

Multiple Sklerose – Gefühle und Gedanken

Rehabilitation der MS unter besonderer Berücksichtigung emotionaler Faktoren

Dr. Dieter Pütz – Deister Weser Klinik, Bad Münder

Was ist Multiple Sklerose?

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks, die zu einer Entmarkung bestimmter Nervenfasern führt.

Das Mark ist eine fetthaltige Schicht um diese Nervenfasern.

Die MS ist mit 30 bis 80 Erkrankungen auf 100.000 Menschen eine recht häufige Krankheit des zentralen Nervensystems, die in der Regel im frühen Erwachsenenalter, etwa zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr beginnt.

In Deutschland leben etwa 120.000 Betroffene, wobei Frauen mit über 60% häufiger erkranken als Männer.

- *Daher wenden wir uns mit den folgenden Ausführungen besonders an unsere weiblichen Patienten. Das Gesagte gilt selbstverständlich aber auch immer für männliche Erkrankte.*

Was die Entstehung der MS betrifft, so sind sich die meisten Experten einig, dass eine Fehlreaktion des körpereigenen Abwehrsystems (Autoimmunerkrankung) zur allmählichen Zerstörung der Nervenhüllen führt.

So wird die Weiterleitung von Nervenimpulsen beeinträchtigt, was zu Lähmungen, sensiblen Reizerscheinungen des Körpers, oftmals Sehstörungen und vielen anderen Symptomen führen kann.

Der weitere Verlauf ist von Patientin zu Patientin verschieden. Je nachdem, wie oft die Schübe wiederkehren und wie sich der Zustand der Patientinnen zwischen diesen Schüben verändert, werden verschiedene Formen der MS unterschieden:

- Schubförmig-remittierend als die häufigste Form: Zwischen den plötzlich auftretenden Schüben erholen sich die Betroffenen vollständig oder teilweise.
- Sekundär fortschreitend (progredient): Bei etwa der Hälfte der Patientinnen mit schubförmig-remittierender MS entwickelt sich diese Krankheitsform innerhalb von zehn Jahren.

- Gutartig: Menschen mit dieser Krankheitsform erleiden typischerweise zwei und mehr Schübe, die ohne bleibende Schäden wieder abklingen. Diese Form betrifft etwa 20% aller Erkrankungen. Übergänge in andere Formen sind möglich.
- Klinisch stumme Form: Inzwischen wird angenommen, dass es eine Anzahl von Patientinnen gibt, mit einer für sie nicht bemerkbaren MS. Sie erleiden durch die Schädigungen im Nervensystem also keine Ausfälle. Die Diagnose ist dann eher ein Zufallsbefund.
- Primär progredient (fortschreitend): Sie ist die seltenste und schwerwiegendste Form der MS. Um die 5% aller Patienten sind davon betroffen. Der Krankheitsbeginn ist häufig später als bei den anderen Formen und verläuft ohne Schübe. Der körperliche Zustand verschlechtert sich zunehmend.

Und was ist daran psychosomatisch?

Fast jeder dritte Schub einer MS ist vermutlich psychosomatisch bedingt.

Besonders zu Beginn der Erkrankung wirken Patientinnen oft fast euphorisch, trotz gravierender neurologischer Defizite.

Wesentlich häufiger aber sind depressive Erkrankungen.

Aus Angst vor einem erneuten Schub können Schmerzen und Missempfindungen ausgelöst werden.

Daher ist es notwendig, sich auch bei der Behandlung der MS von bio-psycho-sozialen Grundsätzen leiten zu lassen.

Fordern, aber nicht überfordern, heißt die Devise.

Anpassungsleistungen – ein selbstverständlicher Vorgang?

Wie bei allen Erkrankungen mit chronischen Verläufen oder nicht wiederherstellbaren Einschränkungen sind komplexe psychologische Anpassungsprozesse notwendig.

Nur so gelingt es, mit dieser neuen oder schleichend verlaufenden Situation fertig zu werden.

- *Stichwort: Krankheitsbewältigung.*

Das Scheitern solcher Anpassungsprozesse gewinnt häufig einen größeren Krankheitswert als der organische Defekt selber.

In der Akutmedizin gibt es aber keine eigenständigen Ansätze zur Verbesserung dieser Anpassungsleistungen.

Das Entwickeln von Fertigkeiten im Umgang mit einer Erkrankung wird als selbstverständlicher Vorgang gesehen, der den Patientinnen überlassen wird.

Und wenn dann ausgewichen wird auf den unklaren Begriff der „Psyche“, verunsichert das die Patientin nur noch mehr. Betroffen von einer „unkontrollierbaren“ Erkrankung glaubt sie jetzt auch noch die mentale Funktionstüchtigkeit ihres Gehirn in Frage gestellt. Und das darf nicht sein!

Psychosomatik und ihre Missverständnisse

Wir haben es hier mit dem immer noch häufig anzutreffenden Missverständnis zu tun, dass psychosomatische Erkrankungen auf ein seelisches Problem zurückgeführt werden.

Eine so verkürzte Sichtweise behindert die Arbeit mit Patientinnen wesentlich und geht von einer falschen Sichtweise des Ineinanderwirkens psychophysischer Vorgänge aus.

