



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Konzepte der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Schriftenreihe XXIII



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion:

Dr. phil. Lothar Schattenburg, Prof. Dr. Martin Siepmann
V. i. S. d. P.: Burkhard Bingel, Jochen Bocklet
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Allgemeine Angaben zum Unternehmen nach § 5 TMG:

Vorstand: Stefan Holzinger, Prof. Dr. Bernd Griewing,
Dr. Dr. Martin Siebert
Schlossplatz 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 650

www.rhoen-klinikum-ag.com

Registergericht: Amtsgericht Schweinfurt, HRB 1670

zuständige Aufsichtsbehörde nach § 30 GewO:

Landratsamt Rhön-Grabfeld

Gestaltung und Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & KG,
Am Angertor 11, 97618 Wülfershausen
im Mai 2017

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

SCHRIFTENREIHE XXIII DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Philipps-Universität Marburg

INHALTSVERZEICHNIS

6 VORWORT

KONZEPTE DER KLINIK

- 7 Konzept der Psychosomatischen Klinik
Martin Siepmann und Dagmar Stelz
 - 30 Konzept der Tagesklinik
Guido Loy und Martin Siepmann
-

KONZEPTE FÜR SCHULUNGEN IN BETRIEBEN

- 42 Seminar zur Prävention psychischer Störungen:
Psychosomatik im Betrieb
Martin Siepmann, Annerose Vorndran und Lothar Schattenburg
-

KONZEPTE DER STÖRUNGSSPEZIFISCHEN INDIKATIVEN GRUPPEN

- 46 Alterspsychosomatik
Lothar Schattenburg
 - 55 Angstbewältigung
Lothar Schattenburg
 - 64 Anorexia nervosa und Bulimie
Dagmar Stelz und Martin Siepmann
 - 77 Behandlung junger Männer in der Reifungskrise
Jörg Müller
 - 85 Berufsbezogene Therapiegruppe (BTG)
Lothar Schattenburg
 - 95 Chronische Schmerzstörungen
Martin Siepmann und Adriana Ionescu
-

118 Paartherapie „Wege zueinander“

Guido Loy und Petra Loy

130 Psychosomatische Erkrankungen und Adipositas

Dagmar Stelz und Martin Siepmann

142 Psychotraumatherapie

Margret-Rose Ransburg

150 Somatisierungsstörungen und
somatopsychische Erkrankungen

Walther Greite

157 Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

Lothar Schattenburg

165 Zusammenfassung der Körperbezogenen Psychotherapie

Britta Günther

170 AUTORENVERZEICHNIS

171 SCHRIFTENREIHEN DER KLINIK

VORWORT

In der vorliegenden Schriftenreihe werden nun nach dem Umzug der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt im Mai 2016 in die neue Klinik an der Kurhausstraße 31 die Konzepte für die Klinik, die Tagesklinik und für die auswärtigen Aktivitäten „Psychosomatik im Betrieb“ dargestellt. Ferner werden alle indikativen Gruppen auf dem neuesten Stand zusammengefasst.

Die Psychosomatische Klinik war ursprünglich in den 1970er Jahren tiefenpsychologisch orientiert. Nun sind im Rahmen der modernen evidenzbasierten integrativen Psychotherapie in den letzten Jahren verhaltenstherapeutische Ansätze verstärkt hinzugekommen. Diese Ansätze bilden sich in unseren Therapiekonzepten der Klinik, der Tagesklinik und der störungsspezifischen (indikativen) Gruppen ab. Viele der in dieser Schriftenreihe aufgeführten indikativen Gruppen waren in der alten Klinik schon gut etabliert, einige kamen nach dem Umzug neu hinzu, so dass den Patienten in der neuen Klinik ein breit gefächertes Angebot gemacht werden kann. Die Nachfrage nach den indikativen Gruppen ist hoch und diese Gruppen werden gut besucht.

Jedes therapeutische Konzept muss gegenüber dem Feedback der Patienten, gegenüber dem Feedback der GruppenleiterInnen und gegenüber den Ergebnissen der Psychotherapieforschung offen bleiben. Neue Verfahren werden zunächst auf ihre Wirkungen und Nebenwirkungen untersucht und dann gezielt eingesetzt. Eine kontinuierliche wissenschaftlich fundierte Konzeptweiterentwicklung ist notwendig. Dieser Haltung fühlen wir uns in unserer Supervision, Fort- und Weiterbildung und unseren Kongress- und Forschungsaktivitäten verpflichtet.

Prof. Dr. Martin Siepmann
Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Dr. Dagmar Stelz
Chefärztin

Dr. phil. Lothar Schattenburg
Ltd.-Psychologe

KONZEPTE DER KLINIK

KONZEPT DER
PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK

Martin Siepmann und Dagmar Stelz

Vorwort

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt wurde am 01.04.1975 eröffnet. Von Beginn an wurden die Patienten einer akutstationären psychosomatischen Behandlung oder bei anderen Leistungsträgern einem rehabilitativen Behandlungsansatz zugeführt. 1995 erfolgte die Einteilung der Klinik in eine Krankenhaus- und eine Rehabilitationsabteilung, die sich seitdem auf dem Campusgelände Bad Neustadt des RKA befanden.

Seit dem Umzug in die vollständig und nach modernen Gesichtspunkten renovierte und erweiterte ehemalige Kurparkklinik Bad Neustadt im Jahr 2016 stehen 240 akutpsychosomatische Betten zur Verfügung. Hinzu kommen 20 tagesklinische Plätze. Aufgrund der räumlichen Begrenzung können vorübergehend keine Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Die Klinik ist zertifiziert nach DIN EN ISO: 2008.

Sie ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Marburg. Es bestehen intensive Kooperationen mit den übrigen Kliniken des Campus Bad Neustadt (Herz- und Gefäß-Klinik, Klinik für Handchirurgie, Neurologische Klinik, Frankenklinik, Saaletalklinik, RHÖN-Kreisklinik), weiterhin besteht ein weit verzweigtes Netz an Kooperationen mit Kostenträgern, Zuweisern, Selbsthilfegruppen, Weiterbildungsinstituten und weiteren Universitäten (u. a. Gießen/Marburg, Dresden, Mainz).

Regelmäßig finden auf verschiedenen Ebenen externe Supervisionen und Qualitätskontrollen statt (z. B. IQP München). Die Klinik verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, weiterhin über die Weiterbildungsermächtigung für ein halbes Jahr Psychiatrie sowie ein Jahr Sozialmedizin.

Prof. Dr. Martin Siepmann ist als Ärztlicher Direktor Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Klinische Pharmakologie, Supervisor (AAP Dresden) und Suchtmediziner mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Frau Dr. Dagmar Stelz ist als Chefärztin Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Innere Medizin, Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Ärztliches Qualitätsmanagement, Balintgruppenleiterin (BLÄK und DBG), Supervisorin (AfP Erfurt) und besitzt den Fachkundenachweis Rettungsdienst.

Einleitung

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ist Vorreiterin bei der Einführung und Gestaltung des PEPP (Pauschaliertes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik), das mit dem 01.10.2013 in Kraft trat. Zudem legen wir großen Wert darauf, das Konzept stets aktuell zu halten sowie die Erkenntnisse aus Leitlinien und wissenschaftlichen Publikationen zu berücksichtigen. Die Klinik ist aufgeteilt in zwei Chefarztbereiche: mit 125 Betten unter der Leitung der Chefarztin Dr. Dagmar Stelz und mit 115 Betten sowie 20 tagesklinischen Plätzen unter der Leitung des Ärztlichen Direktors Prof. Dr. Martin Siepmann.

Behandelt werden im Krankenhaus psychosomatische und psychische Störungen, deren Schweregrad dringlich eine stationäre Behandlung, das heißt eine zeitnahe Herausnahme aus dem häuslichen Milieu, erfordert. Durch den strukturierenden, haltgebenden psychosomatischen Therapierahmen des stationären Krankenhaussettings soll die Stabilisierung des Patienten so weit vorangebracht werden, dass der Patient anschließend ambulant oder teilstationär weiterversorgt werden kann.

Klinik und Umfeld

Zimmer

Die 240 Patienten der beiden Abteilungen der Psychosomatischen Klinik sind auf sechs Stationsebenen in Einzelzimmern mit eigenem Badezimmer untergebracht. Auf den jeweiligen Stationsebenen ist die therapeutische Präsenz über Schwesternzimmer, Therapeutenzimmer und Gruppentherapieräume gewährleistet. Die Klinik ist mit einer größeren Zahl adipositas- und behindertenfreundlich ausgestatteter Zimmer versehen. Weiterhin verfügt sie über Zimmer mit extralangen Betten. Die Kriseninterventionsstation hat zudem einen mit zwei Plätzen ausgestatteten Schockraum und ein zusätzliches Überwachungszimmer für Patienten mit psychischen oder körperlichen Instabilitäten. Eine mit 25 Betten gebaute Komfortstation in der sechsten Etage des Gebäudes bietet z. B. für Privatpatienten oder Selbstzahler neben der Möglichkeit der Chefarztwahlleistungen die Unterbringung in Einzelzimmern mit gehobenem Standard.

Für einen angenehmen Aufenthalt außerhalb ihrer Zimmer stehen den Patienten Sitzgruppen im Foyer-Bereich, außer-

halb der Essenszeiten der Speisesaal (mit angrenzender Terrasse und direktem Zugang zum Kurpark) und diverse Vortragsräume zur Verfügung. Jede Patientenetage ist mit einer eigenen kleinen Teeküche ausgestattet, die mit Kaffee- und Teebereiter sowie Trinkwasserspender bestückt ist.

Rezeption

Die Rezeption im Eingangsbereich übernimmt eine wichtige Funktion in der Vermittlung zwischen den Anliegen der Patienten, der Verwaltung und der therapeutischen Mitarbeiter. Über die Rezeption werden die Patienten aufgenommen und anschließend durch die Stationsschwestern auf die Stationen geleitet. Die Rezeption übernimmt zudem die Koordination medizinischer und anderer Notfallmaßnahmen. Sie ist in drei Schichten besetzt. Die Mitarbeiter sind darauf eingestellt, dass Patienten sich direkt an sie wenden, wenn sie ärztliche, therapeutische oder pflegerische Kontakte benötigen.

Zugangswege und Aufnahme

Zugangswege

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte (§ 39 Absatz 4 SGB V) bzw. durch die Verlegung aus anderen Akutkrankenhäusern nach telefonischer bzw. schriftlicher Anmeldung.

Es besteht ein Vertrag nach § 108 SGB V mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klinik ist für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes beihilfefähig. Bei privatversicherten Patienten ist in jedem Fall die Kostenzusage der Versicherung vor dem Beginn des Aufenthalts in unserem Haus einzuholen (gemäß den Vertragsbedingungen des Verbandes der Privatkrankenversicherer).

Die Patienten können über unsere Chefarztsekretariate Kontakt mit der Klinik aufnehmen. Ihre Anfrage wird dort bearbeitet, indem entweder ohne Zwischenschaltung eines Chef- oder Oberarztes ein Termin unmittelbar vergeben oder ein Rückruf mit dem Behandler vereinbart wird, um die Indikationsstellung exakter überprüfen zu können. Auch lassen sich vorstationäre Gespräche oder die Zusendung eines Motivationsschreibens vereinbaren. Treten die Patienten unmittelbar per Brief, E-Mail oder Telefonanruf an uns heran, bitten wir um eine zusätzliche Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt/Therapeuten mit uns.

Aufnahme

Nach Ankunft der Patienten in der Klinik werden diese von der Stationsschwester mit den Strukturen des Hauses bekannt gemacht. In einem oberärztlichen explorativen Anreisegespräch werden die Vorgeschichte und die aktuellen Beschwerden der Patienten ausführlich ergründet. Schließlich erfolgt eine erste Therapieplanung mit den gemeinsam formulierten vorläufigen Behandlungszielen. In diesem Zusammenhang bemühen wir uns um Transparenz, indem wir die Patienten in die Abläufe des therapeutischen Prozedere einbeziehen. Je nach Krankheitsbild und Allgemeinzustand wird schließlich eine Aufteilung in die einzelnen Sektionen des Hauses vorgenommen.

Krankenhausstruktur

Das Kerngebiet der Chefärzte der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst die Internistische Psychosomatik mit den Schwerpunkten Anorexia nervosa und Bulimie, somato-psychische Erkrankungen, Traumatherapie und junge Männer (Dr. Dagmar Stelz) sowie den Bereich Alterspsychosomatik mit den zusätzlichen Schwerpunkten berufsbezogene Erkrankungen, Adipositas, somatoforme Störungen und Schmerzstörungen (Prof. Dr. Martin Siepmann). Psychotherapeutisch sind jeweils circa neun Patienten einem Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) zugeordnet. Diese Therapiegruppen werden in unterschiedlicher Ausprägung in sogenannten Sektionen zusammengefasst, die medizinisch und psychotherapeutisch jeweils durch Oberärzte und/oder einen leitenden Psychologen betreut werden. Hinzu kommt eine Kriseninterventionsstation (K1.1).

Jeder Oberarzt hat einen Behandlungsschwerpunkt, wobei wir grundsätzlich bemüht sind, eine gemischte Belegung in jeder Sektion anzubieten. Die therapeutische Arbeit ist tiefenpsychologisch orientiert. Konzeptuell besteht ein gruppentherapeutisches Setting, aufgeteilt in verbale und körperorientierte Gruppen. Die Patienten haben in der Regel mindestens eine Gruppentherapie täglich, regelmäßige Visiten und einzeltherapeutische Gespräche. Zusätzlich bieten wir Spezialtherapien in der Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien sowie Ernährungsberatung an. Spezielle indikative Gruppentherapieangebote bestehen für Männer unter 25 Jahren, Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie, Traumafolgestörungen, Adipositas, Angststörungen, Schmerzstörungen und berufsbezogenen Problemen. 24-Stunden-Vordergrund-

dienste werden je von einem Arzt und einem Psychologen geleistet. Dreischichtig sind Fachpflegekräfte im gesamten Haus für die Patienten zuständig. Der Facharztstandard wird durch den Oberarzt im Hintergrunddienst gewährleistet.

Auf der Kriseninterventionsstation (K1) werden Patienten in Krisen von jeder Station im Sinne eines Belegsystems behandelt, bis sie so stabilisiert sind, dass sie auf die Normalstation (zurück-)verlegt werden können. Die Fachpflegekräfte der Kriseninterventionsstation (K1) arbeiten im Drei-Schicht-System. Die Patienten gehören weiter zu der ihnen zugeordneten Allgemeinstation und werden durch deren Oberarzt behandelt. Auf der Kriseninterventionsstation (K1) finden zusätzlich zu den Stationstherapien regelmäßig montags und freitags Oberarzt- und Chefarztvisiten sowie am Wochenende (samstags und sonntags) Oberarztvisiten statt.

Sollte eine direkte Verlegung in psychiatrische Kliniken oder bei somatischen Instabilitäten bzw. Abklärungsbedürftigkeiten eine Verlegung in entsprechende somatische Akutkliniken nötig sein, werden die Patienten nach Abschluss der Behandlung von dort in der Regel zurückübernommen.

Indikations- und Behandlungsspektrum

Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist, dass das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39, § 108 SGB V). Die Fachabteilungsdiagnosen sind:

- mittel- und schwergradig ausgeprägte depressive Störungen (ICD-10 F32, F33, F34): beispielsweise in der Folge von beruflichen und privaten Konflikt- und Belastungssituationen oder negativ gefärbten Lebensbilanzkrisen (diese auch im höheren Lebensalter)
- neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F40 bis F48): unter anderem chronische phobische Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen, die posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen, unterschiedliche Somatisierungsstörungen, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
- Essstörungen (ICD-10 F50 bis F59): von der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zur Adipositas per magna und zu nicht organischen Schlafstörungen (F51.0). Die Patienten mit Adi-

positas werden in ein angepasstes, tägliches Bewegungsprogramm integriert und bekommen eine Ernährungsberatung. Für die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sowie für die Patienten mit Adipositas liegt ein eigenes Konzept vor

- psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) im Zusammenhang mit Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Dermatitis, Urtikaria etc.
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10 bis F19), vor allem deren schädlicher Gebrauch, wenn diese nicht Hauptdiagnosen sind. Wir sind keine somatische Entzugsklinik oder Entwöhnungsklinik. Wir sehen unsere Arbeit an diesen Patienten, die häufig mit Nebendiagnosen aus dem benannten Bereich zu uns kommen, in der Motivationsarbeit und in der Behandlung der sekundären Suchtanteile beispielsweise bei Depressionen oder Angsterkrankungen
- somatopsychische Erkrankungen: Wir behandeln häufig Patienten mit den verschiedensten somatischen Erkrankungen (KHK, Diabetes mellitus, Hypertonie, neurologische, internistische Krankheiten, Patienten im Senium). Bei ihnen sollte eine ausreichende körperliche Selbstständigkeit und Belastbarkeit vorliegen. Die Behandlung von Patienten mit kognitiven Störungen im Alter ist möglich, wenn diese nur leichtgradig ausgeprägt sind

Kontraindikationen für die akutpsychosomatische stationäre Behandlung sind unter anderem Patienten unter 18 Jahren sowie hirnnorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist. Auch Patienten mit akuter Suizidalität, akuten Psychosen oder manifester Sucht und Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig sind, können wir nicht akutpsychosomatisch betreuen.

Ziel ist es, mit Hilfe der vorgestellten Behandlungsansätze die Patienten intensiv auf die Alltagserfordernisse vorzubereiten sowie die Bereitschaft zur Selbstfürsorge, Selbstverantwortung und Veränderung zu fördern. Des Weiteren soll eine solche Stabilität erarbeitet werden, dass die Therapie schließlich auf ambulanter, teilstationärer oder einer beschützenden Ebene weiter stattfinden kann. Insgesamt geht es darum, Ressourcen der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und diese wieder verfügbar zu machen. Hilfreich für die poststationären Planungen sind unsere Sozialpädagogen.

Basisdokumentation (Bado)

Alle Patienten werden bei Aufnahme und bei Entlassung im Rahmen der Basisdokumentation zur Lebenssituation, zu krankheitsrelevanten Aspekten und zu ihrer Behandlungszufriedenheit mit Hilfe von GAF, PHQ-D, ISR und ZUF befragt. Die Auswertung dieser Fragebögen wird sowohl für die interne als auch externe Qualitätsüberprüfung verwandt.

Im Sinne einer externen Qualitätssicherung zur Prozess- und Ergebnisqualität werden die in der Basisdokumentation erhobenen Daten mit allen Daten aus den bayerischen psychosomatischen Kliniken, die sich im Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) München zusammengefunden haben, in anonymisierter Form verglichen.

Gruppenpsychotherapie

Das stationäre Behandlungssetting der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist schwerpunktmäßig auf ein Gruppensetting – überwiegend tiefenpsychologisch orientiert – ausgerichtet. Die gruppentherapeutische Arbeit teilt sich schwerpunktmäßig in verbale und körperbezogene Gruppenpsychotherapien auf. Die körperbezogenen Gruppentherapien setzen auf der Ebene des basalen Körpererlebens an. Sie werden regelmäßig von externen Körpertherapeuten supervidiert. Ergänzend finden einzeltherapeutische Gespräche statt sowie Krisen- und Motivationsgespräche, Visiten und Stabilisierungsarbeit.

Theoretisch-konzeptuelle Orientierung

Die tiefenpsychologische Psychosomatik geht von der Vorstellung aus, dass die Symptome und Beschwerden des Patienten mit allgemeinen Lebens- und Persönlichkeitsproblemen in Zusammenhang stehen und dass diese Zusammenhänge dem Patienten selbst nicht bzw. nur teilweise bewusst sind. Dieser Ansatz enthält folgende Bestimmungsstücke:

- Symptome, unter denen der Patient leidet, und das damit in Zusammenhang stehende Krankheitsverhalten erlebt er bewusst. Die Ursachen und Hintergründe seiner Erkrankung, d. h. die Dynamik, aus der die Erkrankung entsteht und die

sein Krankheitsverhalten bedingt, bleiben dem Bewusstsein des Patienten teilweise verborgen, sie sind unbewusst. Im Bereich der unbewussten Konfliktpathologie besteht bei psychosomatischen Erkrankungen stets ein unbewusstes Potenzial nicht gelebter Emotionen, das sich als Phantasie mit motivationalem Charakter beschreiben lässt

- Das Muster dieser nicht gelebten Emotionalität eines psychosomatisch Erkrankten lässt sich tiefenpsychologisch als Konflikt auffassen. Die heutige tiefenpsychologische Psychosomatik hat sich von dieser Spezifitätsannahme gelöst bzw. ist in andere Richtungen offener und empirischer geworden. Neben den herkömmlichen Konzepten finden objektbeziehungstheoretische Erwägungen, Bindungstheorie, Traumaforschung und das Konzept der strukturellen Ich-Störungen Berücksichtigung. Aus empirischer Sicht liegen zumeist unbewusste Konflikte und auch Entwicklungsdefizite vor
- In der Persönlichkeitsstruktur – einerseits genetisch teilweise festgelegt, andererseits in der frühen Kindheit grundgelegt – ist die Konfliktpathologie eingebettet. Frühe Verletzungen und Missbrauchserlebnisse, unerfüllte Wünsche und Frustrationen, also allgemein traumatische Beziehungserfahrungen, können nicht entsprechend verarbeitet werden und bestimmen so als „Leitlinie“ das gesamte Leben der betreffenden Persönlichkeit. Diese Persönlichkeits- und Konfliktpathologie bestimmt alle wesentlichen weiteren Entscheidungen des Menschen bis in das Erwachsenenalter hinein. Dabei werden die unerfüllt gebliebenen kindlichen Wünsche, insbesondere in den späteren Beziehungsphantasien, in die Bereiche der Partnerschaft und der Arbeit einfließen. Analog zum Grundmuster seiner Erfahrungen und seiner Frustrationen versucht der Erwachsene unbewusst seine Beziehung zu konstellieren, ohne die tiefgefühlten frühen Defizite damit kompensieren zu können. So entsteht Enttäuschungswut, die er schon in der Kindheit und dann auch in den späteren Beziehungen nicht adäquat ausleben und verarbeiten konnte. Die Symptomentstehung kann dann als Kompromiss zwischen seinen frühkindlichen Wünschen und Erfahrungen und den auf diesem Hintergrund aktuell gefühlten Entbehrungen angesehen werden
- Mittels einer intensiven Schulung der Körperwahrnehmung und regelmäßiger Körperpsychotherapien unter Nutzung von Eutonie, konzentrativer Bewegungstherapie und der Feldenkrais-Methode im Rahmen einer eigenen bewährten Therapiekonzeption führen wir die Patienten an eine intensive Körperarbeit heran. Auf diesem Weg gelingt es, den körpersprachlichen Ausdruck verdrängter oder ungelebter Emotionen zu verstehen und eine Symptomreduktion zu erreichen

- Neben den tiefenpsychologischen Konzepten integrieren wir in unsere moderne theoretische Orientierung auch verhaltenstherapeutische Theorieansätze im Sinne eines integrativen Theorie- und Therapieansatzes. Diese Ansätze kommen besonders bei der Modifikation von gelernten sozialen Interaktionsschemata und Kontrollüberzeugungen zur Anwendung
- Viel Wert legen wir auf unsere spezielle Indikationsgruppe für junge Männer bis circa 25 Jahre, die von einem Oberarzt und weiteren männlichen Therapeuten geleitet wird. In dieser Gruppe können sich die Patienten über den Weg der körpertherapeutischen Arbeit mit ihren spezifischen Problemen intensiv befassen
- Regelmäßig werden nach individueller Indikationsstellung (Einzel- oder Gruppensetting) Paar- und Familiengespräche durchgeführt
- Bei schwer traumatisierten Patienten wird bereits im Anreisesgespräch mit Stabilisierungsarbeit und Psychoedukation begonnen. Die Integration in das tiefenpsychologische Behandlungsangebot leiten wir individuell und sehr vorsichtig ein. Neben einzeltherapeutischen Kontakten werden in einer Stabilisierungsgruppe (unter Führung der Leitenden Oberärztin und weiterer Therapeuten) Stabilisierungstechniken unter besonderer Berücksichtigung der Achtsamkeit vorgestellt und eingeübt
- Schule im Krankenhaus: Seit 2000 kommen Pädagogen der Schule für Kranke in die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Während der bayerischen Regelschulzeit findet ein wöchentliches Schul- und Lernangebot als Einzel- bzw. Gruppenunterricht statt

Therapeutisches Vorgehen

Es wird eine umfassende fachärztlich geleitete, psychiatrische, psychotherapeutische und internistische Diagnostik durchgeführt und mit dem Patienten gemeinsam die bio-psycho-soziale Disposition seiner Erkrankung erarbeitet.

Der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit des Krankheitsbildes wird durch ein fachärztliches exploratives Gespräch und eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag Rechnung getragen. Im Regelfall wird dabei auch die medikamentöse Behandlung festgelegt oder die vom Patienten mitgebrachte Medikation

zunächst weitergeführt. Dabei wird auch das therapeutische Arbeitsbündnis erklärt und vereinbart.

Anamneseerhebung und Erarbeitung der biographischen Hintergründe der aktuellen Dekompensationssituation finden statt. Dem folgt die individuelle Erstellung einer Zieldefinition in mündlicher oder schriftlicher Form. Der Patient formuliert seine Zielvorstellungen mit Hilfe des Therapeuten. Weitere wichtige Punkte sind die Ausformulierung der Eigenverantwortung des Patienten für das Erreichen dieser Ziele. Es wird dabei zum Ausdruck gebracht, dass jegliche Besserung seines Zustandes sein eigenes Verdienst und nicht die Verpflichtung des Therapeuten ist. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Begleitung, der Zurverfügungstellung des speziellen psychotherapeutischen Wissens und der Unterstützung des Patienten beim Erkennen und Bewältigen seiner Störung. Mit dieser Abmachung wird das Arbeitsbündnis beschrieben, in dem Therapeut und Patient als Partner an einem vom Patienten vorgegebenen Ziel arbeiten. Immer wieder wird am Therapiefokus gearbeitet. Regelmäßig werden Fortschritte in den wöchentlich stattfindenden Visiten und die weitere stationäre Behandlungsnotwendigkeit überprüft. Vor Beginn der Behandlung wird über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie ausführlich mündlich und schriftlich anhand eines Aufklärungsbogens informiert. Im Therapievertrag wird in der Regel der Verzicht auf Alkohol, Drogen oder andere Suchtmittel besprochen.

Zur stationären Aufnahme gelangen zunehmend schwer gestörte Patienten mit Ich-strukturellen Defiziten. Leichtere Verlaufsformen psychischer Störungen werden heutzutage überwiegend ambulant oder teilstationär behandelt und gelangen höchstens im Rahmen akuter psychischer Krisen in die stationäre Behandlung. Die angewandten Therapiemaßnahmen sind grundsätzlich darauf ausgerichtet, dem Patienten im Rahmen eines stärker strukturierten Vorgehens Einsichten in seine Entwicklung zu vermitteln. Zudem helfen ihm die therapeutischen Mitarbeiter durch die Einnahme von Hilfs-Ich-Funktionen dabei, eine strukturelle Nachreifung des Ichs des Patienten einzuleiten und seine Objekt- und Selbsterfahrung bewusster wahrzunehmen. In der tiefenpsychologischen Therapie spielt die Diagnostik ungünstiger Beziehungskonstellationen eine große Rolle. Sie lassen sich im Übertragungsgeschehen ableiten und können dem Patienten vorsichtig und taktvoll gedeutet werden.

Auf somatischer Ebene wird die ärztliche Aufnahmeuntersuchung ergänzt durch Voruntersuchung, Erfassung der Vitalwerte, Labor, gegebenenfalls weiterführende Diagnostik sowie Röntgen, Ergometrie, Sonografie, Lungenfunktionsprüfung, EEG und Schlafapnoescreening. In diesem Zusammenhang werden die Befunde mitbewertet, um deren Mitnahme der Patient bereits im Vorfeld der Aufnahme gebeten wurde.

Therapeutische Methoden

Im Rahmen der stationären Behandlung konstellieren sich die oben beschriebenen unbewussten Konflikte auch in der Beziehung zu den Therapeuten und im Rahmen der Gruppentherapie zu den anderen Patienten. Dies entspricht dem Übertragungsvorgang, der dem Patienten im therapeutischen Prozess bewusst gemacht werden soll, damit er die von ihm unbewusst gestalteten Beziehungskonstellationen und daraus abgeleiteten Erwartungen erkennen und, soweit diese dysfunktional sind, auch im Rahmen seiner Möglichkeiten überwinden kann. Die tiefenpsychologische Therapie hilft dem Patienten, die Hintergründe seiner Erkrankung zu klären, und versetzt ihn so in die Lage, sich schrittweise mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erarbeiten (Yalom, 2005; Lorentzen et al., 2013). Wir erachten es im Rahmen einer stationären Psychotherapie als unsere Aufgabe, dem Patienten bei der Veränderung seiner Symptome zu helfen, Konflikte und Probleme zu erkennen, zu verstehen, zu bearbeiten und Veränderungsschritte zu erproben. Störungsspezifische Therapieformen sind für Patienten mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie), Traumafolgestörungen, Adipositas, Schmerzstörungen, Angststörungen sowie berufsbezogenen Problemen als indikative Gruppenangebote verfügbar.

Psychodynamische Verfahren

Entsprechend der tiefenpsychologischen Krankheitslehre gehen wir von einem konfliktzentrierten Modell psychischer Störungen aus. Dies bedeutet insbesondere für die große Gruppe der neurotischen Störungen, dass die sichtbare und quälende Symptomatik einen Lösungsversuch oder eine unbewusste Antwort auf innere, ungelöste Konflikte darstellt. Dieser Konflikt kann innerpsychisch als eine Ambivalenz zwischen widerstrebenden inneren Bestrebungen aufgefasst werden. Es kann sich aber auch um einen äußeren Konflikt zwischen dem

Individuum und seiner sozialen Umwelt handeln. Oft bedingen sich innere und äußere Konfliktfelder auch gegenseitig. So ist ein erster Schritt in der Behandlung, die einzelnen Konfliktfelder und ihre Interaktion gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen, um daraus die Rolle der beobachtbaren Symptomatik und die Bedeutung dieser Symptomatik abzuleiten. Mit der wachsenden Einsicht in diese Zusammenhänge ergeben sich häufig schon erste Lösungsansätze.

Diese können einerseits in einer veränderten Einstellung gegenüber den Konflikten und den daran beteiligten Personen bestehen. Andererseits kann durch die vertiefte Einsicht auch ein konkreter Veränderungswunsch eigener persönlicher Verhaltensweisen resultieren.

Die Patienten erarbeiten sich mit Hilfe der Klärung der Beziehung zu sich und zu anderen die Fähigkeit, die hinter ihren Symptomen liegenden Probleme und Belastungen zu erkennen, zu bearbeiten und sich konkrete Veränderungsschritte in Richtung konstruktiver, veränderter Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Verhaltenstherapeutische Verfahren

Die verhaltenstherapeutische Behandlung besteht aus einer Vielzahl von Maßnahmen und Techniken, die ständig wissenschaftlich überprüft und weiterentwickelt werden (Margraf und Schneider, 2009). Die Erarbeitung eines Erklärungsmodells für die vorliegende Störung mit den Patienten ist Bestandteil der Therapie, die an der gegenwärtig bestehenden Problematik ansetzt. Das Vorgehen ist individuell auf die jeweilige Störung abgestimmt. Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Problembedingungen werden unterschieden. Die angewendeten Maßnahmen berücksichtigen vorrangig die Bedingungen, deren Änderung für eine dauerhafte Lösung des Problems notwendig ist. Verhaltenstherapie ist handlungsorientiert und setzt eine aktive Rolle der Patienten voraus, die zum Erproben und Einüben neuer Verhaltensweisen und Problemlösungsstrategien z. B. durch Rollenspiele angeleitet werden (Margraf und Schneider, 2009). Über eine Erhöhung der Problemlösefähigkeit werden allgemeine Fertigkeiten zur Bewältigung zukünftiger Probleme vermittelt und die Fähigkeit zu Selbsthilfe verbessert.

Neurophysiologische neuropsychologische Erkenntnisse

Die „Neurowissenschaften“ finden immer stärkeren Eingang in die Psychotherapie. Sie bilden die Grundlage für das Verständnis der Entstehung emotionaler Abläufe, der Steuerung des Verhaltens und der Entwicklung und Arbeitsweise des Gedächtnisses. Neurophysiologische und neuropsychologische Erkenntnisse geben Aufschluss über die körperlichen Vorgänge bei allen mit Symptomen einhergehenden psychischen Störungen. Es werden dabei die im Körper abgelaufenen hormonellen oder Stoffwechselvorgänge verstehbarer. Letztendlich helfen uns die „Neurowissenschaften“ zu einem vertieften Verständnis des Zusammenspiels zwischen Körper und Psyche. Die seit Descartes bestehende Trennung in „Körper“ und „Seele“ geht in der neurophysiologischen Betrachtungsweise im Sinne einer gleichberechtigten Existenz von Psyche und Soma auf. Auch die genetischen Einflüsse auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, die Konstitution und das Temperament eines Menschen finden hier als Hintergrundwissen für eine jede individuelle Psychotherapie ihre Berücksichtigung.

Mit dem Patienten wird an seiner Problematik mit den Möglichkeiten tiefenpsychologischer Techniken gearbeitet. Der Therapeut nimmt die Interaktionen zum Anlass, in seiner eigenen Weiter- oder Fortbildung diese Prozesse ebenfalls zu reflektieren, theoretisch zu unterlegen oder für seine eigene Selbsterfahrung nutzbar zu machen. Regelmäßig wird dies supervidiert.

Der neurowissenschaftliche Ansatz reicht aber noch deutlich weiter. Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung, kognitive Vorgänge und Lernen, das Zusammenspiel von Kognition und Emotionen führen auf einer weiteren Hierarchieebene zu Fragen der Symbolisierungsfähigkeit des Gehirns. Die psychosomatische Verständnis- und Herangehensweise erfährt durch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse eine kaum zu überschätzende Bereicherung. Konkrete Auswirkungen auf die Therapie haben diese Erkenntnisse besonders im Umgang mit dissoziativen Störungen bis hin zur Traumabehandlung, im Umgang mit chronischem Schmerz und Tinnitus sowie im Umgang mit Depressionen, Angst-, Panik- und Zwangsstörungen. Es ist zu erwarten, dass die neurowissenschaftliche Forschung den störungsspezifischen Zugang neu beleben wird. Bereits in absehbarer Zeit könnte eine neurowissenschaftliche Diagnostik Teil der Vorbereitung einer Therapie werden, um die spezifischen Ansatzstellen für therapeutische

Interventionen genauer festzulegen und im Therapieverlauf zu prüfen, ob die angezielten Veränderungen auf neuronaler Ebene tatsächlich erreicht werden (Grawe, 2004).

Die neurophysiologischen Erkenntnisse finden stets Berücksichtigung bei dem vom Patienten und Therapeuten gemeinsam gefassten Entschluss zur medikamentösen Mitbehandlung. Das Einsetzen eines Psychopharmakons oder auch eines Schmerzmittels setzt eine breite Kenntnis der Pharmakologie voraus. Die Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der Symptomatik und der mit dem Medikament zu bewirkenden Erleichterungen für den Patienten. Berücksichtigt werden müssen: die Kenntnisse über die Chemie der Botenstoffe des Gehirns und deren Beeinflussung, die Wirkung der Medikamente auf das emotionale Erleben des Patienten und nicht zuletzt auch die Wechselwirkung der Medikamente untereinander.

Flankierende Maßnahmen

Zu den übenden Verfahren gehört das Durchführen eines Entspannungstrainings wie der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson.

Biofeedback-Techniken, die psychophysiologische Vorgänge bzw. Parameter bewusst wahrnehmbar machen (z. B. Muskeltonus), kommen adjuvant zum Einsatz.

Mit dem Biofeedbacktraining lenkt der Patient die Aufmerksamkeit auf den Körper und mittels subtiler Selbstwahrnehmungsprozesse und gezielter Erinnerung interpretiert er für sich „alte“ leibliche Erfahrungen „neu“. So können auch auf seelischer Ebene Entwicklungsprozesse angestoßen werden, die zu größerer Sensibilität und idealerweise zur Selbstanahme führen (Siepmann et al., 2008). Mit dem Herzratenvariabilitätsgestützten Biofeedback oder Herzbiofeedback wird der Grad der Koordination zwischen Atemrhythmus und Herzfrequenzschwankungen als rückzumeldender Prozess erfasst. Durch eine angestrebte Steigerung der Herzratenvariabilität (HRV) mittels Atemübungen wird der stressmindernde (parasympathische) Anteil des autonomen Nervensystems (Vagotonus) trainiert. Hauptindikation ist Depression, da bei Patienten mit depressiven Störungen die HRV im Sinne einer chronischen Stressreaktion erniedrigt ist und eine andauernde HRV-Erniedrigung das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht (Siepmann et al., 2008).

Besonders bei Schmerzpatienten setzen wir auch physikalische/krankengymnastische Maßnahmen ein, die durch in Gruppen stattfindende Wirbelsäulengymnastik ergänzt wird.

Unsere Küche bietet ausgewogene Kost und auch spezifische Diäten und Beratung durch Fachpersonal an.

Die Patienten nehmen an einer speziellen Körperpsychotherapie, durchgeführt von den Bezugstherapeuten, teil. Davon unabhängig führt die Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien die Körperwahrnehmungsgruppentherapie durch. Dabei handelt es sich um ein essentielles Behandlungsangebot für alle im engeren Sinne psychosomatisch erkrankten Patienten, denen eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Körpersignale häufig fehlt und eine differenzierte Körperwahrnehmung erlernen müssen (siehe auch Schriftenreihe XI der Klinik).

Die Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien führt unsere Patienten je nach Indikation durch verschiedene Gruppenangebote, wie Körperwahrnehmungsschulung, Ergometertraining, Schwimmen, therapeutisches Boxen, Terrainlauf, sogenannte harte und weiche Therapieschienen. Darüber hinaus werden unsere Patienten durch Ergotherapie einzeln oder in der Gruppe gefördert. Auch hierbei kann der Patient in der Beziehung zu sich und anderen in diesen Interaktionen neue Erfahrungen machen und Veränderungsschritte probieren.

Das Bezugstherapeutensystem und die psychosomatische Fachpflege

Allgemein geübte Praxis in der stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten ist die Betreuung der Patienten im Rahmen eines Bezugstherapeutensystems. Ein konstanter Oberarzt, Arzt oder Psychologe stellt den festen und verlässlichen Ansprechpartner für alle somatischen und psychotherapeutischen Belange der von ihm betreuten Patienten dar. Die zweite verlässliche Größe in der Patientenbetreuung ist die Pflegekraft. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Auf Schwestern und Pflegern ruht eine besondere Verantwortung. Sie verkörpern den Realraum und sind oft auch in Krisensituationen erste Ansprechpartner, die sich der Bedürfnisse der Patienten annehmen und das weitere Vorgehen kanalisieren und begleiten. Dem entspricht in unserer Klinik die mit „Mi-

lieuthérapie“ umschriebene Gestaltung der Atmosphäre. Um diese herzustellen, sollte das Pflegepersonal in der Lage sein, die Bedürfnisse und die Bedrängnisse der Patienten zu erfassen und in ihrem Schweregrad und bezogen auf die somatische und psychische Grundproblematik abzuwägen, um dann dem Patienten angemessen begegnen und die geeigneten Maßnahmen treffen zu können. Das Pflegepersonal hat daher in der Betreuung der Patienten spezielle Aufgaben inne, zu deren Durchführung es einer kontinuierlichen, den neuen Wissensstand berücksichtigenden Weiterbildung bedarf.

Visiten, Krisen-, Motivationsgespräche und Einzeltherapie

Ziel der einzeltherapeutischen Gespräche sind die Strukturierung und Integration der verschiedenen Erfahrungen, die der Patient in der Beziehung zu sich und zu anderen und in den verschiedenen Gruppen hat, sowie Krisenintervention und Einordnung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge. Labilisierungs- und Regressionszustände sollen aufgefangen und bearbeitet werden. Letztendlich geht es auch um die konkrete Planung von Veränderungsschritten und Perspektiven, besonders im Hinblick auf den poststationären Bereich.

Sozialdienst

Unsere Sozialpädagogen helfen in der Zusammenarbeit mit Behörden und Kostenträgern bei der prä- und poststationären Planung und der Weiterleitung von Patienten, beispielsweise zum Sozialpsychiatrischen Dienst, zu Selbsthilfegruppen oder in die Tagesklinik.

Integration in klare Klinikstrukturen

Auf der Basis der Bündnis- und Absprachefähigkeit des Patienten wird der Therapieverlauf des Patienten durch dessen Auseinandersetzung mit Klinikstrukturen und mit anderen komplexen, aufeinander abgestimmten Strukturen bestimmt. Konzeptuell werden neben dem gemeinsamen Therapieraum auch der Realraum und das Beziehungsverhalten zu einem Wirkfaktor. Durch die Herausnahme aus und dem Abstand zu den beruflichen und privaten Belastungsfaktoren wird der Patient in die Lage versetzt, sich durch die Integration in die haltgebenden komplexen

Strukturen der Klinik zu stabilisieren. Zudem wird es ihm möglich, sich zu hinterfragen und in der Auseinandersetzung zu sich, zum therapeutischen und Pflegepersonal und zu Mitpatienten bewusster zu erleben. Vieles, was Patienten aus dem Alltag kennen, wiederholt sich hier und wird dann einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht.

