Psychosomatische Klinik, Medizinische Fakultät,
Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg

Lothar Schattenburg, Dr. phil.,
Ltd. Psychologe,
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Dagmar Stelz, Dr. med.,
Oberärztin,
Abteilung Krankenhaus,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Willi Willeke,
Geschäftsführung,
Deutsche Rentenversicherung Unterfranken,
Würzburg

Martina de Zwaan, Prof. Dr. med.,
Leiterin der Abteilung für Psychosomatik
und Psychotherapie,
Friedrich-Alexander-Universität,
Erlangen-Nürnberg

Veröffentlichungen

• Schriftenreihe I

Vorträge zur Fachtagung 2003

Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung,
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung.

• Schriftenreihe II

Vorträge zur Fachtagung 2004 „Return to work“

Die Wiedereingliederung in Arbeitsprozess als Aufgabe der Psychosomatischen Rehabilitation.

• Schriftenreihe III

Vorträge zur Fachtagung 2004

Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht

Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

• Schriftenreihe IV

2. Bad Neustädter Fachtagung für Sozialpädagogen und Sozialarbeiter 2004

„SGB IX und Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG): Erste Erfahrungen“

• Schriftenreihe V

Forschungsbericht 2005

anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Klinik

• Publikationen 2005

1. Beutel ME, Knickenberg RJ, Krug B, Mund S, Schattenburg L & Zwerenz R
(in press) Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients
– with an emphasis on work related conflicts. International Journal of Group Psychotherapy.
2. Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F, Vorndran A, Gustson D, Knickenberg RJ
(in press) Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation
– Short and long-term results from a controlled study. Disability & Rehabilitation.
3. Knickenberg RJ, Beutel ME (2005) Prävention vor Kuration psychischer Störungen
– ein Konzeptmodell. In: Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M (Hg) Rehabilitation
bei psychischen Störungen. Urban & Fischer, München, S. 353 - 364.
4. Schattenburg L, Knickenberg RJ, Beutel ME, & Zwerenz R (2005) Vergleich von
tiefenpsychologischen Gruppen (halboffen vs. geschlossen) im stationären Setting
mit dem Gruppenklimafragebogen (GCQ-S) von MacKenzie. Psychotherapie,
Psychosomatik, medizinische Psychologie, 55(2), III.
5. Schattenburg L, Knickenberg RJ, Krug B, Mund S, Beutel ME, & Zwerenz R (2005)
Behandlungintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich
belastete Patienten in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation – Videogestützte
Analyse der Interventionen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
(Ed.), 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitationsforschung
in Deutschland – Stand und Perspektiven – vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover
(Vol. 59, pp. 453-455). Frankfurt / Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

6. Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L & Beutel ME (2005) Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation*, 44(01), 14-23.

- **Qualitätsbericht**

der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG,
Berichtsjahr 2004