Psychosomatische Erkrankungen sind Erkrankungen mit komplexen psychophysischen und sozialen Wechselwirkungen. Daher gibt es auch keine psychologische/somatische Behandlung einzelner Krankheitsbilder. Die Behandlung muss alle notwendigen Behandlungskompetenzen vereinen.

Physiotherapie, Krankengymnastik und eine gesunde Ernährung helfen im Umgang mit der Krankheit.

Regelmäßige **körperliche Betätigung** ist bei allen Patientinnen, unabhängig vom Schweregrad, notwendig und sinnvoll.

- *Aber – und das zeigt sich in den letzten Jahren zunehmend – die Wiederherstellung der Funktion scheint in der Rehabilitation der MS eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.*

Hauptaspekte scheinen die verbesserte Kompensation, Adaptation und Rekonditionierung zu sein.

Emotionale Aspekte sind untrennbar

Mit zunehmender Behinderung gilt ein wesentliches Augenmerk der emotionalen Unterstützung der Betroffenen und der Familie sowie den unspezifischen Effekten wie emotionale Verarbeitung, Selbstwertgefühl etc.

Informationen und Instruktionen der Patientinnen und eine Nutzung medizinischer und sozialer Ressourcen tragen ebenfalls dazu bei, den Umgang mit der Erkrankung und Behinderung und damit die Lebensqualität für Betroffene und Betreuer zu verbessern.

Und nicht selten treten **depressive Erkrankungen** auf, die psychotherapeutisch und evtl. auch medikamentös behandelt werden müssen.

Nicht motiviert, von wegen...?!

Ein weiteres Vorurteil betrifft den nicht motivierten Patienten.

Nicht motivierte Patienten gibt es nicht.

Aber der Therapeut sollte berücksichtigen, zu welchen Änderungen der Patient derzeit bereit ist.

Und dafür ist es unabdingbar, sich mit den Modellvorstellungen des Patienten auseinander zusetzen, sie nachzuvollziehen und die Erfahrung zu vermitteln, dass er selbst Experte im Umgang mit seinen Problemen werden kann.

Geteiltes Leid

Patienten können ihr Leid nicht verbergen, auch wenn sie darüber mit niemandem sprechen. Auf die Dauer bekommt ihre Umgebung doch etwas von diesem Leid mit und wird davon selbst berührt.

Wenn Unternehmungslust, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, können damit auch den Angehörigen wichtige gemeinsame Bereiche oder Stützen verloren gehen. Und je enger der Kontakt zum Betroffenen ist, umso stärker ist das Mitleiden, auch und gerade, wenn der Betroffene nicht darüber spricht („Man kann nicht *nicht* reagieren.“).

Da insbesondere die Angehörigen als Mitbetroffene eine wichtige Rolle spielen, sind sie in ein integriertes psychosomatisches Behandlungskonzept mit einzubeziehen.

Integrative Psychosomatik

Der Anspruch eines integrierten psychosomatischen Arbeitsansatzes verlangt in der Medizin, dem Körper nicht weniger, sondern seelischen Aspekten mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Wir gehen heute davon aus, dass Störungen und Krankheiten immer eingebettet sind in eine Vielzahl von somatischen, persönlichen und sozialen Gegebenheiten, die zu einer Aufrechterhaltung des Krankheitszustandes beitragen und bei der Behandlung Berücksichtigung finden müssen.

Behandlungskarrieren

Ein nicht untypischer Weg von Frauen mit psychosomatischen Beschwerden sieht oft so aus:

Frauen fokussieren bei der Schilderung ihrer Beschwerden eher auf den erlebnismäßigen Aspekt, stellen Zusammenhänge mit psychischen Problemen her.

Sie erhalten daher schneller eine psychische Diagnose und werden in der Regel mit Psychopharmaka behandelt.

Dadurch wird eine aktive und lösungsorientierte Lebensführung und Krankheitsbewältigung verhindert. In der Regel haben Patientinnen bereits eine lange Krankheits- und Behandlungskarriere hinter sich, bevor eine fachpsychotherapeutische Behandlung erfolgt.

Das hängt mit Barrieren in den Köpfen der Behandler, aber auch der Patientinnen zusammen.

Ambulant oder besser stationär?

Grundsätzlich kann eine Behandlung von psychosomatischen Störungen ambulant oder stationär erfolgen.

Durch ein intensives stationäres, multidisziplinäres, individuell angepasstes Rehabilitationsprogramm kann eine deutliche Verbesserung der Behinderung, des Handicaps und der Lebensqualität erreicht werden.

Durch eine alleinige Physiotherapie lässt sich zwar ebenfalls eine Verbesserung der Mobilität und Behinderung erreichen: diese Effekte sind aber meist nur von kurzer Dauer.

Für den Langzeiteffekt von entscheidender Bedeutung ist vermutlich weniger die Wiederherstellung der Funktion als die verbesserte Kompensation, Rekonditionierung und Adaptation an die Erkrankung und Behinderung.

Wer profitiert von welchem Angebot?

MS-Patientinnen mit *leichten bis mittelschweren* Behinderungen und einem *vielfältigen Krankheitsmuster*, profitieren am ehesten von einer intensiven stationären, multidisziplinären Rehabilitationsmaßnahme.

Für Patientinnen mit leichten Funktionsstörungen ist eine ambulante Behandlung meist ausreichend und schwerstbehinderte, bettlägerige Patientinnen sollten am meisten von regelmäßigen, ambulanten Behandlungsmaßnahmen zu Hause profitieren.