Qualitätssicherung und Dokumentation

Strukturqualität

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt erfüllt die Ansprüche einer stationären psychosomatischen Klinik:

- angemessene bauliche Ausstattung
- entsprechende Stellenpläne
- multiprofessionelles Team
- Anerkennung als Weiterbildungsstätte, Vorliegen und Vielfältigkeit von Weiterbildungsermächtigungen
- Mitgliedschaft der Chefärzte in Fachgesellschaften, Orientierung an den Vorgaben dieser Fachgesellschaften
- Weiterbildungsermächtigungen der Chefärzte und der Mitarbeiter der Klinik
- umfassende klinikinterne Weiterbildung
- Vorliegen eindeutiger, wissenschaftlich anerkannter Therapiemethoden und ein daran orientiertes Konzept
- Kooperationen mit Weiterbildungsinstituten

Prozessqualität

Die Dokumentation der Prozessqualität erfolgt nach den Vorgaben der bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik. Folgende Parameter werden bei Aufnahme und Entlassung erfasst:

- Sozialmedizinische Eingangsvariablen, wie Einzugsbereich, Kostenträger, Wartezeit, Chronifizierung, Vorbehandlungsaufwand, Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Familiensituation
- Behandlungsdiagnosen in psychosomatischen und somatischen Bereichen, Verschlüsselung nach ICD-10, Erfassung des Schweregrades nach BSS und SCL-90
- Diagnostische Maßnahmen, testdiagnostische Verfahren, spezielle medizinische Diagnostik (internistisch, Laboruntersuchungen, EKG, Belastungs-EKG, Spirometrie, Schlafapnoescreening, Ultraschalluntersuchungen, quantitatives EEG, erweiterte neurologische Untersuchungsverfahren, autonome Funktionsdiagnostik (Herzratenvariabilitäts- und

Hautdurchblutungs- und Hautleitfähigkeitsmessungen, psychometrische Tests und psychiatrische Ratingverfahren)

- Therapeutische Maßnahmen: Diese werden inhaltlich auf die gestellten Diagnosen abgestimmt und im Bereich der Einzel- und Gruppenpsychotherapie umgesetzt und finden darüber hinaus innerhalb der einzelnen Funktionsbereiche der Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien statt. Ebenso werden somatomedizinische Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Behandlung erfasst
- Einschätzung der Behandlungsergebnisse durch Patienten und Therapeuten. Die eigene Leistung und die Effektivität der zur Anwendung kommenden Maßnahmen werden mit Hilfe dieser Daten evaluiert und zur konzeptuellen Weiterentwicklung verwandt (BADO). Auf diese Weise entsteht ein Prozess, in dem Schwierigkeiten erkannt und einzelne Abläufe optimiert werden können
- In regelmäßigen Fallbesprechungen unter Leitung der zuständigen Oberärzte werden nach erfolgter Eingangsdiagnostik die Behandlungsdiagnosen festgelegt und immer wieder der Therapiefokus sowie das therapeutische Vorgehen abgestimmt. Unter dem Aspekt, inwieweit eine stationäre Behandlung weiterhin erforderlich ist, wird der Therapiefortschritt kontinuierlich überprüft und mit dem Patienten besprochen

Ergebnisqualität

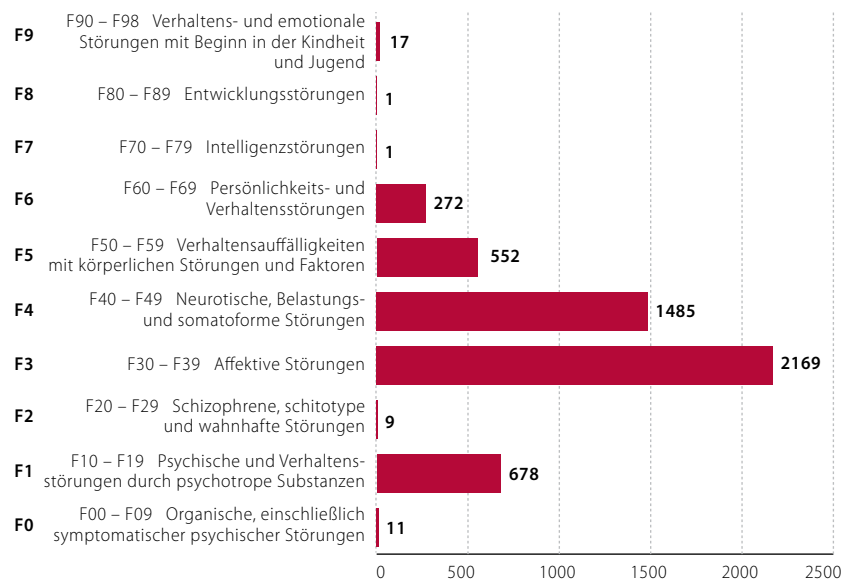
Stationäre psychosomatische Behandlung kann sinnvollerweise nur als Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes gesehen werden. Deshalb sind die Einbeziehung von Zuweisern und die rechtzeitige Planung der nachstationären Therapie für die Qualität des Behandlungsergebnisses von ausschlaggebender Bedeutung. Dies geschieht im Regelfall telefonisch und durch rasche schriftliche Information nach Abschluss der Behandlung. Es besteht in Bayern ein Zusammenschluss aller psychosomatischen Kliniken im Rahmen der Direktorenkonferenz. In diesem Kreis werden Probleme der stationären Behandlung diskutiert, Ergebnisse verglichen und Therapiestandards bei einzelnen Krankheitsbildern erarbeitet.

Das Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) München, Leitung Dr. Fritz von Heymann, wertet die Daten der Basisdokumentation aus und vergleicht sie mit anderen psychosomatischen Kliniken in Bayern. Somit können die eigenen Klinikergebnisse mit den gepoolten Daten aller anderen bayerischen Kliniken verglichen werden. Auf dieser Grundlage werden in internen Qualitätszirkeln konzeptu-

elle Probleme diskutiert und weiterentwickelt. Darüber hinaus werden bestimmte Fragestellungen im Rahmen von Forschungsprojekten überprüft. Es besteht eine wissenschaftliche Kooperation mit Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, und mit der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Diagnosestatistik 2015

Anzahl der Diagnosen aus dem Kapitel V ICD-10-GM „Psychische und Verhaltensstörungen“



Fort- und Weiterbildung

Regelmäßig nehmen die Mitarbeiter an Pflichtfortbildungen zu folgenden Themen teil:

- Datenschutz
- Medizinproduktegesetz (MPG – alle Mitarbeiter, die Umgang mit medizinischen Geräten haben)
- Hygiene/Biostoffe
- Brandschutz
- Arbeitssicherheit
- Zertifiziertes Notfalltraining
- Strukturierte Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Psychologen
- Theoretische Vermittlung von Weiterbildungsinhalten im Rahmen des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie Würzburg, im Rahmen der Weiterbildungsermächtigung für drei Jahre Psychosomatische Medizin
- Kooperation mit Ausbildungsinstituten bundesweit, insbesondere AfP Erfurt, CIP München, CIP Bamberg, WIAP Wiesbaden, AVM Würzburg, IVS Nürnberg-Fürth

- Curricula: Innere Medizin, Psychiatrie, Sozialmedizin, Psychosomatische Medizin
- Interdisziplinäres schmerztherapeutisches Kolloquium
- Rotationsmöglichkeiten/Weiterbildung Psychiatrie
- Promotionsmöglichkeiten
- Weiterbildungsermächtigung für drei Jahre Psychosomatische Medizin (komplett) sowie ein Jahr Sozialmedizin und Psychiatrie
- Externe Supervision der Arbeit
- Körperpsychotherapie
- Gruppen-/Fallsupervision
- Supervision Schmerztherapie
- Unterweisung Eutonie
- Feldenkrais
- Atemtherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Balintgruppen
- Fallbesprechungen für Pflegepersonal

Tagungen

2007

11. und 12.05.2007

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext. Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

26.10.2007

Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik

2008

30. und 31.05.2008

Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikerméizin (DGfMM)

18.07.2008

Ich und Wir in Seelsorge und Psychotherapie. Der Mensch zwischen Individualität und Selbstauflösung in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2009

Über 4 Termine in diesem Jahr

Upgrade Psychotherapie für den Kliniker: Nicht stoffgebundene Süchte, Tinnitus, Essstörungen, somatoforme Schmerzstörung

2010

11. und 12.06.2010

Musizieren lehren und lernen:

Licht und Schatten in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM)

17.09.2010

Verlust und Resilienz – Über den Umgang mit Verlusterfahrungen in Seelsorge und Psychotherapie in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2011

29. und 30.10.2011

Trauer, Trennung, Treue. Die Paarbeziehung im Spiegel von Seelsorge und Psychotherapie in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2012

22. und 23.06.2012

„Burnout“ bei Hochleistungsanforderungen. Musiker und Mediziner in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM)

2013

26. und 27.04.2013

Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie und Seelsorge in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2014

27. und 28.06.2014

„Der Musiker und sein Körper. Ein Resonanzraum für Wahrnehmung, Sinnlichkeit und Erleben.“ In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM)

2015

30.10.2015

40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Literaturverzeichnis

Grawe K (Hrsg.). Neuropsychotherapie.
Hogrefe, Göttingen, 2004

Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Hoglend P. Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*. 2013;203: 280–287

Margraf J, Schneider S (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Springer, Heidelberg, 2009

Mück-Weymann M. HRV-Biofeedback – Links zwischen Leib und Seele? Abstractband 4. Internationales Symposium Herzfrequenzvariabilität, Halle (Saale), 2008

Siepmann M, Aykac V, Unterdörfer J, Petrowski K, Mueck-Weymann M. A pilot study on the effects of heart rate variability biofeedback in patients with depression and in healthy subjects. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2008: 195–201

Yalom I D (Hrsg.). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005

KONZEPT DER TAGESKLINIK

Guido Loy und Martin Siepmann

Vorwort

Mit der Neukonzeption der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird erstmals eine Psychosomatische Tagesklinik am Campus Bad Neustadt eingerichtet. Die psychosomatische tagesklinische Behandlung ist neben der stationären psychosomatischen Therapie eine eigenständige Behandlung mit einem eigenen Behandlungsprofil. Diese ermöglicht die enge Verbindung eines intensiven Therapieangebots mit der Aufrechterhaltung der Alltags- und familiären Situation. Der Vorteil besteht darin, mehr Autonomie und eine selbstständige Lebensführung zu erreichen und der Gefahr einer Hospitalisierung entgegenzuwirken. Da Krisensituationen häufig in den Abendstunden auftreten, können die Patienten alltagsnah erproben, wie sie diese bewältigen. Bei gegebener Indikation kann die tagesklinische Behandlung an die Stelle einer stationären Behandlung treten oder im Sinne eines gestuften Übergangs im Anschluss an eine stationäre Behandlung zur ambulanten Weiterbehandlung überleiten.

Die Einrichtung der Tagesklinik im Rahmen der Psychosomatischen Klinik ermöglicht die Einbettung der tagesklinischen Behandlung in ein integriertes stationäres und teilstationäres Behandlungskonzept. Die Psychosomatische Klinik sowie die Tagesklinik sind eng in den Campus Bad Neustadt eingebunden. Die konsiliarische Kooperation mit den somatischen Akutkliniken des Campus (Kardiologie, Kardiochirurgie, Neurologie, Hand-, Fuß- und Schulterchirurgie, Gefäßchirurgie) ermöglicht es, komplexe psychosomatische und somatopsychische Krankheitsbilder interdisziplinär auf höchstem Niveau zu behandeln.

Die Klinik befindet sich in Neuhaus, einem Stadtteil von Bad Neustadt, zentral und direkt am Kurpark gelegen. Die Psychosomatische Tagesklinik ist über öffentliche Verkehrsmittel wie Bus und Bahn erreichbar und verfügt über ausreichend Parkmöglichkeiten.

Einleitung

Die Psychosomatische Klinik ist eine Fachklinik mit 236 Akutbetten und 20 tagesklinischen Plätzen. Behandelt werden Patienten mit affektiven Störungen, neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen, Anpassungs- und posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatopsychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern im engeren Sinne in einem überwiegend tiefenpsychologisch ausgerichteten Setting. Seit dem 1. Januar 2015 verfügt die Klinik über die Anerkennung als Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg im Wahlfach Psychosomatik.

Eine teilstationäre Behandlung ermöglicht es, erarbeitete therapeutische Fortschritte direkt im Rahmen des heimatlichen Umfeldes umzusetzen. Soziale und familiäre Faktoren können verstärkt in die Therapie einbezogen werden. Die Selbstverantwortung wird dadurch gestärkt, dass die Patienten aus eigenem Antrieb die Tagesklinik aufsuchen. Stationäre Behandlungen können verhindert oder verkürzt werden. Dies ist notwendig, wenn eine längere Trennung aus dem häuslichen Umfeld nicht möglich ist, beispielsweise wenn kleinere Kinder versorgt oder Familienangehörige gepflegt werden müssen.

Es besteht ein enger Kontakt der Psychosomatischen Tagesklinik zu anderen Einrichtungen der gemeindenahen psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung (Begleitung am Arbeitsplatz, rehabilitative Angebote, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften oder Tagesstätte).

Das tagesklinische Therapieprogramm ist multimodal gestaltet und umfasst Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Körpertherapie, Ergo- und Bewegungstherapie und (störungsspezifische) Psychotherapie (z. B. Schmerzbewältigungsgruppe) sowie Paar- und Familientherapie, die bedarfsweise und indikationsbezogen durchgeführt werden.

Ein wesentlicher Vorteil des Therapiekonzeptes der Tagesklinik ist die enge räumliche Nähe zur stationären Versorgung der Psychosomatischen Klinik, so dass ggf. erforderliche Verlegungen in schweren Krisen in der tagesklinischen Behandlung reibungslos erfolgen können.

Zugangswege

Zugangswege

Die Zuweisung kann nach telefonischer bzw. schriftlicher Anmeldung durch ambulant tätige psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, niedergelassene Fachärzte, Hausärzte und als Verlegung aus den Kliniken der Region sowie aus der konsiliarischen Versorgung der Fachkliniken und des Krankenhauses auf dem Campus und der Fachkliniken im Umkreis erfolgen.

Es besteht ein Vertrag nach § 108 SGB V mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klinik ist für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes beihilfefähig. Bei Privatversicherung ist in jedem Fall die Kostenzusage der Versicherung vor dem Beginn des Aufenthalts in unserem Haus einzuholen (gemäß den Vertragsbedingungen des Verbandes der Privatkrankensicherer).

Patienten können über das Sekretariat des Chefarztes Prof. Siepmann Kontakt mit der Tagesklinik aufnehmen. Anfragen werden dort bearbeitet, indem entweder ein Termin unmittelbar vergeben oder ein Rückruf mit dem Behandler vereinbart wird, um die Indikationsstellung exakter überprüfen zu können. Auch lassen sich vorstationäre Gespräche oder die Zusendung eines Motivationsschreibens vereinbaren. Treten die Patienten unmittelbar per Brief, E-Mail oder Telefonanruf an uns heran, bitten wir um eine zusätzliche Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes/Therapeuten.

Aufnahme

Nach Ankunft der Patienten in der Tagesklinik werden diese vom Pflegedienst mit den Strukturen des Hauses bekannt gemacht. In einem ärztlichen Anreisegespräch werden die Vorgeschichte und die aktuellen Beschwerden ausführlich erfragt. Die ärztlich-psychotherapeutische Diagnostik und das Aufklärungsgespräch werden durchgeführt. Schließlich erfolgt eine erste Therapieplanung mit den gemeinsam formulierten vorläufigen Behandlungszielen. Der Wochentherapieplan wird erstellt und ausgehändigt.

Indikation

Indikations- und Behandlungsspektrum

Entsprechend der Indikation zur stationären Behandlung erfolgt eine tagesklinische Behandlung nur bei entsprechender Schwere der Störung und wenn eine ambulante Therapie nicht ausreichend ist. Dies kann auch von Patienten angenommen werden, die aus persönlichen oder sozialen Gründen kein vollstationäres Therapieangebot annehmen können (z. B. Mütter mit Kleinkindern oder bei pflegebedürftigen Angehörigen). Die Patienten sollten über eine gewisse Selbstständigkeit in den Aktivitäten des häuslichen Lebens verfügen. Sie sollten täglich die einfache Wegstrecke innerhalb von maximal 45 Minuten mit eigenem Fahrzeug, öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit Hilfe von Angehörigen zurücklegen können.

Aufgenommen werden Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr. Behandelt werden vor allem folgende Störungsbilder:

- Affektive Störungen
- Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen einschließlich der Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)
- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (z. B. Reizdarmsyndrome, essentielle Hypertonie, Syndrome des oberen Verdauungstraktes, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Tinnitus)
- Persönlichkeitsstörungen

Spezielle Indikationen

Spezielle Indikationskriterien ergeben sich daraus, dass Patienten einen wesentlichen Teil des Tages im therapeutischen Milieu verbringen und gleichzeitig für einen bedeutsamen Teil ihrer Zeit der Kontakt zu Familie und sozialer Umgebung erhalten bleibt.

Dies fördert besonders den Transfer von Erfahrungen von der therapeutischen Situation in den Alltag. Wiederholte Trennungssituationen durch tägliches An- und Abreisen, die Eigenverantwortlichkeit erfordern und fördern, bereiten auf die künftigen Anforderungen bzgl. Sozialverhalten, Beruf und Krankheitsbewältigung vor.

Liegen jedoch wesentliche aufrechterhaltende Bedingungen für die Störung im familiären Umfeld, so kann es eher angezeigt sein, mit einer Herausnahme aus dem pathogenen Umfeld die Situation für den Patienten zu verbessern, was für eine stationäre Unterbringung spricht.

Spezielle Indikationen für die tagesklinische Behandlung stellen sich in vier Bereichen:

Krankheitsspezifisch

- Störungen, bei denen ein Transfer ins soziale und Alltagsumfeld besonders schwierig ist: Essstörungen, Complianceprobleme bei Diabetikern, phobische Störungen
- Störungen, die mit einem erheblichen sozialen Rückzug verbunden sind
- Nähe-Distanz-Probleme, die eine stationäre Behandlung zur Überforderung werden lassen. Hier bietet die Tagesklinik Entlastung; die Patienten haben die Möglichkeit, sich abends wieder von der Klinik zu distanzieren, sich ihrem gewohnten Sozialraum zu widmen
- Bei ausgeprägter Regressionsneigung (Patienten mit monatelangen stationären Behandlungskarrieren; „Flucht in die Klinik“)

Familie/Umgebung

- Erhalt des Kontaktes zur gewohnten Umgebung
- Versorgung/Pflege von Familienangehörigen (Kinder, Eltern, Partner)
- Intensivere Einbindung von Angehörigen in die Behandlung

Arbeit/soziales Umfeld

- Produktive Übungssituation für beruflichen Wiedereinstieg durch Kombination „vollschieftiger“ Therapie mit häuslicher Einbindung
- Möglichkeit des Kontakts zu betriebsärztlichem Dienst, Arbeitsplatz etc.

Behandlungsmotivation/Integration des teilstationären Angebots in die Behandlungskette

- Angst vor sozialer Stigmatisierung/Schwellenangst: Die Tagesklinik wird von manchen Patienten erfahrungsgemäß als therapeutische Institution leichter akzeptiert als eine vollstationäre Behandlung. Das zeitlich begrenzte Therapieprogramm ähnelt der Zeitplanung der alltäglichen Arbeit von Patienten
- Die Einrichtung einer Tagesklinik ermöglicht die Einbettung der stationären Behandlung in einen ambulant-stationär-teilstationär-ambulantem Gesamtbehandlungsablauf. Nach einer erfolgreichen stationären Psychotherapie kann dieser Zwischenschritt die Rückkehr in ein sozial belastendes Umfeld absichern

Kontraindikationen

Kontraindikationen für eine teilstationäre Behandlung sind:

- Akute Psychosen
- Hirnorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist
- Patienten mit Anorexia nervosa und Kachexie (BMI<17)
- Manifeste Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Patienten, deren akute Suizidgefährdung besondere Schutzvorkehrungen erforderlich macht (in diesen Fällen erfolgt Vermittlung in psychiatrische Behandlung)
- Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig sind

Darüber hinaus müssen Patienten für eine tagesklinische Behandlung folgende Anforderungen/Kriterien erfüllen:

- Die Patienten müssen in der Lage sein, sich abends und am Wochenende selbst zu versorgen
- Sie dürfen nicht akut suizidgefährdet sein
- Sie müssen in der Lage sein, die Tagesklinik zu erreichen bzw. selbstständig aufzusuchen. Es muss ihnen zumutbar sein, täglich die einfache Wegstrecke innerhalb von maximal 45 Minuten mit eigenem Fahrzeug, öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit Hilfe von Angehörigen zurückzulegen

Schwerwiegende Denkstörungen oder Verwirrtheit (z. B. bei akuten Psychosen oder Suchtproblemen) schließen daher in aller Regel eine Tagesklinik aus.

Therapie

Therapiezeiten

Patienten sind werktags von 8.00 bis 16.00 Uhr in der Tagesklinik. Zur Verfügung stehen Aufenthaltsräume, Gruppenräume, zwei Ruheräume, ein Ergotherapieraum, eine MTT-Fläche und eine Teeküche.

Behandlungsinhalte

Kerninhalt ist die therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der integrative psychotherapeutische Ansatz der Klinik nutzt verschiedene Zugangswege, um Patienten Einblicke in die Zusammenhänge zwischen Erleben, Verhalten und Körperfunktionen zu ermöglichen und auf der Grundlage dieser Einsichten zu einer besseren Konflikt- und Lebensbewältigung zu gelangen. Der multimodale Behandlungsansatz integriert psychodynamisch-interpersonelle Methoden, Psychoedukation, Verhaltensmodifikation, Körpertherapie (Arbeitskreis PISO 2012), somatische Behandlung, Angehörigenarbeit, soziale Beratung, Pflege- und Milieuthérapie.

Behandlungsablauf

Die Behandlungsdauer richtet sich nach den individuellen Erfordernissen. Diese ist einerseits von den vereinbarten Zielen, andererseits von dem Behandlungsverlauf abhängig. Der Therapiefokus wird während der gesamten Behandlungszeit wöchentlich überprüft. Die psychosomatisch/psychotherapeutische Diagnostik umfasst eine fachärztliche Untersuchung und die Erhebung psychischer und somatischer Schmerzkomponenten mit Hilfe quantitativer Testinstrumente. Daran anschließend durchlaufen die Patienten ein strukturiertes Wochenprogramm (Abb. 1, S. 40) mit phasenbezogenen psychotherapeutischen Themenkomplexen (Phase 1: Symptomverständnis und Ziele, Phase 2a: Beziehung zum Körper, Phase 2b: Affekte und Beziehungserfahrungen, Phase 3: Konsolidierung und Ablösung). Die Austrittsphase dient der Integration neuer Bewältigungsstrategien in den Alltag und der Vorbereitung möglichst nahtloser ambulanter Weiterbehandlung.

Behandlungsangebot/Behandlungsplan

Das Therapieangebot ist in einen festen Wochenplan (Abb. 1, S. 40) eingebunden und umfasst folgende Punkte:

- Psychosomatische Anamneseerhebung und Klärung des Hilfebedarfs im persönlichen Gespräch
- Tiefenpsychologische Einzel- und Gruppengespräche
- Verhaltenstherapeutische Gruppenangebote besonders zur Therapie in indikativen Gruppen
- Körperbezogene Psychotherapie in der Gruppe
- Ergotherapie
- Angepasstes Sportprogramm
- Krankengymnastische Behandlung in der Gruppe
- Sozialpädagogische Beratung
- Soziales Kompetenztraining
- Entspannungsübungen
- Freizeitaktivitäten in der Gruppe
- Paar- und Familiengespräche

Behandlungsziele und Qualitätssicherung

Behandlungsziele

Die Behandlungsziele sind auf die Bedürfnisse von tagesklinischen Patienten abgestimmt:

- Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit durch Verarbeitung des Krankheitserlebens, Förderung gesunder Persönlichkeitsanteile und Stärkung des Selbstwertgefühls
- Unterstützung bei der Überwindung konflikthafter Lebensereignisse
- Hilfe bei der Neuorientierung im Falle einschneidender persönlicher oder beruflicher Veränderungen
- Optimale medikamentöse Einstellung in Hinblick auf Krankheitssymptome und Nebenwirkungsspektrum unter der Bedingung vermehrter sozialer Belastung
- Verbesserung des Körpergefühls und der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Erhöhung der lebenspraktischen Kompetenzen und der Sicherheit bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben
- Förderung der Selbstwahrnehmung, der Abgrenzungsfähigkeit und des sozialen Kontaktes
- Vorbereitung des beruflichen Wiedereinstiegs nach längerer Krankheitsphase
- Einleitung beruflicher rehabilitativer Maßnahmen
- Information über nachsorgende Unterstützung, Behandlungs- und Beratungsangebote

Qualitätssicherung/Dokumentation

Analog zur stationären, ambulanten und konsiliarischen Versorgung durch die Klinik ist eine systematische, behandlungsbegleitende Basisdokumentation zur Qualitätssicherung und Evaluation vorgesehen. Daher erfolgt therapiebegleitend eine kontinuierliche Evaluation und Qualitätssicherung (Bayerische Basisdokumentation, interne und externe Supervision):

- Die Klinik für Psychosomatische Medizin ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001. Die Zertifizierung der Tagesklinik ist angestrebt
- Externe Qualitätssicherung erfolgt im Verbund mit zahlreichen bayerischen Kliniken durch das Institut für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in Psychosomatik und Psychotherapie (IQP). Die Tagesklinik wird auch hier eingeschlossen
- Die Supervision der therapeutisch tätigen Mitarbeiter erfolgt wöchentlich durch den leitenden Oberarzt. Externe Supervision erfolgt monatlich. Es bestehen Kooperationen mit dem Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Würzburg, Lehrtherapeuten und Supervisoren aus der Körperpsychotherapie sowie weiteren externen Supervisoren für Gruppen- und Fallsupervisionen

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis PISO (Hrsg.). Somatoforme Störungen (2012) Hogrefe, Göttingen

Hildenbrand G, Senf W, Heuft G (2011). Richtlinien der DGPM zur Struktur- und Prozessqualität von Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 57: 399–406

Kaiser U (2013). Die Wirksamkeit einer multimodalen Tagesklinik zur Therapie chronischer Schmerzen – Untersuchungen zum Ansatz einer formativen Evaluation. Dissertation, Medizinische Fakultät Dresden

von Wietersheim J, Zeeck A, Kuchenhoff J (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 55: 79–83

Zeeck A, von Wietersheim J, Weiss H, Beutel M, Hartmann A, 2013. The INDDEP study: Inpatient and day hospital treatment for depression – symptom course and predictors of change. *BMC Psychiatry* 13, 100

Uhrzeit	Montag	Dienstag
8.00–8.30		
8.30		
9.00	Verbale Gruppe (TP)	Verbale Gruppe (TP)
10.00	Medizinische Trainings- therapie/Ergometer	Oberarztvisite
11.00	Meditatives Malen	Nordic Walking
12.00		
13.00	Gymnastik	Körperwahrnehmungsschulung
14.00	Progressive Muskel- relaxation	Angstbewältigungs- gruppe
15.00–15.30	Einzelgespräch	Korbflechten/Arbeiten mit Ton
15.30–16.00	Abschlussrunde	Abschlussrunde

Abb. 1: Wochenprogramm

Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Frühstück		
Morgenrunde und Achtsamkeit		
Körperbezogene Therapiegruppe (TP)	Verbale Gruppe (TP)	Körperwahrnehmungsschulung
Gruppe Sozialer Kompetenzen/ Meditatives Malen	Pflegevisite	Gruppe Sozialer Kompetenzen/Ergometer
Medizinische Trainingstherapie/Körperzentriertes Gestalten	Ausdrucksmalen	Bewegungsspiele
Mittagessen		
Pflegevisite	Gemeinsame Gruppenaktivität	Einzelgespräch/Paar-/ Familiengespräch
Bewegungsbad	Angstbewältigungsgruppe	Abschlussrunde und Verabschiedung
Korbflechten/Arbeiten mit Ton	Einzelgespräch	Schwimmen/ Freies Werken/ Wahrnehmungstraining
Abschlussrunde	Abschlussrunde	

KONZEPTE FÜR SCHULUNGEN IN BETRIEBEN

SEMINAR ZUR PRÄVENTION PSYCHISCHER STÖRUNGEN: PSYCHOSOMATIK IM BETRIEB

Martin Siepmann, Annerose Vorndran und
Lothar Schattenburg

Ausgangspunkt

Das Thema „Psychosomatik im Betrieb“ ist brisant – nicht nur wegen des hohen Krankheitsstands in den Betrieben selbst, sondern auch wegen des wachsenden Anstiegs von Frühberentungen aufgrund psychischer Diagnosen. Ferner gibt es Studien, die belegen, dass viele Angestellte bereits innerlich gekündigt haben. Dies wiederum dürfte sich insbesondere auf die Kreativität am Arbeitsplatz auswirken.

Neben dem Leidensdruck des Einzelnen wird auch von einem hohen volkswirtschaftlichen Schaden ausgegangen. Vor diesem Hintergrund bieten wir Ihnen ein Konzept an, welches nach Absprache bzgl. der konkreten Durchführung individuell verändert und an Ihre betrieblichen Bedürfnisse angepasst werden kann. Bei den Veranstaltungen ist die Einhaltung des Datenschutzes oberstes Gebot. Das Konzept besteht aus drei Teilen, die aufeinander aufbauen.

1. Teil: ABC der Psychosomatik am Arbeitsplatz

Zielgruppe: Alle Arbeitnehmer

Durchführung: Vortragsstil mit Diskussion

Themen:

- Betonung des engen Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit
- Epidemiologie der Krankschreibungen wegen psychischer Störungen
- mögliche Ursachen der erhöhten Anzahl an Krankschreibungen
- Stresspsychologie und Arbeit
- Organisationsstrukturen, die eine „gesunde“ Arbeit fördern
- psychologische Risikofaktoren der Arbeitenden

2. Teil: Kompetenzen für die Förderung der innerbetrieblichen Gesundheit

Zielgruppe: Führungskräfte

Durchführung: Interaktives Seminar,

Rollenspiel, Autogenes Training

Themen:

- Vertiefung der Inhalte aus dem ersten Teil anhand praktischer Übungen: Die Führungskräfte sollen sich zunächst klarer werden über ihren Führungsstil und die möglichen Auswirkungen auf die Mitarbeiter
- Sensibilisierung für gefährdete Mitarbeiter (etwa Mobbing, Ausgrenzung, Überforderung, familiäre Belastungen)
- Training von Fähigkeiten, mit den Mitarbeitern sozial angemessen und unter Berücksichtigung des Datenschutzes ins Gespräch zu kommen. Training von Fähigkeiten, symptomauslösende Situationen und Konflikte konstruktiv zu entschärfen

Dieser Teil endet mit der Durchführung von Autogenem Training.

3. Teil: Kompetenzen für die Behandlung und Prävention von psychosomatischen Symptomen

Zielgruppe: Angestellte

Durchführung: Interaktives Seminar,

Rollenspiele, Autogenes Training

Themen:

- Vertiefung der Themen aus dem ersten Teil. Die Angestellten sollten sich klarer werden über ihren eigenen Mitarbeiterstil. Im Alltag unter Stresssituationen versagt oft die Selbstreflexion bzgl. des eigenen Arbeitsstils
- Sensibilisierung für stressauslösende ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie unkollegiales Verhalten, erhöhte Reizbarkeit, überwertigen Perfektionismus und ungünstige Work-Life-Balance
- Training von Fähigkeiten, symptomauslösende Situationen und Konflikte konstruktiv zu entschärfen
- Einübung von psychologischen Gesprächstechniken im Rollenspiel

Dieser Teil endet mit der Durchführung von Autogenem Training.

Kontakt und Information

Sie haben Interesse, das Angebot der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt in Ihrem Unternehmen wahrzunehmen?

KONTAKT

Prof. Dr. med.
Martin Siepmann
Ärztlicher Direktor
Sekretariat:
Elfi Schneider
Tel.: 09771 67 73001
www.campus-nes.de/psychosomatik

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der „Psychosomatik im Betrieb“. Seit Gründung der Klinik vor über 40 Jahren werden Konzepte in den verschiedenen Bereichen der Psychosomatik entwickelt, beforscht und auf Kongressen vorgetragen.

Unseren aktuellen Forschungsbericht können Sie bei Interesse gerne anfordern.

KONZEPTE DER STÖRUNGSSPEZIFISCHEN INDIKATIVEN GRUPPEN

ALTERSPSYCHOSOMATIK

Lothar Schattenburg

Einleitung

„Alter könnte die beste Zeit sein, die ein Mensch je hat.“

(Fromm, 1966)

*„Wir wollen uns doch nicht aufschwätzen lassen,
das Alter sei nichts wert.“*

(Hesse)

Seit 1975 ist die Alterspsychosomatik ein Behandlungsschwerpunkt in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Wir bieten eine indikative Gruppe an, die wir Psychotherapie des Alterns (PA) nennen. In dieser Gruppe werden Patienten ab 60 überwiesen. Spezifische Belastungen, denen sich die Patienten 60+ ausgesetzt sehen, werden in dieser Gruppe fokussiert.

Die Gruppe findet zweimal wöchentlich statt à 50 Minuten mit maximal zwölf Patienten. In der Regel mindestens vier-, höchstens achtmal. Therapeutisch wird in dieser Gruppe integrativ gearbeitet, d. h., es kommen Elemente der Informationsvermittlung sowie psychodynamische und verhaltenstherapeutische Aspekte zum Tragen.

Entwicklungspsychologie

Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

Die Beschäftigung mit dem Altern ist hochaktuell. Wir sprechen vom Anti-Aging (Jacobi et al. 2005). Die Stimmung ist die, das Altern möglichst hinauszuzögern. Im Folgenden werden einige Argumente dafür aufgelistet. Das psychologische Altern mag sich verändern, das biologische Altern kann nicht aufgehalten werden. Jedoch sind ältere Menschen biologisch heute jünger als früher.

Die moderne Entwicklungspsychologie spricht von mehreren Lebensphasen. Die frühere Einteilung in drei Lebensphasen: früheres, mittleres und älteres Alter, ist heute nicht mehr aktuell. Heute spricht man in der Entwicklungspsychologie von mindestens sechs Phasen, wobei die Phaseneinteilung natürlich willkürlich ist: Kindheit, Jugend, mittleres Alter, mehrere Phasen des Alterns mit früher Phase (60–70 Jahre), mittlerer Phase (71–75) und später Phase (ab 76 Jahren). Diese Einteilung hat mit der demographischen Entwicklung zu tun. Frauen haben in unserem Kulturkreis eine Lebenserwartung von 83 Jahren, Männer

von 78 Jahren. Die Zahl der Jugendlichen veränderte sich bis 2010 von 17,7 auf unter 10 Millionen und die Zahl der über 80-Jährigen verdreifachte sich. Jedes zweite kleine Mädchen hat heute eine Lebenserwartung von 100 Jahren, jeder zweite kleine Junge von 95 Jahren (Zahlen nach Schirrmacher, 2004). Welchen Einfluss die aktuelle Flüchtlingskrise auf die Demographie nehmen wird, ist im Moment nicht zu berechnen.

Einflussfaktoren

Gesellschaftliche und sozialpsychologische Einflüsse

Die Patienten 60+ sehen sich neben individuellen Belastungsfaktoren auch mannigfaltigen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt. Wir werden alle älter, die demographische Entwicklung hat Einflüsse auf die Psychosomatik des Alterns, biografische Selbstbilder unterliegen gesellschaftlichen Einflüssen und das Bild vom Altern hat sich grundlegend geändert. Die Alterspsychologie hat gezeigt, dass die heutige Generation ein ganz anderes, positiveres Gefühl dem Altern gegenüber hat als die unserer Eltern und Großeltern, nämlich: das Alter nicht als einen Triumph des Überlebt-Habens oder als ein Glück zu bezeichnen, sondern als eine normale Entwicklungsphase, die sehr vielen Menschen zugutekommt. Die Stimmung gegenüber dem Alter hat sich einerseits zum Optimistischen hin entwickelt, es werden vermehrt auch die Chancen einer alternden Gesellschaft gesehen (SPIEGEL, 2006). Andererseits jedoch werden auch Ängste vor Altersarmut geäußert, die mit der Erosion der Mittelschicht zu tun haben, wie z. B. eine neue Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zeigt. Demnach sei die Mittelschicht um mehr als drei Millionen Menschen geschrumpft. Ihr Anteil an der Bevölkerung sank von 60 % auf 54 %. Der Soziologe Heinz Bude spricht in diesem Zusammenhang von „Statuspanik“ (SPIEGEL, 19, 2016). Diese gesellschaftlichen Einflüsse dürften auch einen Effekt auf die Befindlichkeiten unserer Patienten haben. Fazit: Die gesellschaftlichen Einflüsse in Bezug auf die Bewertung einer alternden Gesellschaft müssen differenziert betrachtet werden.

Zu diesen gesellschaftlichen Einflüssen gehört auch die Diskussion um das Burn-out-Syndrom (Schattenburg, 2008). Ferner beschreiben Soziologen wie Ehrenberg und Rosa, dass Menschen in unserer Gesellschaft erschöpft sind und sich die Gesellschaft aus ihrer Sicht beschleunigt habe. Keine Woche, in der die Zeitungen nicht das Burn-out oder die Beschleunigungen

beklagen. Unabhängig nun davon, ob diese Beobachtungen „stimmen oder nicht“, dürfte sozialpsychologisch davon auszugehen sein, dass diese Diskussionen eine Rückkoppelung auf unsere Patienten haben können. Ältere Patienten, die unter dem Verlust ihrer Kräfte leiden, könnten dazu neigen, ihre Erschöpfung und mangelnde Anstrengungsbereitschaft zu externalisieren auf die „grassierende“ Burn-out-Epidemie und die „unaufhaltsame Beschleunigung“, die an unseren Kräften zehrt und der man als Opfer passiv ausgeliefert ist.

Soziologische und Bildungseinflüsse

Viele Studien zeigen (vgl. Spitzer, 2010), dass die Schichtzugehörigkeit und der Grad der Bildung einen Einfluss auf die Lebenserwartung haben können. Der Unterschied in der Lebenserwartung kann bis zu 10 Jahre betragen zuungunsten einer unteren Schichtzugehörigkeit und einer geringen Bildung.

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Die Psychologie der Lebensspanne hat gezeigt, dass wir heute bis ins hohe Alter in vielen Bereichen relativ fit bleiben können. Bei dieser Erkenntnis sollen selbstverständlich die natürlichen Abbauprozesse des Alterns nicht verleugnet werden. Aber es gibt doch Fähigkeiten, die bei gutem Training relativ lange bewahrt werden können, etwa die Konzentrationsfähigkeit, die sprachlichen Fähigkeiten und vor allem die sozialen Kompetenzen. Menschen, die älter werden, sind oft zuverlässiger, in ihrer Identität stabiler und oft auch verantwortungsbewusster. Die 70-Jährigen sind heute so gesund wie früher die 60-Jährigen. Und: Die 60-Jährigen fühlen sich so wie früher die 50-Jährigen. Psychologisches Wachstum hört mit dem Alter nicht auf. Die persönliche Zufriedenheit alter Menschen ist größer als angenommen (Zahlen bei Schirrmacher, 2004). Altern ist nicht nur eine Entwicklung zum Tode, sondern auch zum „Überleben“. Das relative Krebsrisiko nimmt in hohem Alter ab. Ein Mensch kann z. B. mit 90 Jahren gesünder und schöpferischer sein als mit 80 (vgl. die Forschung am Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg, Prof. A. Kruse). Medizinische Untersuchungen zeigen, dass ein gesunder Lebensstil den Entstehungszeitpunkt von einigen Krankheiten wie Diabetes und Demenz hinauszögern kann.

Zeitgefühl beim Altern

Wir sprechen vom Herbst des Lebens: „Wie ist mir doch die Zeit davongelaufen! Wie lange ist es her, dass wir einander kennen? Zwanzig Jahre? Du liebe Zeit, was hatte ich nicht alles tun wollen, was ungetan blieb. Was möchte ich gerne jetzt noch vollbringen, wenn mir nur die Zeit gegönnt wäre!“ In der Jugend wird uns Kredit eingeräumt: Wir können noch dies und jenes werden. Die Zukunft ist offen. Im Alter sind wir nun das, was wir sind. Es wird nicht mehr gefragt: Was kannst du tun? Alle stellen fest: Das hast du getan! Die Zukunft wird kleiner. Das Zeitgefühl im Alter ändert sich fundamental. Diese Phänomenologie des Zeiterlebens ist entscheidend für die Psychotherapie des Alterns.