Ebenfalls wenig bis gar nicht profitieren Patientinnen mit ausgeprägten, kognitiven Defiziten, da sie in der Kooperationsfähigkeit und Lernfähigkeit eingeschränkt sind, was den Rehabilitationserfolg einschränkt oder unmöglich macht.

- **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen**, besonders dann, wenn sie wohnortfern angeboten werden, sind für Frauen mit familiären Verpflichtungen schwierig zu verwirklichen. So etwas hören wir immer wieder.

Deshalb wurden vermehrt Möglichkeiten geschaffen, um während des stationären Aufenthaltes von Müttern die Versorgung von Kindern zu gewährleisten (Vermittlung und Bezahlung einer Haushaltshilfe, Mitnahmemöglichkeiten von Kindern in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen, wie sie auch die Deister Weser Klinik anbietet).

Frauen haben Ressourcen, glauben es aber kaum

Spezifische Angebote sollten ressourcenorientiert sein. Der Begriff Doppel- bzw. Mehrfachbelastung ist untrennbar mit dem Lebensalter von Frauen verbunden.

Damit ist eine einseitige Sichtweise der Lebenssituation von Frauen verknüpft.

Das Tätigwerden in wechselnden Lebensbereichen erfordert, wie beschrieben, flexiblere Bewältigungsstrategien und erhöht dadurch vielfältige Kompetenzen wie Organisations-, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeiten.

Allerdings zeigen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Frauen, dass diese oft keinen Stolz auf diese Fertigkeiten verspüren, sondern vielmehr mit Schuldgefühlen reagieren, wenn sie glauben, den vielfältigen Anforderungen nicht vollkommen gerecht zu werden.

Dies ist vor allem bei Müttern zu beobachten, die eine Berufstätigkeit weiterführen oder wieder aufnehmen, insbesondere dann, wenn diese Tätigkeit auch noch Freude bringt.

Frauen sollten zu Veränderungen und eigenverantwortlichem Handeln ermutigt werden.

Viele psychische und psychosomatische Erkrankungen gehen mit einem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit einher. Situationen werden als unveränderbar und nicht beeinflussbar erlebt.

Die Betroffenen verhalten sich passiv, lassen Dinge „auf sich zu kommen“ und machen sich abhängig von externen Faktoren.

Informationen sind wichtig

Es ist therapeutische Aufgabe, Selbstsicherheit, Selbstbewusstsein sowie Selbstakzeptanz zu erhöhen und Frauen dadurch zu befähigen, in ihrem Lebensalltag angemessene Entscheidungen zu treffen und Problemlösungen zu erarbeiten, um die jeweils individuelle Lebenssituation günstig zu beeinflussen.

Mit der Förderung von Veränderungsbereitschaft geht auch die Forderung nach einem selbstbewussten und selbstbestimmten Umgang mit dem Gesundheitssystem einher.

Dazu gehört auf Behandlerseite insbesondere die Bereitschaft zu ausführlicher Information und Aufgeschlossenheit auch kritisch fragenden Patientinnen gegenüber.

Letztendlich ist es therapeutische Aufgabe, Hilfesuchverhalten zu erkennen und ernst zu nehmen, aber auch in allen Bereichen der Medizin die Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken.

Einem solchen Behandlungsansatz hat sich die Deister Weser Klinik verpflichtet.

„Wer nicht handelt, wird behandelt“, ist unser Wahlspruch.

Gesunde Wechselwirkungen

Dabei ist es richtig und menschenwürdig anzunehmen, dass Körper und Seele sich gegenseitig beeinflussen. Der Körper die Seele und die Seele den Körper. Diese Wechselwirkung tritt immer auf, nicht nur bei Krankheiten sondern auch im

Gesunden. Und niemals ist eine Seite die alleinige Ursache von Störungen auf der anderen. Integrative Psychosomatik spricht dieses ständige Wechselspiel an. Sie begreift, dass jedes Gefühl zu körperlichen Reaktionen und jede Körperreaktion zu Gefühlen führt. Nur in dieser Wechselwirkung ist gesundes menschliches Leben möglich. Erleben Menschen anstelle dieses natürlichen Zusammenspiels zwischen Körper und Seele beide Bereiche als voneinander getrennt, so erkranken sie.

Struktur und Arbeitsweise

Struktur und Arbeitsweise einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik unterscheiden sich grundlegend von anderen psychotherapeutischen Institutionen.

Die Voraussetzung einer gründlichen somatopsychischen Simultan- bzw. Komplementär-Diagnostik (solide organ-medizinische Funktionsdiagnostik mit entsprechend apparativer Ausstattung der Klinik, eine gründliche Psychodiagnostik und fundierte Sozialanamnese) sind ebenso erforderlich, wie ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten.

Breites Spektrum gefordert

Dieses breite therapeutische Spektrum ist notwendig, weil Patientinnen, die in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik aufgenommen werden, häufig für Psychotherapie wenig empfänglich sind.

Psychotherapieangebote werden zunächst diskriminierend und ängstigend erlebt, da diese weitgehend mit Psychiatrie gleichgesetzt werden („Ich hab’s nicht im Kopf, sondern MS!“).

Was wird mich erwarten?