Individuelle Herausforderungen der Patienten 60+

Neben diesen guten Nachrichten aus der psychosomatischen Gerontologie sind natürlich auch schmerzhaft biografische individuelle Belastungen zu verkraften. Ab diesem Alter spürt der Mensch seine Belastungsgrenzen, vor allem beklagt er mehr oder weniger starke kognitive Einbußen. Die Zeitlichkeit des Daseins wird spürbarer. Im Beruf muss er mit jüngeren Kollegen und Chefs klarkommen, vielleicht sogar mit ihnen rivalisieren. Bedenken wegen Arbeitsplatzverlust, das Gefühl, als älterer Mensch auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gebraucht zu werden, können jetzt hochkommen. Der Digitalisierungsschub überfordert diese Menschen oft. Die Familien beginnen sich aufzulösen, die Kinder gehen aus dem Haus, frühere Krisen aus der Kindheit oder aus dem Beginn der Ehe können aufbrechen und den Patienten labilisieren. Es wird Bilanz gezogen, was depressive Störungen auslösen kann. Auch ist heute vermehrt eine Bereitschaft zu beobachten, Ehen auch noch in höherem Alter aufzulösen. Unter dem Einfluss des Älterwerdens brechen die Abwehrmechanismen zusammen, frühere biografische Belastungen und Strukturschwächen können aktiviert werden (vgl. die Konflikt- und Strukturachse im OPD). Dieses Phänomen hat auch der Psychoanalytiker Radebold beschrieben, vor allem bei Kriegskindern, die nach der Berentung dekompensieren (2009). Auch können im Alter vermehrt transgenerationale Konflikte ausbrechen. Der Mensch sieht sich in der Tradition bis zu den Urgroßeltern hinauf. Die Familienpsychologie und die systemische Psychotherapie haben gezeigt, welche Macht bewusst, oft aber unbewusst in diesem transgenerationalen Strang verborgen sein kann. Diese Macht kann positiv sein, aber natürlich auch bei entsprechenden Belastungen (etwa Vertreibungen,

Flucht, Ausgrenzungen) oder auch Traumatisierungen negativ. Eine besondere Thematik und unter Umständen auch eine besondere Belastung kann ferner beim Altern die Veränderung des Körperbildes darstellen.

Psychotherapeutische Unterversorgung älterer Patienten

Heuft (2009) beschreibt, dass ältere Menschen (über 60 Jahre) in der psychotherapeutischen Versorgung nach wie vor deutlich unterrepräsentiert sind. So beträgt der Anteil der über 60-Jährigen in der psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Richtlinien-Psychotherapie der GKV 0,6 %. Aus einer Zufallsstichprobe von 1344 verhaltenstherapeutischen Psychotherapieanträgen wurden nur 0,2 % der Anträge für über 65-jährige Patienten gestellt. Heuft deutet diese Zahlen unter dem Gesichtspunkt, dass die Eigenübertragungen gegenüber Älteren in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung zu wenig berücksichtigt werden. Für den Therapeuten ist die Übertragungskonstellation eine Herausforderung, da sich oftmals Gegenübertragungsgefühle mit Eigenübertragungsanteilen mischen, die im Zusammenhang mit ungelösten Konflikten in der Beziehung zu den eigenen Eltern stehen. Daher würde die heutige Psychotherapeutengeneration die verfügbaren psychodynamischen Konzepte hinsichtlich der Entwicklungsaufgaben in der 2. Hälfte des Erwachsenenlebens zu wenig nutzen. Aus dieser Unterversorgung im ambulanten Bereich ergibt sich die Bedeutung einer indikativen Gruppe zur **Psychotherapie des Alterns (PA)** im stationären Setting (Schattenburg et al., 2003; Schattenburg et al., 2008).

Therapie

Themen dieser indikativen Gruppe

Die Gruppe (PA) arbeitet sowohl interaktionell als auch psychoedukativ, in Abhängigkeit der Fragestellung des Patienten. Folgende Themen sollen – wie oben schon beschrieben – integrativ angegangen werden:

- Beeinflussung eines ungesunden Lebensstils
- biografische Belastungen
- Verarbeitung der Berentung
- Ängste vor einem finanziellen Abstieg im Alter (Stichwort Altersarmut)
- Selbstbilder des Älterwerdens

- Über- und Unterschätzung von Fähigkeiten, die sich beim Altern ergeben
- Akzeptanz des Älterwerdens
- berufliche Belastungsfaktoren, die mit dem Nachlassen der Kräfte zusammenhängen
- Externalisierung eigener Schwächen auf die „böse“ Gesellschaft (Burn-out, Beschleunigung)
- Bilanzkrise
- Schuldgefühle
- Neuorientierungen nach Trennung
- Verarbeitung von Todesfällen und Vergegenwärtigung der Zeitlichkeit des Daseins
- Risiken, aber auch Chancen des Älterwerdens
- Sich-Aussöhnen mit biografischen Belastungen mit Anwendung von Lebensrückblickstechniken
- Entwicklungsaufgaben einerseits, andererseits aber auch Aufgabe von Zielen, die nicht mehr erreicht werden können
- Gefühl des Loslassens, was aber oft mit Angst einhergehen kann
- Bejahung und Versöhnung mit der Biografie
- positives Altern, ohne zu verleugnen
- kritischer Umgang mit der Lifestyle-Formel: „Forever young“
- Ermutigung: Man darf auch älter werden. In diesem Zusammenhang spielt die Würde des Alterns eine große Rolle

Ziele der Gruppe

Diese indikative Gruppe verfolgt vier Ziele:

- Die psychotherapeutische Unterstützung bei der Bewältigung der altersspezifischen Belastungen
- Aufgreifen von altersspezifischen Abwehrmechanismen und Hilfestellung bei deren Labilisierung
- Die Information über die sich aktuell rasant entwickelnde Alterspsychologie und Altersmedizin mit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die dem Alterungsprozess sehr zugutekommen können. Vielen Patienten und Patientinnen dürften diese neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht bekannt sein
- Den Patienten in der Balance zu unterstützen zwischen dem aktiven Mit-Tun beim Altern und der Würde des Loslassens

Supportive Maßnahmen

Gegebenenfalls kann die indikative Gruppe mit einem angepassten Sport- und Bewegungsprogramm, Ergotherapie, sozialpädagogischer Beratung und Paartherapie kombiniert werden.

Indikation und Modus der Zuweisung der Patienten

Viele der oben beschriebenen Punkte sind natürlich auch mit anderen Störungen korreliert: mit Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Funktionsstörungen usw. Die Kunst bei der Überweisung der Patienten in diese indikative Gruppe liegt also darin, die Bedeutung des Alterns bei der Entwicklung und der Aufrechterhaltung der Symptome zu erkennen. Vorschläge für diese Gruppe werden vom Behandlungsteam gemacht. Auf Visite kann die Indikation noch einmal klarer herausgearbeitet werden.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber

Améry J. (2004). Über das Altern. Revolte und Resignation. Klett-Cotta

Cranach M, Schneider H D, Ulich E & Winkler R (Hrsg.) (2011). Ältere Menschen im Unternehmen. Haupt

Forstmeier S & Marker A (2008). Probleme des Alterns. Hogrefe

Heuft G (2009). Psychosomatik und Alter. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 1. Schattauer

Heuft G, Kruse A & Radebold H (2005). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Uni-Taschenbücher. Irle M (2009). Älter werden für Anfänger. Rowohlt

Jacobi G, Biesalski H-K, Gola U, Huber J & Sommer F (2005). Kursbuch Anti-Aging. Thieme

Kruse A (2007). Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Kohlhammer

Mayer, K U & Baltes P B (Eds.) (1999). Die Berliner Altersstudie. Berlin

Otten D (2008). Die 50+ Studie. Wie die jungen Alten die Gesellschaft revolutionieren

Radebold H + H (2009). Älterwerden will gelernt sein. Klett-Cotta

Ridder de M (2010). Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. DVA

Schattenburg L, Gerhard C, Beutel M, Knickenberg R & Bleichner F (2003). Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern: Themen, Behandlungstechniken, Veränderungspotential. Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik, I, 45–55

Schattenburg L, Knickenberg R J, Beutel M E & Zwerenz R (2008). Berufsbezogene Interventionen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Ärztliche Psychotherapie, 4, 263–268

Schattenburg L (2008). Behandlungsmöglichkeiten von Burnout. Interventionsstil in einer strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG). Psychologische Medizin, 3, 31–36

Schattenburg L (2016). Psychologie des Alterns. Gelassen, aktiv und – in Würde altern. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schirrmacher M (2010). Medizin für Bildung. Spektrum Akademischer Verlag

SPIEGEL special (8/2006). Jung im Kopf. Die Chancen der alternenden Gesellschaft

SPIEGEL (19/2016). Absturz der Normalos. 78–82

Schirrmacher F (2004). Das Methusalem-Komplott. Blessing

ANGSTBEWÄLTIGUNG

Lothar Schattenburg

Einleitung

Angst ist eine normale Reaktion des Menschen, sie ist ein zentrales Thema der psychosomatischen Anthropologie (Schatenburg, 2009). Zu den existentiellen Aspekten der Angst aus der Perspektive der Daseinsanalyse bietet der Sammelband von Lang und Faller einen schönen Überblick (1996). Könnte der Mensch keine Angst empfinden, wäre er nicht überlebensfähig. Die Angst zeigt sich auf mehreren Ebenen:

- **auf der kognitiven und emotionalen Ebene:**
Einengung der Wahrnehmung auf gefahrenrelevante Reize, Einengung des Denkens und Fühlens, selektives Lernen und Erinnern
- **auf der Verhaltensebene:**
meist Flucht oder Vermeidung
- **auf der körperlichen Ebene:**
Alarmreaktionen im sympathischen Nervensystem mit Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Beschleunigung des Atmens, Zittern usw.

Neben Realängsten gibt es jedoch unangemessene Reaktionen, die dann zu den Angststörungen gerechnet werden. Bei diesen unangemessenen Angstreaktionen kommt es zu erheblichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Betroffenen. Beispiel: Ein Student kann wegen einer Prüfungsangst sein Studium nicht beenden. Oder die Umwelt leidet unter den übertriebenen Angstreaktionen, etwa wenn eine Patientin, die unter einer generalisierten Angststörung leidet, von ihren Angehörigen ständig per Handy wissen will, wo sie sich gerade befinden und ob etwas passiert sei. Erreicht die Patientin ihre Angehörigen nicht, bittet sie auf dem Anrufbeantworter um sofortigen Rückruf.

Epidemiologie

Epidemiologie von Angststörungen

Die Angststörungen gehören neben den Depressionen mit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (vgl. Robert-Koch-Institut, 2004). Wir wollen an dieser Stelle nicht die einzelnen Häufigkeiten pro Angstgruppe (Panikstörung, generalisierte Angststörung usw.) auflisten – dies kann im Report des Robert-Koch-Instituts und im Bundesgesundheitssurvey (1998) im Detail nachgelesen werden.

Angststörungen beginnen mit wenigen Ausnahmen in der 2. bis 4. Dekade. Nahezu 60 % aller Angststörungen manifestieren sich erstmals vor dem 21. Lebensjahr. Daran mag schon abzulesen sein, welches Chronifizierungspotential in dieser Störung stecken kann – bedenkt man, dass es nach einigen Studien bis zu 8 Jahre dauern kann, bis eine Angststörung psychotherapeutisch professionell behandelt wird. Wittchen (1997), ein renommierter Angstforscher an der Universität Dresden, geht davon aus, dass 20 % der Bevölkerung schon einmal im Verlauf ihres Lebens während längerer Zeit unter Angst gelitten hätten. Andere Schätzungen gehen von noch höheren Zahlen aus, nämlich dass 30 Millionen Deutsche unter einer Angststörung leiden würden (GEO WISSEN, 2016, S. 57). Ferner gibt es einen klaren Geschlechtseffekt: Frauen sind nahezu doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer. Dafür gibt es keine eindeutigen Erklärungen. Das erlernte Rollenverhalten „männlich vs. weiblich“ dürfte einen erheblichen Einfluss darauf haben, inwieweit Männer und Frauen sich trauen, über ihre Ängste zu sprechen (Schattenburg, 2000).

Wie auch immer man die Prävalenz der Angststörung berechnen mag: Die Zahl ist hoch, ein ausgesprochener Bedarf an Behandlungsangeboten liegt auf der Hand. Diesem Bedarf soll unsere Angstbewältigungsgruppe (ABG) Rechnung tragen.

Ursachen für Angststörungen

Es werden psychosoziale, psychologische, genetische und biologische Ursachen für die Angststörung verantwortlich gemacht. Die Ursachen sind multifaktoriell. Allgemein wird bei allen Angststörungen eine Fehlsteuerung des an sich normalen Angst-Stress-Mechanismus angenommen, der sich entweder zeigt in einer Kampf- oder in einer Fluchtreaktion. Folgende verhaltenstherapeutische und psychoanalytisch-tiefenpsychologische Perspektiven ergänzen sich natürlich:

- **Ursachen in verhaltenstherapeutischer Perspektive:**
Es wird davon ausgegangen, dass das typischerweise auftretende Vermeidungsverhalten eine langdauernde Verfestigung der ersten durch unangenehme Erlebnisse erlernten Angstreaktion bewirkt. Es kommt zu einer Konditionierung. Dieser Mechanismus wird für die bei Angststörungen typische Tendenz von anfangs chronisch-mildem bis zu später schwerem Langzeitverlauf verantwortlich gemacht
- **Ursachen in psychoanalytisch-tiefenpsychologischer Perspektive:**
Zu den Einflussfaktoren zählen vor allem bewusste und unbewusste Konflikte (s. Konfliktachse OPD) sowie das strukturelle Funktionsniveau des Patienten, das seine Selbststeuerungs- und Regulationsfähigkeiten umfasst (s. Strukturachse OPD; Arbeitskreis OPD, 2006)

Einflussfaktoren und Indikationen

Gesellschaftliche Einflüsse

Die Patienten mit einer Angststörung sehen sich auch mannigfaltigen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt bzgl. der Ursachen der Angststörungen. Bevor der Patient in die Behandlung kommt, sei es ambulant oder stationär, liest er jeden Tag in der Zeitung die Zusammenfassung der soziologischen Bücher. Der Soziologe Ehrenberg diagnostiziert das „Erschöpfte Selbst“, der Soziologe Rosa diagnostiziert eine „Beschleunigung der Gesellschaft“ und der Soziologe Heinz Bude schreibt ein Buch über die „Gesellschaft der Angst“. Bude (2014) diagnostiziert in der Gesellschaft ein „Gefühl, dass das Schlimmste noch vor einem liege“. Wir können an dieser Stelle diese hochkomplexen Bücher nicht weiter kommentieren, nur sei darauf verwiesen: Es kann sozialpsychologisch davon ausgegangen werden, dass diese tägliche Zeitungslektüre über Burn-out, Erschöpfung,

Beschleunigung und die Schmelze der Mittelschicht eine Rückkoppelung auf das Angstempfinden und Unsicherheitserleben der Patienten haben dürfte – unabhängig davon, in welchem Ausmaß diese Analysen nun „stimmen mögen oder nicht“.

Indikationen für die Angstbewältigungsgruppe

Angststörungen sind in hohem Maße mit anderen Störungen korreliert, mit Depressionen, Zwangsstörungen, Somatisierungen, Persönlichkeitsstörungen usw. Der Psychoanalytiker Sven Hoffmann (2009) sieht bei der Borderline-Symptomatik eine Angststörung im Zentrum. Für folgende Ängste liegt eine Indikation für unsere Gruppe (ABG) vor:

Panikstörung, generalisierte Angststörung, soziale und Agoraphobie, spezifische Phobien, Hypochondrie, Angst vor der Angst, Versagens- und Zukunftsängste im Rahmen der Störung: Depression und Angst, gemischt.

Therapie

Interventionen

Therapeutisch wird in dieser Gruppe **integrativ** gearbeitet, d. h., es kommen Elemente der Psychoedukation, verhaltens- und hypnotherapeutische und psychodynamische Interventionen zum Einsatz. Die moderne Psychotherapieforschung zeigt, dass psychodynamische Psychotherapie mit anderen Arten von Ansätzen kombiniert werden kann (Subic-Wrana et al., 2012). Die Gruppe ist interaktionell aufgebaut, d. h., es werden nicht festgelegte Module pro Sitzung abgearbeitet, sondern es wird mit der Gruppe besprochen, welche Fragestellungen aktuell sind (Schattenburg, 2012). Zunächst werden in der Gruppe inhaltliche Fragen zur Angstsymptomatik bearbeitet. Dann wird zum Schluss der Gruppe eine Atemübung durchgeführt, um die Selbstregulierung von Angstattacken zu trainieren. Welche der folgenden Interventionen gewählt wird, hängt vom Patienten, von seiner Symptomatik und dessen Funktionsniveau ab (Bandelow et al., 2014). Angststörungen sind oft mit einem mangelnden Selbstwertgefühl verbunden. Daher ist die Förderung des Selbstwertgefühls eine wichtige Aufgabe – unabhängig von der theoretischen Einbettung der jeweiligen Interventionen (Potreck-Rose & Jacob, 2013). Großer Wert wird bei der Gruppe **ABG** darauf gelegt, dass Übungen zwischen den Sitzungen vereinbart werden – nach Absprache mit dem Patienten.

Es dürfte vollkommen klar sein, dass von den nachfolgend aufgezählten Interventionen nicht alle zum Einsatz kommen können, eine geschickte Auswahl durch den Gruppenleiter ist daher unumgänglich. Wir haben uns für ein breites Interventions-Repertoire entschieden, weil nach unserer Erfahrung eine zu enge Manualisierung des Konzeptes aus folgenden Gründen dem stationären Setting nicht gerecht wird: Halboffene Gruppe, unterschiedliche Orientierungen der Gruppenleiter, Komplexität der Krankheitsbilder und unterschiedliche Dauer der stationären Aufenthalte sind Charakteristika des stationären Settings.

Nun zu den Interventionen:

- **Psychoedukation:** Was sind Angststörungen? Nach unseren Erfahrungen ist es für viele Patienten hilfreich, das Kind beim Namen zu nennen. Viele Patienten wissen nicht: Meine Symptome verweisen auf eine Panikstörung oder auf eine generalisierte Angststörung. Das ermöglicht oft schon eine erste Distanzierung von der Störung. Aufklärung über physiologische Abläufe z. B. bei einer Panikattacke sind ganz wichtig. Viele Patienten haben nach unserer praktischen Erfahrung mit der Durchführung dieser Angstbewältigungsgruppe ungünstige Attributionen wie: „Ich habe eine Panikattacke, weil mein Blutdruck abfällt.“ Die Patienten erleben die Information, dass bei der Panikattacke der Blutdruck steigt und eben nicht fällt, als sehr hilfreich und beruhigend, weil die Patienten die ungünstige Kognition haben: „Ich falle gleich um, weil der Blutdruck sinkt.“ Diese ungünstige Kognition kann dann abgebaut werden

Ferner gehört zur Psychoedukation ein ABC der Neurobiologie: Bedeutung des limbischen Systems und der Amygdala, Aufbau von neuen neurologischen Netzwerken.

Information über Hyperventilation und praktische Übungen (geschlossene Hände vor der Nase, Tüte). Den Patienten soll erklärt werden, dass das Vermeidungsverhalten im Zentrum der Angststörung liegt und dass dieses Vermeidungsverhalten angegangen werden muss, will man die Angststörung in den Griff bekommen. (Zur Psychoedukation in der Angstgruppe vgl. Schattenburg, 2016.)

- **Hypnotherapeutische Interventionen:** AT, Atemübungen, Achtsamkeitsübungen nach Kabat-Zinn, Imaginationsübungen wie innerer sicherer Ort oder imaginative Schutzhülle (Schmidt, 2004)
- **Verhaltenstherapeutische Übungen:** Dysfunktionale Kognitionen vor allem beim Angstkreislauf, Darstellung, wie

der Angstkreislauf abgefedert werden kann, Überbewertung von Reizen besonders von Körpersignalen, Entdramatisieren, Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit während der Angstattacken, Verhaltensübungen wie Busfahren, Leute ansprechen, Fahrstuhlfahren, ins Theater gehen. Verhaltensanalyse mit den der Angstsymptomatik vorausgegangenen Stimuli und deren Verstärker (Kanfer et al., 2006; Meichenbaum & Schattenburg, 2012)

- **Psychodynamische Interventionen:** Diagnostik von malignen Introjekten, unbewussten Schuldgefühlen, zentraler Beziehungskonflikt nach Luborsky, Angst im Kontext von projektiver Identifikation bei Persönlichkeitsstörungen (Clarkin et al., 2008), Aufweichung der Angstabwehr (Hoffmann, 2009; Mentzos, 1984; Subic-Wrana et al., 2012)

Häufigkeit der Angstbewältigungsgruppe und Zuweisungsmodus

Diese indikative Gruppe findet zweimal wöchentlich statt à 50 Minuten mit maximal 12 Patienten. In der Regel vier-, höchstens achtmal. Es handelt sich um eine halboffene Gruppe, d.h., Patienten gehen hinaus, neue Patienten kommen immer wieder herein – je nach Verlauf des stationären Aufenthaltes.

Im Team wird besprochen, welche Patienten und Patientinnen für diese indikative Gruppe geeignet sind. Nach unserer langjährigen Erfahrung ist es bei dieser Gruppe nicht nötig, dass der Gruppenleiter resp. die Gruppenleiterin die Patienten in einem Vorgespräch sehen muss. Verantwortlich für diese Gruppe ist ein Pate resp. eine Patin (OA/Ltd.-Psychologe). Er bzw. sie kümmert sich um die Vertretung, Supervision und Ausbildung der Assistenten für diese indikative Gruppe.

Ziele

- Es soll ein tragfähiges Psychosomatik-Verständnis der Angst-erkrankung erarbeitet werden. Nach unserer Erfahrung fehlt es vielen Patienten an einer psychologischen Theorie bzgl. der Angsterkrankung. Ein Patient stellt die Frage: „Ich sitze im Englischen Garten in München bei schönem Wetter, eigentlich geht es mir gut und ... plötzlich überfällt mich eine Panikattacke. Das verstehe ich nicht. Können Sie mir dies bitte erklären!“ Hier ist es wichtig, mit dem Patienten gemeinsam eine Theorie zu erarbeiten, so dass er die Panik-attacke mit seiner Biografie oder mit seinen aktuellen Belastungen oder Konflikten verknüpfen kann. Die Erfahrung zeigt, dass eine für den Patienten „stimmige Theorie“ schon einen ersten Schritt darstellen kann für die Angstbe-

handlung und für ein psychosomatisches Krankheitsverständnis

- Ferner sollen therapeutische Effekte zur Angstbewältigung erzielt werden. Auch in einer 6-wöchigen Krankenhausbehandlung können durchaus respektable Ergebnisse erzielt werden, wobei natürlich die Ziele realistisch dosiert werden – in Absprache mit dem Patienten. Nach unserer über 10-jährigen Erfahrung mit der Durchführung dieser indikativen Gruppe (Schattenburg, 2016) können Patienten wieder: mehr unter die Leute gehen, ihre Scham reduzieren, mit dem Fahrstuhl fahren, die ständigen Sorgen um die Angehörigen abbauen usw. Eine Patientin konnte ihr tägliches Telefonieren mit der Familie, die sich von der Patientin „terrorisiert gefühlt“ hatte, auf ein zweimaliges Telefonieren pro Woche reduzieren. Hypochondrische Ängste können gemildert werden. Ein Patient ging wieder am Samstagabend ins Theater, obwohl die nächste Klinik 30 km entfernt war. Er konnte auf die phantasierte Sicherheit einer umgehenden Einweisung in eine Klinik verzichten
- Zum Schluss der Gruppe soll der Patient motiviert werden, sich bei einer chronifizierten Angstbehandlung zu Hause weiterhin in Behandlung zu begeben

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe

Bandelow B, Lichte Th, Rudolf S, Wiltink J & Beutel M (Hrsg.) (2014). S3-Leitlinie. Angststörungen. Springer

Bude H (2014). Gesellschaft der Angst. Hamburger Edition

Bundesgesundheitsurvey (1998). S. Internet

Clarkin J, Yeomans F & Kernberg O (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer

GEO Wissen (2016). Ängste überwinden, innere Stärke gewinnen

Hoffmann S O (2009). Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie. Schattauer

Kanfer F, Reinecker H & Schmelzer D (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer

Lang H & Faller (Hrsg.) (1996). Das Phänomen Angst. Suhrkamp

Meichenbaum D & Schattenburg L (2012). Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. 3. Auflage. Huber

Mentzos S (1984). Angstneurose. Psychodynamische und Psychotherapeutische Aspekte. Fischer

Potreck-Rose F & Jacob G (2013). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Klett-Cotta

Robert Koch-Institut (2004). Heft 21. Angststörungen

Schattenburg L (2000). Geschlechtsstereotype Attributionen bei Kindern in Leistungssituationen. Experimentelle Studie zum Ost-West-Vergleich. Lang

Schattenburg L (2009). Spiritualität als Anker der Psychosomatischen Anthropologie. Rezension. Schriftenreihe XIII der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, 117–125. Replik auf diese Rezension von Prof. Frick in dieser Schriftenreihe, 126–127

Schattenburg L (2012). Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In Strauß B & Mattke D (Hrsg.). Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (439–448). Heidelberg: Springer

Schattenburg L (2016). Integrative Psychotherapie bei der Bewältigung von Ängsten. Unveröffentlichtes Vortrags-Manuskript. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schmidt G (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Auer

Subic-Wrana C, Milrod B & Beutel M E (2012). Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie. Hogrefe

Wittchen H-U (1997). Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen, verstehen und behandeln. Mosaik

ANOREXIA NERVOSA UND BULIMIE

Dagmar Stelz und Martin Siepmann

Einleitung

Die Anorexia nervosa, im Deutschen Anorexie, ist eine Krankheit mit häufig ungünstiger Prognose. Ihre Symptome sind ich-synton und oft schwer zu beeinflussen. Bei günstigem Verlauf dauert es bei der Anorexie im Schnitt sechs Jahre bis zur Ausheilung (Zipfel et al. 2005). Eigenmotivation der Patienten und Symptomorientierung der Therapien sind erforderlich. Zwischen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bestehen Übergänge. Entsprechend des ICD-10 befasst sich eine anorektische Patientin mit der Angst vor einem dicken Körper und dem tief verwurzelten Gefühl, übergewichtig zu sein. Die bulimische Patientin beschäftigt sich in übertriebener Weise mit der Kontrolle des Körpergewichts, leidet unter Heißhungerattacken mit Essensanfällen und Erbrechen.

Definition

Bei der Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0/F50.01) liegt der Body-Maß-Index (BMI) unter $17,5 \text{ kg/m}^2$. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt, unter anderem durch:

- Mangelernährung
- aktives Vermeiden einer ausreichend kalorischen Kost
- selbstinduziertes Erbrechen
- Medikamentenmissbrauch (Laxantien, Diuretika, Schilddrüsenhormone)
- exzessive körperliche Aktivität

Im Vordergrund steht eine Körperschemastörung. Der anorektische Patient erlebt sich subjektiv als übergewichtig. Es bestehen massive Ängste vor Gewichtszunahme als überwertige Idee. Körpersignale werden fehlinterpretiert. Beispielsweise kann die Aufnahme kleinster Nahrungsmengen zu Klagen über Völlegefühl und Übelkeit führen. Sekundär kommt es zu endokrinen Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achsen mit Amenorrhoe bei Frauen. Bei Männern führen sie zu Libido- und Potenzverlust. Die Anorexia nervosa tritt in der restriktiven (F50.0) und der bulimischen (binging-purging) Form (F50.01) auf. Hinzuweisen ist auf die atypische Anorexie (F50.1), bei der einzelne Symptome zwar vorhanden, das Vollbild der Störung aber nicht ausgeprägt ist. Hier besteht eine Koinzidenz z. B. mit Zwangsstörungen und Depressionen.

Die Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) ist gekennzeichnet durch einen unwiderstehlichen Drang nach Nahrungsmitteln und unkontrollierbaren Essattacken gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen im Wechsel mit Hungerperioden. Zu erwähnen sind die atypische Bulimia nervosa (ICD-10 F50.3), Essattacken (F50.4) und Erbrechen (F50.5) bei sonstigen Störungen. Die Binge-Eating-Disorder (DSM-IV) entspricht dabei einem regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle.

Bei ein und demselben Patienten können beide Störungen nacheinander auftreten. Oft folgt die Bulimie erst Monate oder Jahre nach der Anorexie. Frauen leiden unter diesen Störungen circa zehnmal häufiger als Männer.

Die Anorexie beginnt meist im Jugendalter und tritt nur selten nach der Lebensmitte auf. Es ist eine Besonderheit der Anorexie, dass körperlich gesunde, junge Menschen allein durch selbst-auferlegtes Hungern bis in den Bereich bedrohlicher Funktionsstörungen gelangen oder sogar sterben, obwohl der Tod keineswegs angestrebt und das Risiko des Todes zumindest nicht bewusst in Kauf genommen wird. Die Patienten verleugnen ihren körperlichen Mangelzustand und dessen Folgen vor sich und der Umwelt.

Magersüchtige haben durch extremes Hungern deutliches Untergewicht, oft liegt ihr Gewicht 25 Prozent oder mehr unter dem Normalgewicht ($BMI < 17,5$). Sie hungern bis zur völligen Auszehrung (Kachexie), was nicht nur in der skelettartigen Erscheinung der Erkrankten sichtbar wird, sondern auch weitere schwere gesundheitliche Komplikationen zur Folge haben kann. Ungefähr fünf Prozent sterben an ihrer Magersucht, vor allem dann, wenn eine Lungenentzündung oder ein Nierenversagen als zusätzliche Komplikation hinzukommt.

Epidemiologie, Psychopathologie und Folgen

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei der Anorexia nervosa zwischen 14 und 18 Jahren, bei der Bulimie zwischen 17 und 35 Jahren. Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt für beide Erkrankungen bei 12:1. 21,9 Prozent der 11- bis 17-Jährigen leiden in Deutschland unter Anorexie oder Bulimie.

Risikofaktoren sind u. a. Leistungssport, Ballett, Bodybuilding, ein Überangebot an Nahrung. Ein weiterer Risikofaktor sind besonders bei Mädchen sexuelle Belästigung und Traumatisierung. Auch ist von einer genetischen Disposition auszugehen.

Familiäre Faktoren sind:

- eine überprotektive Haltung der Eltern
- emotionale oder reale Vernachlässigung
- ein Familiensystem mit hohen Ansprüchen, Rigidität, Konfliktvermeidung und emotional kargem Klima

Psychodynamisch relevant sind:

- die unbewusste Vermeidung sexueller Wünsche und Beziehungen
- das Ringen um Autonomie, Selbstkontrolle und Selbstwert, um narzisstischen Gewinn, Perfektion des Körpers, Autarkie, das Gefühl der Überlegenheit
- Angstvermeidung
- Vermeidung von Weiterentwicklung in einer Schwellensituation
- Beziehungslosigkeit
- soziale Isolation
- Abgrenzung und Suche nach Identität
- Autonomiebestrebungen, ohne sich von der Primärfamilie trennen zu müssen

Aggressionen werden abgewehrt, verschoben, Aufmerksamkeit wird gewonnen, es wird rivalisiert.

Patienten mit Bulimia nervosa leiden unter mangelnder Impulskontrolle, sind häufiger emotional instabil, neigen zu Substanzmissbrauch. Patienten mit restriktiver Anorexia nervosa zeichnen sich durch Perfektionismus, Zwanghaftigkeit, Neurotizismus, negative Emotionalität, Affekteinengung, Anhedonie und Askese aus.

Beide Persönlichkeiten sind ängstlich, gehemmt, sozial distanziert, intolerant und kritisch anderen gegenüber, unreif sowie sozial angepasst (Beutel 2013).

Auch bei der Bulimie ist eine genetische Disposition anzunehmen, Komorbiditäten sind u. a. depressive Erkrankungen. Essen hat die Funktion von Affekt- und Selbstregulation. Hauptmerkmale auf der Konflikt-Beziehungs-Strukturachse (OPD) sind u. a. ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt und ein Kontroll-Unterwerfungs-Konflikt.

Denkverzerrungen (z. B. „man muss immer perfekt sein“) und irrationale Annahmen (z. B. „nur wenn ich schlank bin, bin ich perfekt“) können dem nahrungsbezogenen Verhalten essgestörter Patienten zugrunde liegen. Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Bulimie kommt es durch das veränderte Essverhalten zu psychologischen und biologischen Veränderungen, die zur Aufrechterhaltung des gestörten Essverhaltens im Sinne eines Circulus vitiosus beitragen, auch wenn die ursprünglich auslösenden Bedingungen nicht mehr bestehen (Margraf und Schneider 2009). Beispielsweise kann Mangelernährung zu ständiger gedanklicher Beschäftigung und bizarrem Verhalten im Umgang mit Nahrungsmitteln (z. B. Essen verstecken) führen. Verminderung des Energieverbrauchs durch Mangelernährung ist eine biologische Anpassung, die auch nach normaler Kalorienzufuhr lange fortbestehen kann.

Körperliche Folgen der Anorexia und Bulimia nervosa:

- Parotitis
- Ödeme
- Herzrhythmusstörungen
- Niereninsuffizienz
- Elektrolytstörungen
- Parodontitis
- Oesophagitis
- Mallory-Weiss-Läsion
- Hypotonie

Prognose

Eine 21-Jahres-Katamnese zur Anorexie (Zipfel et al. 2005) ergab, dass circa 51 Prozent der Patienten geheilt werden konnten. Etwa 21 Prozent profitierten teilweise, circa 10 Prozent wiesen ein schlechtes Ergebnis auf und 9,8 Prozent verstarben. Anorektische Patienten haben langfristig ein vierfaches Sterberisiko. Bei einer Krankheitsdauer von über fünf Jahren ist die Prognose zunehmend ungünstig. Höheres Ersterkrankungsalter und zwanghafte Persönlichkeitsstörung sind ebenfalls prognos-

tisch ungünstig (Steinhausen 2002). Die Bulimie zeichnet sich durch ein besseres Ansprechen auf Psychotherapie sowie eine geringere Sterblichkeit aus, wobei die Gefahr des Sekundenhertodes als Folge von Hypokaliämie-induzierten Herzrhythmusstörungen zu erwähnen ist.

Aufnahme

Kriterien für die Aufnahme

Kriterien für die Aufnahme in die stationäre psychosomatische Behandlung von Patienten mit Anorexie sind:

- rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 Prozent über sechs Monate), gravierendes Untergewicht ($\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$), erfolglose ambulante/tagesklinische Behandlung über circa drei Monate sowie pathogenetisch relevante familiäre bzw. soziale Verhältnisse, die die Krankheit unterhalten bzw. eine Genesung verhindern
- relevante psychische Komorbiditäten, wie eine schwere bulimische Symptomatik mit Hypokaliämie, Laxantien- bzw. Diuretikaabusus
- exzessives Ausüben sportlicher Aktivitäten
- somatische Instabilitäten, Komplikationsneigungen, geringe Krankheitseinsicht
- die Überforderung im ambulanten Setting, z. B. durch zu wenig strukturierte Vorgaben
- die Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Rahmen eines strukturierten multimodalen Krankenhaussettings

Kriterien zur stationären Behandlung

Auch für die Bulimie besteht ein frühzeitiges Behandlungsangebot. Kriterien zur stationären Behandlung sind:

- psychische bzw. physische Komorbiditäten (Selbstverletzung, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Diabetes mellitus Typ I, wenn engmaschige ärztliche Kontrollen erforderlich sind)
- hoher Krankheitsschweregrad
- Versagen oder fehlende Möglichkeit ambulanter Therapie
- Therapie verhindernde Umstände im Umfeld der Patienten

Zu Beginn der Behandlung liegt der Fokus auf der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz und gemeinsamen Zielabsprachen. Es wird auf die Besserung der Symptome des gestörten Essverhaltens hingearbeitet. Dies geschieht mittels eines strukturierten Essensplans, der Reduktion des restriktiven Essverhaltens und der selektiven Nahrungsauswahl, der Veränderung von Essritualen, regelmäßigen Wiegens und der Diskussion der Gewichtskurve.

Kontraindikationen

Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten und können bei uns nicht behandelt werden. Das Gleiche gilt für Patienten, deren BMI unter 13 liegt und die somatisch instabil sind. Ebenso können wir Patienten unter 18 Jahren nicht aufnehmen.

Aufnahmemodalitäten

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder als Verlegungen aus Krankenhäusern und Tageskliniken. Voraussetzung für die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die somatische Stabilität der Patienten, ebenso deren Bereitschaft, selbstständig zu essen und zu trinken. Patienten, die abhängig von Infusionsbehandlungen oder von der Zufuhr hochkalorischer Kost über Magensonden sind, liegen außerhalb unseres Behandlungsspektrums. Die Patienten werden direkt am Aufnahmetag, möglichst gemeinsam mit ihren angereisten Angehörigen, in einem oberärztlich-fachärztlich geführten, explorativen Gespräch psychosomatisch eingeschätzt und auf die Behandlung eingestimmt. Die Aufnahmeindikation und die Behandelbarkeit in unserem Haus werden geprüft, das Therapieprogramm für Magersuchtpatienten wird erläutert.

Therapieprogramm

Die leitliniengerechte Behandlung der Anorexia nervosa (Anorexie), gemäß AWMF, Registernummer 051/026, Klasse: S3, Dezember 2011, in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst eine multimodale störungsorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der Psychodynamik und der körperlichen Aspekte der Erkrankung. Es wird den Patienten eine

frühzeitige Behandlung angeboten. Die Therapie benötigt in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wobei ein Wechsel von ambulant, teilstationär und stationär sinnvoll ist. Dieser wird bereits während des Aufenthaltes geplant, um therapeutische Kontinuität zu erzielen.

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, von psychosomatischen Instabilitäten, niedrigem BMI oder drohenden Elektrolytentgleisungen bei bulimischer Symptomatik ist gegebenenfalls eine direkte Aufnahme auf unserer Kriseninterventionsstation erforderlich. Zu Beginn der Behandlung wird mit den Patienten vereinbart, dass sie die Klinik zunächst nicht verlassen (Hausgebot). Sehr kranke Patienten bleiben anfangs auf der Kriseninterventionsstation. Der Abstand vom heimatlichen Umfeld ist ein Wirkfaktor der stationären psychosomatischen Behandlung. Angehörige und Patienten werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert. Kontakte nach außen (telefonisch, als Besuch, per Post oder per modernen Medien) sollen unterbleiben. Dies ist notwendig, da psychosomatische Krankheiten, insbesondere Essstörungen, in einem Beziehungsgefüge entstehen, in dem die Genesung zuletzt nicht mehr möglich war. Die Patienten können sich nun in Distanz zum gewohnten Umfeld und in den stützenden und strukturierenden therapeutischen Rahmenbedingungen des Akutkrankenhauses erste Schritte in Richtung psychosomatischer Stabilität erarbeiten. Der Aufbau einer therapeutischen Allianz nach der komplexen Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu Therapeuten, Ärzten, Schwestern, Patienten, besonders auch in der sogenannten Anorexiegruppe, gibt zunehmend Stütze und Halt.

Die Patienten werden in Anorexietherapiegruppen integriert, die von dafür speziell ausgebildeten Therapeuten geleitet werden. Sie erhalten Einzeltherapien. Notwendige medizinische Kontakte und Visiten, Diagnostik und Überwachung von Labor- und Vitalwerten werden durchgeführt.

Eine Körperwahrnehmungsschulung für Patienten mit Essstörungen, Physiotherapie in der Anorexiegruppe sowie ein angepasstes Bewegungsprogramm durch Sporttherapeuten ergänzen die Therapien. Zusätzlich nehmen untergewichtige Patienten zu hochkalorischen Mahlzeiten regelmäßig ein hochkalorisches Getränk zu sich und verbleiben anschließend gemeinsam mit anderen Anorexiepatienten in einem Raum in Ruhe und unter Aufsicht des Pflegepersonals. Dies geschieht zum einen, um das Gefühl auf sich wirken zu lassen, Nahrung zu sich genommen zu haben, und zum anderen, um diese bei sich zu behalten und nicht wieder zu erbrechen.

Rauchen sollte unterlassen werden, ebenso Sport außerhalb der vorgegebenen Zeiten und Therapien. Im Hinblick auf die komplexen therapeutischen Angebote sollten Fingernägel auf Fingerkuppenniveau gekürzt werden, um Selbst- und Fremdverletzungen in körperbezogenen Angeboten zu vermeiden.

Piercings sollten entfernt werden, insofern sie ein Verletzungsrisiko darstellen. Zwar sind Piercings einerseits eine Modeströmung, andererseits kann exzessives Piercing bis zur Entstellung des eigenen Körpers gehen und befindet sich in der Nähe der Selbstverletzung.

Für diese Fälle sollte es Therapieinhalt sein, sich mit den darunterliegenden Konflikten und Selbstabwertungen auseinanderzusetzen.

Die Patienten sollten mit einer Gewichtszunahme von wöchentlich 500 bis 1000 g verbindlich einverstanden sein. Als Zielgewicht wird ein BMI von 18 bis 20 kg/m² angestrebt. Die Patienten werden dreimal wöchentlich gewogen. Der Verlauf wird diskutiert und in Bezug zu therapeutischen Themen gesetzt. Übermäßiges Wassertrinken sollte unterlassen werden. Vielmehr sollten die Patienten angehalten werden, überwiegend süßen Tee oder Saft zu trinken.

Suchtmittelabstinenz ist unbedingte Voraussetzung zur Behandlung in unserem Haus.

Eine intensive Vorbereitung auf eine ambulante Weiterbehandlung erfolgt zeitnah, es wird eine zunehmende Eigenständigkeit bei der Einnahme und dem Planen von Mahlzeiten angestrebt. Die Patienten und ihre Angehörigen werden über Rückfallrisiko und Krankheitsverlauf aufgeklärt.

Ein abgestuftes und an den körperlichen Zustand der Patienten angepasstes Bewegungsprogramm wird durchgeführt. Sie werden auf mögliche Komplikationen, die bei exzessivem Sport auftreten können, hingewiesen. Gegebenenfalls werden zwischen Therapeut und Patient Vereinbarungen getroffen, sollte es an einer Selbststeuerung bei körperlicher Aktivität mangeln.