So sind die Erwartungen der Patientinnen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme meist diffus und in erster Linie von einem somatischen Krankheitsangebot geprägt.

Diese Haltung entspricht der bisherigen Haltung der Patientinnen zu medizinischer Versorgung und Hilfestellung.

Thematisierung psychosozialer Faktoren

Die Thematisierung psychosozialer Faktoren und möglicher Zusammenhänge der geklagten Beschwerden lösen häufig Ängste und Vermeidungsverhalten aus. Dabei herrscht insbesondere die Furcht vor, als psychisch krank oder gestört angesehen zu werden.

Was Frauen oft davon abhält, psychologische Angebote anzunehmen: „Ich bin doch nicht verrückt!“.

Angebot, plausibel und transparent

Deshalb ist es wichtig, ein therapeutisches Angebot zu machen, das auch für die Patientinnen **plausibel und transparent** ist. Ein solches Angebot lässt sich besonders gut im Rahmen einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik machen, deren wesentliches therapeutisches Ziel es ist, die eigenen Möglichkeiten der Patientinnen zu fördern, damit diese mit ihren körperlichen, seelischen und sozialen Problemen besser umgehen können.

Welche Möglichkeiten bestehen in diesem Zusammenhang, das Angebot einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zu nutzen?

Rehabilitation

Die Rehabilitation ist insoweit von der Kur abzugrenzen, als dass sie mit einem Mehr an Pflegeaufwand, ärztlicher Betreuung und Infrastruktur verbunden ist.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Rehabilitation schwerere Beeinträchtigungen vorliegen als bei einer Kur.

Leider sind viele Definitionen von Kur und Rehabilitation unrealistisch und kontraproduktiv.

- Oft suggerieren sie, dass eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit im klassischen Sinn oder die totale Wiedererlangung der verlorenen Kompetenzen möglich ist.

Dadurch verhindern sie die Motivation zu einer teilweisen Stärkung von verbleibenden Fähigkeiten sowie die Einsicht in ein umfassend ganzheitliches Verständnis von Gesundheit.

Der medizinische Blick auf die so genannte Restgesundheit und die Heil- sowie Abwehrkräfte muss ergänzt werden durch den Blick auf emotionale, intellektuelle und soziale Komponenten des Seins.

Das Training der eigenen Regulationssysteme kann nicht nur auf den Bereich des Körpers beschränkt bleiben, wenn man Lebensqualität im Sinn hat.

Vor allem aber sollte auch an der inneren Haltung der Frauen gearbeitet werden.

Einbeziehung der Angehörigen als Pflicht

Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen zu fordern und als sinnvoll zu erachten. Wesentliche pädagogische Aufgabe und salutogenetisches Behandlungsziel ist es, Beziehungen zu stabilisieren und die Kommunikation zwischen den Frauen und ihren Angehörigen zu verbessern.

Außerdem ist es eine der Bewältigungsintentionen, soziale Beziehungen fortzuführen. Gemeinsame Angebote ermöglichen dieses Anliegen und erleichtern es.

Gleichzeitig können Angehörige, bedingt durch das Miteinander mit den Frauen, ebenfalls eine neue Haltung zu deren Problematik vermittelt bekommen und auf diesem Wege ihre Selbstverwirklichung vereinfachen:

Nicht nur die Betroffene braucht ein Selbstbild, in dem sie als vollwertiger Mensch gilt, sondern auch ihre Familie muss dieses Bild von ihr haben.

Gemeinsame Angebote

Gemeinsame Angebote sind ein entscheidendes Moment der Kommunikationsgelegenheit und somit von essenzieller Bedeutung für das soziale Wohlbefinden aller Beteiligten.

Ein weiterer wichtiger Hinweis auf den „Nutzen“ der Angehörigen, ist die angestrebte nachhaltige Wirkung der Reha-Erfahrung.

Es baut sich zwischen den Frauen und ihren Angehörigen ein wechselseitiger Einfluss auf, sodass beide auf lange Sicht ähnliche Formen der Auseinandersetzung ausbilden.

Gesundheit, Heilung und Bewältigung sind kollektive Aufgaben.

Nach der systemischen Denkweise ist die Belastungssituation eine Angelegenheit der ganzen Familie, da kein Mensch eine isolierte Einheit ist, sondern Teil größerer Systeme.

Die soziale Wirklichkeit bildet den Hintergrund der Auseinandersetzung und sie kann förderlich oder aber schädlich wirken, d.h. der Heilungsprozess wird von den Reaktionen der Familienmitglieder beeinflusst. Nur die Berücksichtigung der Angehörigen kann der schädlichen Wirkung vorbeugen.

Nutzen für die Angehörigen

Damit ist die Teilnahme an solchen Angeboten nicht nur für die Genesung der Frauen sinnvoll, sondern auch für die Angehörigen selbst.

Das Programm kann für sie eine präventive Aufgabe bekommen, im Sinne der sekundären Prävention (Beherrschung und Beseitigung von Risikofaktoren), aber auch im Sinne der primären Prävention (Stärkung der salutogenetischen Faktoren für eine gesunde Lebensführung).

Die Situation Rehabilitation: Herausforderung oder Problem?

Die Situation Rehabilitation ist für die Patientinnen eine ungewohnte Gegebenheit. Sie kommen in eine neue Umgebung, die häufig weit ab von zu Hause ist und das zu einer Zeit, in der sie durch Krankheit, vermehrte Belastungen durch Kinder, Pflege etc. gezwungen sind, sich mit ihrem bisherigen Leben auseinander zu setzen.

Viele Betroffene wünschen sich daher die Begleitung durch ihre Partner, um während der Therapie bei ihnen Beistand zu finden oder um die verbleibende Zeit gemeinsam zu verbringen.

Soziale Ressourcen nutzen

Die **Auseinandersetzung** mit der neuen Situation wird nicht nur durch innere, sondern auch durch soziale Ressourcen günstig beeinflusst.

Denn soziale Unterstützung wirkt sich positiv aus:

- Frauen zeigen weniger kontraproduktive Bewältigungsstrategien (Abwehrversuche wie Verleumdung, Verzerrung etc.);
- sie bauen größeres Selbstvertrauen auf und können sich so besser an die neuen Bedingungen anpassen;
- sie entwickeln mehr Autonomie und machen mehr Versuche, die Umgebung/Situation zu kontrollieren und zu verändern;
- sie zeigen eine bessere Zusammenarbeit mit den Medizinern/Therapeuten sowie bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten und haben daher einen günstigeren Krankheitsverlauf;
- sie erhalten mehr Informationen und Ratschläge, was auf die Bewertung der Situation und Auswahl der Bewältigungsstrategien wirkt.

Unterstützung fördert problemzentriertes Handeln

Zusammenfassend wird die Wirkungsweise sozialer Unterstützung in einem Haupteffektmodell auf 2 Ebenen angenommen:

- Emotional bedingte Effekte auf das Hormon- und/oder Immunsystem
- Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch Modellverhalten und/oder Instruktionen.

Angehörige sind auch Menschen

Andererseits beeinträchtigen Gesundheitsstörungen der Frauen auch die Angehörigen und belasten sie.

Für alle Familienmitglieder ergeben sich Einschränkungen und die gesamte Interaktion in der Familie bedarf oftmals einer neuen Organisation.

So wichtig und hilfreich Unterstützung auf der einen Seite ist, so schwer fällt sie häufig auf der anderen.

Partner fühlen sich im Umgang mit der Frau unwohl, was durchaus zu einer Beeinträchtigung ihrer Stützpotenziale führen kann. Der Umgang wird als belastend, teilweise bedrohlich erlebt, sodass sich gemeinsame Angebote positiv auf Verhaltensunsicherheiten auswirken können.

Denn oftmals haben Familienmitglieder das Gefühl, etwas falsch zu machen. Haben sie aber Einblick in die Bereiche, die den künftigen Lebensstil und die Lebensphilosophie der Frau konstituieren, kann diese Unsicherheit gemildert werden und sich darüber hinaus ein Gefühl stärkerer Gemeinschaft entwickeln.

Gemeinsame Angebote nehmen die Befangenheit.

Angehörige sind belastet

Angehörige zeigen zumeist sehr deutliche Belastungen, dabei können mögliche Belastungsquellen sein:

- Mangelnde Kenntnisse und Informationen über die Situation der Betroffenen
- Mangelndes Verständnis der medizinischen Informationen
- Ungenaue Instruktionen durch Arzt oder Therapeut
- Persönlichkeitsveränderung der Partnerin (Aggressivität, Depressivität)
- Rollenveränderungen in der Familie
- Mangelnde Kooperation der Betroffenen

Angehörige fühlen sich oft allein gelassen mit der neuen Verantwortung und haben selbst ein Bedürfnis nach Trost, Schutz und Gesprächsmöglichkeiten.

Es ist also dringend angezeigt, sich in gleicher Weise um die Belastung der Angehörigen zu kümmern, denn es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese anderenfalls krankheitsfördernd wirken.

Eine Stärkung der internen Kontrollüberzeugung, Stressmanagement oder Entspannung bekommen ihnen genauso gut wie den Betroffenen. Daher ist es auch nicht notwendig, unterschiedliche Konzepte zu entwickeln. Die Programme für Angehörige und Betroffene müssen sich nicht unterscheiden. Hinzu kommen muss jedoch für die Angehörigen eine Bewusstmachung der unterstützenden Funktionen, die sie haben können.

Belastungen treffen immer die ganze Familie

Es ist nahe liegend anzunehmen, dass die **Belastungen der Angehörigen** nicht ohne Folgen auf die Unterstützungsleistungen und damit für den Genesungsprozess der Betroffenen bleiben.

Die emotionale Unterstützung lässt genau dann nach, wenn sich die Familienmitglieder selbst überfordert fühlen. Nur Angehörige, die gelernt haben damit umzugehen, können eine effektive Unterstützung gewährleisten. Diese Fähigkeiten stellen sich allerdings nicht von alleine ein, der erforderliche Lernprozess muss initiiert werden und braucht eine kontinuierliche Begleitung.

Kann die Familie neue Anforderungen nicht hinreichend verarbeiten, wird sie zu einer zusätzlichen Belastung für die Erkrankten. Denn irgendwann besinnen sich die Angehörigen wieder stärker auf ihre eigenen Leben. Es wird ihnen einfach zu viel, ständig beistehen zu müssen, immer ein offenes Ohr zu haben und die immer gleichen instrumentellen Hilfen zu geben.