Die medikamentöse Behandlung der Anorexia nervosa wird bei nicht zu beherrschender Hyperaktivität sowie starker Einschränkung des Denkens auf Gewicht und Essen angewandt. Leitliniengemäß können Neuroleptika mit gering ausgeprägten extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen (z. B. Olanzapin)

in niedrigen Dosierungen im Einzelfall eingesetzt werden. Antidepressiva werden gegebenenfalls zur Behandlung einer komorbiden depressiven Störung verabreicht. Über mögliche unerwünschte Effekte verordneter Psychopharmaka wird mündlich und schriftlich aufgeklärt.

Zu Beginn der Therapie finden neben der speziellen, täglichen Anorexie-Körperwahrnehmungsschulung (à 50 Minuten) und der Anorexiegruppe (zweimal pro Woche à 50 Minuten) sowie den Stationsrunden (zweimal wöchentlich) zunächst keine weiteren aufdeckenden Gruppenpsychotherapien statt. Schließlich sind die Patienten anfangs sehr durch den Versuch der psychosomatischen Stabilisierung und die Teilnahme an den speziellen Therapiegruppen beansprucht. Mit zunehmender psychosomatischer Stabilisierung werden die Patienten in weitere tiefenpsychologisch aufdeckende Therapien integriert (dreimal pro Woche à 50 Minuten verbale Gruppentherapien, zweimal pro Woche à 50 Minuten körperorientierte Gruppenpsychotherapie, tägliche Anorexieschiene mit je 50 Minuten dauernden kreativen Angeboten sowie therapeutischem Boxen). In gegebenen Fällen werden Paar- und Familiengespräche eingeplant. Die kontakteingrenzenden Vereinbarungen werden verändert und das Hausgebot aufgehoben.

Immer wieder kommt es bei essgestörten Patienten zu Selbstverletzungen durch Ritzen, Schlagen und andere Handlungen, mit denen sie sich Schmerz zufügen. Mit den Patienten wird daher zunächst versucht, die ambivalente Einstellung zur eigenen Person und zum eigenen Körper unter psychodynamischen Gesichtspunkten auszuloten. Wie weit lässt sich dieses Verhalten in die Vergangenheit zurückverfolgen? Welche Affekte und Kognitionen führen zum selbstverletzenden Verhalten? Nach einem vertieften Verständnis wird mit den gefährdeten Patienten ein Vertrag geschlossen, der zuvor erarbeitete Alternativverhaltensweisen (Stresstoleranzskills) aufzeigt. Die Patienten verpflichten sich, diese einzusetzen. Von Seiten der Therapeuten wird die durchgängige Ansprechbarkeit von Bezugstherapeut, diensthabenden Therapeuten und Krankenpflegepersonal thematisiert. Es werden feste Meldezeiten mit den Patienten vereinbart. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend und ein Patient konnte sich nicht an die Abmachung halten, wird über einen Deutungsversuch der zugrunde liegende Konflikt durch den Therapeuten in die Bearbeitung einbezogen. Dabei werden die Introspektionsfähigkeit des Patienten und die aktuelle Therapeut-Patienten-Beziehung berücksichtigt.

Durch die Anwendung kognitiver Techniken können die Patienten erlernen, verzerrte Einstellungen zum Körper und Gewicht, aber auch zu anderen Themen wie Leistungsdenken und Partnerschaften oder Familie zu identifizieren und durch weniger dysfunktionale Einstellungen zu ersetzen (Margraf und Schneider 2009). In ergotherapeutischen Maßnahmen können die Patienten weitere Erfahrungen mit sich selbst und anderen in für sie leicht verständlichen und übersichtlichen realen Anforderungssituationen machen und ihre Ausdauer fördern. Die Ergotherapie ist ein wichtiger Schritt für die Selbstwahrnehmung der Patienten. Hier können sie ihren Emotionen über Medien wie Ton oder Farbe Ausdruck verleihen. Bei der Bearbeitung einer Gemeinschaftsaufgabe kann im entstehenden Gruppenprozess die individuelle Art, wie die Patienten zu einer Problemlösung beitragen, verdeutlicht und reflektiert werden. Die Verwendung unterschiedlicher Werkstoffe beeinflusst die Stimmung der Patienten und verlangt diesen unterschiedliche Fertigkeiten ab. Die Patienten entwickeln im Umgang mit einem schwer zu bearbeitenden Material mehr Durchhaltevermögen und eine höhere Frustrationstoleranz. So wird mit verfließenden Farben die Kreativität angesprochen, jedoch kann mit ihnen die Arbeit nicht „akkurat“ ausgeführt werden, was von manchen Patienten zunächst kaum toleriert werden kann. Die dabei angestrebte motivationale Reaktion kann im weiteren therapeutischen Verlauf verstehbar gemacht werden und Veränderungsschritte einleiten. Die Verwendung verschiedener Werkstoffe ist auch ein guter Ansatzpunkt für berufsbezogene Fragestellungen.

In den sporttherapeutischen Angeboten wird die Körperwahrnehmung der Patienten weiter geschult und die Körperakzeptanz gefördert. Dabei hilft die Sporttherapie den Patienten besonders beim Erkennen der eigenen körperlichen Leistungsgrenzen.

Viele Patienten sind es nicht gewohnt, sich mit körperlicher Erschöpfung und Müdigkeit realitätsgerecht auseinanderzusetzen. Zum pathologischen Verhalten gehört das hemmungslose Überschreiten der körperlichen Leistungsfähigkeit. Grenzen der Leistungsfähigkeit sind kränkend und werden nur ungern akzeptiert. Im Spiel werden neben der Leistungsbereitschaft, durch die die Lebensführung vieler dieser Patienten geprägt ist, leicht ein ausgeprägter Ehrgeiz sowie ein konkurrierendes Verhalten offenbart. Wenn Spiel zu Ernst wird und eine „Niederlage“ kaum verwunden werden kann, ist dieses Erleben während der Sporttherapie gut zu verdeutlichen und kann in der Gruppentherapie besprochen werden.

Besondere Angebote wie das Boxen in der Sporttherapie oder die Beschäftigung mit Holz oder Speckstein in der Ergotherapie eröffnen Möglichkeiten, eigene Aggressionen innerlich wahrzunehmen, zuzulassen, auszudrücken und angemessen zu kanalisieren. In den soziotherapeutischen Beratungsgesprächen geht es darum, mit den Patienten in enger Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans auf der realitätsbezogenen Ebene Vorstellungen zu beruflicher bzw. schulischer Veränderung zu problematisieren und sie in die therapeutische Arbeit zu integrieren.

Für jüngere Patienten sind die Beratungsgespräche eine Möglichkeit, sich mit Fragen der Ausbildung oder schulischen Problemen zu befassen. (Unsere jüngeren Patienten, die sich in der Schule oder Ausbildung befinden, nehmen regelmäßig am Unterricht der „Schule für Kranke“ in unserem Hause teil.) Weitere Aufgabe ist die Unterstützung bei Fragen zu anderen sozialtherapeutischen Themen, wie zur Schuldenberatung, zu Mietfragen, zum Taschen- und Übergangsgeld oder zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung. Vor ihrer Entlassung sollten die Patienten konkrete Pläne entwickelt haben, welche Strukturen im poststationären Bereich hilfreich zur Verfügung stehen, um weitere Stabilität zu erreichen.

Therapieziel

Ziel der Therapie ist es, eine Gewichtszunahme und eine solche Gewichtsstabilisierung vor der Entlassung zu erreichen, sodass die Restitution im ambulanten Bereich möglichst dauerhaft anhält. Dies soll durch strukturierte symptomorientierte Behandlungsbausteine, wie Gewichtsvorgaben und Definition eines Zielgewichts, sowie durch die Gabe von hochkalorischer Flüssigkeit zusätzlich zur hochkalorischen Vollkost, ermöglicht werden. Das anzustrebende Gewicht liegt bei Erwachsenen bei einem BMI zwischen 18 und 20 kg/m². Eine Gewichtszunahme von 500 bis maximal 1000 g pro Woche sollte erzielt werden. Patient und Behandlungsteam sollten hinsichtlich Zielgewicht und wöchentlicher Gewichtszunahme klare Vereinbarungen treffen.

Ziel ist es weiterhin, dass somatisch und psychisch eine solche Stabilität erreicht wird, dass die Therapie auf ambulanter Ebene fortgeführt werden kann. Sollte eine weiterführende ambulante Therapie vorhersehbar nicht ausreichen, werden durch unseren sozialpädagogischen Dienst Kontakte zu Tageskliniken oder therapeutischen Wohngemeinschaften vermittelt.

Literaturverzeichnis

Beutel M E. Essstörungen: Anorexie und Bulimie; up-date, Bad Neustadt, 2013

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg.). S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“. Stand 2011. <http://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

Legenbauer T, Vocks S. Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Psychotherapeut 2009; 54: 270–280

Margraf J, Schneider S (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Springer, Heidelberg, 2009

Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry 2002, 159, 1248–1293

Zipfel S, Groß G. Epidemiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von Essstörungen. Psychotherapie 2005; 1: 54–60

BEHANDLUNG JUNGER MÄNNER IN DER REIFUNGSKRISE

Jörg Müller

Zusammenfassung

Die körperpsychotherapeutische Arbeit mit jungen Männern im Rahmen einer halboffenen Gruppe zur Behandlung junger Männer in der Reifungskrise der Spät- und Postadoleszenz steht im Mittelpunkt dieses Behandlungsangebots. Teilnehmer dieser Gruppe sind junge Männer im Alter bis 29 Jahren mit einer Störung in der Reifungsentwicklung vor dem Hintergrund psychosozialer Konflikt- und Belastungssituationen.

Die besondere soziale Situation dieser jungen Männer äußert sich beispielsweise in einem Schulabgang ohne Abschluss, Arbeitslosigkeit, Gewalt, Alkohol- und Drogenkonsum, wobei die jungen Männer hier häufiger betroffen sind als junge Frauen. Hierfür erscheint ein Wegfall väterlicher Autoritäten vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen ursächlich. In der psychotherapeutischen Arbeit mit jungen Männern zeigt sich, dass mehr Wert auf Sport- und Wettkampforientierung, Teamarbeit und Gruppendynamik sowie auf die vorhandenen Ressourcen gelegt wird.

Die Patienten werden anfangs überwiegend passiv mit wenig Zutrauen in eigene Fähigkeiten und mit großen Ängsten vor der eigenen Kraft erlebt. Oft fällt es ihnen schwer, ihren Körper wahrzunehmen und emotionale Inhalte zu benennen, was sich im Verlauf der Therapie oftmals spürbar verändert. Dabei stehen die drei männlichen Gruppentherapeuten eher in einem positiven Übertragungsfeld.

Einleitung

Die Geschlechterverhältnisse haben sich in den letzten Jahrzehnten tiefgreifend modifiziert und verändert. Die traditionelle Männerrolle hat sich relativiert. Einfache patriarchische Beziehungsstrukturen haben ihren alleinigen Lösungsanspruch verloren. So werden junge Männer überwiegend vor die Herausforderung gestellt, einerseits Teile einer traditionellen Rolle zu verkörpern, andererseits im Rahmen sich wandelnder Familienstrukturen (z. B. Elternzeit für Männer, gemeinsames Sorgerecht nach Scheidung, neue Anforderungen zur Versorgung der Familie) ihre emotionale Seite mehr in den Mittelpunkt zu stellen. „Wichtige Unterschiede zwischen traditionellen und neuen Männern gibt es z. B. in Bezug auf die Innenwelt und im Umgang mit Gewalt. Zudem ist die väterliche Autorität, die Halt, Richtlinien und Normen für Kinder und Jugendliche vorgab, weggefallen“ (Mitscherlich 1963; Petzold 1991).

In die Zeit zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr fallen bedeutende Veränderungen und richtungsweisende Entscheidungen für das selbstständige Leben des jungen Erwachsenen. Die in der Adoleszenz begonnene Ablösung von den Eltern wird fortgesetzt und idealerweise in ihrer Bedeutung durch Beziehungen innerhalb der eigenen Generation ersetzt bzw. ergänzt. Erwachsene Beziehungen in Partnerschaft und Beruf gewinnen an Bedeutung. Das Ende der Schulzeit mit einer ersten Berufswahl bzw. das Ende der Lehrzeit mit ersten richtungsweisenden Erfahrungen in der Arbeitswelt fallen in diese Zeit, ebenso wie längere Partnerschaften, oftmals die Gründung einer eigenen Familie, dementsprechend auch die Übernahme der Verantwortung dafür.

Im Rahmen der Gruppe junger Männer in der Reifungskrise der Spät- und Postadoleszenz wird den spezifischen Themen Rechnung getragen. Nach einer unveröffentlichten Studie der Deutschen Industrie- und Handelskammer stellen junge Männer den Hauptanteil an Schulabgängern ohne Abschluss dar. Junge Männer sind weit häufiger von Jugendarbeitslosigkeit betroffen als gleichaltrige Frauen. Manche suchen sich auch andere, weitgehend ungesunde und sozial unverträgliche Kompensationsmöglichkeiten (Mößle et al. 2006). Junge Männer neigen wesentlich häufiger zu Gewalttätigkeiten und werden häufig Opfer von Gewalt (Lenz 1996 b; 2006). Sie haben einen deutlich höheren Alkoholkonsum als Frauen. Im Alter von 20 bis 25 Jahren suizidieren sie sich ungefähr viermal so häufig wie Frauen in der vergleichbaren Altersgruppe.

Zur sozialen und klinischen Situation der Gruppe

Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation fällt ein ausgesprochen geringer Anteil an tragfähigen Beziehungen auf. Hinsichtlich der Wohnsituation besteht ein hoher Anteil an noch bei den Eltern lebenden Patienten. Bei ihnen wird der Haushalt von den Eltern besorgt. Für sie steht der Schritt in die selbstständige Lebensführung noch aus. Bei den Patienten zeigt sich oft, dass die Identitätsfindung im Beruf und das Aufbauen bzw. Aufrechterhalten eines Ausbildungs- und Anstellungsverhältnisses schwieriger ist als die Absolvierung der klar strukturierten Schulausbildung. An der Gruppe teilnehmen können junge Männer im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. Unter bestimmten Voraussetzungen (verlängerte Reifungskrise, Identifikation mit der entsprechenden Altersgruppe im Sozial-

verhalten, Entwicklungsverzögerungen) ist auch eine Teilnahme im Alter von über 25 Jahren bis maximal zum 29. Lebensjahr möglich. Die am häufigsten gestellten Diagnosen in der Gruppe mit jungen Männern mit einer Reifungskrise in der Spät- und Postadoleszenz stellen depressive Störungen dar (mittelgradige depressive Episode F32.1, schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2), Angststörungen (Panikstörung F41.0, generalisierte Angststörung F41.1), Persönlichkeitsstörungen (kombinierte Persönlichkeitsstörung F61, narzisstische Persönlichkeitsstörung F60.8, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung F60.6), Zwangsstörungen (F42.2). Zu den häufigsten Nebendiagnosen zählen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (F12.1, F12.2, F15.1, F15.2, F19.1, F19.2).

Kontraindikationen

Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten und können weder im Psychosomatischen Krankenhaus noch in einer Junge-Männer-Gruppe im Rahmen einer Reifungskrise in der Spät- und Postadoleszenz behandelt werden.

Behandlungsangebot

Besonderheiten der Jungen-Männer-Gruppe

Hohe Passivität: Die passive Grundhaltung der Patienten steht oft im Mittelpunkt des Geschehens. Die Patienten zeigen oft wenig Eigeninitiative und häufiges Schweigen, insbesondere emotionale Inhalte verschiedene Situationen betreffend. Kennzeichnend sind oft auch eine mangelnde Wahrnehmung emotionaler Inhalte bzw. von Körpergefühlen. Die Fähigkeit der jungen Männer, sich mit sich selbst, dem eigenen Körper und emotionalen Inhalten zu beschäftigen, wird begrenzt durch die mangelnde Wahrnehmung von Gefühlen oder Körperempfindungen sowie von der gering ausgeprägten Verbalisierungsfähigkeit. Sie können Körperregungen, -empfindungen und -impulse wenig benennen und somit auch einer Bearbeitung kaum zugänglich machen. Es wird mit der Wahrnehmung des Körpererlebens und deren anschließender psychotherapeutischer Reflexion bei Tätigkeiten wie z. B. Fußballspielen, Hockey mit Softball und weichen Keulen, Weitwurf mit Medizinbällen und Hindernislauf gearbeitet. Die Gruppe zeigt eine eher sport- und wettkampforientierte Ausrichtung im Rahmen dieses

körperpsychotherapeutischen Angebotes. Bei jungen Männern sind regelmäßig aktivitätsorientierte Anforderungen notwendig, um eine Körperwahrnehmung möglich zu machen. Bei körperlicher Anstrengung und Angeboten, die körperliche Kraft und Bewegung erfordern, fällt den Patienten eine differenzierte Wahrnehmung und insgesamt eine erleichterte Beschäftigung mit sich selbst leichter. Der Körper ist für junge Männer durch Aktivität und Kraft besser spür- und wahrnehmbar.

Gruppenzusammenhalt/-kohärenz: Der Zusammenhalt der Gruppe ist unterschiedlich. Es gibt Gruppen, denen es möglich ist, über die Therapiestunden hinaus eine Zusammengehörigkeit zu entwickeln. Andere Gruppen zeigen wiederum wenig Zusammenhalt, wobei oftmals die Identifikation mit der Gruppe recht hoch ist, da sich die Männer der entsprechenden Altersgruppe in besonderem Maße gesehen und beachtet fühlen.

Umgang mit Lebendigkeit und Aggressionen: Oft berichten Teilnehmer der Jungen-Männer-Gruppe über Gewalterfahrungen durch Väter, gleichaltrige oder ältere Männer. Oft haben sie auch Gewalt gegenüber anderen ausgeübt. Im Umgang mit Lebendigkeit und Aggressionen stellt das Spüren der eigenen Kraft und Stärke regelmäßig eine hohe Herausforderung dar und ist mit großen Ängsten und Widerständen verbunden. Um einen weniger destruktiven Umgang mit körperlicher Kraft und Aggressionen zu erlernen, findet im Rahmen der Jungen-Männer-Gruppe einmal pro Woche das Boxen statt. Hier haben die Patienten die Möglichkeit, angeleitet durch Sporttherapeuten, gegen einen Boxsack zu boxen.

Weitgehendes Fehlen von Konkurrenzverhalten: Im Rahmen des Gruppengeschehens treten Auseinandersetzungen um die Hierarchie nur vereinzelt auf. Es gibt selten Patienten, die Führungsrollen einnehmen. Wenn Patienten Führungsrollen einnehmen, werden sie meist bedingungslos akzeptiert. Die oben beschriebene Passivität und Lähmung setzt sich oftmals in diesem Zusammenhang fort.

Förderung von Selbstvertrauen und Kompetenz: Ein großer Teil der Gruppenteilnehmer verfügt über wenig Selbstvertrauen bzw. mangelndes Selbstwertgefühl. So ist es wichtig, aufbauend auf eigenen Ressourcen, das Selbstwertgefühl der Patienten zu entwickeln. Oftmals geschieht dies über Wettkampfsituationen, Kraft, Ausdauer und Sport. Aber auch durch Entwicklung eines Körpergefühls sowie durch Beschäftigung mit emotionalen Inhalten gelingt eine Selbstwertstabilisierung.

Beziehung zu Frauen: Die Gruppe spiegelt den gesellschaftlichen Wandel im Rollenverständnis zwischen Mann und Frau wider. Die Patienten sehen sich einerseits in der Versorgerrolle, andererseits in dem Bedürfnis, es der Frau in vielen Belangen recht zu machen.

Allgemeines: Die Gruppe wird geleitet durch drei männliche Psychotherapeuten, wobei in den Therapiestunden montags und donnerstags jeweils zwei Gruppentherapeuten präsent sind. Der Einsatz ausschließlich männlicher Gruppentherapeuten gibt den Patienten die Möglichkeit eines entsprechenden Rahmens, in dem Männer „unter sich“ sind. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, vielfältige Übertragungsphänomene, insbesondere in der Beziehung zu den Vätern, zu entwickeln und im Rahmen der Gruppe zu bearbeiten.

Themen und Probleme junger Männer, die im Fokus stehen

- Ungenügende Konfliktlösungsstrategien
- Veränderte Ansprüche an die Männerrolle
- Mangelnder Selbstwert
- Umgang mit Drogen/Alkohol/pathologischem Spielen
- Konfliktvermeidung
- Definition/Herausragen der Rolle körperlicher Fitness/Krafttraining und Ausdauer
- Ansonsten wenig Ausdauer und Kompetenz in der Lösung von Konflikten
- Unzureichende soziale Fähigkeiten
- Unzureichendes emotionales Management
- Angst, unter Gleichaltrigen Gefühle zu zeigen
- Vermeidung geistiger und körperlicher Anstrengung („nur das Nötigste“)
- Umgang mit Gewalterfahrungen (oftmals in der Primärfamilie)
- Überhaupt Umgang mit Gewalt
- Wenig Eigeninitiative
- Umgang mit psychischen Erkrankungen
- Sexuelle Orientierung (heutzutage unproblematisch, sich als homosexuell zu outen)

Therapieprogramm und Therapieziele

Die Gruppe junger Männer in der Reifungskrise der Spät- und Postadoleszenz ist eine halboffene Gruppe. Die Anmeldung zur Gruppe erfolgt über die jeweilige Station bzw. den Bezugstherapeuten. Die Anzahl der Gruppenteilnehmer beträgt bis zu 14 Patienten. Zweimal pro Woche treffen sich die jungen Männer mit zwei Gruppentherapeuten zu einem schwerpunktmäßig körperorientierten gruppentherapeutischen Angebot für die Dauer von jeweils 50 Minuten. In der Gruppe bestehen hinreichend Möglichkeiten, sich verbal auszutauschen. Zum Therapiekonzept gehört außerdem einmal pro Woche das Boxen unter Anleitung von Sporttherapeuten für die Dauer von jeweils 50 Minuten.

Die Gruppe junger Männer in der Reifungskrise der Spät- und Postadoleszenz als Teilangebot im Rahmen der körperbezogenen Gruppentherapien setzt auf der Ebene des basalen Körpererlebens an. Die Gruppe wird regelmäßig von externen Körpertherapeuten supervidiert. „Das Erspüren des eigenen Körpers im Liegen, Stehen, Gehen, die Körperwahrnehmung im Umgang mit Partnern in der Gruppe oder mit Material (Stäbe, Rundhölzer, kleine Bälle, Sandsäcke etc.) sind der Ausgangspunkt für eine Annäherung an bisher nicht gespürte Zonen des Körpers und damit auch oft an die mit ihnen eng verbundenen psychischen Erlebnisse“ (Müller-Braunschweig, H. 1994).

Therapieziele sind im Wesentlichen die Entwicklung und Bearbeitung von Übertragungsphänomenen, insbesondere väterliche Figuren betreffend. Es geht um die Entwicklung von Möglichkeiten, sich mit emotionalen Inhalten auszutauschen. Oft gelingt dies über Kraft, Ausdauer und Wettkampfvverhalten, aufbauend auf eigenen Ressourcen sowie der Entwicklung eines stärkeren Selbstwertgefühls im Rahmen der Selbstwertstabilisierung. Ziel ist es weiterhin, dass im Zusammenwirken mit der Basisstation psychosomatisch eine solche Stabilität erreicht wird, dass die Therapie auf ambulanter Ebene fortgeführt werden kann.

Literaturverzeichnis

Hoffmann S O, Hochapfel G (2009). Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin, 8. Aufl., Stuttgart, Schattauer

Kupfer M, Rußmann A, Leitner T, Bleichner F, Beutel M (2007). Vorsicht! Junge Männer oder: Eine vergessene oder vernachlässigte Generation. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 43/2007, 69–89

Lenz H-J (1996 b). Männer als Opfer von Gewalt und Misshandlung, Handbuch Männerarbeit (S. 281–291), Weinheim PVK

Maaser R, Besuden F, Bleichner F, Schütz R (1994). Theorie und Methode der Körperbezogenen Psychotherapie, Kohlhammer

Mitscherlich A (1963). Auf dem Weg zur väterlichen Gesellschaft, München, Piper

Mößle T, Kleimann F, Rehbein F, Pfeiffer C (2006). Mediennutzung, Schulerfolg, Jugendgewalt und die Krise der Jungen. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe 3, 295–309

Petzold M (1991). Der Vater im Übergang zur Elternschaft, Psychosozial 4, 61–73

BERUFSBEZOGENE THERAPIE- GRUPPE (BTG)

Lothar Schattenburg

Hintergrund und Bedarf

Psychische Belastungen und psychische Störungen am Arbeitsplatz finden zunehmende Aufmerksamkeit (Angerer et al., 2014). Jeder weiß aus den Nachrichten, dass die Zahl der Krankschreibungen und der Anteil an Frühberentungen wegen psychischer Ursachen seit den 1990er Jahren rasant zunimmt.

Im Jahr 2012 veröffentlichte das Bundesarbeitsministerium: Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Krankheiten stieg von 33,6 Millionen in 2001 auf 53,5 Millionen im Jahr 2010. 2014 verursachten psychische Störungen knapp 17 Prozent aller Fehltage, wobei Frauen nahezu doppelt so häufig betroffen waren als zu Männer (DAK Report 2015). Trotzdem gibt es auch bei Männern einen tendenziellen Anstieg an Fehltagen. Erschwerend kommt hinzu, dass Krankschreibungen aus psychischen Gründen mit durchschnittlich 37 Tagen am längsten dauern. Im Vergleich dauert eine Krankschreibung durchschnittlich 13 Kalendertage.

2011 war in Statistiken der Barmer GEK aufgefallen, dass die Zahl der wegen psychischer Störungen im Krankenhaus behandelten Versicherten zwischen 1990 und 2010 um 130 Prozent angestiegen ist. Als eine Ursache für diese Entwicklung wird die Verdichtung von Arbeitsprozessen diskutiert, die u. a. aufgrund der rasch globalisierenden Wirtschaftswelt und des daraus folgenden Drucks zu stetiger Effizienzsteigerung erwächst (Zipfel 2014).

Ferner ist die Diskussion um das Schlagwort Burn-out in aller Munde. In den Wissenschaften der Medizin, der Klinischen Psychologie und der medizinischen Soziologie wird kontrovers diskutiert, ob die Arbeitswelt sich wirklich verändert habe oder ob die Menschen einfach sensibler geworden seien oder sich vermehrt krankschreiben lassen.

Eine Hypothese ist, dass auch die Ärzte heute vermehrt krankschreiben würden, weil die Psychosomatik mehr in den Mittelpunkt gerückt und gesellschaftsfähig geworden sei. Ferner wird kontrovers diskutiert, ob es sich beim Burn-out nur um eine Modediagnose handeln würde und ob diese Diagnose sogar ein „Ritterschlag“ sei für ein sehr engagiertes Arbeitsverhalten, sozusagen ein „Lob“. Für einige Ärzte und Psychologen gibt es auch kein Burn-out, sondern die Diagnose einer Depression sei vorzuziehen.

Berechtigt ist die Frage, ob psychische Erkrankungen wirklich zunehmen. Vermutlich wurden in der Vergangenheit arbeitsbedingte Fehlzeiten auf somatische Erkrankungen zurückgeführt, obwohl eigentlich psychische Probleme ursächlich gewesen sein könnten. Früher hätte man mehr Rückenprobleme diagnostiziert als ein Burn-out oder eine Depression. Diese Diskussionen sind einerseits wichtig, andererseits aber auch müßig. Denn wie auch immer diese Fragen wissenschaftlich beantwortet werden mögen: Heute haben wir es mit einer sehr bedeutsamen Zahl von Menschen zu tun, die unter der Arbeitswelt leiden und an ihr erkranken. Dass diese hohe Zahl der Krankschreibungen und Frühberentungen aus psychischen Ursachen neben dem persönlichen Leiden auch eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung hat, liegt auf der Hand.

Zu den Ursachen einer veränderten Arbeitswelt: 2012 veröffentlichte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) den Stressreport Deutschland. Dieser Stressreport berichtet über die psychischen Anforderungen in der Arbeitswelt. Die Daten wurden mittels einer telefonischen, computerunterstützten Befragung durch TNS Infratest Sozialforschung bei rund 20.000 Erwerbstätigen in Deutschland zwischen 10/2011 und 3/2012 erhoben. In dem Stressreport werden die Ergebnisse dargestellt, die den Stress auf der Arbeit bedingen: Termin- und Leistungsdruck, Führung, Multitasking, Restrukturierung usw. Diese Faktoren haben, wenn sie nicht abgepuffert werden, unmittelbare ungünstige Folgen auf Präsentismus, innere Emigration und vor allem auf Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dieser Stressreport fordert: Ein achtsamer Umgang mit Führung ist nötig. Erholung muss wieder stärker in den Blick genommen werden. Restrukturierungen müssen besser begleitet werden.

Ferner spielt die Prävention eine große Rolle. Für diese Prävention ist die Entwicklung gruppenspezifischer Anforderungs- und Ressourcenprofile von hoher Bedeutung. Natürlich gibt es keine Arbeit ohne psychische Anforderungen. Aber aus der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie ist heute gut bekannt, wie man die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern kann, indem man die psychologischen Kompetenzen auf den Ebenen der Führung und der Mitarbeiter konstruktiv unterstützt.

Inhalte der berufsbezogenen Therapiegruppe

In der psychosomatischen Klinik Bad Neustadt besteht seit über 15 Jahren eine berufsbezogene Therapiegruppe (BTG). Diese Gruppe wurde eingehend beforscht, die Konzepte auf Kongressen und in der Öffentlichkeit breit dargestellt. Fallberichte wurden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Für eine Übersicht unserer Aktivitäten sei verwiesen auf unseren Forschungsbericht 2015 der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, der über die Klinik angefordert werden kann. Im Folgenden werden die Inhalte dieser indikativen Gruppe vorgestellt. Es besteht oft die Vorstellung, dass es bei einer derartigen Gruppe in erster Linie um Mobbing oder um Burn-out gehe. Dies ist nicht der Fall. Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit steht im Fokus, wobei Mobbing oder Burn-out nur Teilaspekte darstellen.

- Empathisches Auffangen der Belastungen der Patienten
- Mangelnde Wahrnehmung von Überforderungssignalen
- Bilanzierung: positive und negative Erfahrungen im Beruf
- Persönliche Vorstellungen und Ideale/individuelle Bedeutung der Arbeit
- Verbindungen zwischen berufsbezogenen Problemen und psychosomatischen Beschwerden
- Mobbing
- Burn-out
- Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten
- Selbstwerterleben im Beruf
- Versagensgefühle und Opferrolle
- Mangelnder Zugang zu den eigenen Ressourcen
- Infantile Erwartungen an die Berufswelt
- Ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus
- Krisen bei Leistungsverlust oder Kränkungen
- Leistungsfähigkeit und Altern
- Umgang mit Umstrukturierungen
- Prävention
- usw.

Interventionen und Durchführung

Interventionen

Die Gruppe ist integrativ orientiert: Es kommen tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Interventionen zum Tragen (ausführlich in unserem Forschungsbericht 2015, S. 22). Es sei betont, dass die folgenden Interventionen einen ersten Überblick geben. Sie müssen natürlich an die Symptomatik und das Strukturniveau des Patienten und an den Gruppenprozess angepasst werden, was eine entsprechende Modifikation beinhalten könnte. Grundsätzlich aber kann der Ablauf der Interventionen folgendermaßen beschrieben werden:

1. Es wird freiwillig ein Protagonist ausgesucht, der seine Thematik vorstellt
2. Fragerunde durch die Mitpatienten: Der Gruppenleiter/die Gruppenleiterin spricht die Mitpatienten direkt mit Namen an und stimuliert die Fragerunde. Schweigen wird begrenzt
3. Spiegelung des Protagonisten durch die Mitpatienten. Die Mitpatienten werden stimuliert zu spiegeln, wie der Patient wirkt und welche Gefühle er auslöst (Prinzip Antwort nach dem Göttinger Modell)
4. Übung zur Selbst- und Fremdwahrnehmung in Bezug auf den Selbstwert oder zur Frage, in welchem Ausmaß das Selbstwertgefühl an die Arbeit gekoppelt wird
5. Der Protagonist wird nun angeregt, zu dieser Spiegelung Stellung zu nehmen. Diese Spiegelung wird therapeutisch reflektiert auch unter Berücksichtigung des Gruppenprozesses und anderer therapeutischer Gruppen, in denen der Patient ein bestimmtes Verhalten zeigt. Hier können auch dosierte Deutungen sinnvoll sein
6. Fragerunde durch den Protagonisten. Anregungen für praktisches Handeln
7. Zusammenfassung der Stunde: Fokusformulierung für die weitere therapeutische Arbeit

Testpsychologische Unterstützung für die Interventionen: Unser psychologisches Testlabor verfügt über den Test AVEM von Schaarschmidt und Fischer (1996), mit dem ein ungünstiges Erlebens- und Verhaltensmuster im Beruf diagnostiziert werden kann. Diese Ergebnisse fließen dann in unsere Interventionen ein.

Durchführung

Diese Gruppe findet in unserer Klinik zweimal die Woche statt (à 50 Minuten) mit maximal 12 Patienten. Mindestens 4 Mal sollen die Patienten teilnehmen, höchstens 8 Mal. Es handelt sich um eine halboffene Gruppe, d. h., Patienten kommen immer wieder neu in die Gruppe, wenn Plätze frei werden. Die Zuweisung verläuft über die Bezugstherapeuten bei Aufnahme oder nach Gesprächen auf Visite.

Fallbeispiele

Im Folgenden werden 4 Fallbeispiele aus der berufsbezogenen Therapiegruppe dargestellt. Sie wurden erstmals veröffentlicht bei Schattenburg (2016). Es sei betont, dass die Daten der Patienten so verändert wurden, dass diese nicht zu identifizieren sind. Im Vordergrund der Fallbeispiele steht die Darstellung der Interventionen:

Fallbeispiel 1

Herr A., Mitte 30, 2 Kinder, arbeitet als Angestellter in einer Versicherung. Symptomatik: depressive Verstimmungen und Tinnitus. Auslösesituation: Er fühlt sich seit einem Jahr von seinen Kollegen „gemobbt“, und zwar dergestalt, dass er nicht mehr eingeladen wird, keine entsprechenden Informationen bekommt, sich von den Kollegen abgewertet fühlt. Herr A. spaltet sein Team, er sieht nur „unfähige“ und nur „fähige“ Kollegen. Mit ihm wurde zunächst tiefenpsychologisch gearbeitet. Der Leiter der Gruppe lenkte die Aufmerksamkeit auf den Abwehrmechanismus der Spaltung. Dadurch gelang es dem Patienten in der Gruppe, zumindest erst einmal seine Mobbing-situation besser verstehen zu können. Ihm wurde von den Gruppenmitgliedern gespiegelt, dass er seine Kollegen zu undifferenziert wahrnehmen würde, dass diese Wahrnehmung sein Verhalten ungünstig beeinflussen würde und er dadurch bei den Kollegen in Ungnade gefallen sei. Die Projektion seiner Minderwertigkeitsgefühle auf die unfähigen Kollegen konnte gedeutet werden. So habe der Patient, dies konnte langsam erarbeitet werden, seine Kollegen nach dem Wochenende arrogant abgewertet, wenn diese davon berichteten, dass sie „Soaps“ im Fernsehen ganz toll gefunden hätten. Diese Kollegen seien für ihn nur unfähig. Hingegen seien jene Kollegen, die sich mit Literatur beschäftigen würden, nur fähige Kollegen. Nachdem der Patient eingesehen hatte, dass er sich mit diesem Blickwinkel keine Freunde schaffen würde, wurde mit ihm ein verhaltenstherapeutisches Rollenspiel durchgeführt, das ihm

zeigte, wie er mit den „unfähigen“ Kollegen sozial kompetenter umgehen könne. Mit diesem verhaltenstherapeutisch orientierten Rollenspiel sollte i. S. des OPD mit dem Patienten strukturbezogen gearbeitet werden zur Verbesserung der Selbst- und Objektwahrnehmung und der Selbstregulierung.

Fallbeispiel 2

Frau B., Anfang 40, arbeitet in einem Gymnasium als Lehrerin. Verheiratet, 1 Kind, außer Haus. Symptomatik: Depressive Verstimmungen, Angst, ihren Job zu verlieren. Auslöser: Seit ein paar Jahren versuche der Schuldirektor, die Patientin loszuwerden. Dies versuche er dadurch, dass er die Patientin bei Sitzungen provoziere, sie bloßzustellen versuche mit dem Ziel, dass die Patientin dann ihre Contenance verlöre und sich dann „selbst bis in die Knochen blamieren und sich schämen würde“ – so die Schilderung der Patientin. Dann hätte der Direktor freie Hand gehabt, die Patientin loszuwerden. Die Patientin, wurde sie vom Direktor provoziert, wurde dann nach ihrem Empfinden rot, fühlte sich „total minderwertig“, wurde laut und verließ auch schon einmal weinend den Sitzungsraum. In der Gruppentherapie wurde der Patientin ihre Hilflosigkeit gespiegelt und auch eigene Anteile der Schwäche und Labilität, die der Direktor „riechen würde“. Mit dieser Patientin wurde nun in der Gruppentherapie konsequent „nur“ ressourcenorientiert gearbeitet, nicht konfliktbezogen i. S. der OPD, sondern strukturbezogen an der Selbstregulierung mit den Unterthemen: Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung. Die Patientin wurde mit der Imaginationsübung: „Sich-Schützen mit einer Hülle“ vertraut gemacht. Vor dieser Imaginationsübung kam bei der Patientin AT zum Einsatz. Die Übung dauerte 30 Minuten und wurde mit der Patientin dreimal in der Gruppe durchgeführt. Die Patientin wurde motiviert zu imaginieren, während der Sitzungen in einer Hülle zu sitzen und die Provokationen des Chefs an sich abprallen zu lassen. In der 4. Stunde wurde ein Rollenspiel durchgeführt dergestalt, dass die Gruppe das Team bildete und ein Gruppenmitglied den Chef gab, der die Patientin unter Druck setzte. Das Rollenspiel konnte flüssig durchgeführt werden. Nach ein paar Monaten berichtete die Patientin, dass sie diese Übung in ihrer Schule erfolgreich umsetzen konnte. Man kann nun theoretisch spekulieren, welche Effekte man erzielt haben könnte, wenn man z. B. konsequent eine Objekt-Beziehungs-Dyade fokussiert hätte: hier eine hilflose Patientin – dort ein sadistischer Chef. Eine Dyade, die sich auch umgekehrt hätte: hier eine kontrollierende Patientin – dort ein hilfloser Chef. Diese zwei Objekt-Beziehungs-Dyaden haben schnell fluktuert und sich gegenseitig hochgeschaukelt.

Fallbeispiel 3

Herr C., Mitte 50, im Verlagswesen tätig in leitender Position in Süddeutschland, verheiratet, 2 erwachsene Kinder. Diagnose: rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, Tinnitus. Der Patient war sehr erfolgreich in seinem Beruf, mit seinem neuen Kollegen verstand er sich zunächst sehr gut. Auslösesituation: Ein Kollege ging in Pension, ein anderer Kollege kam nach. Hierarchisch waren beide gleichgestellt. Nun waren der Patient und der neue Kollege oft gemeinsam auf Empfängen und in Sitzungen eingeladen. Traten die beiden zusammen auf, so stand der Patient aufgrund seiner Beliebtheit und seiner langen Berufserfahrung sofort im Mittelpunkt des Geschehens, seine narzisstische Ader speiste seine Aura. Der neue Kollege musste sich erst einmal einarbeiten. Nach ein paar Wochen verdüsterte sich die Stimmung zwischen dem Patienten und seinem neuen Kollegen zusehends, nachdem die Beziehung zwischen den beiden zu Beginn gut war. Der Patient hatte nun überhaupt keinen Zugang zur Konfliktsituation. Er stellte seine Situation in der Gruppe vor, die Gruppenmitglieder spiegelten dem Patienten zunächst einmal, dass er seinen Kollegen übergehen würde, kein Gefühl dafür hätte, dass er ihm „die Schau stehlen“ würde. Es wurden mit dem Patienten Mentalisierungsübungen durchgeführt dergestalt, dass er sich in seinen Kollegen einfühlen sollte. Unterstützt wurde er auch dadurch, dass die Mitpatienten ihm spiegelten, wie sie sich an der Stelle seines Kollegen fühlen würden. Eine Technik, die auch in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell angewandt wird. Man hätte an dieser Stelle auch eine Stuhlarbeit machen können. Auf einem Stuhl sitzt der Kollege, vom Patienten gespielt, und sagt dem Patienten auf einem anderen Stuhl, wie er ihn erlebt. Aus Zeitgründen wurde darauf verzichtet. Der Patient konnte seine Mentalisierung gegenüber seinem Kollegen deutlich verbessern, Verhaltensänderung wurde mit ihm in einem Rollenspiel eingeübt. Die Gruppenmitglieder spielten die Gäste auf einem Empfang, ein Gruppenmitglied den Kollegen. Der Patient musste nun üben, wie er auf seinen neuen Kollegen besser Rücksicht nehmen konnte.

Fallbeispiel 4

Frau D., Anfang 30, unverheiratet, keine Kinder, arbeitet als Vertriebsmanagerin im europäischen Raum, vor allem mit Polen. Diagnose: Panikattacken. Auslöser: Die Patientin wurde vor 2 Jahren befördert und konnte relativ rasch nach der Beförderung keine Vorträge mehr halten ohne Panikattacken. Vorher war sie erfolgreich in ihrem Berufsleben. Sie konnte sich diese Panikattacken überhaupt nicht erklären. In der Gruppentherapie wurde zunächst verhaltenstherapeutisch (Bedingungsanalyse) und dann tiefenpsychologisch gearbeitet an ihrem unbewussten Schuldkonflikt im passiven Modus (OPD), der sich im Rahmen einer 6-wöchigen Behandlung in der Klinik herauskristallisierte. Die Bedingungsanalyse ergab, dass sie vor allem durch die Panikattacken vor Erfolgssituationen „geschützt“ wurde. Sie vermied schlichtweg Erfolgssituationen dadurch, dass sie keine Vorträge mehr hielt – was ihr natürlich im Berufsleben Probleme einbrachte. Zu den dynamischen Hintergründen dieses Vermeidungsverhaltens hatte die Patientin keinen Zugang. In der Gruppentherapie konnten langsam biografische Einflüsse erarbeitet werden. Vor allem die Beziehung zum Vater gab den Schlüssel zur Psychodynamik. Sie hatte den Vater, den sie liebte und mit dem sie eine sehr gute Beziehung hatte, beruflich deutlich überholt. Ihr Vater hatte auch durch eine schwere Krankheit einen starken beruflichen Einbruch zu verarbeiten, wurde mit Ende 50 voll berentet. Auf dieses berufliche Überholen reagierte die Patientin mit unbewussten Schuldgefühlen, die in den Panikattacken „verpackt“ waren. Der Wirkfaktor in der Gruppentherapie bestand nun darin, dass die Mitpatienten die Protagonistin von ihren Schuldgefühlen „freisprachen“, ihr signalisierten: „Sie dürfe den Vater beruflich überholen, was aber keine Abwertung des Vaters bedeuten würde.“ Durch diese Spiegelung in der Gruppe konnte die Patientin ihr rigides Über-Ich aufweichen und Erfolgserlebnisse emotional und kognitiv neu für sich verbuchen.

Literaturverzeichnis

Angerer P, Glaser J, Gündel H et al. (Hrsg.) (2014). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Ecomed Medizin, Heidelberg

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund

DAK Gesundheit (Hrsg.) (2015). Psychoreport 2015, Hamburg

Forschungsbericht 2015. Schriftenreihe XXI. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Über die Klinikadresse bestellbar

Schaarschmidt U, Fischer A W (1996). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Frankfurt a. M. Swets Test Services

Schattenburg L (2016). Theorietreue und Variationen. Erfahrungsbericht über integrativ fundierte Interventionen in der stationären Gruppenpsychotherapie. Psychotherapeut, 61, Issue 5, 393–398

Zipfel S. Geleitwort des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H et al. (Hrsg.) (2014). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Ecomed Medizin, Heidelberg

CHRONISCHE SCHMERZ- STÖRUNGEN

Martin Siepmann und Adriana Ionescu

Einleitung

Entsprechend vorsichtigen Schätzungen gibt es in den alten Bundesländern etwa 3 Millionen chronische Schmerzpatienten. In den USA leiden mehr als 50 % der Bevölkerung mehr als einen Tag im Jahr an Kreuzschmerzen, fast 20 % beklagen chronisch persistierende Kreuzschmerzen (Doenicke, Reichle 1993). Anderen epidemiologischen Schätzungen zufolge leiden etwa 80 % der deutschen Bevölkerung einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen, wobei die jährliche Inzidenzrate auf etwa 15–25 % geschätzt wird (Raspe 1990). Bis zu 35 % entwickeln chronische Schmerzsyndrome. Die Kosten betragen für die Solidargemeinschaft jährlich circa 20 Milliarden Euro. Der Rückenschmerz allein ist für 15 % aller Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich.

Es handelt sich beim chronischen Schmerz um ein multidimensionales Geschehen, das eine Kombination verschiedener Behandlungsmaßnahmen erforderlich macht.

Definition

Im ICD 10 wird das Schmerzgeschehen im Zusammenhang mit den Grunderkrankungen kodifiziert, so dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Verschlüsselungsmöglichkeiten gibt. Dem chronischen Schmerzgeschehen wird in der Definition „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (F45.4) Rechnung getragen:

„Ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er fällt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.“

Die IASP (International Association for the study of pain) definiert: „Pain is an unpleasant sensory and emotional experience with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage“ (Merskey 1986).

Unter den verschiedenen Definitionen beschreibt die philosophische Definition von Saner (1993) sehr eindrücklich die

Auswirkung des chronischen Schmerzes auf das Gesamtbefinden des Menschen: „Selbst wenn sie (die Schmerzen) in ihrer Intensität geringer sind, haben sie durch ihre Dauer eine aushöhrende, die Persönlichkeit verändernde Kraft. Sie brechen das natürliche Vertrauen in den Körper. Sie mindern langsam, aber stetig die Fähigkeit zur Heiterkeit. Sie fixieren eine das Bewusstsein überlagernde Dauerirritation und sie legen über die ganze Psyche den Mehltau des Unbehagens, in dem die Reizempfindlichkeit subjektiv wächst. Wenn einmal das bewusste Existieren dauerhaft schmerzt, wird die Flucht der Person vor sich selber und die Preisgabe an den Schmerz zu einer Preisgabe der Person. Dennoch ist es möglich, mit nicht zu intensiven chronischen Schmerzen sinnvoll zu leben.“

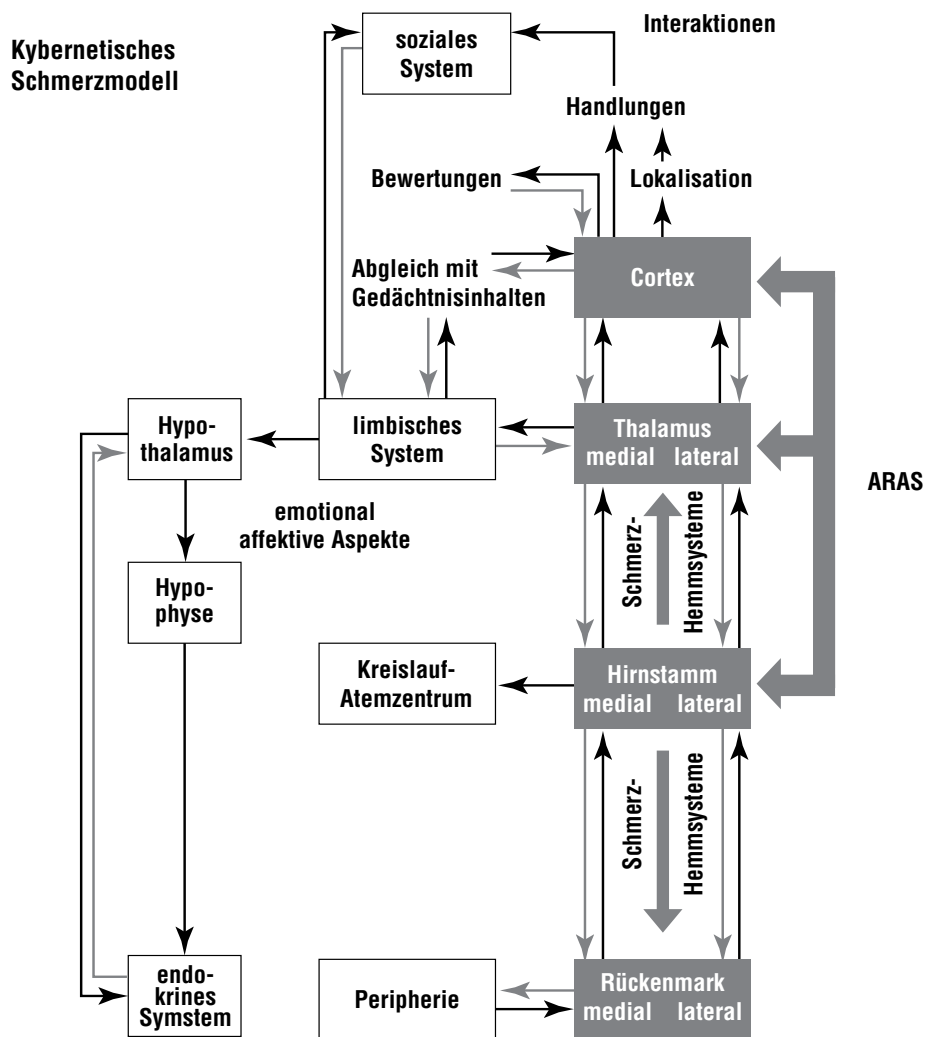
Das Schmerzgeschehen repräsentiert sich im bio-psycho-sozialen Kontext auf den Ebenen

- Organläsion, funktionelle Schmerzen
- kognitiv/emotional: Befindlichkeit, Stimmung, Denken
- Interaktionsverhalten: verstärktes schmerzbezogenes Verhalten, Reduktion von Alternativverhalten
- sozial (Arbeitsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Interaktionen mit Familie und Freunden)

Die sozialmedizinischen Auswirkungen des chronischen Schmerzes sind beträchtlich. 60–70 % der Patienten, die länger als 6 Monate wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben sind, kehren nicht wieder in den Arbeitsprozess zurück. Nach einer einjährigen Arbeitsunfähigkeit erhöht sich diese Zahl auf 85 % (Nachemson 1985).

Ein kybernetisches Schmerzmodell

Akuter und chronischer Schmerz übernehmen unterschiedliche Regelungsfunktionen. Der akute Schmerz tritt bei einer körperlichen Desintegration auf, der chronische Schmerz weist auf eine psychosoziale Desintegration hin und ist ein Mittel zur Systemstabilisierung in psychosozialen Regulationssystemen. Die Abbildung (S. 98) versucht, die verschiedenen vernetzten Systeme im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells des chronischen Schmerzes darzustellen. Dazu sind schematisch einige der Verbindungen verschiedener Hirnareale einerseits mit der Peripherie, andererseits mit dem sozialen Bezugssystem aufgeführt. Das aufsteigende retikuläre aktivierende System (ARAS) stellt eine unspezifische Möglichkeit



zur Erregungsmodulation des Gehirns dar. Die zentralen Schmerzhemmsysteme werden auf spinaler Ebene durch endogene Opiate, Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) und Glycin vermittelt. Auf supraspinaler Ebene wirken neben endogenen Opiaten als inhibitorische Transmitter 5-HT Serotonin und Noradrenalin.

Bio-psycho-soziales Schmerzmodell

Schon auf der Rückenmarksebene kann ein Schmerzreiz zu kreisenden motorischen und pathologischen sympathisch-afferenten Erregungen führen, aus denen die vermehrte Anspannung der Muskulatur ebenso wie Dysregulationen im sympathischen System, die sympathische Reflexdystrophie oder bei Verletzung eines Nerven eine Kausalgie resultieren können.

Zentral sind in die Schmerzperzeption verschiedene Regionen des Cortex einbezogen. Eine Erhöhung der neuronalen Aktivität auf einen Schmerzreiz hin lässt sich im Frontalhirn und im vorderen Teil des gyrus cinguli sowie in der somatosensorischen Rinde nachweisen. Über den gyrus cinguli als einen Teil des limbischen Systems erfolgt die emotionale Tönung des Schmerzreizes (Rainville et al. 1997; Lenz et al. 1998). Die neuronale Aktivität korreliert in der Positronenemissionstomographie mit der Stärke der subjektiv empfundenen Schmerzen (Casey et al. 1999).

Grundlagen des Schmerzgedächtnisses

Die Aktivierung unterschiedlicher Glutamatrezeptoren bei einem Teil der nozizeptiven Neurone im Hinterhorn für Substanz P führt durch eine Aktivierung von kalziumabhängigen Enzymen zu einer Veränderung der Zelleigenschaften. Schwache Schmerzreize führen nun anhaltend zu gesteigerten Reizantworten. Es kommt zu einer lang anhaltenden Schmerzempfindlichkeit für das gereizte und das unmittelbar angrenzende Hautareal. Zugleich aktivieren Schmerzreize auf vorgeschädigter Haut deutlich mehr Hirnareale und werden als aversiver empfunden. Es kommt zu einer Überempfindlichkeit für Schmerzreize (Sandkühler 2005). Wie Koeppe, Flor (1997, 2005) zeigen konnte, erweitern sich beim chronischen Schmerz die für die zentrale Repräsentation zuständigen Areale der Großhirnrinde auf Kosten anderer Areale. Die Vergrößerung korreliert dabei mit der Dauer des Schmerzes. Diese neuropästhisch genannten morphologischen Veränderungen des Nervensystems werden unter dem Begriff des Schmerzgedächtnisses zusammengefasst.

Die modulierende, deszendierende Kontrolle aus dem zentralen Höhlengrau und den Raphekernen des Hirnstamms bewirkt, dass die nozizeptive Afferenzinformation aus der Peripherie im Kontext des Verhaltens des Organismus verändert wird. Diese Kontrolle der spinal organisierten somatomotorischen und vegetativen Reflexe, die durch schmerzhaften Reiz ausgelöst werden, erfolgt vom Hirnstamm oder vom Cortex über den Hirnstamm. An diesem Kontrollmechanismus sind serotonerge und noradrenerge, peptiderge und andere deszendierende Systeme beteiligt, die über spinale Peptide (z. B. Enkephaline, Dynorphin) und Interneurone die nozizeptive Impulsübertragung hemmen können, so z. B. bei Stress eine physiologische endogene Analgesie erzeugen. Dieser Mechanismus liegt der von Melzack und Wall 1965 formulierten Gate-Control-Theorie zugrunde. Die Theorie in ihrer ursprünglichen Form wurde widerlegt. Das Modell des „Schmerztores“ hält

sich als Metapher, da es den Patienten einleuchtend zu vermitteln ist. Vor dem Hintergrund der Theorie wurden verschiedene Techniken zur Beeinflussung der Reizleitung in den Hinterhörnern entwickelt. Dazu gehört die „Transcutane elektrische Nervenstimulation TENS“. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine massive Reizung dicker afferenter Fasern zu einem Schließen des Schmerztors, also zu einer Hemmung der Reizleitung vor der P-Zelle im Hinterhorn kommt. Nach anfänglich positiver Wirkung sind die Langzeitergebnisse allerdings nicht besser als die Behandlung mit Placebo (Schmidt, Struppler 1982).

Die Verarbeitung der nozizeptiven Afferenzen erfolgt subkortikal und kortikal. Im Thalamus kommt es zur Schmerzempfindung, das limbische System verleiht dem Reiz die affektive Tönung und im Cortex wird die Bewertung des Schmerzreizes vorgenommen. Die Disposition und Lerngeschichte des Einzelnen sowie seine Kompetenzen zur Schmerzbewältigung modulieren die Schmerzwahrnehmung. Die Stärke der Schmerzempfindung hängt also stark von der mentalen Einstellung ab. Negatives Denken im Sinne von Katastrophisierungen verstärkt die Schmerzempfindung. So werden Schmerzen als heftiger und bedrängender empfunden, die als Zeichen einer unheilbaren Krankheit gewertet werden oder denen man sich ausgeliefert fühlt, da das Gefühl der Selbsteffizienz bei der Bewältigung der Schmerzen gering ist (Hasenbring 2000). Auch die emotionale Voreinstellung in Erwartung eines Schmerzreizes moduliert die Empfindung der Schmerzstärke (Rüegg 2001). Die Reaktionen der Umgebung und die augenblickliche Intention können ebenfalls schmerzverstärkend oder auch schmerzabschwächend wirken. Die Berücksichtigung dieses stark vernetzten bio-psycho-sozialen Modells des Schmerzes ist für die einzuleitende Behandlung wesentlich.

Die fortschreitenden neurowissenschaftlichen Erkenntnisse erweitern unser Gesamtverständnis für „körperlich“ und „seelisch“ bedingten Schmerz. Eine Trennung dieser Schmerzformen wird im Sinne eines psychosomatischen Schmerzverständnisses für den chronischen Schmerz immer unschärfer. Wenn im f-MRT bei einer als schmerzhaft empfundenen Ablehnung und Zurücksetzung die gleichen Areale aktiv werden, die auch bei einem Schmerzgeschehen aktiviert werden – somatosensorischer Cortex, anteriorer gyrus cinguli –, schmerzt Ablehnung im wortwörtlichen Sinn bis in die neuronalen Strukturen hinein (Eisenberger, 2003).

Chronifizierungsfaktoren

Auf der somatischen Ebene kann ein Schmerzgeschehen durch entzündliche Parameter oder eine anhaltende physikalische und psychische Belastung aufrechterhalten bleiben. Der zunächst akut aufgetretene Schmerz kann sekundär über reflektorische Muskelverspannungen zu einem fast ausschließlich muskulär bedingten Schmerz werden, wenn es zu längerfristigen Fehl- und Schonhaltungen, zu Myotendinosen und schließlich zu einer Schwächung der Muskulatur mit einer vermehrten Erregbarkeit der betroffenen Muskeln kommt.

Die affektive Ausgangslage des betroffenen Individuums ist auf der psychischen Ebene bei einer vorwiegend ängstlichen oder depressiven Gemütslage ein weiterer Chronifizierungsfaktor. Liegt bei einem Patienten mit einem akuten lumbalen Bandscheibenvorfall eine depressive Stimmungslage vor, so kann in über 80 % der Fälle davon ausgegangen werden, dass der Betroffene von einer Operation nicht profitieren kann und sich ein chronisches Schmerzbild entwickeln wird. Überwiegend handelt es sich dabei um eine milde Form von Depressivität, gemessen mit dem BDI (Beck Depressionsinventar). Psychiatrisch relevante depressive Erkrankungen fanden sich nur in 2–5 % der Fälle (Hasenbring et al. 1990). Besonders dem Einzelnen unlösbar erscheinende Alltagsprobleme können für eine depressive Stimmungslage auslösend und aufrechterhaltend sein. Für diese Fälle wird eine erhöhte Muskelanspannung als vermittelnder Faktor zur Aufrechterhaltung des Schmerzes angenommen. Ein zunehmendes soziales Rückzugsverhalten bzw. eine aufgrund des Schmerzes immer deutlicher empfundene Hilflosigkeit können die depressive Einstellung verstärken und sich weiter ungünstig auf die Schmerzwahrnehmung auswirken. Der Patient tritt in eine Chronifizierungsspirale ein.

Aus tiefenpsychologischer Sicht hält ein Teil der Schmerzpatienten unbewusst und hartnäckig an körperlichen Schmerzen wie auch an psychisch schmerzhaftem Erleben fest, um aggressive Impulse, Schuld- und Schamgefühle abzuwehren. Engel beschreibt, wie diese Patienten in ihrer Kindheit traumatisiert wurden (Engel, 1959; Adler, 1989; Leibing, 1999).

Einen Einfluss auf die Bewältigung eines akuten Schmerzes hat die individuelle Strategie, mit der der Einzelne dem Schmerz begegnet, also der Coping-Stil. Für eine chronische Entwicklung förderlich sind nach einer ersten indizierten Phase der Ruhe das weitere Vermeiden aller körperlichen Aktivität und der Rückzug aus sozialen Aktivitäten. Andererseits führt aber auch ein absoluter Durchhaltewillen, der den Einzelnen die „Zähne

zusammenbeißen“ und sich mittels einer vermehrten Medikamenteneinnahme weiterhin zur Arbeit zwingen lässt, über eine kontinuierlich vermehrte Anspannung der Muskulatur in die Chronifizierung. Auf der sozialen Ebene können insbesondere bestärkende Reaktionen der Umgebung und eine vermehrte Rücksichtnahme auf das nichtverbale Schmerzausdrucksverhalten Chronifizierungstendenzen unterstützen. Auch belastende Arbeitsfaktoren wie eine unphysiologische Sitzhaltung am Arbeitsplatz, eine schwere und eintönige Arbeit und Arbeiten, die keinen Wechsel der Arbeitshaltung ermöglichen, können sich chronifizierend auswirken.

Tiefenpsychologische Erklärungsansätze

Die Entstehung der Schmerzkrankheit beruht nach tiefenpsychologischer Auffassung auf dem narzisstischen oder dem Konversionsmechanismus. Auch das Alexithymiekonzept (Sifneos 1973) kann das Verständnis für die Entstehungsbedingungen chronischen Schmerzes vertiefen (Söllner et al. 2001).

Entsprechend dem narzisstischen Mechanismus wird die Wahrnehmung einer subjektiv existierenden Krise des Selbstwertgefühls durch die Entstehung des Symptoms Schmerz abgewandt oder der Selbstwertverlust substituiert. Man spricht von der psychoprophetischen Funktion des Schmerzes. Es ist ein unvollständiger Rekonstruktionsvorgang, mit dem die Patienten versuchen, etwas Vermisstes zu ersetzen, manchmal auch bei einem narzisstischen Vorgang verbunden mit einem möglichen Ausdrucksgehalt (Hoffmann, Egle 1993). Es bestehen Überschneidungen mit dem Konversionsmechanismus, jedoch ist der Ausdruckscharakter diffuser und mehr zeichenhaft (Lorenzer 1970). Der Schmerz hat mehr den Ausdruck der subjektiv empfundenen existentiellen Bedrohung zum Ziel. Auslösend sind oft Unfälle, eigentlich banale Traumen oder akute körperlich bedingte Schmerzzustände, über die der Patient „sich aus der Bahn geworfen fühlt“. Das Ereignis trifft den Patienten in einer emotional angespannten Situation und stellt die körperliche Basis für die Entstehung eines chronischen Schmerzsyndroms dar. Der körperliche Schmerz kann dem seelischen Schmerz Ausdruck verleihen, kann auch stellvertretend für andere Emotionen stehen und diese überdecken. In diesem Zusammenhang sei an die Selbstverletzungstendenzen persönlichkeitsgestörter Patienten erinnert. Der chronische Schmerz steht am Beginn einer bis dahin noch gerade kompensierten, jetzt akuten Lebenskrise.

Beim Konversionsmechanismus übernimmt der Schmerz die Symbolisierung eines psychogenen Konfliktes. Er kann zur Darstellung von Traumata in der Kindheit und Jugend dienen oder unbewusste Vorstellungen und Wünsche ausdrücken. Dabei sind neben der Konversion als Abwehrvorgänge auch Verleugnung, Verschiebung und Projektion beteiligt. Der Konversionsvorgang ist auf verschiedenen Strukturebenen des Ich möglich. Die Hyperemotionalität ist bei hysterischen Konversionsvorgängen am deutlichsten und verstärkt oft noch den Verlust der Realitätskontrolle, der über Dissoziationsvorgänge bei der hysterischen Konversion schon eingeleitet worden sein und bis zur Bewusstseinspaltung reichen kann. Der konversionsbedingte Schmerz hat einen ausgeprägten kommunikativen Aspekt. Dies wird an den Interaktionen des Patienten im Rahmen der Familie, am Arbeitsplatz und in der therapeutischen Situation deutlich. Der non- und paraverbale Ausdruck bestimmt die Interaktionen, wobei gerade Schmerzäußerungen einen hohen Aufforderungscharakter haben. Dabei dient die Inszenierung vor allen Dingen der Beschwichtigung des eigenen Über-Ich auf der „inneren Bühne“ (Mentzos 1980).

Beim affektiv-vegetativen Modus geht es um die Umsetzung innerer Affektspannung in den Bereich der Motorik und vegetativer Reaktionen. Diese körperlichen Reaktionen begleiten jeden Affekt und können, bewusst eingesetzt, affektives Erleben überhaupt erst initiieren oder verstärken. Beim Auftreten starker innerer Affektspannungen werden nur dessen körperliche Äquivalente wahrgenommen, ohne dass der Patient das Gefühl bewusst erlebt oder einer auslösenden Situation zuordnen kann. In diesem Sinn ist unabhängig von den beschriebenen psychodynamischen Entstehungsbedingungen das Verhältnis des Schmerzkranken zu seinem eigenen Körper häufig gestört. Die vegetativen Reaktionen des Körpers werden abgeschwächt wahrgenommen, körperlich ausgedrückte Affektäquivalenzen können dem emotionalen Erleben nicht zugeordnet werden. Es fehlt entsprechend dem Alexithymiekonzept die Fähigkeit, einen Bezug zwischen seiner Biografie, der jetzigen Lebenssituation, dem emotionalen Erleben und dem Schmerzgeschehen herzustellen.

Im Bereich des chronischen Schmerzes kann andererseits eine fokussierte Wahrnehmung im Sinne des ausgebildeten Schmerzgedächtnisses bestehen. Hentschel (2002) beschreibt eine Körperschemastörung mit verzerrtem sensomotorischem Erleben des Körpers. Der Schmerzkranken begegnet ihm misstrauisch in Erwartung weiterer, ihn in seinem Selbstwertgefühl erneut herabsetzender Funktionseinschränkungen. Er überfordert den Körper ohne Achtung vor den Belastungsgrenzen beziehungs-

weise negiert entsprechende Körpersignale. Der Körper ist eine Last, ist außer Kontrolle geraten, das Leiden wird als sinnlos erlebt. Andererseits legt er sich eine überzogene Schonung auf, zieht sich sozial zurück und steuert seine Interaktionen über die Schmerzwahrnehmung.

Für die Schmerzentstehung sind neben dem Ort des akut aufgetretenen Schmerzes Identifikationsvorgänge wichtig. Es können Krankheitsmuster von anderen emotional wichtigen Menschen aus der Vergangenheit oder der Gegenwart übernommen werden.

Der chronische Schmerz wird über den primären Krankheitsgewinn der Entlastung von Schuldgefühlen oder der Sühne durch das Leid aufrechterhalten. Auch die Entlastung von schmerzhaften Affekten oder innerer Leere spielt eine wichtige Rolle. Fortgesetzt wird die Chronifizierung über den sekundären Krankheitsgewinn.

Lerntheoretisches Verständnis

Lernen umfasst mehr als eine bloße mechanische Kopplung von Reiz und Reaktion oder von Verhalten und Konsequenz. Lernen bedeutet mehr als die bewusste Entscheidung, wegen zu erwartender positiver Konsequenzen ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Lernen bezieht sich auf die physiologischen Abläufe, die subjektiven bewussten und unbewussten kognitiven und emotionalen Prozesse und das sichtbare Verhalten.

Der lerntheoretische Zugang zum Schmerzverhalten besteht in der Konzentration auf das beobachtbare Verhalten. Übergeordnet ist das Interesse an den Prinzipien, der Bedeutung und den Mechanismen von Lernvorgängen beim Erwerb, bei der Veränderung oder dem Abbau von Verhalten. Das Verhalten wird auf einem Kontinuum beschrieben, bei dem nicht qualitative Gesichtspunkte über eine Klassifikation als „normal“ oder „abnorm“, gesund oder krank entscheiden, sondern Kriterien wie Häufigkeit und Intensität. Die Hypothesenbildungen beruhen auf dem Bemühen, Ergebnisse der Grundlagenforschung mit dem individuellen Einzelfall zu verknüpfen und die Wirksamkeit daraus abgeleiteter Interventionen im Therapieprozess laufend zu überprüfen.

Zum Schmerzverhalten zählen:

- verbale Mitteilungen
- nonverbale oder paraverbale Mitteilungen wie Seufzen und Stöhnen

- Körperhaltungen und Gesten wie Hinken, Reiben der schmerzenden Stelle, Grimassieren
- Funktionseinschränkungen und Behinderungen mit häufigem Hinlegen, langem Sitzen, wenig Bewegung
- Einnahme von Medikamenten und exzessive Nutzung des Gesundheitssystems (Fordyce, 1980)

Beim Erwerb von Schmerzverhalten können nach den Prinzipien des Lernens respondente und operante Faktoren, Modelllernen und kognitive Einflüsse beteiligt sein.

Respondentes Lernen

Zu Beginn entwickelt sich Schmerzverhalten häufig nach den Prinzipien des Reiz-Reaktions-Lernens und wird respondent vermittelt. Gelernt wird die Kopplung eines ursprünglich neutralen Ereignisses – z. B. eine Körperdrehung bei Patienten mit klinisch-relevantem Bandscheibenvorfall – und Schmerz.

Schmerzverhalten in diesem Stadium ist eine direkte Reaktion auf einen schmerzhaften Reiz mit physiologischen, kognitiven und emotionalen Verhaltenskomponenten. Das Schmerzverhalten zeigt sich als Schonhaltung bei Patienten mit Kreuzschmerzen, als Veränderung der Lage bei Patienten mit visceralem Schmerz oder Einschränkung der Gehstrecke bei Patienten mit degenerativen Veränderungen des Hüft- oder Kniegelenks.

Schmerz führt gleichzeitig zu einer reflektorischen Erhöhung der Muskelspannung und einer insgesamt erhöhten physiologischen Erregung. Diese Einflüsse wirken wiederum auf den Muskeltonus zurück. Die Entwicklung des Schmerz-Angstgedanken-Spannungszyklus ist ein Beispiel für Reiz-Reaktions-Lernen.

Dabei wird die antizipierte Angst vor einem erneut unkontrollierbar einschießenden Schmerz in eine muskuläre Verspannung umgesetzt, die ihrerseits ein konditionierter Stimulus für einen Schmerz werden kann (Linton et al. 1985).

Auch Muskelspannung, die über eine Vielzahl neutraler Reize auch bei Gedanken und Vorstellungen auftritt, kann als Schmerzauslöser konditioniert werden. Das Diathese-Stress-Modell von Flor, Birbaumer und Turk (1990) übernimmt diesen respondenten Erklärungsansatz und postuliert, dass es aufgrund einer bestehenden Disposition (Diathese) bei chronischen Skelettmuskelschmerzen zu einer Hyperreagibilität im motorischen System (Reaktionsstereotypie) kommt. Das Erleben nicht bewältigbarer Stresssituationen führt nach diesem Modell zu einer erhöhten Muskelspannung am Schmerzort und wirkt so

schmerzauslösend und schmerzverstärkend. Bei den betroffenen schmerzhaften Körpersystemen besteht eine „Reaktionsstereotypie“. Damit wird eine erhöhte Reagibilität der durch Schmerz betroffenen Systeme beschrieben. Schon persönlich relevante Stressoren in der Vorstellung werden bevorzugt von der Muskulatur des ohnehin betroffenen Schmerzareals beantwortet (Flor 1992). Weiterhin ist Schmerz selbst ein wirksamer Stressor und kann als psychische Belastung gelten.

Operantes Lernen

Verhaltensweisen werden durch die Erfahrung von Konsequenzen aufrechterhalten oder gelöscht. Angenehme Folgen erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens in Zukunft (Verstärkung), während unangenehme Konsequenzen zu einer vorübergehenden oder dauerhaft reduzierten Auftretenswahrscheinlichkeit führen (Löschung). Schmerzverhalten kann auf unterschiedliche Art verstärkt werden:

Positive Verstärkung (Belohnung):

- Zuwendung und Aufmerksamkeit durch Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen
- finanzielle Vorteile
- medikamenteninduzierte Euphorie

Negative Verstärkung (Wegfall unangenehmer Konsequenzen):

- Vermeidung unangenehmer Tätigkeiten
- Rückzugsmöglichkeit aus belastenden Lebensumständen
- Entlastung von Verantwortung
- Vermeidung der Konfrontation mit Defiziten

Schmerzverstärkend können sich auswirken:

- Nichtbeachtung von gesundem Verhalten
- mangelnde Alternativen zum Schmerzverhalten (Fordyce 1980)

Vermeidungsverhalten wird durch die Verminderung von Angst oder den bewegungsinduzierten Schmerz aufrechterhalten (Margraf und Schneider 2009). Insgesamt fehlt den Patienten ein gesundes Selbsteffizienzerleben bezüglich der Schmerzlinderung und der Beeinflussbarkeit der mit dem Schmerz verbundenen Körperfunktionen. Die immerwährende Angst vor weiteren Funktionseinbußen und Kränkungen wächst und trägt zur weiteren Anspannung bei.

Sozialmedizinische Implikationen

Die Chronifizierung führt im Sinne eines *circulus vitiosus* zu einer zunehmenden Depression, sich verringerndem Selbsteffizienzerleben und sozialem Rückzug. Es drohen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Verlust des Arbeitsplatzes. Damit verbunden sind gravierende Veränderungen in der Familie und im Freundeskreis. Mit der von den Patienten erlebten oder fantasierten Bedeutungslosigkeit entstehen auf dem Krankheitsgeschehen basierende sekundäre soziale Bezüge. Die Patienten tauchen in die professionelle Subkultur der Wartezimmer von Arzt-, Massage- und Krankengymnastikpraxen ein. Sie befassen sich zunehmend mit unseren sozialen Versorgungssystemen und beginnen den Kampf um Anerkennung von Renten oder einen Grad der Behinderung. Nicht selten dienen diese Anstrengungen dazu, sich in ihrem Selbstwert zu beweisen und über eine staatliche Anerkennung der Erkrankung auch eine Legitimation gegenüber dem sozialen Umfeld und vor sich selber zu haben. Die folgende Auflistung zeigt eine Auswahl von vermeidlichen Vergünstigungen, die auch im Sinne sekundären Krankheitsgewinns oder als Verstärker im operanten Sinn wirken können:

- Umschulungsmaßnahmen durch Arbeitsamt oder Rentenversicherungsträger
- Umsetzung am Arbeitsplatz, Verkürzung der Arbeitszeit
- Gewährung von Unfallrente und Anerkennung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)
- Anerkennung eines Grads der Behinderung (GdB) und von „Merkzeichen“
- Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente

Therapeutisches Vorgehen

Zunächst ist es Ziel einer stationären Schmerztherapie, bei den Patienten die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung im Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten zu wecken. Dazu werden den Patienten in einer Motivationsphase krankheitsrelevante Informationen vermittelt. Damit diese Informationen nicht an dem Patienten vorbeigehen, muss der Bezugstherapeut sich intensiv mit dem subjektiven Krankheitsmodell der Patienten befassen und deren Copingstil sowie die bisherigen Bewältigungsstrategien kennenlernen.

Gehört zu dem Krankheitsmodell des Patienten die Erwartung, Linderung der Beschwerden über balneophysikalische Maßnahmen erreichen zu können, so gehen wir zunächst auf diese eigenen Behandlungsvorstellungen ein. Die damit verbundene Regression ist für die meisten Schmerzpatienten angesichts der ausgeprägten Leistungsorientiertheit zunächst förderlich. Sie erleben auf diese Weise eine akzeptierende partnerschaftliche Umgangsweise mit sich und werden hinsichtlich eines anlässlich einer stationären Aufnahme befürchteten Autonomieverlustes entängstigt. In dieser Motivationsphase wird ihnen von dem Bezugstherapeuten das weitere Vorgehen mit zunehmender Aktivierung und Integration in die Schmerzbewältigungsgruppe, in die verschiedenen Gymnastikgruppen und ggfs. die Rückenschule erläutert.

Im Sinne eines multimodalen Vorgehens mit Berücksichtigung auch der psychodynamischen Erklärungsmodelle des chronischen Schmerzes erfolgt die Eingliederung in die tiefenpsychologisch geführten verbalen Gruppen. Ziel ist es, sich mit seinen Emotionen und seinen Interaktionsstilen kennenzulernen und die durch das Schmerzgeschehen vollzogenen Symbolisierungen besser zu verstehen.

Der bei diesen Patienten oft erkennbaren Empfindungslosigkeit dem eigenen Körper gegenüber trägt die Teilnahme an der Körpertherapiegruppe, geleitet durch die Bezugstherapeuten, und an der Körperwahrnehmung, geleitet durch Krankengymnasten oder entsprechend angeleitete und regelmäßig extern supervidierte Sporttherapeuten, Rechnung.

Die körperbezogenen Übungen werden durch die Krankengymnastik und Rückenschule erweitert. Die Patienten sollen schrittweise an einen Aktivitätsaufbau herangeführt werden. Es ist angestrebt, die bei ihnen meist vorherrschende passive Erwartungshaltung durch zunehmend aktiv ausgerichtete Copingmechanismen zu ersetzen. Damit wird der Versuch unternommen, die körpereigenen Schmerzmodulationssysteme zu aktivieren und das Selbsteffizienzerleben der Patienten zu verbessern. Die Anleitung zu verschiedenen Techniken der Wahrnehmungslenkung und der Auseinandersetzung mit dem Schmerz in der Imagination und Formgebung des Schmerzes in der Schmerzgruppe wird in der Ergotherapie aufgenommen und weitergeführt. Die Veränderung des eigenen Bildes vom Schmerz kann durch den experimentellen Umgang mit diesen Bildern im Malen oder Gestalten erfolgen. Besonders kunsttherapeutisch ausgerichtete Verfahren können bei Schmerzpatienten hilfreich sein. Der Schmerzkranken ist oft in der hedonistischen Lebensentfaltung eingeschränkt.

Er zeigt Einschränkungen

- des Gefühllebens
- der Kommunikation
- der Selbstsicherheit
- der Phantasie
- des emotionalen Ausdrucks

Mit dem kreativen Gestalten lassen sich diese Erlebnisebenen verändern. Die Zugangsmöglichkeiten sind vielfältig. Gefühle und Phantasie können aktiviert oder ausgedrückt werden, die Gestaltung kann neue Ressourcen eröffnen oder den Patienten in seiner Selbstbestimmtheit bestärken. Das Kommunikationsverhalten verbessert sich durch das Lösen einer gemeinschaftlichen Aufgabe oder durch die Besprechung der Produkte und des mit ihnen intendierten Ausdrucks (Schwerdt, 2002).

Ein Entspannungstraining wurde von vielen Schmerzpatienten schon gelernt und als nicht hilfreich empfunden. Unser Augenmerk liegt deshalb auf der Vermittlung eines gut praktikablen Trainings mit Elementen aus dem Jacobson und dem Autogenen Training und auf der regelmäßigen Durchführung auch außerhalb der Therapie durch die Patienten. Diese Entspannungsübungen können in Einzelfällen um hypnotherapeutische Vorgehensweisen ergänzt werden. Es wird mit den Patienten dann zunächst eine Schmerzgestalt und dann ihre Veränderung erarbeitet.

Biofeedback-Methoden sind bei stark rationalisierenden und kontrollierenden Patienten hilfreich. Aufgrund der verleugneten oder verdrängten, insgesamt stark ängstigenden Hingabewünsche gelingt diesen Patienten keine Entspannung durch passive Hingabe. Die Arbeit mit dem vegetativen Parameter wie Muskelspannung, Herzratenvariabilität oder Hautwiderstand zurückmeldenden Biofeedback-Gerät gelingt leichter, da die Kontrolle bei dem Patienten verbleibt.

Soziotherapeutische Beratungsgespräche dienen der Weichenstellung für Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Der meistens sehr chronifizierten Symptomatik mit ausgeprägtem sekundärem Krankheitsgewinn wird direkt und kontextbezogen begegnet.

Die verhaltensanalytische Aufarbeitung eines Schmerzgeschehens umfasst in jedem Fall auch die Berücksichtigung von Organismusvariablen. So ist es gewährleistet, dass somatische Faktoren genauso berücksichtigt werden wie die lerntheoreti-

schen Ansätze. Nach Basler lassen sich hinsichtlich der Psychotherapie die kognitiven von den operanten und psychophysiologischen Therapieverfahren unterscheiden (Basler 1990). Im Rahmen eines stationären Vorgehens kommen verschiedene Verfahren miteinander kombiniert zum Einsatz.

Entsprechend den von Fordyce (1976) vorgegebenen Verhaltensänderungen bezüglich des Schmerzverhaltens auf der motorischen Ebene werden mit dem Patienten Aktivitätsprogramme besprochen, die zu einem Abbau des Schonverhaltens und Aufbau von Verhaltensaktiva führen sollen. Dem zugrunde liegen oft ein vom Patienten zunächst angefertigtes Schmerzprotokoll und die Einschätzung der subjektiven Schmerzintensität etwa über eine visuelle Analogskala.

Weiterhin gehören zu den operanten Methoden der Schmerztherapie die Reduktion der Inanspruchnahme von klinischen Institutionen zur Diagnose und Behandlung des Schmerzproblems, eine Verminderung des verbalen Schmerzverhaltens und die Reduzierung von Schmerzmitteln sowie die Förderung von gesundem Verhalten einschließlich der Verbesserung sozialer Aktivitäten und eine Änderung der Verstärkungsbedingung der unmittelbaren sozialen Umgebung des Patienten (Gerber 1991).

Als Ziele werden angestrebt:

- Die Erarbeitung eines subjektiven Schmerzmodells mit biologischen und psychosozialen Annahmen
- Die Analyse von Schmerzauslösern und verstärkenden Bedingungen
- Der Aufbau von Aktivitäten zur Defokussierung vom Schmerz
- Regulation von Aktivitäten zur Vorbeugung von Überforderungen
- Erlernen von Aufmerksamkeitsstrategien zur Ablenkung vom Schmerz
- Stress- und Problembewältigungstraining
- Stärkung der Selbsteffizienzüberzeugungen
- Analyse und Modifikation dysfunktionaler Gedanken zum Schmerz
- Körperliche Mobilisierung (verändert nach Kröner-Herwig 1998)

Auch die Verminderung der schmerzkontingenten Medikation ist gerade bei den Patienten notwendig, die zu einer vermehrten Schmerzmitteleinnahme neigen und gegebenenfalls durch die vermehrten Schmerzmittel zusätzlich zu ihren Schmerzen noch einen medikamentös bedingten Kopfschmerz bekommen

haben. Nach entsprechender Aufklärung und Vorbereitung empfiehlt es sich, die Schmerzmittel nicht mehr „bei Bedarf“, also schmerzkontingent, sondern zu festen Zeiten, also zeitkontingent, zu verabreichen. Medikamenteninduzierte Kopfschmerzen entstehen nach der kontinuierlichen Einnahme von Schmerzmitteln, ergotaminhaltigen Präparaten und Triptanen. Der Schmerz hat im Fall des Schmerzmittelmissbrauchs einen dumpf drückenden holokraniellen Charakter, bei Ergotaminmissbrauch ist er pulsierend, die vermehrte Einnahme von Triptanen erzeugt einen migräneartigen Dauerkopfschmerz. Die Therapie der Wahl ist das schrittweise Absetzen der Medikamente. Eine Reduktion der Schmerzmittel lässt sich am besten über einen Schmerzcocktail erreichen. Es werden dem Patienten also seine Schmerzmittel in einen den Geschmack weitgehend neutralisierenden Saft gegeben und eine schrittweise Reduktion mit dem Patienten abgesprochen, die einzelnen Reduktionsschritte jedoch nicht transparent gemacht. Auf diese Weise kann auch bei der grundsätzlichen Bereitschaft zu diesem Vorgehen ein sehr auf Schmerzmittel fixierter Patient eine schrittweise Reduktion erreichen.