Fazit

Wir halten fest, dass soziale Unterstützung immer der Gefahr der Wirkungsumkehr unterliegt. Sie kann scheitern oder sogar schädigen. Unterstützer brauchen deshalb einen Ausgleich, die Familie muss selbst unterstützt werden. Nur so kann den physischen und psychischen Überforderungserscheinungen entgegengewirkt oder vorgebeugt werden.

Wie sehen solche Angebote in der Deister Weser Klinik aus?

Grundsätzlich sollte unterschieden werden in eine Vorbereitungs- und eine Durchführungsphase.

In einer so genannten **Stabilisierungsphase**, die zwischen dem 4. und 18. Tag erfolgt, setzen reflexive Prozesse der gesundheitlichen und psychosozialen Situation ein.

Es folgt die abschließende **Rückorientierungs- und Ausgangsphase** gegen Ende der Maßnahme. Unter der Überschrift „Und was nun weiter?“ findet eine Bilanzierung statt und vorbereitende Maßnahmen für die Weiterbehandlung am Wohnort werden getroffen.

Dabei geht es nicht immer nur um professionelle Hilfe, vielmehr werden die Patientinnen angehalten, auch andere Maßnahmen der sozialen Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z.B. **Selbsthilfegruppen**).

Da, wo es nicht möglich ist, Familienmedizin im Sinne der gemeinsamen Aufnahme von Vater, Mutter und Kindern sicherzustellen, gehören **Angehörigenseminare** zum Grundangebot der Deister Weser Klinik.

Mangel an Folgeangeboten

Im Sinne der Qualitätssicherung werden darüber hinaus – Voraussetzung ist eine wohnortnahe Belegung der Klinik – nachfolgende Angebote in Form von intensivierter Nachsorge, Gruppenangebote, Angehörigentreffen etc. gemacht.

Solche Angebote erfolgen vor dem Hintergrund, dass insbesondere gruppentherapeutische Angebote selten kurzfristig zu bekommen sind.

Da, wo gute ambulante Strukturen bestehen, sollte in gemeinsamer Kooperation darauf zurückgegriffen werden.

Psychosozial meint Beziehungsqualitäten

Da wir kranke Menschen behandeln wollen, anstatt Krankheiten, können wir die somatische Krankheitsmanifestation und ihre psychosozialen Aspekte nicht trennen.

Psychosoziale Parameter sind Beziehungsqualitäten. Das Instrument dafür ist die therapeutische Beziehung zur Patientin.

Dabei darf die psychosoziale Betreuung als Aufgabe verschiedener Berufsgruppen die Patientin nicht im Unklaren lassen, wer überhaupt für sie zuständig ist.

Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen müssen stimmen. Die vielen Helfer der verschiedenen Berufsgruppen sollen von der Patientin als Einheit, als ihr therapeutisches Team erlebt werden können.

Der Behandlungsverlauf

Am Anfang stehen die eingehende körperliche Untersuchung, notwendige diagnostische Klärung und Fragen der Medikation.

Die weiteren Behandlungsmaßnahmen, die sich an dem jeweiligen Störungsbild und der Persönlichkeit der Patientin orientieren, setzen sich zusammen aus einem kombinierten, problemorientierten und klar strukturierten Vorgehen von körperbezogenen, erlebnisaktivierenden, einsichtsfördernden und das Verhalten übenden Verfahren innerhalb des verhaltensmedizinischen Behandlungskonzeptes.

Einzelgespräche und Gruppentherapien

Die Einzelgespräche und Gruppentherapien werden überwiegend von Ärzten und Dipl.-Psychologen unter Mitarbeit der Co-Therapeuten durchgeführt.

Das Programm zur Gesundheitsförderung

Es dient den einzelnen Patientinnen dazu, ihren Gesundheitszustand aktiv zu stärken oder zu verbessern.

Dabei gehen wir davon aus, dass es nicht möglich ist, nicht psychosomatisch zu reagieren. Daraus folgt, dass man lernen kann, für die eigenen psychosomatischen Reaktionen sensibler zu sein, und dass diese Kenntnis eine wichtige Bedingung für die Aufrechterhaltung und Stärkung der Gesundheit ist. Das Training beschäftigt sich mit Information, Entspannung, Konzepten von Gesundheit, Umgang mit Medikamenten, Verhaltenstraining im Bereich der Gefühle, von Forderungen und Bitten sowie dem Umgang mit problematischen Situationen.

Die Ergotherapie

Sie dient der Belastungserprobung mit dem Ziel des Erwerbs sachorientierter und sozialer Fertigkeiten. Daneben können gezielt soziale Kompetenzen im Umgang miteinander aufgebaut werden.

Die Kreativ- und Gestaltungstherapie

Schwerpunkte dieser Gruppen sind Aktivierung und Kontaktfindung durch Umgang mit Materialien sowie die Einübung sozialer Fähigkeiten über die Entwicklung von Gruppenarbeit; Erleben und Ausdruck von Gefühlen durch Darstellung von emotionalen Inhalten mittels verschiedener Materialien, Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung durch Wahrnehmungs- und Interaktionsübungen, Verbesserung der Wahrnehmung von Beziehung zwischen emotionalen Spannungen und körperlichen Reaktionen.

Die Musiktherapie

Sie dient der Behandlung körperlicher Funktionsstörungen, unterstützt Maßnahmen zur psychischen Krankheitsbewältigung im Sinne von Verbesserung des Selbstwertgefühls, der Motivation und der Eigenaktivität, ergänzt die Behandlung innerpsychischer Kälte.

Die Integrative Bewegungstherapie

Sie fördert das Körpererleben, den Bezug zur eigenen Leiblichkeit, die Prägnanz des Körperschemas, die Sensibilität, Expressivität und Entspannungsfähigkeit. Dieser Behandlungsansatz wirkt nicht nur mobilisierend, er vermag auch verbal eingeschränkte Patientinnen in der nonverbalen Kommunikation zu erreichen.

Die Bewegungs- und Sporttherapie

Ziel dieser Maßnahme ist die Funktionsverbesserung bestimmter Körperbereiche, die Stärkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Verbesserung der vegetativen Reaktionslage. Darüber hinaus können aber auch Fragen wie Konkurrenz und Kooperation, Selbstvertrauen und Vertrauen zu anderen erlebbar gemacht und therapeutisch bearbeitet werden.

Es geht aber auch darum, im Rahmen der sportlichen Aktivitäten Alternativreaktionen zum Problemverhalten der Patientin aufzubauen und durch Aktivitäten außerhalb der Therapie die persönliche Belastungsfähigkeit zu steigern.

Die Soziotherapie

Die Soziotherapie dient der Vorbereitung der nachstationären Phase. Zusammen mit dem Patienten werden Nachsorgemöglichkeiten besprochen und Familie, Arbeitgeber sowie sonstige wichtige Bezugspersonen soweit wie möglich in die Therapie mit einbezogen.

Die Soziotherapie soll jedoch nicht primär als Serviceleistung für Patienten verstanden werden, sondern ihnen die Möglichkeiten vermitteln, ihre Ziele zu erreichen.

Die Physiotherapie und Krankengymnastik

Nach spezieller klinischer Indikation erfolgen hier gezielte Maßnahmen und Anwendungen.

Ergo-, Sport- und Soziotherapie stellen für unsere Klinik Erfahrungsräume für Patientinnen dar, in denen sie mit Hilfe von Fachkräften, die im engen Kontakt mit dem Bezugstherapeuten stehen, vielfältige Erfahrungen sammeln können.

Daher findet Therapie auch nicht primär im Büro des Therapeuten statt, sondern es ist für den Behandlungsverlauf entscheidend, dass und wie die Patientin neu gewonnene Erfahrungen zwischen Einzel- und Gruppenterminen umsetzt.

Unsere therapeutischer Schwerpunkt liegt auf der **Gruppenbehandlung**.

Die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen richtet sich nach dem Krankheitsbild.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Neben den genannten Basisgruppen, die sich mit Krankheitsbewältigung, Selbstbewusstsein, Problemlösen und Gesundheitstraining befassen, zielen die indikationsbezogenen Gruppen auf das jeweilige Krankheitsbild: z.B. Angst-, Depression-, Schmerz-, Entspannungsgruppen etc.

Die **Einzeltherapie** dient in erster Linie der Abrundung und Koordination der Gruppenbehandlungen.

Die somato-medizinische Versorgung

Zur somatischen Versorgung steht ein umfangreiches medizinisches Labor, EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Endoskopie, Fahrradergometrie, Ultraschalldiagnostik, Spirometrie und Elektroenzephalographie zur Verfügung.

Exkurs

Stress, die Krankheit an sich?

Wir wissen, dass Stress – damit ist nicht das kritische Lebensereignis selbst gemeint, sondern die vielen kleinen Alltagsbelastungen („Das Fass läuft über“) – auf Dauer krank macht.

Schlafstörungen, erhöhter Blutdruck, Gastritis, Reizdarm und Reizblase, Muskelzuckungen, Nervosität etc. werden benannt.

Lösungsansätze

Deshalb ist es wichtig, sich auch mit Stressmanagement, Problemlösen und Zeitkompetenz zu befassen, also die Fähigkeit zu aktiver Selbststeuerung zu entwickeln.

Aber auch mit unaufhörlichen Grübeleien, d.h. Gedanken, die sich im Kreise drehen umzugehen und diese abschalten zu können. Ein Weg zur Kontrolle ergebnislosen Nachdenkens ist z.B. der **Gedankenstopp**.

Daneben sind **Ablenkungen** wichtig, um Grübeleien zu beenden. Dabei werden die betreffenden Gedanken z.B. durch Aktivitäten ersetzt, die besonders hohe Aufmerksamkeit erfordern, also keine Routinetätigkeiten. Oder man beginnt etwas, von dem man weiß, dass es einen sehr interessiert.

Problemlösetraining

Problemlösetraining ist ein Verhaltensprozess, bei dem zum einen mehrere effektive Handlungsoptionen erarbeitet werden und zum anderen auch die Auswahl, Entscheidungen und Erprobungen einer dieser Alternativen angestrebt wird.

Bewährte Bausteine des Problemlösetrainings bestehen in genereller Orientierung; Formulierung des Problems; bisherige Lösungsversuche; Erarbeiten von Alternativen, z.B. durch Brainstorming; Entscheidungen und Überprüfung.

Dabei ist es selbstverständlich, dass die praktische Erprobung dazu gehört – was sonst sollte man am Ende überprüfen?