Psychophysiologische Verfahren

- Entspannung nach Jacobson
- Biofeedback

Balneologische Maßnahmen

- Operante Verfahren
- Schmerzmittelreduktion
- Aktivitätsaufbau
- Arbeitstraining
- Löschung von Schmerzverhalten
- Angehörigentherapie

Auf der kognitiven Ebene werden das Schmerzerleben und auch die das Schmerzerleben begleitenden Emotionen und Kognitionen angesprochen. Hierzu ist oft das Vorgehen in einer Gruppe dem Einzelgespräch vorzuziehen.

Kontextbezogen wird in den tiefenpsychologisch geführten verbalen Gruppen, auf der Station unter dem Aspekt der therapeutischen Gemeinschaft, in der Ergotherapie und auch in der indikativen Schmerzgruppe gearbeitet. Die Therapieziele sind auf einen zentralen Beziehungskonflikt oder eine aktuelle Problematik des Patienten fokussiert.

Inhalte einer indikativen Gruppentherapie

- Informationsvermittlung zum Verständnis der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung

- Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien
- Schmerzakzeptanz
- Abbau von Gefühlen wie Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Schulung der Wahrnehmung von Gefühlen, von Anspannungs- und Entspannungszuständen
- Erkennen von Warnsignalen
- Dysfunktionale Gedanken zum Schmerz herausarbeiten
- Umgang mit Fehlschlägen in der Schmerzbewältigung

Im Rahmen einer Schmerzgruppe ist es oft sehr hilfreich, dass Patienten von Patienten lernen und die Akzeptanz für psychologische Methoden dadurch erhöht wird, dass andere Patienten schon positive Erfahrungen berichten können. Dies hilft auch bei dem noch sehr auf ein somatisches Krankheitsmodell fixierten Patienten, sich anderen Methoden etwas mehr zu öffnen. Verändern lassen sich besonders gut katastrophisierende Gedanken, das Gesundheitsverhalten wird verbessert, das Körpergefühl und die Körperakzeptanz werden gestärkt. Die Patienten lernen auch das Aufeinanderbeziehen von Lebensumständen, Situation und Schmerz.

Literaturverzeichnis

Adler RH, Zlot S, Hürny C, Minder C (1989). Engels „Psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient“: Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. *Psychother. Med. Psychol.* 39, 209–218

Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish H P, Seemann H (1990). *Psychologische Schmerztherapie*. Springer, Berlin

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1994): *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, Köln, Deutscher Ärzteverlag

Casey KL (1999). Forebrain mechanisms of nociception and pain: analysis through imagine. *Proc. Natl. Acad. Sci USA*, 96, 7668–7674

Doenicke A, Reichle H (1993). Epidemiologie des chronischen Schmerzes. In: Zenz M, Jurna I (Hrsg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Eisenberger N I et al. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social rejection. *Science*, 302, 290–292 Literatur

Engel G L (1959). „Psychogenic“ pain and the pain prone patient. *Am. J. Med.* 26, 899–918. Flor H (1991): Psychobiologie des Schmerzes. Huber, Bern

Flor H (2000). The functional organisation of the brain in chronic pain. In: Sandkühler J, Bromm B, Gebhardt G F (eds.): *Nervous system plasticity and chronic pain. Progress in brain research.* 129, Amsterdam: Elsevier science B.V., 313–322

Flor H, Birbaumer N, Turk D C (1990). Psychobiology of pain. *Adv. Behav. Res. Ther.* 12, 47–84

Flor H, Braun C, Elbert T, Birbaumer N (1997). Extensive reorganisation of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neurosci. Lett.*, 224, 5–8

Fordyce W E (1980). Verhaltenstheoretische Konzepte bei chronischen Schmerzen und Krankheiten. In: Davidson P O: *Angst, Depression und Schmerz. Verhaltenstherapeutische Methoden zu Prävention und Therapie.* Pfeiffer, München 1980

Fordyce W E (1976). *Behavioral methods for chronic pain and for illness.* Mosby, St. Louis

Fordyce W E, Steeger J C (1982). Chronischer Schmerz. In: Keeser W, Pöppel E, Mitterhusen P. (Hrsg.): *Schmerz.* Urban & Schwarzenberg, München

Gerber W D (1991). Schmerzen. In: Meermann R, Vandereyken W. (Hrsg.): *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis,* Schattauer, Stuttgart

Hasenbring M, Marienfeld G, Ahrens S, Soyka D. Chronifizierende Faktoren bei Patienten mit Schmerzen bei einem lumbalen Bandscheibenvorfall. *Der Schmerz* 3, 138–150, 1990

Hasenbring M (2000). Attentional control of pain and the process of chronification. In: Sandkühler J, Bromm B, Gebhardt G F (eds.): *Nervous system plasticity and chronic pain. Progress in brain research.* 129, Amsterdam: Elsevier science B.V., 525–534

Hentschel H J (2002). Somatoforme Störungen. Zur Problematik der Veränderung von Körpersymptomen. *Psychotherapeut*, 47, 153–156

Hoffmann S O, Egle UT (1993). Psychodynamisches Verständnis von Schmerz S 91–106. In: Egle UT, Hoffmann S O (Hrsg.). Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York

Jänig W (1995). Sympathische Reflexdystrophie: Ein kontroverses Schmerzsyndrom. In: Soyka D (Hrsg.): Schmerz. Pathophysiologie und Therapie. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York

Koeppel C, Flor H (2005). Schmerzgedächtnis und kortikale Plastizität. *Psycho*, 31,(2), 81–83

Knickenberg RJ (1997). Chronische Schmerzen. Verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle. *TW Neurologie Psychiatrie* 11, 120–126

Kröner-Herwig B (1998). Gesundheitsförderung bei chronischem Schmerz. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensional. Tätigkeitsfeld. dgvt-Verlag, Tübingen

Kröner-Herwig B (1990). Chronischer Schmerz – Eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler H D, Franz C, Seemann H, Kröner-Herwig B, Rehfish H P (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Springer, Heidelberg

Kröner-Herwig B (2009). Chronischer Schmerz. In: Margraf J, Schneider, S.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Heidelberg

Leibing E, Rüger U, Schüßler G (1999). Biographische Risikofaktoren und psychische Störungen bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 45, 142–156

Lenz F A, Rios M, Zirh A, Ahau D, Krauss G, Lesser R P (1998). Painful stimuli evoke potentials recorded over the human anterior cingulate gyrus. *J. Neurophysiol.* 79, 2231–2234

Linton S J, Melin L, Götestan K G (1985). Behavioral analysis of chronic pain and its management. In: Hersen M, Eisler M., Miller P (eds.): Progress in behavioral modification Vol. 7. Academic Press, New York

Lorenzer A (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Meermann R, Knickenberg RJ (1994). Stationäre Verhaltenstherapie. Indikationen, Methoden und Ergebnisse. In: Helmchen H, Hippus H (Hrsg.): Psychiatrie für die Praxis. MMV Medizin Verlag, München

Melzack A, Wall P D (1982). Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie: In: Keeser W, Pöppel E, Mitterhusen B (Hrsg.): Schmerz. Urban & Schwarzenberg, München

Mentzos S (1980). Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Kindler Verlag, München

Merskey H (1986). International association for the study of pain: Classification of chronic pain; description of chronic pain syndromes and definitions of pain states. Pain, 3, (Suppl.) 1–125

Nachemson A (1985). Advances in low back pain. Clean. Orthop. 200, 266–278

Rainville P, Duncan G H, Price D D, Carrier B, Buschnell M C (1997). Pain effect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science, 277, 968–971

Raspe H H, Wasmus A, Greif G, Kohlmann Th, Kindel P, Mahrenholtz M (1990). Rückenschmerzen in Hannover. AKT. Rheumatol. 15, 32–37

Rüegg C J (2001). Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer, Stuttgart

Sandkühler J (2005). Neurobiologische Grundlagen des Schmerzgedächtnisses. Psycho, 31,(2), 77–80

Saner H (1993). Macht und Ohnmacht der Symbole. Essays. Lenos, Basel

Schmidt R F, Struppler A (1982). Der Schmerz. Piper, München, Zürich

Schwerdt C, Wirtz M, Grabbe Y, Gralow I (2002). Kunsttherapie in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten. Psychotherapeut, 47, 301–309

Sifneos P (1973). The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. 22, 255–262

Söllner W, Schüßler G (2001). Psychodynamische Therapieverfahren bei chronischen Schmerzerkrankungen: Eine systematische Literaturübersicht. Psychosom. Med. Psychother. 47, 115–139

Thoden U (1978). Neurogene Schmerzsyndrome. Hippokrates Verlag, Stuttgart

Literaturempfehlungen für Therapeuten

Basler H D, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch H P, Seemann H (Hrsg.). Psychologische Schmerztherapie. (3. vollst. überarb. Aufl.). Berlin, Springer (1996)

Brandt F, Diener H C et al. Kopf-, Gesichtsschmerz, Hirnnerven. In: Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer (1993)

Davidson P O. Angst, Depression und Schmerz. Verhaltenstherapeutische Methoden zu Prävention und Therapie. München, Pfeiffer (1980)

Egle U T, Hoffmann S O, Lehmann K A, Nix W A. (2003). Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Verlag Stuttgart, New York

Flor H. Psychobiologie des Schmerzes. Bern, Huber (1991)

Gerber W D, Hasenbring M. Schmerzerkrankungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer (1993)

Hasenbring M, Marienfeld G, Ahrens S, Soyka D. Chronifizierende Faktoren bei Patienten mit Schmerzen bei einem lumbalen Bandscheibenvorfall. Der Schmerz 3, 138–150 (1990)

Junker U, Nolte T (2005). Grundlagen der Speziellen Schmerztherapie, Urban und Vogel, München

Keeser W, Pöppel E, Mitterhusen P (Hrsg.). Schmerz. München, Urban & Schwarzenberg (1982)

Raspe H H, Wasmus A, Greif G, Kohlmann Th, Kindel P, Mahrenholtz M. Rückenschmerzen in Hannover. AKT. Rheumatol. 15, 32–37 (1990)

Soyka D (Hrsg.). Schmerz. Pathophysiologie und Therapie. Stuttgart, New York, Schattauer Verlag (1995)

Thoden U. Neurogene Schmerzsyndrome. Stuttgart, Hippokrates Verlag (1987)

Uexküll Th von (Hrsg.). Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Urban & Schwarzenberg (1996)

Vandereycken W, Meermann R. Chronisches Krankheitsverhalten und Non-Compliance. In: Meermann R, Vandereycken W (Hrsg.). Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung. Schattauer, Stuttgart, New York 2, 1996

Wahl R, Hautzinger M. (Hrsg.). Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Psychologische Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle. Köln, Deutscher Ärzteverlag (1994)

Zenz M, Jurna I (Hrsg.). Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (1993)

Literaturempfehlungen für Schmerzpatienten

Broome A, Jellicoe H. Mit dem Schmerz leben. Anleitung zur Selbsthilfe. Bern, Huber (1989).

Brügger A: Gesunde Haltung und Bewegung im Alltag. Zürich, Verlag Dr. A. Brügger (1996)

Ensink F B, Soyka D: Migräne. Aktuelle Aspekte eines altbekannten Leidens. Berlin, Heidelberg, New York, Springer (1996)

Informationsbroschüre für Patienten der Psychosomatischen Fachklinik (s. Anlage). Oldenkott P: Bandscheibenschäden. Stuttgart Trias, Thieme (1997)

Risch E. Gesunder Rücken, gesunder Nacken. Wege zur Selbsthilfe. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag (1992)

Sternbach RA. Schmerzpatienten. Krankheitsursachen und Behandlung. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fiter, Heidelberg (1982).

Sternbach RA: Kann ich lernen, mit dem Schmerz zu leben, obwohl es so weh tut? (1983)

Stiftung Warentest (Ratgeber Gesundheit): Kopfschmerzen, Migräne. Berlin (1993)

Stiftung Warentest (Ratgeber): Gesunder Rücken. Schmerzen vorbeugen, behandeln und überwinden. Berlin (1996)

Zimmermann M, Möller-Streitböcker W. Der Schmerz. Techniker Krankenkasse. Hamburg (1995)

Leitlinien zur Behandlung von somatoformen Schmerzstörungen: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt006.htm>

PAARTHERAPIE „WEGE ZUEINANDER“

Guido Loy und Petra Loy

Einleitung

Eine psychosomatische Erkrankung eines Partners stellt eine besondere psychische Belastung und seelische Herausforderung für die Partnerschaft dar.

Je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung führt diese Belastung immer mehr in eine krisenhafte Partnerschaft, in der die Partner auf ihnen bekannte Konfliktbewältigungsmuster zurückgreifen. Häufig auftretende Konfliktbewältigungsmuster, die meist bereits in der Kindheit erlernt werden, sind: schweigsamer Rückzug, ständiges Nörgeln, trotziges Erstarren, sinnlose Schuldzuweisungen, heftige Anklagen und Gegenanklage. Je mehr sich ein Partner schweigsam zurückzieht, umso mehr neigt der andere zu häufiger Kritik und Anklage und je häufiger der eine sich kritisiert und angeklagt fühlt, umso mehr zieht er sich zurück. Ein Teufelskreis beginnt, in dem sich meist beide Partner äußerst hilflos fühlen. Aus Rechtfertigung wird Schuldzuweisung, aus Wertung wird Entwertung, statt Ermutigung folgt Demütigung, statt Austausch folgt Verweigerung, statt Veränderung folgt Erstarrung, statt Aufbau folgt Zerstörung und statt Selbstachtung folgt Selbstaufgabe. Dieser Krisendynamik gilt es entgegenzuwirken, als ein unterstützender Heilfaktor für die Partnerschaft, als auch für den psychosomatisch erkrankten Menschen. Gerade in der Erkrankung braucht es eine stabile, unterstützende und fördernde Partnerschaft, die den erkrankten Partner nicht noch mehr in die Destruktivität der Erkrankung treibt oder ihn in der Erkrankung hält. Ein sinnerfüllender Austausch, als auch eine auf gegenseitiger Achtung basierende Konfrontation ist nötig, um den Weg für positive Veränderung zu öffnen. Als ersten Schritt dahin ist unsere paartherapeutische Intensivgruppe gedacht. Für dieses therapeutische Angebot können Patienten/innen der Psychosomatischen Klinik ihre Partner/in einladen.

„Liebe ist der Sinn
Dialog der Weg
Würde das Prinzip“
(M. Cöllen)

„Nicht ist die Liebe
gelernt“
(R.-M. Rilke)

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Wechselwirkung von psychischen Störungen und Partnerschaft

Eine im Rahmen der WHO in 15 Ländern durchgeführte Studie (Scott et al., 2010) zeigt, dass eine enge bzw. intime Partnerschaft oder Ehe bei Frauen und Männern mit einem niedrigeren Risiko zur Entwicklung jeglicher psychischen Störung einhergeht. Eine kürzlich zurückliegende Scheidung erhöht bei beiden Geschlechtern das Störungsrisiko. Bei Männern stärker für Suchtstörungen, bei Frauen für Depressionen.

Die gesundheitsschützende Wirkung einer festen, stabilen Partnerschaft erklärt sich unter anderem durch ein sich gegenseitiges Bedingen bzw. Unterstützen in positivem Gesundheitsverhalten (Falba & Sindelar, 2008). Darüber hinaus erfüllt eine stabile Partnerschaft oder Ehe aber auch ganz allgemein das Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Nähe, gibt das Gefühl der Zugehörigkeit, wirkt damit Einsamkeit und Isolation entgegen und erlaubt den Aufbau einer gemeinsamen Identität und das Gefühl gemeinsamen Erfolgs (Diener et al., 2000). Das Bindungsbedürfnis gehört zu den elementaren Grundbedürfnissen. Die Möglichkeit der wechselseitigen Beantwortung und Unterstützung in der Stress- und Krisenbewältigung, von Bodenmann (2000, 2013) als dyadisches Coping bezeichnet, ist eine wichtige Ressource des Paares. Gleichzeitig zeigen Personen in nicht zufriedenstellenden Beziehungen ein schlechteres Befinden, eine niedrigere Lebenszufriedenheit und einen geringeren Selbstwert als Geschiedene oder Ledige (Hawkins & Booth, 2005). Und schließlich erhöhen chronische Partnerschaftskonflikte das Risiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Herzinsuffizienz sowie einer Schwächung des Immunsystems (Matthews & Gump, 2002; Gruenewald et al., 2006; Kriegbaum et al., 2008).

Partnerschaftsprobleme und Trennung erwiesen sich in einer großen Studie über einen Zeitraum von 40 Jahren als meistgenannte Ursachen für akute emotionale Probleme (Swindle, Heller, Pescosolido & Kikuzawa, 2000), wobei sich vor allem starke Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsproblemen und Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch zeigten (Whisman, 2007).

Depression und Partnerschaft

Gerade bei der klinischen Depression findet sich ein starker Zusammenhang mit Partnerschaftsproblemen (Whisman, 2001; Bodenmann et al., 2008). Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist bei schwerwiegenden Partnerschaftsproblemen um das 8-fache erhöht (Kendler et al., 1998). Ebenso erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen nach erfolgreicher Behandlung bzw. Remission einer Depression (Hooley, 2007), während ein günstiges Partnerschaftsklima mit einer rascheren Besserung der depressiven Störung einhergeht (Moya et al., 2010).

Ursachen für die ungünstige gegenseitige Beeinflussung bei Paaren mit einem depressiven Partner liegen, wie Untersuchungen zeigen (Cano & O'Leary, 2000), unter anderem in einer

negativen Interaktion und mangelhafter Unterstützung. Diese wiederum hängen sowohl mit kritischen, feindseligen oder überbemutternden Einstellungen des Partners gegenüber dem Erkrankten als auch mit dessen depressiven Denkmustern und dysfunktionalen Einstellungen zusammen, welche wesentliche Bedeutung in der Auslösung und Aufrechterhaltung der Depression erlangen (Meuwly, Bodenmann & Coyne, 2012).

Essstörungen und Partnerschaft

Essstörungen gehen mit einer geringeren Beziehungszufriedenheit, Geborgenheit und Nähe in der Partnerschaft einher. So fanden sich bei jungen magersüchtigen oder bulimischen Frauen in bestehender Partnerschaft stärkere Symptomausprägungen als bei Frauen ohne Partner, aber auch eine höhere Veränderungsmotivation (Busolotti et al., 2002).

Auch Patientinnen mit Binge Eating (BED) weisen laut einer Studie (Whisman et al., 2012) im Vergleich zu psychisch gesunden Frauen und Frauen mit anderen psychischen Erkrankungen eine negativere partnerschaftliche Interaktion sowie eine geringere Partnerschaftszufriedenheit auf.

Eine Tagebuchuntersuchung bei Paaren (Butler et al., 2010) belegt wiederum, dass übergewichtige Frauen, um dem Partner zu gefallen, negative Gefühle stärker unterdrücken und mittels Nahrungsaufnahme und Überessen Stress bewältigen.

Angststörungen und Partnerschaft

Angststörungen und niedrige Partnerschaftsqualität stehen in einer deutlichen Wechselbeziehung. Diese ist bei der Agoraphobie und der generalisierten Angststörung (GAS) am stärksten ausgeprägt (Emmelkamp & Gerlsma, 1994; Whisman et al., 2000). Da z. B. 88 % der Patienten mit einer generalisierten Angststörung in einer Partnerschaft leben und eine GAS das Scheidungsrisiko fast verdoppelt, wird die Relevanz dieses Zusammenhangs noch deutlicher (Kessler et al., 1998; Yoon & Zinbarg, 2007).

Paartherapie bei psychischen Störungen

Paartherapie spielt bei psychischen wie somatischen Störungen eine wichtige Rolle, da immer beide Partner von der Störung betroffen sind.

Nach dem systemisch-transaktionalen Stressmodell von Bodenmann (2000) und dem Konzept der „we-disease“ nach Kayser et al. (2007) sollte eine Erkrankung als gemeinsames Problem und Aufgabe des Paares gesehen werden. Beide leiden darunter auf ihre Weise. Beide können aber auch zur Bewältigung beitragen.

Paartherapie oder regelmäßiger Einbezug des Partners in die Therapie kann durch Verbesserung der Partnerschaftsqualität die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in die Depression senken und ist bei zusätzlichen Partnerschaftsproblemen einer Einzeltherapie überlegen. Da zudem häufig der Partner bei der Aufrechterhaltung einer Depression eine wichtige Rolle spielt, kann Paartherapie für die besondere Situation sensibilisieren und mit den Partnern an einer unterstützenden und heilungsfördernden Beziehungsgestaltung arbeiten.

Eine Studie von Bodenmann et al. (2008) konnte bei 60 Paaren mit einem Partner mit mittelschwerer bis schwerer Depression nachweisen, dass nur Paartherapie, nicht jedoch die kognitive Verhaltenstherapie oder die Interpersonelle Therapie, eine Besserung der für Rückfälle relevanten negativen Einstellungen („expressed emotion“) des Partners gegenüber dem Patienten bewirken konnte.

Therapie

Therapieansatz

Paarsynthese (Integratives paartherapeutisches Verfahren)

Interventionen

- Gruppengesprächstherapie
- Therapeutisch geleitete Paardialoge vor der Gruppe
- Körpertherapeutische Angebote
- Übungen der Selbstreflexion in der Klein- und Großgruppe
- Psychoedukation

Ziele

- Dialogfähigkeit des Paares vertiefen
- Ressourcen der Paarbeziehung herausarbeiten
- Konflikthafes in der Beziehung benennen und Klärungsansätze erarbeiten
- Beziehungskompetenz weiterentwickeln

Zielgruppen

- Paare, die durch die psychosomatische Erkrankung des einen belastet sind
- Paare in Beziehungskrisen
- Paare, die die Heilkraft der Beziehung fördern und ihre Dialogfähigkeit stärken möchten

Theoretischer Hintergrund

Der Arbeit mit den Paaren liegt das Verfahren der Paarsynthese zugrunde. Die Paarsynthese ist ein integratives Therapiekonzept, das 1975 von Michael Cöllen begründet und seit 1992 mit Ulla Holm zusammen weiterentwickelt und ausdifferenziert wurde. Dieser schulen- und methodenübergreifende Ansatz basiert auf drei Dimensionen.

- Tiefenpsychologische Dimension (biografische Arbeit)
- Dialogische Dimension
- Spirituelle Dimension (Frage nach dem Sinn der Liebe zu dir und dem Lernen durch dich)

Dialogische Dimension

Der Schwerpunkt in der paartherapeutischen Gruppe liegt auf der dialogischen Dimension. Eine zentrale Erkenntnis der Forschung zu Paarbeziehung ist die, dass die Untersuchung des wechselseitigen Aufeinandereinkommens von Paaren (Paarinteraktion) das aussagekräftigste Instrument für Qualität und Verlauf der Paarbeziehung darstellt. In der Vorhersage von Trennung und Scheidung erweist sich das Interaktionsverhalten des Paares als die aussagekräftigste veränderliche Größe (Gottman, 1994). Die eheliche Kommunikation ist die entscheidende Größe für die Unterscheidung stabiler und instabiler Ehen. Auch steht das Interaktionsverhalten des Paares in deutlichem Zusammenhang mit der Beziehungszufriedenheit (Karney & Bradbury, 1995).

Meist klagen Patienten/-innen und Partner/-innen, dass sie sich einander nicht mehr verständlich machen könnten, ihre Kommunikation sich auf Absprachen, kurze Gespräche oder Streitigkeiten und Schweigen reduziert habe. Dieser Krisendynamik gilt es entgegenzuwirken und als ein unterstützender Heilfaktor die Dialogkompetenz des Paares zu fördern. Michael Cöllen nennt fünf Hauptdialoge, die alle zusammen den vertieften und verdichteten Dialog des Paares ausmachen. Der Körperdialog beginnt schon mit dem Blickkontakt und vollzieht sich im Ergreifen, Begreifen, Berühren und Anrühren. Die Sexualität ist nur ein Teil des Körperdialoges. Jung Verliebte nehmen häufig

Blickkontakt miteinander auf, schenken einander im Alltag immer wieder liebevolle Gesten und Berührungen. Dies tritt bei langfristigen Beziehungen und hohem Belastungsgrad meist mehr und mehr in den Hintergrund oder geht gar ganz verloren. Der Gefühlsdialog beginnt mit dem achtsamen Empfinden der eigenen Gefühle und dem Zulassen von Schwäche, Trauer, Angst, Zorn, Verzweiflung und Einsamkeit bis hin zu Leidenschaft, Begierde, Zärtlichkeit und Hingabe. Bei Paaren mit einem psychisch erkrankten Partner ist häufig zu beobachten, dass der nicht erkrankte Partner eigene sogenannte schwierige Gefühle wie Hilflosigkeit, Wut, Enttäuschung, Trauer und Erschöpfung nicht in den Paardialog bringt. Die Meinung, den erkrankten Partner schonen zu müssen und ihn nicht noch mehr belasten zu wollen, verhindert einen ebenbürtigen Gefühlsdialog. Jedoch gerade ein Zuviel an Rücksichtnahme und Verantwortungsübernahme kann beim Erkrankten das Gefühl von Unterlegenheit und Minderwertigkeit eher noch verstärken. Deshalb legen wir in unserer Paartherapiegruppe viel Wert darauf, den Gefühlsdialog des Paares wieder neu anzustoßen, Worte und Gesten hierfür zu finden. Die Gefühlssprache ist wiederum nur ein Teil des Sprachdialoges. Es braucht auch die Alltagssprache, um das gemeinsame Leben zu regeln, Gedanken auszutauschen, Probleme zu lösen und sich über den Sinn der gemeinsamen Beziehung und des Lebens auszutauschen. Den Sinn im eigenen Leben zu suchen, ist uns Menschen eigen. Darüber hinaus gilt es, einen gemeinsamen Sinn des Paares zu finden, der über die reine Lebensbewältigung hinausgeht. Der Austausch über gemeinsame Ziele und Werte kann dem Paar Orientierung geben auf dem Weg zu einer sinnvollen Gestaltung der Beziehung. Die Zeit als letzte der fünf Dialogsäulen umspannt alle anderen Dialogformen. Zur Entwicklung der Gefühle und des Vertrauens sowie zur Stärkung der Liebe bedarf es Zeit. Wie die Zeit miteinander verbracht wird, ist entscheidend.

Ablauf

Die Therapiegruppe findet als Blockangebot an zwei aufeinanderfolgenden Tagen mit insgesamt sechs Zeitstunden statt. Die Gruppengröße ist auf 6 Paare ausgelegt. Sie wird idealerweise von einem „Therapeutenpaar“, einer Therapeutin und einem Therapeuten, geleitet.

Das „Therapeutenpaar“ bietet, neben der Modellfunktion, vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Übertragungsarbeit und wird zum bedeutsamen Gegenstand und Instrument der Dialogarbeit.

Während des ersten Drittels stehen das Kennenlernen des therapeutischen Settings, das gegenseitige Kennenlernen der Teilnehmer/-innen, die Gruppenfindung und die paartherapeutische Diagnostik, das heißt die „Paargestalt“ (Cölln, 2013), im Vordergrund. Nach einer Vorstellungsrunde der Paare, in der häufig schon erste Konflikthafte benannt werden und meist eher dem Partner/der Partnerin direkt oder indirekt die Schuld für die Schwierigkeiten in der Beziehung zugeschoben wird, im Sinne eines „Problemtransfers“ (Cölln, 2005), werden die Teilnehmer/-innen nun zur Selbstreflexion angeleitet. Die Aufmerksamkeit richtet sich nicht mehr auf das Konflikthafte des Partners, der Partnerin, sondern auf sich selbst. Es gilt, mit Hilfe unterstützender, zielgerichteter Fragen der Therapeuten das eigene Partnersein, die eigenen positiven wie auch negativen Anteile zu erfassen und zu benennen. Hier wird deutlich, dass nicht nur aufgrund der Erkrankung des einen und der damit einhergehenden Einschränkungen die Beziehung belastet wird, sondern die negativen Verhaltensmuster beider Partner, wie Perfektionismus, Rückzug, Konfliktvermeidung, Abwertung, Ungeduld, unkontrollierte Wutausbrüche und anderes, zur schwierigen Paarsituation beitragen. Diese Erkenntnis bringt häufig eine erste Entlastung und Selbstwertstärkung gerade des erkrankten Partners mit sich und bahnt den Weg für eine gemeinsame Lösungsfindung auf Augenhöhe.

Der nächste Schritt im Rahmen der Selbstreflexion dient dem Erfassen der Auswirkungen, die die eigenen negativen, meist destruktiven Verhaltensmuster auf den Partner haben. Dies erfolgt im therapeutisch geleiteten Paardialog unter Einbeziehung der fünf Dialogsäulen Körper, Gefühl, Sprache, Sinn und Zeit (Cölln, 2009). Dieser dialogische Austausch des Paares lebt von den Ausdrucksmitteln des Impulses, der Gesten und der Sprache. Diese Dreieitigkeit von Impuls, Sprache und Geste hilft, den Fluss der Gedanken und Gefühle in einen lebendigen Austausch zu bringen (Loy & Loy, 2012). Mit der Verantwortungsübernahme für die eigenen „Fehler“ und dem Herausarbeiten der Bedürftigkeit, die hinter dem Abwehr- und Widerstandsverhalten steht, findet eine wesentliche Entflechtung der konflikthafte Verwobenheit in der Paarbeziehung statt. Tiefenpsychologische Aspekte, wie das heutige destruktive Verhalten im Zusammenhang mit den in der Kindheit begründeten Abwehr- und Widerstandsmechanismen steht, fließen in den Paardialog mit ein. Die Gefühls- und Erlebniswelt der Partner, die im Alltag meist hinter dem Streitgeballen verborgen bleibt, tritt in den Vordergrund und schafft die für Heilung notwendige Nähe.

Diese Form des offenen Dialoges und vertieften Verstehens lässt Offenheit und gleichzeitig emotionale Verbindung zwischen den Partnern entstehen und erhöht die Bereitschaft, erste Schritte des Verzeihens zu gehen. Dadurch eröffnet sich eine neue Sicht auf Konfliktlösungsmöglichkeiten.

Auf der Grundlage der (neu) gewonnenen Bewusstheit bzw. der Sensibilität gegenüber der eigenen Bedürftigkeit und des Wissens darum, wie diese Bedürftigkeit im Alltag durch Rückzug, Nörgeln, Anklagen, Schweigen, trotziges Erstarren etc. vor sich selbst und dem Partner/der Partnerin verborgen wird, werden im Verlauf der Paartherapiegruppe erste individuelle Ideen entwickelt, wie diese negativen Mechanismen und Interaktionen im Alltag durchbrochen werden können.

Ein wesentlicher unterstützender Faktor für das Gelingen der oben beschriebenen therapeutischen Schritte, Prozesse und Interventionen stellt das gruppentherapeutische Setting dar. Hier kommen neben den allgemeinen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie (Yalom, 2012) die Ermutigung durch das Modell anderer Paare zum Tragen. Bestärkt durch die Solidarität einzelner Teilnehmer/-innen wagen sich Partner in den Paargruppen eher an die eigenen Konflikte (Arentewicz & Schmidt, 1993).

Stimmen aus der Paartherapiegruppe

„Die Paartherapie hat bei uns sehr viel bewirkt und angestoßen. Wir möchten in Zukunft noch offener über unsere Gefühle reden und sind uns durch die Therapie noch näher gekommen. Vielen Dank an das Therapeutenpaar!“

„Die Paartherapie hat mich vorangebracht. Die zwei Tage mit Herrn und Frau L. waren sehr gut für mich, auch dass sie alles mit- und vorgemacht haben und mir somit meine Angst nehmen konnten. Vielen Dank!“

Literaturverzeichnis

Arentewicz G & Schmidt G (1993). Sexuelle gestörte Beziehungen. 3. Auflage. Enke

Bodenmann G (2000). Stress und Coping bei Paaren. Hogrefe

Bodenmann G (2008). Prävention von Partnerschaftsstörungen und Paarberatungen. In: F. Petermann & W. Schneider (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie (Band 7: Angewandte Entwicklungspsychologie) (S. 751–776). Hogrefe

Bodenmann G (2013). Klinische Paar- und Familienpsychologie. Huber

Bussolotti D, Fernandez-Aranda F, Solano R, Jimenez-Murcia Turon V & Vallejo J (2002). Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1139–1145

Butler E A, Young V J & Randall A K (2010). Suppressing to please, eating to cope: The effect of overweight women's emotion suppression on romantic relationships and eating. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 599–623

Cano A & O'Leary K D (2000). Extramarital affairs precipitate major depressive episodes and symptoms of non-specific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 774–781

Cöllen M (2005). Liebe deinen Partner wie dich selbst. Wege für Paare aus narzisstischen Krisen. Gütersloher Verlagshaus

Cöllen M (2009). Das Verzeihen in der Liebe. Wie Paare neue Nähe finden. Kreuz

Cöllen M (2013). Integrative Paartherapie. Handwerk der Psychotherapie, Band 3. Psychotherapie-Verlag

Diener E, Gohm C L, Suh E & Oishi S (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 419–436

Emmelkamp P M G & Gerlsma C (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 25, 407–429

Falba T A & Sindelar J L (2008). Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research*, 43, 96–118

Gottman J M (1994). What predicts divorce? Hillsdale, N J: Lawrence Erlbaum

Gruenewald T L, Seeman T E, Ryff C D, Karlamangla A S & Singer B H (2006). Combinations of biomarkers predictive of later life mortality. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 103, 14158–14163

Hawkins D A & Booth A (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on wellbeing. *Social Forces*, 84, 452–470

Hooley J M, Hirpi E, Pope H G Jr. & Kessler R C (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352

Karney B R & Bradbury T N (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3–34

Kayser K, Watson L E & Andrade J T (2007). Cancer as a „we-disease“: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems and Health*, 25 (4), 404–418

Kessler R C, Walters E E & Forthofer M S (1998). The social consequences of psychiatric disorders. III. Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092–1096

Kriegbaum M, Christensen U, Lund R, Prescott E & Osler M (2008). Job loss and broken partnerships: do the number of stressful life events influence the risk of ischemic heart disease in men? *Annals of Epidemiology*, 18, 743–745

Loy G & Loy P (2012). Der Weg des Verzeihens in der Liebe und in der Paartherapie. In: B. und U. Röser (Hrsg.). *Die Kraft des Verzeihens. Liebe als Lernmodell in der Paarsynthese* (S. 57–67). MV-Wissenschaft

Matthews K A & Gump B B (2002). Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*, 162, 309–315

Meuwly N, Bodenmann G & Coyne J C (2012). The association between partners' expressed emotion and depression: Mediated by patients' dysfunctional attitudes? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 690–706

Moya J, Prous A C, Fernandez A S & Alonso A (2010). The impact a first episode of major depression has on marital dissatisfaction: Is remission associated with improvement in dissatisfaction? *European Journal of Psychiatry*, 24, 46–58

Swindle R Jr, Heller K, Pescosolido B & Kikuzawa S (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period. Mental health policy implications. *American Psychologist*, 55 (7), 740–749

Whisman M A, Sheldon C T & Goering P (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803–808

Whisman M A (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638–643

Whisman M A, Dementyeva A, Baucom D H & Bulik C M (2012). Marital functioning and Binge Eating Disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 385–389

Yalom I D (2012). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. 11. Auflage. Klett-Cotta

Yoon K L & Zinbarg R E (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 955–965

PSYCHOSOMATISCHE ERKRANKUNGEN UND ADIPOSITAS

Dagmar Stelz und Martin Siepmann

Einleitung

Die Adipositas per magna ist ein zunehmendes Problem der modernen Gesellschaft. Sie kann Ausdruck einer Essstörung, kann Teil eines psychosomatischen Symptomenkomplexes sein, ist als Ursache und Folge mit Depressionen vergesellschaftet und kommt im Rahmen von Angsterkrankungen vor. In der Folge kommt es zur somatischen Multimorbidität, da viele Organsysteme beeinträchtigt werden können. Zunehmend kann es zu Verlust von Selbstwertgefühl, Leistungsminderung, Arbeitsplatzverlust, geminderter Lebensqualität und erheblichen Folgekosten und Lebenserwartungseinschränkung kommen. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt behandelt seit circa 40 Jahren Patienten mit Adipositas. Ein aktueller Schwerpunkt der Klinik liegt in der Behandlung somatoformer psychischer Erkrankungen mit dem Hauptaugenmerk auf internistischer Psychosomatik. Besonders im Fokus steht die Behandlung von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Adipositas per magna und metabolischem Syndrom.

Definition

Das Übergewicht, das gesundheitliche Risiken erhöht, wird als Adipositas bezeichnet. Die Definition von Übergewicht und Adipositas basiert auf Körpermaßen, die auf Körpergewicht und Körpergröße gründen. Nach internationaler Übereinkunft ist die Grundlage der Klassifikation der Body-Mass-Index (BMI). Dieser berechnet sich als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{(\text{Körpergröße [m]})^2}$$

Bei einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen besteht. Die höchste Lebenserwartung haben Männer und Frauen mit einem BMI zwischen 22,5 und 25 kg/m^2 .

Das Gesundheitsrisiko ist vom Ausmaß des Übergewichts und von der Verteilung des Körperfetts abhängig. Wichtig zur Einschätzung eines Komplikationsrisikos, des kardiovaskulären oder metabolischen Risikos, ist der Taillenumfang. Bei Männern bedeutet ein Taillenumfang $> 94 \text{ cm}$ ein mäßig erhöhtes Risiko, ein Umfang von $> 102 \text{ cm}$ ein deutlich erhöhtes Risiko, bei Frauen $> 80 \text{ cm}$ mäßig erhöhtes Risiko und $> 88 \text{ cm}$ ein deutlich erhöhtes Risiko.

DER BODY- MASS-INDEX

Die Klassifikation des Körpergewichtes anhand des BMI (modifiziert nach WHO 2000):

Untergewicht
BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
Normalgewicht
BMI $18,5 \text{ bis } 24,9 \text{ kg/m}^2$
Übergewicht
BMI $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$
Prä-Adipositas
BMI $25,0 \text{ bis } 29,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad I
BMI $30,0 \text{ bis } 34,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad II
BMI $35,0 \text{ bis } 39,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad III
BMI $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$

Epidemiologie

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt das Körpergewicht bis zum siebten Lebensjahrzehnt zu. Zwei Drittel aller Bürger der Bundesrepublik Deutschland sind übergewichtig. Adipositas ist häufig kombiniert mit verschiedensten Erkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Hyperlipidämie, koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperurikämie, Störungen der hormonellen Funktionen infolge der Hyperandrogenämie oder des Polyzystischen Ovarialsyndroms, Schlafapnoesyndrom, Cholezystolithiasis, Steatosis hepatis, Refluxösophagitis, Beeinträchtigung des Bewegungsapparates aufgrund von Arthrosen oder Wirbelsäulenerkrankungen. Bei schwangeren Frauen begünstigt Adipositas Komplikationen des Schwangerschaftsverlaufs (Bhattacharya et al., 2009).

Nachgewiesen ist ein erhöhtes Risiko für die Entstehung verschiedener Karzinome, wie Nierenzell-, Kolon-, Cervix-, Gallenblasen-, Endometrium-, Mamma- und Leberkarzinom. Patienten mit Adipositas leiden häufiger unter Hirsutismus, Striae distensae, eingeschränkter Fertilität, Inkontinenz. Adipöse haben im Vergleich zu Normalgewichtigen ein deutlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko. Je jünger der Patient mit Adipositas ist, desto geringer ist seine Lebenserwartung.

Inwieweit genetische und epigenetische Faktoren Einfluss auf die Entwicklung einer Adipositas haben, ist teilweise bekannt und weiterhin Gegenstand intensiver Forschungsaktivität (siehe dazu www.bmbf.de, Adipositas-Erkrankungen, 2012).

Psychosomatische Aspekte der Adipositas

Bei einem Teil der Menschen mit Adipositas haben psychische Probleme zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens geführt. In Studien wurde nachgewiesen (Baumeister und Haerder, 2007), dass adipöse Menschen eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen aufweisen. Die häufigsten Diagnosen stellen dabei depressive, Angst- und somatoforme Störungen dar. Im Hinblick auf Depression, Binge-Eating-Störung und Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Adipositas als Affektregulationsstörung einzuordnen. Adipositas stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung affektiver Störung dar (Parry et al., 2007); hierbei sind insbesondere majore depressive Störungen, Dysthymia, bipola-

re Störungen, soziale und spezifische Phobien zu benennen. Gemeinsamkeiten der Adipositas und Depression sind die Verminderung des Antriebs und der Bewegung, das hyperkalorische Essverhalten und sekundäre somatische Multimorbidität. Depressionen im Kindesalter und in der Adoleszenz sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter. Umgekehrt haben adipöse Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Im Hinblick auf die Komorbidität von Depression und Adipositas ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, besonders von trizyklischen Antidepressiva, atypischen Neuroleptika und Lithium nicht zu unterschätzen.