Zeitkompetenz

Stressmanagement beinhaltet auch Zeitkompetenz.

Dabei geht es nicht etwa darum, seine verfügbare Zeit systematisch einzuteilen, um möglichst viel zu schaffen und zu leisten. Man sollte sich vielmehr bewusst werden, dass Zeit nicht nur Ruhezeit und Gelegenheit dafür ist, sie mit Arbeit zu verbringen.

Zeitkompetenz kann aber nicht nur durch Informationen vermittelt werden, sondern auch durch strukturelle Rahmenbedingungen des Konzeptes trainiert werden. Freiwilligkeit, freie Zeiteinteilung, Wahl-, Entscheidungs- und Initiativemöglichkeit verlangen von den Betroffenen aktives zeitbezogenes Handeln, sodass sie das neue Wissen bereits im Rahmen der stationären Behandlung anwenden und üben können.

Was ist Grundlage unseres Handelns?

Grundlage unseres therapeutischen Handelns ist vorwiegend ein modernes verhaltenstherapeutisches Konzept.

Und was bedeutet das?

Jeder Mensch befindet sich sein ganzes Leben in einem Lernprozess. Er gewinnt neue Erkenntnisse oder neue Fertigkeiten, alte Dinge werden eventuell vergessen. Diese Lernerfahrungen führen bei jedem von uns zu individuellen Gedanken und Einstellungen, Gewohnheiten, Gefühlen, Aktivitäten oder Körperreaktionen, die wir zusammenfassen unter dem Begriff „Verhalten“.

In manchen Phasen der jeweiligen Lebensgeschichte kann es geschehen, dass sich ungünstige Verhaltensmuster entwickelt haben oder die erlernten Verhaltensmuster für den Umgang mit neu aufgetretenen Belastungen im Leben nicht mehr ausreichen, was sich u.U. in psychosomatischen Erkrankungen äußert.

Umlernen ist bis ins hohe Alter möglich!

Wir gehen davon aus, dass solche Lernergebnisse in ungünstiger Richtung wieder rückgängig gemacht oder verändert, also umgelernt werden können.

Ebenso können fehlende Lernprozesse nachgeholt werden.

Patientinnen zu Expertinnen machen

In der Therapie geht es uns darum, die Patientinnen in die Lage zu versetzen, ungünstige oder fehlende Aspekte in Ihrem Verhalten zu erkennen und zu verändern.

Wir beschäftigen uns dabei weniger mit ihrer Vergangenheit, um etwa zu sehen, wie es zu der ungünstigen Entwicklung kam. Wir überlegen vielmehr mit ihnen, was sie konkret an ihrem Verhalten ändern können, um ihr Leben zukünftig besser und ohne psychosomatische Beschwerden führen zu können.

Dafür benötigen wir die Mitarbeit der Patientinnen. Die Verhaltenstherapie ist eine sehr aktive Therapie. Sie findet nicht ausschließlich im Büro des Therapeuten statt, sondern bedient sich der Gruppenarbeit, Übungen im Umfeld und Hausaufgaben.

Dabei sind wir nur der „Katalysator“ für die Veränderungen, die Patientinnen sind die „Veränderungsassistentinnen“.

Denn nur die Betroffenen wissen, wie es in ihnen aussieht. Und nur sie können umsetzen, was wir ihnen vorschlagen.

Klinik als angstfreies Übungsfeld

Wir sehen unsere Klinik als weitgehend angstfreies Übungsfeld, das für solch ein Umlernen günstige Voraussetzungen bietet.

In der geschützten Atmosphäre dienen Einzel- und Gruppenangebote sowie der Klinikalltag mit seinem Austausch zwischen den Mitpatienten als Raum, mit eigenem Verhalten zu experimentieren und andere Eindrücke zu gewinnen.

Ihr Weg zu uns

Leistungs- und Kostenträger der stationären Behandlung sind die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 SGB VI bzw. die gesetzliche Krankenversicherung nach § 40 Abs. 2 SGB V und die Privatkrankenversicherung. Die Deister Weser Klinik ist eine beihilfefähige so genannte „gemischte Krankenanstalt“ i.S. des § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen der PKV. Die Zuweisung erfolgt außer durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen auch auf Veranlassung der Rentenversicherungsträger und der Krankenkassen.

- Setzen Sie sich wegen eines *individuellen Gesundheitsprogramms* aber gerne auch persönlich mit uns in Verbindung. Wir erarbeiten ein solches Programm mit Ihnen zusammen und machen Ihnen dann ein Angebot. Dabei berücksichtigen wir auch naturheilkundliche, komplementäre Behandlungsbausteine, die die Schulmedizin ebenfalls zur Verfügung stellt.

In Einzelfällen bitten wir um ein ambulantes Vorgespräch.

Die Deister Weser Klinik liegt 30 km von der niedersächsischen Landeshauptstadt Hannover und 15 km von der Kreisstadt Hameln entfernt oberhalb von Bad Münder. Sie ist günstig über die B 217 oder die BAB 2, Ausfahrt Lauenau zu erreichen. Auch per Bahn ist Bad Münder über die Strecke Hannover-Hamel-Altenbeke gut erreichbar.

Kontakt

Dr. Dieter Pütz
Deister Weser Klinik
Lug ins Land 5
31848 Bad Münder
E-Mail puetz@dwk.mediclin.de