Die Binge-Eating-Störung (BES) ist eine Extremvariante einer Essstörung, mit Heißhungeranfällen ohne anschließendes Erbrechen. Patienten mit dieser Erkrankung haben ein geringes Selbstwertgefühl; die Komorbidität mit anderen Störungen, insbesondere affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen, ist erhöht. Es besteht ein direktes Verhältnis zwischen dem Grad der Psychopathologie und dem Grad der Essstörung. Als Variante der Binge-Eating-Störung ist das „Grazing“ zu benennen, d. h. überwiegender Konsum von Süßigkeiten über einen längeren Zeitraum. Weiterhin gibt es das „Night-Eating-Syndrom“, das sich durch eine hypokalorische Ernährung tagsüber und Hyperphagie nachts mit Schlafstörungen manifestiert.

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen dient die hyperkalorische Ernährung dazu, dysphorische Stimmungen und Störungen der Impulsivität zu neutralisieren. Im Hintergrund finden sich psychodynamisch traumatisierende Erfahrungen, wie sexueller Missbrauch in der Kindheit.

Kognitions- und Neurowissenschaften konnten unter anderem durch MRT und PET-Untersuchungen nachweisen, dass bei Adipösen die Hirnstrukturen genabhängig verändert sind, die mit dem Belohnungssystem zusammenhängen (Curran et al., 2013). Teile des Hypothalamus, die für Hunger- und Sättigungsempfinden zuständig sind, sind vergrößert.

Aus lerntheoretischer Sicht prädisponiert ein überrigides Kontrollverhalten mit Phasen von strenger Diät gefolgt von haltlosem Essen mit darauffolgendem schlechten Gewissen zu Adipositas. Im Hinblick auf Patienten der Adipositas-Chirurgie ist ebenso eine höhere Zahl von psychischen Störungen, wie depressiven Störungen, Angststörungen, Suchtmittelmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen, zu finden. Es gibt Hinweise, dass es einerseits eine Besserung der psychischen Gesund-

Psychosomatische Aspekte

- Depression
- Binge-Eating-Störung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Dysthymia
- bipolare Störungen
- soziale und spezifische Phobien

heit nach Adipositas-Chirurgie gibt, umgekehrt fanden Tindl et al. (2010) eine erhöhte Suizidrate von adipösen Menschen nach einer Adipositas-Chirurgie.

Aufnahme

Aufnahmekriterien

Kriterien für die Aufnahme zur stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten mit Adipositas sind: Das Vorliegen von mindestens einer im Vordergrund stehenden psychischen Diagnose, wie Essstörung, Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, die sich akut verschlechtert hat, z. B. vor dem Hintergrund aktueller Ereignisse (Lebenskrisen, Zuspitzungen beruflicher oder privater Konflikt- und Belastungssituationen, Verluste, Traumatisierungen). Die Notwendigkeit der Herausnahme aus den pathogenetisch relevanten familiären bzw. sozialen Verhältnissen sollte erforderlich sein, eine zuvor erfolgte ambulante oder tagesklinische Behandlung sollte nicht ausreichend erfolgreich gewesen sein.

Weitere Aufnahmekriterien sind relevante somatische Komorbiditäten, wie das metabolische Syndrom, koronare Herzkrankheit, ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus bei Insulinresistenz, somatische Instabilitäten mit Komplikationsneigungen, wenig Krankheitseinsicht, die Zunahme der psychischen Dekompensationssymptomatik, Überforderung im ambulanten Setting, die Notwendigkeit der Behandlung durch das multiprofessionelle Team im Rahmen des strukturierten multimodalen Krankenhaussettings.

Kontraindikation

Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten und können bei uns nicht behandelt werden. Das Gleiche gilt für Patienten, die mehr als 160 kg wiegen oder somatisch sehr instabil sind, sowie für immobile pflegebedürftige Patienten.

Aufnahmemodalitäten

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder als Verlegung aus Krankenhäusern. Voraussetzung für die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die somati-

sche Stabilität der Patienten, ebenso deren Bereitschaft, sich an die strukturierten Rahmenbedingungen des stationären Krankenhaussettings zu halten und an den Therapien teilzunehmen. Die Patienten werden direkt am Aufnahmetag in einem oberärztlich-fachärztlich geführten, explorativen Gespräch psychosomatisch eingeschätzt und auf die Behandlung eingestimmt. Die Aufnahmeindikation und die Behandelbarkeit in unserem Haus werden geprüft, die Patienten ausführlich – unter Einbezug der Vorbefunde – somatisch befragt und untersucht und die erforderlichen somato-psychischen Therapieschritte eingeleitet.

Therapie

Therapieprogramm

Die psychosomatische Behandlung der Patienten mit Essstörung und Adipositas in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst eine multimodale störungsorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der Psychodynamik, kognitiv-behavioraler und körperlicher Aspekte der Erkrankung. Es wird eine umfassende Einschätzung der somato-psychischen Situationen der Patienten durchgeführt, parallel zur Behandlung der psychischen Erkrankungen, wie der Depression, der Angststörung, der Traumatisierung, der Borderline- oder anderer Persönlichkeitsstörungen. Es werden komorbide somatische Erkrankungen, wie ein unzureichend eingestellter Diabetes mellitus, ein Hypertonus, eine Hypercholesterinämie in den Fokus der Behandlung gerückt. Dieses geschieht, falls nötig, auch unter Einbezug der umliegenden Netzwerkkliniken am Campus der RHÖN-KLINIKUM AG in Bad Neustadt.

Im Rahmen der psychosomatischen Behandlung werden die Patienten zunehmend wieder auf eine eigenverantwortliche selbstfürsorgliche Position hingeführt, die es ihnen ermöglicht, ihre Medikamenteneinnahme, Diabeteskontrollen und Blutdruckkontrollen sowie ihr Essverhalten kompetent zu managen. Die Diskussion einer angemessenen und realistischen Zielgröße für die Gewichtsreduktion ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Eine flexible Kontrolle des Nahrungsmittelverzehrs, die auf langfristige Gewichtsstabilisierung abzielt und kurzfristige Überschreitungen erlaubt, wird mit dem Patienten vereinbart. Das Körpergewicht wird als biologisch regulierte Größe aufgefasst. Kognitive Umstrukturierung verhindert internale Schuldattribuierung durch Anerkennung genetischer Faktoren, ohne die Verantwortung gänzlich abzugeben (Margraf, 2009). Sensibilisierungstraining kann dazu beitragen, dass der Patient die psychologische Seite seines Essens wahrnimmt und alterna-

tive Strategien einübt. Um die Ressourcen des Patienten dabei zunehmend zu mobilisieren, werden regelmäßig Ernährungsberatungen durchgeführt, ebenso kommen die Patienten, abhängig von ihrer körperlichen Belastbarkeit, in ein angepasstes kontinuierliches Bewegungsprogramm, geleitet von unseren Sporttherapeuten. Dieses umfasst tägliche Gruppen, wie Aqua-Jogging, Ergometertraining mit der Möglichkeit des Liegend-Ergometers, angepasstes Gehen, Bewegungsspiele in der Gruppe; es besteht zudem die Möglichkeit der Teilnahme an den dem Leistungslevel angepassten HWS-, LWS-, wirbelsäulenphysiotherapeutischen Gruppentherapieprogrammen. Die Therapie benötigt in der Regel eine langfristige Planung, wobei ein Wechsel von ambulant, teilstationär und stationär sinnvoll ist und von uns aus auch motivierend gebahnt wird. Teilweise werden unsere Sozialpädagogen miteinbezogen, um den poststationären Bereich vorzubereiten.

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung sowie somatischer und psychischer Instabilitäten ist gegebenenfalls eine Behandlung auf unserer Kriseninterventionsstation erforderlich, die – wie auch einige Zimmer auf unseren Allgemeinstationen – mit adipositas- und behindertenfreundlichen Zimmern ausgestattet ist, u. a. mit ausreichend großen, stabilen Betten und einer angepassten Badausstattung. Von dieser Station aus nehmen die Patienten am Therapieprogramm ihrer zugeordneten allgemeinen psychosomatischen Station so schnell wie möglich teil und werden dabei von den zuständigen Oberärzten, Stationsärzten und Psychologen betreut (siehe auch Gesamtkonzept Psychosomatische Klinik Bad Neustadt).

Der Abstand vom heimatlichen Umfeld ist ein Wirkfaktor der stationären psychosomatischen Behandlung. Patienten werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert und sollten zunächst nach außen hin möglichst wenig Kontakt haben. Dies ist notwendig, da psychosomatische Krankheiten, insbesondere Essstörungen, in einem Beziehungsgefüge entstehen, in dem die Genesung zuletzt nicht mehr möglich war. Die Patienten können sich nun in Distanz zum gewohnten Umfeld und in den stützenden und strukturierenden therapeutischen Rahmenbedingungen eines Akutkrankenhauses erste Schritte in Richtung psychosomatischer Stabilität erarbeiten. Der Aufbau einer therapeutischen Allianz gibt zunehmend Stütze und Halt. Dieses entsteht durch komplexe Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu Therapeuten, Ärzten, Schwestern, Patienten, auch in den regelmäßig stattfindenden tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapien, körperorientierten Psychotherapien und Körperwahrnehmungsschulungen. Regelmäßig werden notwendige medizinische Kontakte und Visiten durchgeführt, ebenso Diagnostik und

Überwachung von Labor- und Vitalwerten sowie bei Bedarf Medikamentenanpassung. Suchtmittelabstinenz ist unbedingte Voraussetzung zur Behandlung in unserem Haus. In Hinblick auf komplexe therapeutische Angebote sollten Fingernägel auf Fingerkuppenniveau gekürzt werden, um Selbst- und Fremdverletzung in körperbezogenen und sportlichen Angeboten zu vermeiden. Piercings sollten entfernt werden, soweit sie ein Verletzungsrisiko darstellen. Zwar sind Piercings einerseits eine Modeströmung, andererseits kann exzessives Piercing bis zur Entstellung des eigenen Körpers gehen und befindet sich in der Nähe der Selbstverletzung. Für diese Fälle sollte es Therapieinhalt sein, sich mit den darunterliegenden Konflikten und Selbstabwertungen auseinanderzusetzen.

Besondere Angebote, wie das Boxen in der Sporttherapie oder die Beschäftigung mit Holz oder Speckstein in der Ergotherapie, eröffnen Möglichkeiten, die eigenen Gefühle innerlich wahrzunehmen, auszudrücken und angemessen zu kanalisieren.

„Jeder Schritt zählt“ (10.000 bis 25.000 Schritte): Unter Anleitung der Diätassistentin nehmen Patienten mit einem Body-Mass-Index von über 35 an einem Schrittzählerprogramm teil. Dies umfasst Gruppentreffen, in denen zur Bewegung motiviert werden soll. Weiterhin nehmen die Patienten an einem Vortrag über das Metabolische Syndrom teil und bekommen einen Schrittzähler ausgehändigt. Hierbei ist es das Ziel, jeden Tag ein paar Schritte mehr zu erreichen, dabei Spaß und Freude an der Bewegung neu zu entdecken und möglichst gleichzeitig an Gewicht zu verlieren.

Therapieziel

In den soziotherapeutischen Beratungsgesprächen geht es darum, mit den Patienten in enger Abstimmung mit den Bezugstherapeuten und im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes auf einer realitätsbezogenen Ebene Vorstellungen zu beruflicher bzw. schulischer Veränderung zu problematisieren und sie in die therapeutische Arbeit zu integrieren. Für jüngere Patienten sind die Beratungsgespräche eine Möglichkeit, sich mit Fragen der Ausbildung oder schulischen Problemen zu befassen. Unsere jüngeren Patienten, die sich in der Schule und in der Ausbildung befinden, nehmen regelmäßig am Unterricht der „Schule für Kranke“ in unserem Haus teil. Weitere Aufgabe ist die Unterstützung bei Fragen zu anderen sozialtherapeutischen Themen, wie zur Schuldenberatung, zu Mietfragen, zum Taschen- und Übergangsgeld oder zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung. Vor ihrer Entlassung sollten die Patienten konkrete Pläne entwickelt haben, welche Strukturen im poststa-

tionären Bereich hilfreich zur Verfügung stehen, um weitere Stabilität zu erreichen.

Gewichtsabnahme ist nicht mit Adipositas therapie gleichzusetzen. Ziel der Therapie der Adipositas ist: langfristige Stabilisierung des Körpergewichts auf erniedrigtem Niveau, gute Einstellung bis hin zur Restitution somatischer Krankheiten, Verbesserung der psychischen Erkrankungen, wie Depression und Angstsymptomatik, Verbesserung adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten sowie des Gesundheitsverhaltens, Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten vor Entlassung zu erreichen, so dass eine Behandlung der Patienten im ambulanten Bereich weitergeführt werden kann. Aus diesen Gründen sollte die Gewichtsreduktion langsam erfolgen. Es reicht sicher, eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 0,5 kg bis 1 kg pro Woche zu erarbeiten, um Jo-Jo-Effekte zu vermeiden.

Basisdokumentation

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt beteiligt sich seit 1998 an der vom Institut für Qualitätssicherung in der Psycho-

somatik (IQP) entwickelten Basisdokumentation – in der aktuellen Version 4.1 –, die gleichzeitig als Instrument zur Qualitätssicherung und zum Benchmarking dient.

„Die neue BaDo-Version 4.1 ist eine gemeinsame Schnittfläche mehrerer psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Basisdokumentationen verschiedener Versorgungssektoren. Einbezogen wurden: C/L-BaDo, DGPM-ambulant, DG-PPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV-BaDo, IQPPsy-BaDo-PTM, Psycho-Onko-BaDo. Damit haben wir den Weg für eine versorgungsbereichsübergreifende Dokumentation geebnet. Im

Einsatz in den einzelnen Versorgungsbereichen kann diese BaDo durch versorgungsspezifische Variablen ergänzt werden, so wie das in der vorliegenden Fassung schon für die stationäre Psychotherapie erfolgt ist.“¹

	2013 Patienten akut	2.203	
E66.*	Adipositas, davon:	582	26,4 %
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	335	57,6 %
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	135	23,2 %
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	85	14,6 %
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	14	2,4 %
E66.11	Arzneimittelinduzierte Adipositas, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	1	0,2 %
E66.20	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	1	0,2 %
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	1	0,2 %
E66.90	Adipositas, nicht näher bezeichnet, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	2	0,3 %
E66.99	Adipositas, nicht näher bezeichnet, Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	8	1,4 %

Tabelle 1: Verteilung der Nebendiagnose Adipositas

¹ Tritt, Karin; von Heymann, Friedrich; „Psychosomatische Klinik Bad Neustadt – Auswertungen der Behandlungs-Daten Psychosomatik akut (S39 SGB V) BaDo-Version 4.1“; München 2014

Im Jahr 2013 wurden im Akutbereich der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt 2203 Patienten behandelt, von denen 582 die Nebendiagnose Adipositas (ICD-10: E66.*) hatten (siehe Tabelle 1).

Der hohe Anteil an psychischen und somatischen (internistische Nebendiagnosen siehe Abbildung 1) Nebendiagnosen bei diesem Krankheitsbild macht die Komplexität der Erkrankung deutlich. So liegt der Nebendiagnoseindex über die gesamte Patientengruppe bei 7,1 Nebendiagnosen pro Fall, der Index der somatischen Nebendiagnosen allein liegt bei 5,5.

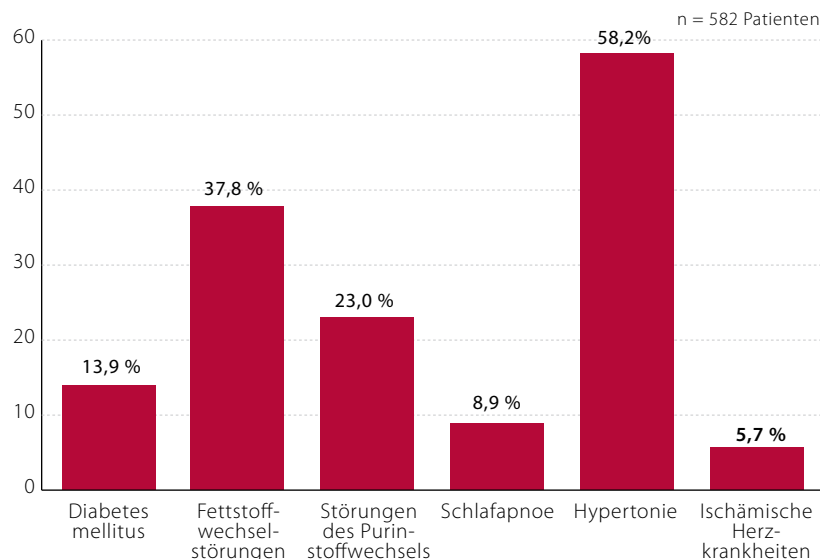


Abbildung 1: Anteil der häufigsten internistischen Nebendiagnosen (n = 582 Patienten)

„Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) ist ein vom IQP entwickeltes Testinstrument mit der Zielsetzung einer möglichst umfassenden psychometrischen Evaluation des Schweregrades psychischer Symptomatik. Es dient Status- und Veränderungsmessungen auf der Basis von Selbsteinschätzungen durch Patienten. Grundlage des Instrumentes sind die in der ICD-10, Kapitel F aufgeführten Symptome, die von Experten in Syndrome zusammengefasst und auf die reliable, valide und wahrheitsgetreue Selbstbewertung von Patienten hin überprüft wurden.

Differenz prä-post	Anzahl	Anteil
negativ (-1,62 bis -0,03)	72	12,4 %
neutral (0,00)	10	1,7 %
positiv (0,03 bis 2,61)	371	63,7 %
fehlend	129	22,2 %

Tabelle 2: Differenz der Prä-Post-Veränderung beim GSI ISR

Es umfasst 29 Items in sechs Subskalen:

- depressives Syndrom
- Angstsyndrom
- Zwangssyndrom
- somatoformes Syndrom
- Essstörungssyndrom
- Zusatzskala (Einzelitems mit Screeningfunktion für einzelne Syndrome)²

Die Prä-Post-Veränderungen geben in einem Gesamt-Score-Index (GSI) einen Überblick über die vom Patienten subjektiv erlebten Veränderungen (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2).

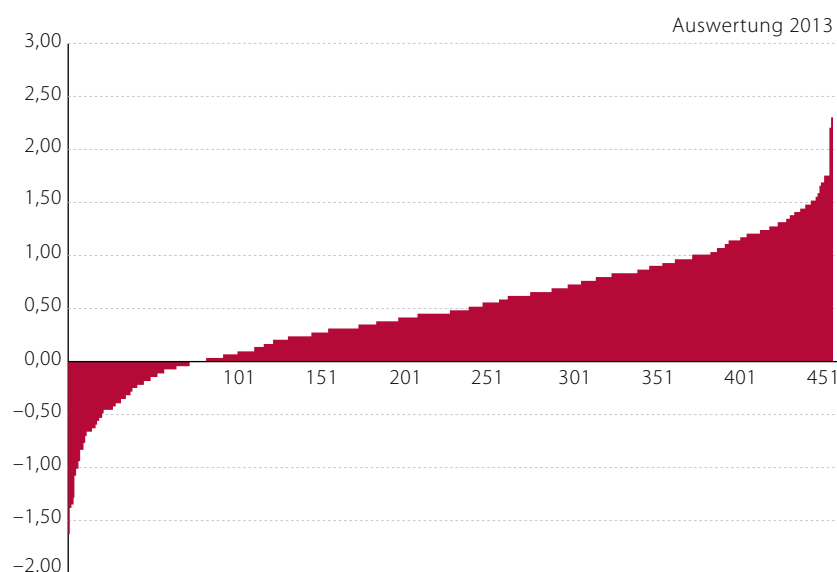


Abbildung 2: Vergleich der Prä-Post-Einschätzung im GSI ISR

² Quelle: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=isr>

Die Veränderungen des körperlichen und psychischen Befindens bzw. der Symptome werden sowohl von den Patienten als auch per Fremdeinschätzung durch die Therapeuten gescort (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).

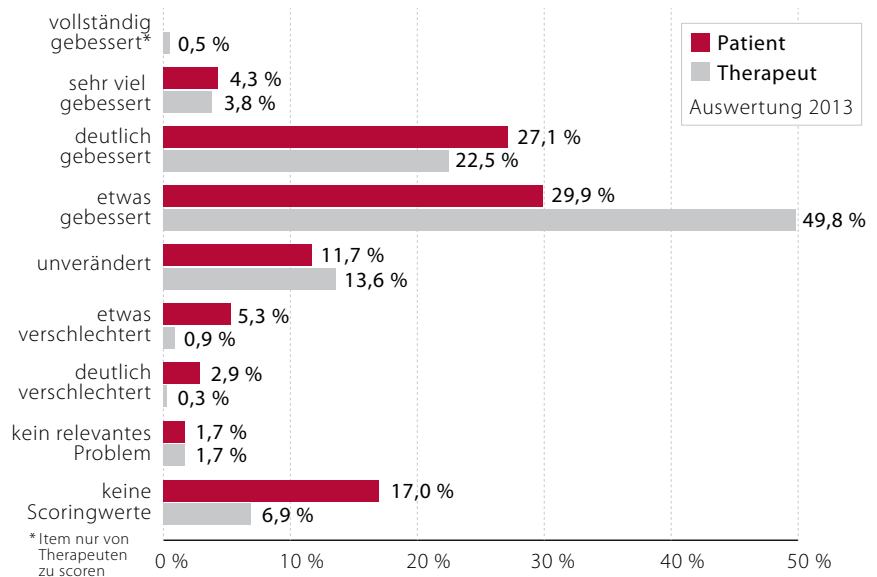


Abbildung 3: Änderungen körperliches Befinden

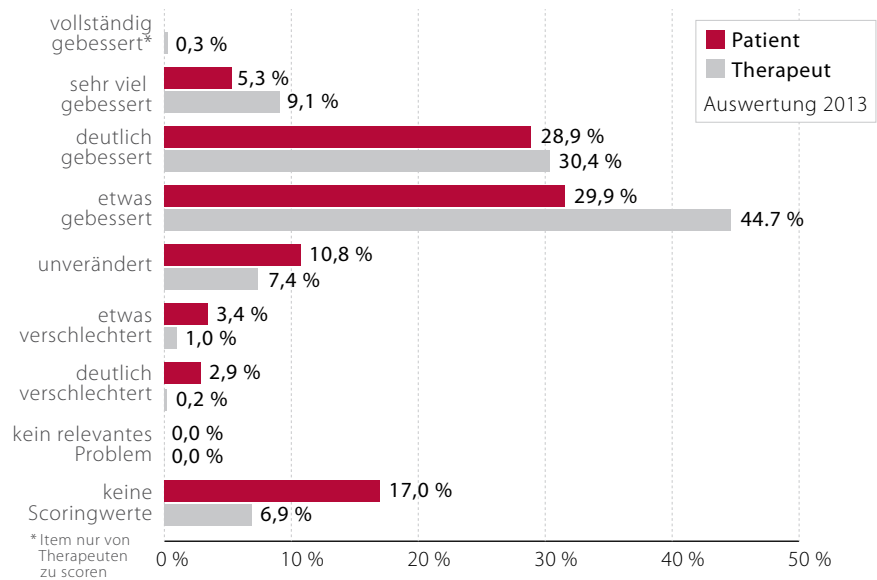


Abbildung 4: Änderungen psychisches Befinden

Literaturverzeichnis

Beutel M, Subic-Wrana S (Hrsg.). Psychodynamische Psychotherapie, Lebensstil und Prävention, 2014

Bhattacharya S1, Campbell D M, Liston W A, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. Biomedcentral Public Health 2007; 7:168

Biesalski H, Bischoff S, Buchstein C (Hrsg.). Ernährungsmedizin , Thieme, Stuttgart, 2010

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Adipositas Erkrankungen, 2012

Curran J E, Reese McKay D, Winkler A M et al. Identification of Pleiotropic Genetic Effects on Obesity and Brain Anatomy. Human Heredity 2013; 75: 136–143

Herbertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas, Springer, Heidelberg, 2008

Herzog, Beutel, Kruse: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute, 2013

Margraf J, Schneider S (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Heidelberg, 2009

Wirth A, Horner H (Hrsg.). Adipositas, Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Heidelberg, 2013

PSYCHOTRAUMATHERAPIE

Margret-Rose Ransburg

Einleitung

Das Behandlungsangebot richtet sich an alle Patienten mit Traumafolgestörungen. Dabei sind Patienten mit einem Typ I (akutes, einmaliges traumatisches Ereignis), einem Typ II (Serien erlebter verschiedener traumatischer Ereignisse) und Bindungs-Traumata zu nennen.

Traumafolgestörungen sind nicht zwangsläufig mit der Diagnose einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) assoziiert. Auch eine Depression, Angst- und Dissoziative Störung, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, komplizierte Trauerprozesse und auch z. B. Psychosen können Ausdruck erlittener unintegrierter Traumata sein. Unser Behandlungsangebot richtet sich nicht an Patienten, die sich u. a. in einer suizidalen Krise befinden oder gar Symptome einer Psychose zeigen.

Unserem Behandlungsansatz liegt die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ (2011) zugrunde, siehe auch Posttraumatische Belastungsstörung (2013), Flatten et al.

Diagnostik

Schon im oberärztlichen Erstkontakt mit dem Patienten wird eine diagnostische Einschätzung des Patienten vorgenommen. Traumata können oft nicht unmittelbar ausgemacht werden. Die geschilderte Symptomatik deutet solche aber oft schon an. Kann ein traumatisches Ereignis nicht genannt werden, dagegen aber intrusive Phänomene, nebst Vermeidungsverhalten, negativen Einstellungen und Stimmungen und hoher innerer Anspannungen und Schreckhaftigkeit, so ist ein Hinweis auf das Vorliegen einer PTBS gegeben. Dabei ist es wichtig, recht schnell einschätzen zu können, inwieweit ein Patient ausreichend stabil ist zur Teilnahme an unserem primär tiefenpsychologisch orientierten Setting. Hierbei gibt dann der Grad der Stabilität des Patienten Auskunft über seine Ich-strukturelle Beschaffenheit und seine Fähigkeit zum Selbstmanagement.

Im Übrigen versuchen wir nicht nur aus der Schilderung des Patienten, sondern auch in Anwendung eines orientierenden psychometrischen Tests (zum Beispiel Breslau-Test, kurze Screening-Skala für PTBS – engl. Breslau et al., 1999, dt. Version 2009) herauszufinden, ob das Vollbild einer PTBS vorliegt oder aber diese nur subsyndromal in Erscheinung tritt. Weitere psychometrische Tests, die Anwendung finden, sind die Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) nach Foa, 1995,

deutsche Übersetzung von Ehlers, und das strukturierte Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen (SiDDS-Test) nach C. A. Ross, 1997, deutsche Übersetzung von Overkamp & Frör 1999. Es wird also eruiert, inwieweit der Patient in der Lage ist, seine Ressourcen zu nutzen, um zum Beispiel traumaassoziierte Emotionen und Erinnerungsbilder zu regulieren. Auch das Bindungsverhalten des Patienten wird in den Blick genommen.

Wir streben an, den Patienten vor einer Traumakonfrontation, wenn nötig, ausreichend zu stabilisieren. Vermeidende Bewältigungsstrategien abzubauen, dient dabei auch der Zunahme an Stabilität des Patienten. Prinzipiell sollen Emotionen wie Hilflosigkeit, Ekel, Angst oder Schmerz reduziert und Selbsthass oder Schuld- und Schamangst überwunden werden. Es gilt im Übrigen, das Trauma als solches zu akzeptieren.

Setting der Klinik

Die überwiegende Anzahl der traumatisierten Patienten mit der Diagnose einer PTBS beziehungsweise komplexen PTBS befindet sich in einer spezifischen Sektionszugehörigkeit des Hauses und benötigt auch in der Regel weitergehende Unterstützung im hochfrequenten Einzelsetting durch den Bezugstherapeuten, wo sowohl Objekt-Beziehungsarbeit vertieft und differenziert sowie Vertrauen entwickelt, aber auch Ressourcen identifiziert und gestärkt werden.

Auch sektionsübergreifend werden Patienten des Hauses dem spezifischen Behandlungsangebot zugeführt, wobei im Vorfeld eine Beziehungsaufnahme mit dem jeweiligen Patienten stattfinden muss. Regelmäßige Rückmeldungen an die jeweils zuständigen Oberärzte aus dem Spezialbehandlungsangebot ermöglichen Erkenntnis- und Integrationsprozesse, die der Optimierung des Behandlungsverlaufes dienen.

Psychoedukation

Schon im Erstkontakt mit dem Patienten ergeben sich Möglichkeiten, über die Darlegung unserer Behandlungsstrategien auf theoretische Zusammenhänge zum Trauma, wie das Traumagedächtnis, psychoneuroendokrine Phänomene der Stressreaktionen zum Beispiel unter einer Dissoziation wie auch neuroanatomische Veränderungen hinzuweisen. Je nach Grad der strukturellen Störung des Patienten modifizieren wir dann auch die Teilnahme an unserem tiefenpsychologischen Setting. Die körperpsychotherapeutischen Angebote werden in der Regel

nicht im Gruppensetting stattfinden, sondern je nach Grad der Stabilität des Patienten gegebenenfalls im Einzelsetting durchgeführt. Wir erwähnen die Notwendigkeit der Herbeiführung von Stabilität als Voraussetzung für eine Traumakonfrontation, wobei auch diejenige im Lebensumfeld Beachtung finden muss.

Hier ergeben sich bereits erste Schwierigkeiten, da für viele der Patienten anzustrebende Veränderungen zum Teil sehr umfassend und tiefgreifend sein sollten, was an sich schon große Irritation hervorruft. Ist die Bereitschaft dazu gegeben, so unterstützt unser Sozialdienst des Hauses mit konkreter Beratung und Kontaktaufnahme. Aber selbstverständlich werden die Stabilität, die Verlässlichkeit und das Sicherheitserleben gerade auch im therapeutischen Kontakt in den Blick genommen und allmählich unter Berücksichtigung objektbeziehungsdynamischer Aspekte reflektiert und optimiert.

Wir fordern auf, intra- und interpersonelle Dynamiken aufmerksam zu beobachten und in Beziehung zum inneren Stresserleben einzuschätzen und zuzuordnen. Dabei soll auch eine Stressintensitätszuordnung auf einer Skala (Kennenlernen der Spannungskurve des DBT, Skills manual) vorgenommen und das innere Geschehen wahrgenommen, differenziert und möglichst zunächst im Kontakt ausgesprochen werden. Es wird hierbei verwiesen sowohl auf protokollarische Möglichkeiten im Rahmen des Skillstrainings (Das Therapeutenmanual von M. Bohus und M. Wolf-Arehult, 2013), aber auch die unmittelbare Entlastung im therapeutischen Gespräch. Dabei wird immer wieder die Notwendigkeit der gesunden Stress- und Emotionsregulation erwähnt, um das Traumanetzwerk nicht zu triggern.

Nicht das Trauma mit seiner Erinnerungsbildfolge soll den Patienten und sein Befinden und Erleben bestimmen, sondern er selbst soll lernen, die Regie über innere Abläufe zu übernehmen und Distanz zum Traumaerleben herzustellen. Aus einer sich aufdrängenden Erinnerungsbildfolge soll ein selbstbestimmtes Erinnern unter Wahrung persönlicher Grenzen möglich werden. Dazu sind teils Ab- und Umlenkung des Aufmerksamkeitsfokus und die Schaffung eines Zuganges zu eigenen Ressourcen und stabilisierende, Zutrauen erweckende Objektbeziehungserfahrung erforderlich. Insgesamt soll die Informationsvermittlung im Rahmen der Psychoedukation eine wachsende Behandlungsbereitschaft fördern.

Drei Phasen der Traumatherapie

Stabilisierungsarbeit

In der sogenannten Stabilisierungsgruppe (ca. 10 Patienten) und -arbeit wird Objektbeziehungserleben differenziert wahrgenommen, angesprochen und erklärt mit dem Ziel, Vertrauen in sich und andere zu gewinnen und Selbst- und Fremdeinschätzung vornehmen zu können (Heigl-Evers A., Die psychoanalytische interaktionale Methode, 2002; Lettner F., Objektgestützte psychodynamische Psychotherapie, 2007).

Auch werden kreative und imaginative Techniken (PITT nach Reddemann L., 2004/2011) wie auch Skills aus dem DBT (Linehan M., Methodenabwandlungen nach Bohus M.) vermittelt, vertieft und ausgetauscht. Der sogenannten Achtsamkeit wird ebenfalls Raum gegeben.

Die Erstschilderung des Traumas soll in Distanz geschehen, in der Weise, dass Sicherheitserleben und Stressbegrenzung währenddessen garantiert sind. Sie soll im Vieraugengespräch mit dem Bezugstherapeuten möglich sein.

Im Laufe der Stabilisierungsarbeit zeigt sich dann mehr oder weniger rasch, inwieweit der Entschluss der Patienten gefasst ist, die Symptomatik der Traumafolgestörung überwinden oder aber instrumentalisieren zu wollen im Sinne eines Krankheitsgewinnes. Im letzteren Falle wird man an einer Haltungsänderung, vor allem auch an neurotischen Mechanismen tiefenpsychologisch arbeiten müssen.

Der Austausch von Bewältigungsstrategien führt im günstigen Falle zu einem positiven Selbstbild, hilft Ängste zu reduzieren, Beschämungen zu überwinden und Autonomie zu stärken.

Einem Fortschreiten des Therapieprozesses können auch maligne Introjekte entgegenstehen. Spätestens dann kommt die Arbeit mit Persönlichkeitsteilaspekten, Ego-States nach Watkins (Watkins J., Watkins, H., [2008]: Ego-States Theorie und Therapie), ins Spiel und es kann mit Externalisierungen gearbeitet werden. Diese Arbeit mit Täterintrojekten gestaltet sich schwierig und langwierig. Symptomatisch tritt das Phänomen durch destruktives Verhalten, Selbsthass und negative Übertragungsprozesse in Erscheinung. Langwierig gestaltet sich die Arbeit auch bei Patienten mit dissoziativen Symptomen. Hier muss zunächst geduldig Kontakt mit den dissoziierten Selbstanteilen hergestellt und diese integriert werden. Es werden schließlich

Täter-identifizierte Anteile und persönlichkeitszugewandte, loyale Anteile in einen Dialog gebracht und darauf hingewiesen, dass die Patienten mittlerweile über mehr Schutz als Angst wie zu Zeiten der Traumaexposition verfügen und autodestruktive Selbstanteile in helfende verwandelt werden können.

Traumakonfrontation

In der Regel reicht ein stationärer Behandlungszyklus nicht aus, um insbesondere im Falle einer komplexen Traumatisierung die notwendige Stabilität und Stressregulationsfähigkeit zu erlangen, derer es bedarf, um eine Traumakonfrontation vorzunehmen. Bevor wir die Patienten fürs Erste entlassen, bahnen wir die ambulante Weiterbehandlung im Sinne der Fortsetzung des Begonnenen und vereinbaren die Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt. Gerade bei komplex traumatisierten Patienten, die jahrelang auf eine Traumakonfrontation vorbereitet werden müssen, ist es erforderlich, im ambulanten Sektor an der zu erzielenden Stabilität weiter arbeiten zu können. Hier kommen unter anderem auch Angebote einer Tagesklinik ins Spiel. Vor Übertritt in den ambulanten Behandlungssektor bemühen wir uns auch gegebenenfalls um die Einbeziehung von Angehörigen in den therapeutischen Prozess, und der Patient wird gegebenenfalls durch den Sozialdienst unseres Hauses unterwiesen zum Thema „Opferhilfe“ beziehungsweise „Entschädigungsgesetz“.

Auch die Einnahme von Medikamenten wird zum Teil, wenn nötig, eingeleitet. Sobald ausreichende Selbststabilisierungsfähigkeiten vorliegen, kann eine Traumakonfrontation geplant werden, die hier in Form der Bildschirmtechnik durchgeführt wird und per Sitzung ca. 1,5 Stunden benötigt. Diese Technik ermöglicht ein hohes Maß an Kontrolle und wurde von Huber (2011) und Sachsse (2004) beschrieben. Anschließend muss das gesamte Klinikteam informiert werden, da noch heftige Nachreaktionen möglich sind. Manchmal verstärkt sich nochmals der Selbstverletzungsdruck, kommt es zu heftigen Körperreaktionen mit Dissoziationen, drückt sich in abgewehrter Form Verlassensangst an dieser Schwelle zur Neufindung aus. Hier ist dann therapeutische Nähe unabdingbar.

Ausreichende Stabilität für eine Traumakonfrontation liegt vor, wenn das Arbeitsbündnis stabil, Vertrauen im Kontakt zum Team etabliert ist, kein Täterkontakt besteht, Affekttoleranz gegeben ist und keine unkontrollierte Selbstdestruktion und auch keine anhaltende Dissoziationsneigung, keine schwere körperliche Erkrankung, keine Psychose, Suizidalität bezie-

ungsweise schwere Suchterkrankung vorliegen. Der Patient sollte in der Lage sein, vor der Konfrontation Traumainhalte teilweise aus der nötigen Distanz berichten zu können.

Abschlussphase

In der Abschlussphase der Traumatherapie geht es um Integrationsprozesse, und die Patienten lassen sich nicht mehr nur in der Opferrolle wiederfinden, sondern dürfen ihr neues Selbsterleben hineinnehmen in ihr Lebensgefühl. In dieser Phase stehen u. a. Trauern und Schmerzbewältigung im Fokus in der Form, dass beides ausgehalten und reflektierbar wird. Überhaupt wird ein umfassenderer Zugang zu Gefühlen möglich sein, die zuvor zum Teil dissoziiert wurden. In dieser Phase wird auch das Körperselbsterleben wieder zugänglich, Spüren angstfreier möglich.

Insgesamt wird ja aus einem teils beängstigenden bildhaften ein Erinnern, das der Patient versprachlichen und in Distanz zu sich betrachten kann. In dieser Phase geht es auch darum, sich selbst zu verzeihen, seinerzeit keine Position gegen den Täter, der oft auch nahe Bezugsperson war, eingenommen zu haben. Entscheidend ist, erlittenes Leid zu würdigen und zu erkennen, dass im Abverlangten auch Kompetenzerlangung lag. Mitunter wird in dieser Phase auch die Frage nach räumlicher und beruflicher Neuorientierung laut. Unter Hinzuziehung auch des Sozialdienstes wird der Patient unterstützt, ein neues, nicht schädigendes Netzwerk im unmittelbaren Lebensumfeld zu etablieren. Insgesamt sollte es in dieser Phase um eine Reintegration und im umfassenden Sinne eine Einbettung des Patienten in einen größeren Lebenszusammenhang gehen.

Literaturverzeichnis

Bohus M, Wolf-Arehult M, Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual, Schattener, 2013

Flatten G et al. Posttraumatische Belastungsstörung, S3 Leitlinie und Quellentexte, Schattauer, 2013

Heigl-Evers A, Ott J. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Vandenhoeck Ruprecht, 2002

Huber M. Viele sein – Ein Handbuch, Junfermann Verlag, 2011

Huber M. Der Feind im Innern, Junfermann Verlag, 2013

Lettner F, Buchhein P, Kernberg O F. Objektgestützte psychodynamische Psychotherapie, Schattauer, 2007

Reddemann L. Psychodynamisch imaginative Traumatherapie – PITT, Das Manual, Klett-Cotta, 2004 und 2011

Sachsse U, Reddemann L. Traumazentrierte Psychotherapie, Schattauer, 2004/2009

Seidler G H et al. Handbuch der Psychotraumatologie, Klett-Cotta, 2015

Smucker M et al. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy, Shaker Verlag, 2008

Watkins J G, Watkins H H. Ego-States – Theorie und Therapie, Carl-Auer-Systeme-Verlag, 2008

SOMATISIERUNGSSTÖRUNGEN UND SOMATOPSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Walther Greite

Zusammenfassung

Die Somatisierungsstörung als Kernthema der Psychosomatik ist nach wie vor und anhaltend aktuell. Die somatische Medizin hat den Betroffenen meist wiederholt enttäuscht, kann kein organomorphologisches Korrelat zu den Symptomen finden. In der Not fühlt sich der Betroffene allzu oft ungesehen, unverstanden, manchmal sogar stigmatisiert und weggeschickt. Dies muss nicht so bleiben, kann sich der Betroffene auf einen psychosomatischen, das Symptom enträtselnden Behandlungsansatz einlassen und intrapsychische Konflikte – innerseelische, bisher unlösbare Dilemmata – in sich entdecken und beginnend lösen. Die Not muss folglich nicht mehr unbewusst in die Körpersprache übersetzt werden; sie wird im Idealfall einer gelungenen Therapie schließlich direkt reguliert. Das körperliche Symptom wird beeinflussbar und auflösbar.

Mit somatopsychischen Störungen sind Erkrankungen gemeint, bei denen eine oder mehrere körperliche Grunderkrankungen sowie damit einhergehende körperliche Einschränkungen nicht ausreichend verarbeitet werden können und in der Folge psychische Symptome verursachen, die bis zu reaktiven Depressionen, Angst- und Panikstörungen reichen können. Insuffizienzerleben, das Gefühl, nicht mehr heil zu sein, kann dem Betroffenen die Zuversicht und die Hoffnung nehmen, das Leben meistern zu können. Wir bieten ein multimodales Therapiekonzept, welches im Wesentlichen aus verbaler tiefenpsychologisch-fundierter Gruppenpsychotherapie und verschiedenen körpertherapeutischen Settings besteht.

Die Problematik

Probleme von Patienten mit Somatisierungsstörungen

Die Odyssee geht schon länger, manchmal auch schon Jahre. Unterschiedlichste Fachärzte sind konsultiert worden, oft auch gleicher Fachrichtungen, ohne dem Vorgänger davon zu berichten – alles in der Hoffnung, dass ein Helfer einen somatischen Behandlungsansatz finden möge. Die Klassiker der Symptome sind Schwindel, Kopf- und Rückenschmerzen, schmerzhaftes Verspannen, Bruxismus, Migräne, CMD (Cranio-mandibuläre Dysfunktion), Tinnitus, kaum einstellbarer Bluthochdruck, Palpitationen, Schweißausbrüche, Brustschmerzen, Bauchschmerzen, Sodbrennen, Dyspepsie, funktionelle abdominale Beschwerden, Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit oft entwickelten Pseudologismen und bedenklichen Schon- und Vermeidungskostformen, quälender

Juckreiz sowie unterschiedlichste Beschwerden im Bewegungsapparat, um nur einige zu nennen. Das körperlich empfundene Symptom konnte bisher mit einem somatischen Behandlungsansatz nicht ausreichend gelindert werden. Die Bereitschaft, sich auf eine multimodale psychosomatische Komplextherapie einzulassen, muss oft erst noch erarbeitet werden – zumeist vom engagierten Hausarzt/von der engagierten Hausärztin. Es braucht Vertrauen – von allen Seiten. Zweifel und Ängste quälen schon genug. Auch Hilflosigkeit und Ohnmacht machen sich breit. Behutsame Schritte, sich vortasten und langsam Vertrauen aufbauen – in sich und andere – sind angesagt, Selbstvertrauen, sich und seinem Körper wieder selbst vertrauen.

Probleme von Patienten mit somatopsychischen Störungen

Somatopsychische Störungen sind Krankheitsverarbeitungsstörungen, z. B. bei Krebserkrankungen, Zustand nach Organtransplantationen sowie bei chronischen somatischen (körperlichen) Erkrankungen. Chronische Krankheiten meint eine Vielzahl von Erkrankungen, z. B. chronisch entzündliche (Darm-)Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Hauterkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems wie z. B. die koronare Herzkrankheit (KHK) oder auch der Bluthochdruck. Die Diagnose von körperlichen Erkrankungen und deren notwendige Therapien bedeuten eben nicht nur hinnehmbare Einschränkungen der Lebensqualität, sondern erschüttern die eigene Integrität nachhaltig mit Entwicklung von sekundär psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen oder Angststörungen.

Chronische körperliche Erkrankungen stellen den Betroffenen/die Betroffene vor vielfältige psychische und soziale Herausforderungen, die, wenn diese nicht bewältigt/verarbeitet werden, zu somatopsychischen Störungen führen können: Emotionale Bewältigung der inneren und äußeren Bedrohung und der damit in Verbindung stehenden Gefühle, Verunsicherungen hinsichtlich der eigenen sozialen Rolle und Aufgabe (Veränderung der Beziehung zu Familie, zu Freunden und zum Arbeitsleben). Selbstintegrität und Wohlbefinden müssen wieder erarbeitet oder so gut wie möglich erhalten werden. Ein verändertes neues Selbstbild mit ungewisser Zukunft hinsichtlich des Krankheitsverlaufes muss erarbeitet werden.

Behandlungsvoraussetzungen

Die Wege zu uns – ist die Entscheidung erst einmal getroffen und die Bereitschaft für eine psychosomatische Therapie da – sind leicht und niedrigschwellig gangbar. Die Einweisung der Patienten kann durch niedergelassene Ärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder als Verlegung aus anderen Krankenhäusern oder teilstationären Einrichtungen erfolgen. Sie haben einen hohen Leidensdruck, bewältigen bei hoher Symptomlast Ihren Alltag nicht mehr ausreichend, bringen trotz aller Belastung eine Bereitschaft mit, in unserer Klinik eine Selbsterfahrung zu machen, die es Ihnen ermöglicht, einen eigenen Anteil Ihrer Problematik zu erarbeiten, um sich mit multiprofessionaler Hilfe zu verändern. Voraussetzung für die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die somatische Stabilität der Patienten, deutliche Distanzierungsfähigkeit von Suizidalität mit Absprache- und Terminfähigkeit, Suchtmittelabstinenz (ausgenommen Nikotin), ebenso Nahrungsaufnahme und Körperpflege selbstständig leisten zu können.

Floride psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, akute Suizidalität, hirnorganische Störungen, die mit Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit einhergehen, sowie stoffgebundene Suchterkrankungen können hier nicht behandelt werden.

Therapieangebote

Die voll- und teilstationäre Therapie mit multimodalem Behandlungssetting birgt enorme Chancen. Die hohe Intensität der Selbsterfahrung zur Vertiefung der Selbstkenntnis, zum Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung lässt sich methodisch mittels verbaler und körperbezogener Gruppentherapien in Kombination mit ärztlichen und therapeutischen Interventionen meist nur in Kliniken erzeugen. In der Modellsituation der Therapie im Kleinen werden Zusammenhänge „gefahrloser“ deutlich, die draußen „im echten Leben“ im Großen unhinterfragbar wirksam waren und sind. Einer unserer Leitsätze für jenen Prozess lautet: Selbstkenntnis vor Veränderung. Natürlich hat eine vollstationäre Therapie, die Ihnen für diesen Prozess die meisten Alltagspflichten abnimmt, Ihnen quasi den Rücken freihält, auch Nebenwirkungen. Die vollstationäre Aufnahme kann auch eine Vermeidung einer anstehenden Herausforderung bedeuten.

In diesem Falle gilt es beispielsweise, wachsenden Ängsten nicht weiteren Raum zu überlassen. Hier kommt entscheidend die Behandlungsdauer ins Betrachtungsfeld. Die Aktivierung der eigenen Ressourcen gilt in der Psychotherapie zu Recht als entscheidender Wirkfaktor. Die aktive Erfassung von verfügbaren oder verschütteten Kraftquellen schafft zu Beginn der Behandlung einen guten Überblick über die für die Problembewältigung nutzbaren Kompetenzen, Stärken und Fähigkeiten. Im Therapieverlauf stehen zahlreiche effektive Interventionen zur Verfügung, die die Patienten immer wieder zu gesundheitsfördernden Suchprozessen anregen können. Auch behandlerseits kann auf hilfreiche Ressourcen zurückgegriffen werden, um die intrapsychische Selbst- und Neuorganisation zu unterstützen. Am Ende der Behandlung liegt der Fokus auf der Anwendung der erworbenen oder wiederentdeckten Ressourcen und Kompetenzen im häuslichen, familiären und beruflichen Kontext.¹

Als wesentlich in der Therapie von somatopsychischen Erkrankungen erachten wir die konsequente Ressourcen- und Resilienzorientierung. Auf das (Wieder-)Erreichen eines Kohärenzgefühls von Körper und Psyche sowie eine ausgeglichene Belastungsbalance unter Einbezug der notwendigen somatischen Behandlung kommt es uns an.^{2, 3, 4, 5}

Unsere Patienten profitieren von der psychosomatischen Behandlung, ggfs. ergänzt durch internistische Funktionsdiagnostik (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Langzeit-EKG-Messung, Sonographie, Lungenfunktionstestung, Labormedizin) und konsiliarische Untersuchungen der weiteren Kliniken am Campus. Das Für und Wider jener Untersuchungen wird im Behandlungsteam und mit Ihnen eingehend besprochen. Um das Vertrauen in die eigene körperliche Gesundheit zurückzubekommen, ist eine weitere körperliche Untersuchung oft die Fortsetzung des bisherigen enttäuschenden Musters. So ist weniger oft mehr.

Dem Aspekt einer realistischen Therapiezielvereinbarung widmen wir besondere Aufmerksamkeit. Selbstverständlich sind die Wünsche an ein symptomfreies und unbeschwertes Leben nachvollziehbar, aber oft einfach nicht realistisch. Hoffnungen auf eine Veränderung von außen ohne eigenes Zutun werden allzu oft frustriert. Gelingt es, einen unbewussten eigenen Anteil der Symptomatik zu erarbeiten, ist der Anfang für eine Veränderung meist erfolgreich. Wir begleiten Sie in der Erarbeitung realistischer Therapieziele und fokussieren mit Ihnen gemeinsam Problematik und Ressource.

Therapieziele

Therapieziel bei Somatisierungsstörungen ist selbstverständlich die Symptomreduktion. Hierzu streben wir das Erarbeiten eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes an. Die körperlich wahrgenommenen Beschwerden müssen zunächst wiederholt enträtselt werden. „Was will mir mein Körper sagen, was ich auf der emotionalen Ebene nicht wahrhaben möchte?“ Dem hinter dem Symptom stehenden schwierigen Gefühl wie z. B. Angst oder Wut kann angemessener Raum gegeben werden. Sind jene schwierigen Gefühle integriert, müssen diese nicht mehr somatisiert werden. Es kommt zur Entlastung der körperlichen Symptomatik. Wir versuchen, mit Ihnen wieder ein Bündnis mit Ihrem Körper zu erarbeiten. Selbstablehnungen können bearbeitet und aufgelöst werden. Die Aktivierung von individuellen Ressourcen stärkt nachweislich die psychische Widerstandskraft (Resilienz) auch angesichts existenziell lebensbedrohlicher Lebenssituationen.⁶

Im Falle einer somatopsychischen Störung – einer Krankheitsverarbeitungsstörung – helfen wir Ihnen, mit Einschränkungen besser umzugehen, sich wieder anzunehmen und wieder Vertrauen in sich zu finden. Mit speziellen Körperwahrnehmungsübungen werden Sie auch dabei unterstützt, Normales und Beunruhigendes in sich wieder besser unterscheiden zu können. Ein weiteres Therapieziel lautet Gesundheitsverhalten. Selbstverständlich geht es auch darum, Vorstellungen und Ziele unserer Patienten zu erkunden. Wichtige spezifische Therapieziele sind aus unserer Sicht neben einer körperlichen Stabilisierung auch der Aufbau von Motivation für die weitere somatische Behandlung. Unter Gesundheitsverhalten verstehen wir Handlungen, die zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Optimierung Ihrer Gesundheit dienen.⁷

Literaturverzeichnis

1. Ressourcenaktivierung in der stationären Psychotherapie. Hendrichke A, von Wachter M. Ärztliche Psychotherapie 2015; 10: 213–220
2. Ressourcen- und Resilienzorientierung in Psychotherapie mit körperlich Erkrankten. Erim Y, Ärztliche Psychotherapie 2015; 10: 199-206
3. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Übersetzung von A. Franke. Tübingen: DGVt 1997
4. Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Grawe K, Grawe-Gerber M, De Zwaan M. Psychotherapeut 1999; 44: 63–73
5. AWMF Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten 2014, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-0510L.html>
6. Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Ärztliche Psychotherapie 2015; 10: 207–212
7. Gesundheits- und Risikoverhalten. Ziegelmann J P. In: Schwarzer/Jerusalem/Weber 2002; 152–155

GRUPPENTRAINING SOZIALER KOMPETENZEN (GSK)

Lothar Schattenburg

Angebot der indikativen Gruppe GSK

Das GSK (Gruppentraining sozialer Kompetenzen) hat seit 2003 eine Tradition in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt (Schattenburg, 2008). Diese Gruppe wird aktuell durchgeführt durch das Pflegepersonal und durch die Sozialpädagoginnen. In der Regel findet das GSK zweimal die Woche statt à 50 Minuten, höchstens achtmal. Die Sozialpädagoginnen konzentrieren sich bei ihrer Durchführung eher auf berufliche und sozialpädagogische Themen (Psychosomatik im Betrieb, Stress auf der Arbeit, Behördengänge, Anträge, Wiedereingliederung, Bewerbungen); das Pflegepersonal fokussiert auf weitere interaktionale Probleme. Es handelt sich um eine halboffene Gruppe mit maximal zwölf Patienten. Die Indikation wird im Team und auf der Visite besprochen. Supervidiert wird das GSK durch den leitenden Psychologen.

Theorie: Das Konzept des GSK

Viele Studien (Fiedler, 1996; Hinsch & Pfingsten, 2002; Meichenbaum, 2012;) haben gezeigt, dass das GSK bei einer Vielfalt von psychischen Störungen erfolgreich helfen kann wie bei: Angststörungen, Depressionen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Phobien usw. M. Linehan (1993) startete ihre Karriere mit dem GSK bei Borderlinestörungen und konnte beachtliche Erfolge verzeichnen. Legen wir die vier Wirkfaktoren der Psychotherapie von Grawe (1998) zu Grunde (Ressourcenaktivierung, Problemaktivierung, Problembewältigung und Motivklärung), so setzt das verhaltenstherapeutisch orientierte GSK relativ schnell bei der Ressourcenaktivierung und der Problembewältigung an. Die Motivklärung ist traditionsgemäß eher eine Domäne der Tiefenpsychologie, wobei sich nach den aktuellen Ergebnissen der Psychotherapieforschung diese vier Wirkfaktoren ergänzen und in einer Integrativen Psychotherapie aufgehen. Wie das VT-orientierte GSK im Sinne einer bilingualen Psychotherapie gewinnbringend mit der psychodynamisch orientierten OPD in Verbindung gebracht werden kann, zeigt ausführlich Schattenburg (2012). Ferner kann das VT-orientierte GSK auch in das psychodynamische Konzept der Mentalisierung (Allen et al., 2016) problemlos integriert werden, geht es doch darum, die Patienten dabei zu unterstützen, die Gefühle und Gedanken des Gegenübers angemessen zu berücksichtigen bei der Durchsetzung der eigenen Interessen.

Das GSK ist kein Wundermittel, sondern eine Methode mit einer ganz spezifischen, somit auch eingeschränkten Vorgehensweise. Somit wird das GSK sinnvoll durch andere Methoden er-

gänzt: durch verbale Gruppen, Körperwahrnehmung, Sport- und Kreativtherapie usw. Beim GSK geht es um das Training sozial angemessenen Verhaltens und nicht um ein Ellbogen-Verhalten oder ein egoistisches Durchsetzen. Dies wäre ein komplettes Missverständnis dieser indikativen Gruppe. Es geht immer auch um ein Mentalisieren der Bedürfnisse und Interessen des Gegenübers. Im Vordergrund steht das Trainieren sozialer Kompetenzen wie:

Legitimes Recht durchsetzen (z. B. ein kaltes Essen zurückgeben, ein Kleidungsstück umtauschen), Unterscheiden-Können zwischen selbstsicherem, aggressivem und unsicherem Verhalten, sozial angemessen Nein-Sagen, Kritik üben, um Sympathie werben, Gefühle äußern und Gefühle erkennen, Einfühlungsvermögen zeigen, Aufnahme von Kontakten, ausreichend laute Stimme, verständliches Sprechen, Kritik äußern und Kritik annehmen, sich entschuldigen, Konflikte benennen und konstruktiv entschärfen usw.

Diese sozialen Kompetenzen werden durch mannigfaltige Faktoren gehemmt, u. a. durch ungünstige Selbstgespräche („Ich schaffe das nie!“) und durch ungünstige Selbstbewertungen („Wenn ich jetzt den kalten Fisch zurückgebe, dann bin ich ja unfreundlich und ich möchte gar nicht unfreundlich sein!“) und durch Schamaffekte („Wenn ich das mache, stehe ich im Abseits und bin bis auf die Knochen blamiert“). Das GSK fokussiert sowohl auf das beobachtbare Verhalten (Stimme, Gestik, Erröten usw.) als auch auf die verdeckten ungünstigen Selbstgespräche und Selbstbewertungen.

Praxis: Eröffnung des GSK

Die Leitung vermittelt zu Beginn der Stunde, dass beim GSK das Training im Vordergrund steht auf einer verhaltenstherapeutisch-übenden Grundlage. Die Trainingsinhalte werden nicht – wie bei Hinsch und Pfingsten – streng nach einem Modul abgearbeitet, sondern fokussieren auf die konkreten Probleme des Patienten. Dies gibt uns in unserem Krankenhaus-Setting mit einer limitierten Verweildauer mehr Flexibilität. In unserem Konzept werden in der Regel auch keine Übungen zwischen den Stunden abgemacht, sondern es geht schwerpunktmäßig um die Übungen innerhalb der Stunde. Leitung des GSK und Patienten überlegen sich gemeinsam, was trainiert werden kann (z. B. ein Gespräch zwischen Mutter und Tochter). Die Leitung erläutert den Patienten das therapeutische Prozedere. Auch wird kurz ein ABC der Neurobiologie durchgeführt. Es wird erläutert: Verhaltensänderungen müssen geübt werden, damit

neue Bahnungen im Gehirn aufgebaut und stabilisiert werden. Der Patient muss den Sinn der Übung erkennen. Kein Patient darf zu einer Übung gezwungen werden – sie ist freiwillig!

Die Kunst bzw. die Schwierigkeit für die Leitung des GSK besteht darin, den Schwierigkeitsgrad der Übungen auf die Möglichkeiten und die Belastbarkeit der Patienten abzustimmen. Hier sind Grundkenntnisse in der Strukturachse des OPD (Arbeitskreis OPD, 2006) unabdingbar. Dies bedeutet kontinuierliche Supervision und viel Erfahrung. Auf Grund des definierten Übungscharakters des GSK muss die Gefahr von Misserfolgen mitberücksichtigt werden. In unserem Konzept arbeiten wir mit realen Situationen (z. B. Mutter-Tochter-Konflikt, beim Arbeitsamt vorstellig werden), nicht mit künstlichen Situationen (z. B. sich im Schuhladen 50 Paar Schuhe zeigen lassen in dem Wissen, dass man sowieso keine kauft).

Derartige künstliche Situationen, mit denen oft in den Anfängen des Selbstsicherheitstrainings gearbeitet wurde, erachten wir als unethisch.

Die Durchführung der Rollenspiele

Jede Sitzung besteht nun in unserem Konzept aus zwei Rollenspielen zum gleichen Thema mit dem gleichen Patienten und den gleichen Trainingspartnern, um einen Trainingseffekt zu erzielen. Dies innerhalb einer Stunde. Es wird ein Patient gesucht, der ein Thema spielen möchte, und ein Patient, der die Partnerrolle übernimmt. Das Rollenspiel kann auch mit mehreren Patienten bestritten werden (z.B. ein Patient bittet in einer Schlange im Supermarkt vorgelassen zu werden.).

1. Durchgang des Rollenspiels: Es werden zunächst die Patienten, die das Rollenspiel durchgeführt haben, gefragt, wie es ihnen geht. Daraufhin Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus, was gut gelaufen ist. Dann werden Anregungen gesammelt, was besser gemacht werden kann.

2. Durchgang des Rollenspiels: Frage, wie es den Darstellern mit der Übung erging. Konnten die Anregungen aufgegriffen werden? Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus der Verstärkung. Die Leitung der Gruppe achtet darauf, dass die Mitpatienten bei der Spiegelung eine „gute“ Dosis einhalten, also nicht zu streng und nicht zu gewährend sind. Die Übung

soll im 2. Durchgang im Schwierigkeitsgrad leicht zunehmen, den Patienten aber nicht überfordern. Der 2. Durchgang sollte mit einem Erfolgserlebnis enden. Ist der Trainingspartner im 2. Durchlauf zu fordernd, schreitet die Leitung ein und gibt „Regieanweisung“, im Rollenspiel nachgiebiger zu werden. Erfolg wird verstärkt, Misserfolg empathisch aufgefangen. Die Leitung kann auch bei Bedarf beim 2. Durchgang dem Patienten beispringen, sich hinter oder neben den Patienten stellen und einen Formulierungsvorschlag machen. Es wird darauf geachtet, dass zwei Rollenspiele in einer Sitzung à 50 Minuten durchgeführt werden. Dies setzt eine entsprechende Strukturierungsfähigkeit bei der Leitung voraus, die trainiert werden muss.

Fünf Schwierigkeiten bei der Durchführung

1. Patienten sagen oft bei der Abmachung des Rollenspiels, dass sie keine Schauspieler sind, dass man die Situationen sowieso nicht nachspielen kann usw. Dann hat sich bewährt zu betonen, dass es auch gar nicht um die „genaue“ Wiedergabe der Situation geht, sondern darum, in der jetzigen Stunde eine Anforderungssituation herzustellen, in der man trainieren kann. Der Verweis auf die Erfahrung, dass die Patienten durch das Rollenspiel gefordert werden, ist hilfreich.
2. Oft gibt es Stunden, in denen sich niemand findet, der ein Rollenspiel machen möchte. Die Rollenspiele sind – wie oben betont – freiwillig! Dann kann die Leitung einen Vorschlag machen. Beispiel: Stationsrunde spielen, und ein Patient muss die Stationsrunde leiten. Kärtchen werden mit den Rollen verteilt (z. B. Patient, der die Stationsrunde leitet). Vorteil: Alle Patienten werden integriert. Oder die Leitung schlägt folgendes Rollenspiel vor: fünf Patienten sitzen in einem Zugabteil und ein sechster Patient fragt nach dem freien Platz, den die Mitpatienten nicht hergeben wollen. Ferner hat sich eine Stunde „Themensammlung“ bewährt. Die Gruppenleitung verteilt Zettel, auf denen die Patienten ihre persönlichen Themen aufschreiben. Dann liest jeder seine Notizen vor, aus denen sich dann für die nächste Stunde ein Rollenspiel ergibt. Mit diesen Übungen haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht.

3. Eine andere Schwierigkeit besteht darin, dass das GSK aus verschiedenen Gründen, die hier nicht weiter diskutiert werden können, in eine verbale Gruppe abgeleitet, weil ein Patient im Moment so belastet ist, dass er erst einmal über sich sprechen möchte usw. Dann kommt es sehr auf das Geschick der Gruppenleitung an, dies auch erst einmal zuzulassen, empathisch darauf einzugehen und dann die Kurve zu den Rollenspielen zu bekommen. In so einem Fall kann das 2. Rollenspiel auch einmal in die nächste Stunde mit hinübergenommen werden. Sollte das GSK einmal in eine VG (verbale Gruppe) abgleiten, was eher selten vorkommt, ist das auch nicht schlimm. Grundsätzlich gilt im GSK der Grundsatz des flexiblen Handelns. In einer solchen Situation wird der Bezugstherapeut zeitnah informiert.
4. Eine weitere Schwierigkeit bei der Nachbesprechung der Rollenspiele liegt darin, dass die Leitung und die Mitpatienten nach unserer Erfahrung schneller auf das beobachtbare Verhalten fokussieren als auf das verdeckte Verhalten wie Selbstgespräche, Schamaffekte und Selbstbewertungen (siehe oben). Dies ist leicht verständlich, weil natürlich die Stimme oder die Sitzhaltung besser zugänglich sind. Dennoch dürfen die verdeckten Gedanken nicht übergangen werden, weil diese oft das inkompetente Verhalten am Leben erhalten. Diese Schwierigkeit bedarf in der Supervision eines besonderen Augenmerks. Angemessen schnell die verdeckten ungünstigen Gedanken zu erkennen und bei der Nachbesprechung der Rollenspiele zu fokussieren ist eine anspruchsvolle Intervention.
5. Bei der Durchführung von Rollenspielen muss darauf geachtet werden, dass bei vulnerablen Narzissten, ängstlich-unsicheren und depressiven Patienten schnell Schamaffekte reaktiviert werden können (Sprenger & Joraschky, 2015). Werden diese Schamaffekte nicht erkannt und können diese nicht für den Patienten neutralisiert werden, kann eine Verschlimmerung des psychischen Zustandes oder sogar ein Abbruch der Therapie drohen. Deswegen spielt bei der Ausbildung und bei der Supervision des GSK die Beachtung dieser Schamaffekte eine große Bedeutung.

Fokus auf eine Rolle

In manchen Ansätzen werden Patienten aus dem GSK ausgeschlossen, wenn sie nicht an einem Rollenspiel teilnehmen, was in unserem Konzept nicht der Fall ist. Patienten lernen auch durch teilnehmende Beobachtung. Ferner soll in anderen Ansätzen die Patientin im Rollenspiel den Gegenpart spielen (z. B. die Tochter, mit der sie Schwierigkeiten hat). In unserer Vorgehensweise belassen wir es bei einer Rolle, die es in einem Durchgang zwei Mal zu trainieren gilt. Wir berücksichtigen auch neben dem Protagonisten seinen Trainingspartner, der im Rollenspiel auch seine Kompetenzen zeigt. Wie spielt der Trainingspartner im Rollenspiel z. B. einen fordernden Chef oder einen Gast in einem Zugabteil, der einen freien Sitz besetzt hält? Manchmal wird dann für den Trainingspartner ein neues Rollenspiel für die nächste Stunde daraus.

Fazit

Beim GSK handelt es sich um ein empirisch untermauertes Therapieverfahren. Das GSK ist zwar in der praktischen Durchführung durch die Rollenspiele verhaltenstherapeutisch orientiert, kann aber bzgl. der therapeutischen Ziele auf psychodynamische Konzepte wie die Strukturachse in der OPD und das Konzept der Mentalisierung bezogen werden. Unsere langjährige Erfahrung mit der Durchführung und Supervision dieser indikativen Gruppe zeigt, dass sie von den Patienten in der Regel positiv angenommen wird. Die Patienten schätzen, dass sie relativ schnell etwas üben können. Bei kompetenter Durchführung können die Patienten relativ schnell Erfolgserlebnisse haben. Voraussetzung ist, dass gemeinsam mit den Patienten überschaubare Ziele formuliert und diese Ziele gut dosiert werden. In dieser gemeinsamen Formulierung der zu trainierenden Ziele in Abhängigkeit vom Strukturniveau des Patienten und in der kompetenten Moderierung der Rollenspiele liegt die Herausforderung des GSK. Besonders zu beachten ist, dass das GSK von den Leitern aktiv so moderiert wird, dass der 2. Durchgang der Rollenspiele mit einem Erfolgserlebnis endet.

Literaturverzeichnis

Allen J G, Fonagy P & Bateman A W (2016). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Klett-Cotta

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung

Fiedler P (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Beltz

Grawe K (1998). Psychologische Therapie. Hogrefe

Hinsch R & Pfingsten U (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Beltz. Weinheim

Linehan, M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford

Meichenbaum D (2012). Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Aus dem Amerikanischen übersetzt und mit einem Zusatzkapitel versehen von Lothar Schattenburg. Huber

Schattenburg L (2008). Die Beteiligung des Pflegepersonals am Training sozialer Kompetenzen (GSK) mit einem Videobeispiel. Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt XII, Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik, S. 63–67

Schattenburg L (2012). Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Strauß B & Mattke D (Hrsg.). Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis, S. 439–448, Springer

Sprenger B & Joraschky P (2015). Mehr Schein als Sein? Die vielen Spielarten des Narzissmus. Springer Spektrum

ZUSAMMENFASSUNG DER KÖRPERBEZOGENEN PSYCHO- THERAPIE

Britta Günther

Vorwort

Im vorangegangenen Band XX der Schriftenreihe steht die Körperbezogene Psychotherapie im Mittelpunkt. Woraus sich für den jetzigen Band ein zweifaches Anliegen ergibt: die Körperbezogene Psychotherapie als ein eigenständiges Therapieangebot der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt kurz zu skizzieren – und auf ihre ausführliche Darstellung und praxisbezogene Entfaltung im Band XX unter dem Titel Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psychotherapie zu verweisen.

Das Kürzel „KG“

Wer als Patient in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt aufgenommen wird, begegnet der Körperbezogenen Psychotherapie im Therapieplan unter dem Kürzel KG. Das G kennzeichnet die Körperbezogene Psychotherapie als Gruppentherapie, und das K steht für Körper. KG wird daher häufig mit „Körperbezogene Gruppe“ übersetzt, und dazu passt für den Patienten vermutlich, dass die KG in einem der Bewegungsräume stattfindet. Dort trifft er auf seinen Bezugstherapeuten, und damit ist schon eines der wesentlichen Merkmale der Körperbezogenen Gruppe angesprochen: Sie findet, genau wie die Verbale Gruppe, unter psychotherapeutischer Anleitung statt. Es gibt somit einen besonderen Übertragungsraum: Was im Rahmen der KG stattfindet – was dort von den Patienten an Körpererfahrungen gemacht wird und an damit verbundenen Gefühlen erlebt und artikuliert –, wird von denselben Therapeuten gehört und gesehen, die auch die Gesprächsgruppentherapie leiten und die Einzelgespräche führen.

Vom Spüren zum Sprechen

Eine Körperbezogene Gruppe wird in der Regel mit einem Spüren beginnen. Der anleitende Therapeut schlägt eine Körperhaltung oder eine Bewegung vor. Spüren Sie, wie Sie daliegen, kann es etwa heißen. Oder: Bewegen Sie sich durch den Raum und spüren Sie, wie Sie dies tun. Nach einer Weile werden die Patienten hören: Und sprechen Sie aus, was Sie spüren.

Für viele Patienten der Psychosomatischen Klinik ist es vor allem am Anfang der Therapie schwer, mit der Aufforderung des Spürens einen Umgang zu finden. Aus ihrer Sicht ist der eigene Körper etwas, das funktionieren soll. Und wenn er es nicht mehr

tut und Träger von Schmerzen und Einschränkungen geworden ist, soll dies in der Klinik geheilt oder zumindest gelindert werden. Wozu soll es da gut sein, sich auf eine Matte zu legen und beispielsweise zu den Auflageflächen der Beine hinzuspüren? Und was hat das mit den Schmerzen und Beschwerden zu tun, die einen in die Klinik geführt haben? Und warum sollte der Patient das, was er wahrnimmt, auch noch umständlich in Worte fassen? Den Schmerz hat er doch schon genau beschrieben!

Den eigenen Körper differenziert wahrzunehmen, ist für viele Patienten etwas vollkommen Ungewohntes. Flankierend zu den Körperbezogenen Gruppen gibt es daher ein Angebot unter der Überschrift Körperwahrnehmung, das von den Mitarbeitern der Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativitätstherapien (BKK) angeboten wird. Dabei geht es um die Hinführung zu einem langsamen, angeleiteten Erspüren der verschiedenen Partien des eigenen Körpers. Die eigene Spürfähigkeit zu entwickeln – für viele Patienten mit einem großen Staunen verbunden – ist eine wesentliche Voraussetzung für einen psychotherapeutischen Prozess. Es ist jedoch noch nicht: dieser Prozess selbst.

Körperbezogene Psychotherapie heißt, vom Spüren zum Sprechen zu kommen, zu einem Sprechen, das für die einzelne Patientin / den einzelnen Patienten selbst von Bedeutung ist. Ein solches Sprechen kann sich einstellen, wenn ein Patient anfängt, Zusammenhänge herzustellen zwischen dem, was er in einem bestimmten Moment in einer Körperbezogenen Therapiestunde spürt, und dem, was sich, vom Spüren angestoßen, an Gedanken und Gefühlen einstellt.

Bevor „spüren“ die Bedeutung von „wahrnehmen“ und später von „empfinden“ und „fühlen“ angenommen hat, hieß „spüren“ „eine Spur suchen, ihr folgen“. Das Material, das in den Körperbezogenen Therapiestunden zum Einsatz kommt – neben den Matten und dem Raum selbst sind es Halbrundhölzer und Stäbe, Medizin- und Softbälle, Sandsäckchen und Holzreifen, um nur einiges zu nennen –, hat dabei durchaus unterschiedliche „Spürqualitäten“ im Sinne verschiedener physikalischer Eigenschaften. Die Assoziationen und Verknüpfungen, die sich für die Patienten einstellen, gehen jedoch in der Regel ganz eigenen Spuren nach, die mehr oder weniger lose an das „Material selbst“ gebunden sind. Die Qualitäten des eingesetzten Materials, seine eigene Körperlichkeit, kann jedoch wiederum zum Ansatzpunkt einer spezifischen Interventionsmöglichkeit der Körperbezogenen Psychotherapie werden.

Neben der verbalen Intervention, mit der der Therapeut sich unterstreichend oder nachfragend auf das bezieht, was er von einem Patienten hört oder wahrnimmt, gibt die körperbezogene Intervention die Möglichkeit, das in der Stunde verwendete Material, sagen wir den Medizinball oder das Sandsäckchen, noch einmal anders zum Einsatz zu bringen. Bei diesem „Ausprobieren“ geht es um die Differenzierungsarbeit am Körper, vor allem aber darum, mit dem Patienten gemeinsam zu erforschen, wie er mit bestimmten Herausforderungen – mit dem Gewicht des Medizinballs etwa oder mit der relativen Leichtigkeit des Sandsäckchens – umgeht. Um dann vielleicht festzustellen, dass er das eine kaum wahrnimmt, während das andere ihm wie Blei auf der Schulter liegt. Wenn er anfängt sich dafür zu interessieren, vielleicht sogar sagen kann, welche Gefühle sich dabei einstellen – Gleichgültigkeit vielleicht oder eine große Traurigkeit und Wut – ist, ausgehend vom Allerweltsmaterial der KG, eine Frage entstanden, die ihn individuell angeht.

Frauke Besuden, eine der ErfinderInnen der Körperbezogenen Psychotherapie in der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt, formuliert: Die „Körperarbeit birgt hier eine entscheidende Chance, wenn es gelingt, den Übergang zum Sprechen zu schaffen, aber sie kann nicht die eigentliche Angst [vor dem Sprechen], wegmachen“ (Schriftenreihe Band XX, S. 28). Diese Angst hat mit der Notwendigkeit einer unbewussten Wahl zu tun, die mit dem Sprechen verbunden ist. Wenn ich wähle zu sprechen, wird in dem, was ich sage, etwas von den Einschreibungen hörbar werden, die von woanders und von anderen her stammen. Meine Bindungsgeschichte also, oder eine der ursprünglichen Übertragungen, die sich nicht mit der Idee eines autonomen Ichs oder eines ureigenen Innenraums verträgt.

Mit Psychotherapie zu beginnen heißt in essentieller Weise sich diesen Einschreibungen zu stellen. Hier wird noch einmal die besondere Rolle der Bezugstherapeuten in der Körperbezogenen Psychotherapie deutlich: Sie verbinden durch ihre Anwesenheit und durch ihr Zuhören, durch ihre Unterstreichungen und Hervorhebungen die verschiedenen Aspekte, vielleicht auch Bruchstücke der Geschichte der Patienten, wie sie sich in den unterschiedlichen Therapiesettings zeigen. Dafür ist es notwendig, innerhalb der Körperbezogenen Psychotherapie einen Raum zu öffnen, in dem es für den Patienten möglich wird, sich selbst zu hören. Anders gesagt: Ein Raum, in welchem er nicht allein die Chance hat, vom Spüren zum Sprechen zu kommen, sondern sich traut darauf zu achten, welchen „Klang“ die von ihm benutzten Wörter für ihn gewinnen: welche Resonanz im Körper sie hervorrufen und welche Assoziationen dazu.

Und der Schmerz?

Natürlich gibt es den Nackenschmerz, der sich im Laufe einer Psychotherapie auflöst. Weil er Zug um Zug abgezählt werden kann und sich womöglich verstehen lässt als ein Paket von angesammelten „Nackenschlägen“. Es gibt Schmerzen ohne somatische Ursache, die sich als Symptome erweisen, die wie andere neurotische Symptome auch in der Hauptsache aus dem Symbolischen der Sprache gewoben sind. Sie erweisen sich als ein geknebeltes Sprechen, von dem der Knebel gelöst werden kann und die sich im Sprechen auflösen lassen. Der eigentliche psychosomatische Schmerz ist jedoch anders charakterisiert und wird sich nicht so verhalten.

Das psychosomatische Phänomen wurzelt, so Christian Kläui, im Realen des Körpers und kann daher „durch eine Metaphorisierung nicht aufgehoben werden“ (vgl. Band XX der Schriftenreihe, S. 39). Dennoch, fährt der Psychiater und Psychoanalytiker Kläui fort, heiße das nicht, „dass gar keine Aussage darüber gemacht werden kann“. Auch das psychosomatische Symptom eines Patienten steht in einer „Beziehung des Angrenzens“ zu anderen Vorgängen in seinem Leben. Auch wenn es nicht auf eine bestimmte Erfahrung rückführbar und in eine bestimmte Bedeutung übersetzbar ist, so ist auch das psychosomatische Erleben Teil der Geschichte des Patienten.

Gerade die Körperbezogene Psychotherapie – aber auch die Angebote zur Körperwahrnehmung – ermöglicht es, ein „nachbarschaftliches“ Verhältnis herzustellen von psychosomatischem Symptom und davon unterschiedenen Körpererfahrungen samt ihren Assoziationen. Wenn das gelingt, kann dies eine Öffnung für den Patienten bedeuten, um aus der Schraubzwinge der Identifikation mit seiner Erkrankung heraustreten zu können und nicht mehr unmittelbar Gefahr zu laufen, mit dem psychosomatischen Phänomen in eins zu fallen. Die Elemente des Feldes, die das Subjekt ausmachen, können in ein anderes Verhältnis zueinander treten. Was bedeutet, dass ein psychotherapeutischer Prozess begonnen hat.

AUTORENVERZEICHNIS

Dr. med. Walther Greite
Oberarzt

Britta Günther
Psychoanalytikerin, Supervisorin, Hamburg

Dr. med. Adriana Ionescu
Oberärztin

Guido Loy
Leitender Oberarzt und Leiter der Tagesklinik

Petra Loy
Fachtherapeutin für Psychotherapie (HPG)
Psychologische Beratungspraxis, 97654 Bastheim

Jörg Müller
Oberarzt

Dr. med. Margret-Rose Ransburg
Leitende Oberärztin

Dr. phil. Dipl.-Psych. Lothar Schattenburg
Leitender Psychologe

Prof. Dr. med. Martin Siepmann
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Dagmar Stelz
Chefärztin

Annerose Vorndran
Dipl.-Sozpäd. (FH)

SCHRIFTENREIHEN DER KLINIK

- 2003 I** **Vorträge zur Fachtagung 12.06.2003**
„Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung: Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung“
- 2004 II** **Vorträge zur Fachtagung 21.04.2004 „Return to work“**
„Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation“
- 2004 III** **Vorträge zur Fachtagung 19.06.2004**
„Musikermmedizin aus psychosomatischer Sicht. Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention und Rehabilitation“
- 2004 IV** **Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater 12.11.2004**
- 2005 V** **Forschungsbericht 2005**
Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt
- 2005 VI** **30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 19.06.2005**
„Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung“
- 2005 VII** **Seelsorge und Psychotherapie 28.10.2005**
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Bad Neustadt
- 2006 VIII** **Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker 05./06.05.2006**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermmedizin (DGfMM)
„Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen“
- 2007 IX** **Forschungsbericht 2007**

- 2007 X Seelsorge und Psychotherapie, 01.12.2006**
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am
RHÖN-KLINIKUM Bad Neustadt
„Beichte und Psychotherapie – Vergebung und
Veränderung“
- 2007 XI Körper und Psyche im psychotherapeutischen
Kontext 11./12.05.2007**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für klinische Psychotherapie und psychosomati-
sche Rehabilitation (DGPPR)
„Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang
zu psychosomatischen Erfahrungen“
- 2008 XII Der Stellenwert des Pflegeberufes in der
Psychosomatik 26.10.2007**
- 2009 XIII Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst
30./31.05.2008**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für Musikerphysiologie und Musikermedizin
(DGfMM)
- 2010 XIV Seelsorge und Psychotherapie 17.09.2010**
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am
RHÖN-KLINIKUM Bad Neustadt
„Verlust und Resilienz – Über den Umgang mit
Verlusterfahrungen in Seelsorge und Psycho-
therapie“
- 2010 XV Musizieren lehren und lernen – Licht und
Schatten, 11./12.06.2010**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für klinische Psychotherapie und psychosomati-
sche Rehabilitation (DGfMM)
- 2011 XVI Seelsorge und Psychotherapie 29.10.2011**
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am
RHÖN-KLINIKUM Bad Neustadt
„Trauung, Trennung, Treue“
- 2012 XVII „Burnout“ bei Hochleistungsanforderungen:
Musik und Mediziner**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für klinische Psychotherapie und psychosomati-
sche Rehabilitation (DGfMM)

- 2013 XVIII **Seelsorge und Psychotherapie 26./27.04.2013**
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am
RHÖN-KLINIKUM Bad Neustadt
„Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie
und Seelsorge“
- 2014 XIX **Der Musiker und sein Körper. Ein Resonanz-
raum für Wahrnehmung, Sinnlichkeit und Erle-
ben 27./28.06.2014**
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für klinische Psychotherapie und psychosomati-
sche Rehabilitation (DGfMM)
- 2015 XX **Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psycho-
therapie**
- 2015 XXI **Forschungsbericht 2015**
Jubiläumsausgabe 40 Jahre Psychosomatische
Klinik Bad Neustadt
- 2016 XXII **40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt**
Psychosomatik im Wandel der Zeit
- 2017 XXIII **Konzepte der Psychosomatischen Klinik Bad
Neustadt**
- 2017 XXIV In Vorbereitung
„Ressource Musik – Musiker im Mittelpunkt“



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik

der RHÖN-KLINIKUM AG

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Martin Siepmann

Kurhausstraße 31

97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 71000

Fax 09771 67 79003

psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

05.2017 / 1000



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT