

# Psychosomatische Behandlung



## Leitlinien und therapeutische Grundlagen

### **Deister Weser Klinik**

Bad Münster/Weserbergland

Fachklinik für

Psychosomatik, Onkologie und Verhaltensmedizin

---

*Leitlinien für die Psychosomatische Behandlung in der  
Deister Weser Klinik unter besonderer Beachtung  
von Qualitätsmerkmalen*

---

# Inhalt

■	<b>Die Deister Weser Klinik – Fachklinik für Psychosomatik, Onkologie und Verhaltensmedizin</b>	<b>1</b>
	Ganzheitsmedizin	
■	<b>Phasen des Therapieprozesses</b>	<b>3</b>
■	<b>Grundsätze der psychosomatischen Versorgung</b>	<b>6</b>
	Basisprogramm sowie störungs- und problem- spezifisches Programm	
■	<b>Das Behandlungsteam</b>	<b>9</b>
	Der Bezugstherapeut Weitere Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiter und deren Aufgaben	
■	<b>Allgemeine Grundsätze und Behandlungsschwerpunkte</b>	<b>11</b>
■	<b>Störungsspezifische Programme</b>	<b>13</b>
	Angstbewältigungstraining Funktionelle und somatoforme Störungen Antidepressives Verhalten Persönlichkeitsstörungen	
■	<b>Was ist uns sonst noch wichtig?</b>	<b>20</b>
	Mütter/Väter und ihre Kinder Qualität sichern und weiterentwickeln	

### *Chisholm's Drittes Gesetz*

Vorschläge, vom Vorschlagenden vorgebracht, werden von anderen anders beurteilt.

#### Folgerungen

- Wenn man so genau erklärt, dass es nicht missverstanden werden kann, so wird es jemand doch tun.
- Wenn man etwas tut, von dem man glaubt, dass es jedermanns Zustimmung findet, so wird einer dabei sein, dem es nicht gefällt.
- Vorgänge, ausgedacht den Vorsatz auszuführen, funktionieren nicht.

### *Drazen's Gesetz der Wiederherstellung*

Die Zeit, die es dauert, die Lage wieder in Ordnung zu bringen, ist umgekehrt proportional zu der Zeit, die es dauerte, die Unordnung zu machen.

#### Beispiel 1:

Es dauert länger, die Vase wieder zusammenzukleben, als sie zu zerbrechen.

#### Beispiel 2:

Es dauert länger, x-Pfund abzunehmen, als x-Pfund zuzunehmen.

## Die Deister Weser Klinik – Fachklinik für Psychosomatik, Onkologie und Verhaltensmedizin

Die Deister Weser Klinik versteht sich als Fachklinik auch aufgrund der Spezialisierung ihrer Mitarbeiter und der Tatsache, dass sie konsequent nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen behandelt.

Außerdem ist sie von ihrem Behandlungsansatz der Verhaltenstherapie verpflichtet. Verhaltenstherapie ist mittlerweile zu einem Markenbegriff geworden, der vielen Menschen etwas sagt. Und sie hat bewiesen, dass sie wissenschaftlich, wirksam und wirtschaftlich ist.

Die psychosomatische Medizin hat deutlich gezeigt, dass Regelmechanismen bei kranken Menschen so gestört werden, dass chronische, psychische, nervöse und geistige Instabilität über neuro-humorale und energetische Prozesse zu Organerkrankungen führen können.

Dabei stellen seelische Faktoren bei diesen Störungen zumindest eine Teilursache dar. Wir führen deshalb in der Behandlung die körperliche Seite (Organmedizin), die seelische Seite (Psychotherapie) und die mitmenschliche Seite integrierend zusammen.

Der Mensch ist einfach mehr als die Summe seiner Organe und ihrer Funktion.

Diese Tatsache mit den daraus resultierenden verschiedenen Wechselwirkungen haben wir je nach Ausgangslage zu berücksichtigen. Das führt zwangsläufig zur Ganzheitsmedizin.

## Ganzheitsmedizin

Unsere Patienten sehen sich in der Deister Weser Klinik nicht einer anonymen Medizin gegenüber, sondern werden in intensivem persönlichen Umgang seitens aller Therapeuten und Mitarbeiter während ihres Klinikaufenthaltes begleitet.

Es ist unser Anliegen, dass sowohl die medizinischen als auch die psychotherapeutischen Therapien in einer Atmosphäre stattfinden, in der der Mensch im Vordergrund steht.

Und zwar der Mensch als Ganzes und Einmaliges.

Ein Patient hat nicht nur körperliche Störungen und seelische Probleme, sondern er trägt auch immer Heilungs- und Wachstumspotenzial in sich, das es zu entdecken gilt.

Wir fördern in der Therapie daher auch die gesunden Anteile wie z.B. Stärken, liebenswerte Seiten, innere Kraftquellen und Wege zur Sinnerfüllung.

Gesundheit vor diesem Hintergrund bedeutet für uns Ganz-Sein mit Annehmen der inneren Widersprüche sowie Einheit von Körper, Seele und Geist in Übereinstimmung mit der sozialen und äußeren Umwelt.

### Daraus ergeben sich unsere Handlungsmaximen

- Jeder Mitarbeiter hat Vorbildfunktion für die anderen hinsichtlich der Realisierung dieser Ziele und Strategien durch
  1. Effizienz des Arbeitseinsatzes
  2. Sparsamkeit des Mitteleinsatzes
  3. Konstruktive Zusammenarbeit
- Das Klinikinteresse geht vor Einzelinteressen. Bei jeder Entscheidung sind die Gesamtkonsequenzen zu berücksichtigen.
- Exzellente Ergebnisse abzuliefern erfordert die volle Identifikation mit der Klinik.
- Entscheidungen und Vorgaben sind intelligent auszuführen, sie sind aber auszuführen.

- Konstruktive Kritik zu üben und zu ertragen ist Pflicht jedes Mitarbeiters.
- Probleme lösen – nicht Schuldige suchen.
- Jeder darf Fehler machen – nur nicht zu viele und vor allem nicht den Fehler, ihn zum Schaden der Klinik zu verschleiern.
- Die Kompetenz der anderen Abteilungen anerkennen heißt auch, konstruktives Hinterfragen anderer Abteilungen akzeptieren und kompetent beantworten.
- Beherrschbare Risiken eingehen.
- Leistung verlangt Gegenleistung.
- Der Patient entscheidet über die Qualität der Behandlung.
- Die Deister Weser Klinik muss für alle externen Beziehungen als kompetenter, fairer und verlässlicher Partner gelten.
- Jeder Einzelne hat die Pflicht, Initiative zu zeigen.
- Lebenslanges Lernen ist notwendig, um die Deister Weser Klinik jung zu halten.

Übertragen auf unsere tägliche Arbeit bedeutet dies

- Umsetzen der beschriebenen Grundsätze auf die therapeutische Beziehung
- therapeutisches Arbeiten im Sinne des aktuellen Störungs- und Veränderungswissens
- zeitnahe und aussagefähige Informationserfassung der Behandler, Einweiser und Kostenträger
- ein weitgehend reibungsloses Miteinander aller Klinikmitarbeiter. Nur dadurch entsteht ein therapeutisches Klima, das letztendlich über die Qualität des Klinikaufenthaltes mit entscheidet.

Denn wie bei jeder Psychotherapie, sind es auch hier die „unspezifischen Faktoren“, die Wirkung zeigen.

Wir müssen zu der Erkenntnis gelangen, dass wir alle nur Räder im Getriebe des therapeutischen Prozesses innerhalb der Deister Weser Klinik sind. Jeder hat seinen definierten Platz im Gesamtablauf. Niemand kann den Gesamtprozess alleine in Gang halten und der therapeutische Erfolg ist nie das Verdienst eines Einzelnen. Erst die Summe, die Zusammenarbeit aller am jeweiligen Platz, ergibt ein gutes Gesamtergebnis.

- Dabei ist es Aufgabe der Bezugstherapeuten – wie später noch gezeigt werden wird –, dieses Gesamtergebnis anzustoßen, gemeinsam mit dem Patienten zu spezifizieren, mit den Mitarbeitern zu kooperieren und letztlich gegenüber der ärztlichen Leitung zu verantworten.

Das Delegieren an andere Mitarbeiter, ohne zeitnahe Rückfrage nach dem Fortgang, die Schuldzuweisung an „andere“ oder „den Computer“ bzw. „das Konzept“ entbinden den Bezugstherapeuten nicht von dieser Verantwortung.

Bloßes Delegieren widerspricht dem Prinzip der Verhaltenstherapie, wonach Prozesse transparent und verständlich sein sollen.

### Ein Wort noch zu den allgemeinen Regeln der Höflichkeit

Wir sind in der Deister Weser Klinik zu Hause. Jeder Patient ist damit Gast in unserem Hause – und wird auch so behandelt.

Das heißt, wir haben immer ausreichend Zeit für ihn, wenn nicht sofort, dann kurze Zeit später.

Wir hören ihm zu und verstehen sein Anliegen nicht als Angriff oder Auswuchs seines „bösen Willens“, sondern als seine subjektive Eigenheit.

Wir nehmen ihn ernst, lachen mit ihm, aber nicht über ihn.

Wenn wir Patienten begegnen, grüßen wir sie. Viele unserer Patienten haben Probleme im zwischenmenschlichen Umgang. Sie sind verunsichert, wenn wichtige Bezugspersonen sie ignorieren. Und sie haben kein Verständnis dafür, dass therapeutische Mitarbeiter Vorbild dafür sind, wie es nicht gemacht werden soll.

Höflichkeit trägt zum guten Klima bei, schafft Vertrauen und nimmt Patienten das Gefühl, nicht willkommen zu sein, abgelehnt zu werden. Auch das kennen viele psychosomatische Patienten aus ihrer Krankheitsgeschichte.

## Phasen des Therapieprozesses

Zu Beginn gilt es, die Phasen des Therapieprozesses zu planen und zu strukturieren:

- Erstkontakt und Phase der Analyse
- Zielformulierung
- Therapeutisches Angebot
- Einsatz therapeutischer Verfahren
- Stabilisierung, Ablösung und Beendigung

Dabei ist alles, was sich in der Therapie ereignet, gleichzeitig sowohl konkrete Verhaltenstherapie als auch Beziehungsarbeit. Es soll aber nicht der Eindruck erweckt werden, das zwischenmenschliche Geschehen in der Therapie werde lediglich durch den Therapeuten bestimmt. Die Interaktion wird genauso vom Beziehungsverhalten des Patienten geprägt.

Der Erstkontakt, für uns der Aufnahmetag, erfüllt wesentliche Aspekte:

1. Gegenseitiges Kennenlernen und Informationsaustausch. Wir brauchen die Mitarbeit des Patienten, um arbeiten zu können. Nur er kann uns sagen, wie es ihm geht. Wenn wir der Katalysator für den Veränderungsprozess sind, ist er unser Veränderungsassistent. Der Patient kommt mit ganz bestimmten Erwartungen zu uns. Er hat charakteristische Bedürfnisse, die er erfüllt wissen will. Dazu gehört, dass er uns klar machen möchte, dass er ein Problem hat und Hilfe benötigt. Es ist ihm auch wichtig, sich als Person darzustellen, d.h. seinem Gesprächspartner nahe zu bringen, was er für seine Stärken und Vorzüge hält. Dieses Bedürfnis nach positiver Selbstdarstellung kann manchmal den Beginn der Therapie so überlagern, dass der Eindruck entsteht, der Patient bagatellisiere seine Beschwerden. Im weiteren Kontakt wünscht sich der Patient Aufmerksamkeit, Interesse, emotionale Wärme und Toleranz im Rahmen des gemeinsamen Arbeitsbündnisses.

Er hat das Bedürfnis, seinen Therapeuten möglichst schnell einschätzen zu können, um ihn an dessen Therapeutenmodell zu messen. Das sollte den Therapeuten veranlassen, sich möglichst wenig hinter unpersönlichem Gehabe und Geheimnistuerei zu verbergen. Dabei ist es wichtig, die Funktion von Fragen eines Patienten zu reflektieren, zu besprechen und für den therapeutischen Prozess zu nutzen.

2. Es ist für den Patienten unbedingt erforderlich, so schnell wie möglich positive Effekte zu erfahren. Er wird das Erstgespräch umso erfolgreicher erleben, wenn er den Eindruck gewinnt, dass für ihn ein Erfolg versprechendes Geschehen in Gang kommt. Das ist für ihn dann der Fall, wenn er sich vom Therapeuten, zumindest vorläufig, als Patient angenommen fühlt und dieser seine therapeutische Absicht, z.B. durch klare Absprachen dokumentiert. Die Übernahme erster, inhaltlich relevanter Aufgaben, hier Verfassen eines Lebensfragebogens, können dieses Gefühl eines Neubeginns noch verstärken. Unser Fragebogen macht deutlich, dass der Patient arbeiten muss. Er möchte etwas verändern, wir geben Hilfe zur Selbsthilfe. Dafür ist es unerlässlich, den Fragebogen spätestens vor dem nächsten geplanten Einzelgespräch vorliegen und bearbeitet zu haben. Gemeinsam wird er dann in der Sitzung besprochen. Das gibt dem Patienten das Gefühl, ernst genommen zu werden, eröffnet ihm die Möglichkeit zur Ergänzung und Klarstellung und bietet Raum für Fragen des Patienten und des Therapeuten. Denn erst wenn wir das Problem des Patienten verstanden haben, können wir es analysieren. Während der Therapeut dabei die professionelle Rolle übernimmt, wird vom Patienten die Übernahme einer kooperierenden Rolle erwartet. Der Therapeut hat die Stunde zu gestalten. Meist strukturierter und direkter als bei anderen Psychotherapieverfahren.

Dazu gehören

- Warming-up zu Beginn der Stunde
- Rekapitulation der letzten Stunde und Ist-Zustand innerhalb der Therapie
- Nachbesprechen der therapeutischen Aufgaben
- Das Fokussieren auf ein ausgewähltes Problem
- Vorbesprechen der Übungen und Aufgaben für die nächste Stunde
- Beenden der Sitzung

Es können verschiedene Stolpersteine auftreten:

- Das Warming-up hört nicht auf, Patient bleibt in Alltagsplauderei verhaftet (oder Therapeut)
- Immer wieder tauchen neue Katastrophen auf und verhindern ein kontinuierliches Arbeiten
- Erreichte Fortschritte werden wieder abgewertet und Behandlungsziele verändert
- Therapeutische Aufgaben wurden nicht gemacht
- Das Kommunikationsverhalten des Patienten macht das Fokussieren auf ein Problem unmöglich
- Der Patient berichtet gegen Ende der Sitzung über ein neues, großes Problem

Es gibt keine „kochbuchartigen Lösungen“ für diese Probleme. Häufig treten Probleme dadurch auf, dass Patienten den Therapeuten unter Zeitdruck setzen (wollen). Symptome, die seit Jahren bestehen, sollen nun innerhalb weniger Wochen beseitigt werden.

Unerfahrene Therapeuten werden eventuell versuchen, daraufhin mit allem Engagement und allen zur Verfügung stehenden Techniken und Programmen – oft auch noch unter Verzicht auf eine Verhaltensanalyse – zu therapieren. Was dann geschieht, ist folgerichtig dies: der Patient berichtet, dass alle Empfehlungen nichts geholfen haben, die Zeit nun noch mehr drängt und ihm endlich geholfen werden müsse. Das führt beim Therapeuten dazu, dass er sich für den Misserfolg verantwortlich und schuldig fühlt und sich noch mehr unter Druck setzt, um endlich ein vom Patienten akzeptiertes Ergebnis vorlegen zu können.

Der erfahrene Therapeut wird sich bewusst machen, dass es sich hier um ein Problemverhalten handelt, das der Patient auch in seinem sozialen Umfeld zeigt. Da es bisher nicht zur Problemlösung beigetragen hat, ist es nicht zu unterstützen, sondern zu problematisieren („Die erste Woche habe ich ja nichts zu tun!“). Und es wird deutlich, dass der Patient wenig Verantwortung für seinen Änderungsprozess übernimmt. Hier kann eine hilfreiche Intervention sein, mit dem Patienten zu überlegen, was dabei herauskommen kann, wenn Lösungen unter Druck und Zeitdiktat angestrebt werden.

Eine andere Strategie ist es, den Therapeuten dadurch unter Druck zu setzen, dass er am Symptom wegen dessen Schwere etwas ändern muss, d.h. ihn mitleiden zu lassen. Nun ist Mitfühlen eine therapeutische Basisvariable, nicht aber Leidensdruck beim Therapeuten. Wird dieser Druck an den Therapeuten weitergegeben, führt das häufig dazu, dass der Therapeut mehr arbeitet als der Patient. Das ist falsch und ungesund. Jede vom Therapeuten erarbeitete Problemlösung ist nur von vorübergehender Dauer.

Nur der Patient selbst kann einen dauerhaften Weg aus dem Symptom oder auch mit dem Symptom finden. Sobald den Therapeuten das Leiden eines Patienten „bedrückt“, muss er sich in der Supervision fragen, warum er sich mit dem Patienten so identifiziert und welche Teile seiner Lerngeschichte hier angesprochen werden.

3. Es ist Aufgabe des Therapeuten, mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln der Informationsverarbeitung in Bezug auf professionelles Wissen und Erfahrung dem therapeutischen Prozess Impulse zu geben und den Patienten so an eigene Konflikt- und Problemlöseaktivitäten heranzuführen. Dabei gibt es auf Seiten der Patienten auch schon einmal Zweifel an der Kompetenz des Therapeuten. „Sie sind aber noch sehr jung“, „Sind Sie Psychologe oder Arzt?“, „Haben Sie schon einmal so ein Krankheitsbild behandelt?“ sind Fragen, die unerfahrene Therapeuten stark verunsichern können. Meistens enden sie in Rechtfertigungsversuchen oder mühsamer Demonstration eigener Kompetenz. Andere wiederum reagieren mit völliger Offenlegung ihres Ausbildungsstandes.

Wichtig ist aber, den Hintergrund der Patientenfrage zu verstehen: Jeder Patient hat den Wunsch, kompetent und erfahren behandelt zu werden. Die Angst, dies könne nicht geschehen, ist zu verstehen. Was davon gesondert betrachtet werden muss, ist das Alter, die Berufszugehörigkeit oder die Erfahrung mit einem bestimmten Krankheitsbild. Gerade junge Therapeuten sind oft besser ausgebildet, befinden sich in Supervision und haben noch eine gehörige Menge Selbstkritik. Dimensionen, die in der Arbeit mit Patienten von Vorteil sein können.

Aber auch eine andere Seite hinsichtlich der Anforderung an den Therapeuten ist genau zu beachten: „Sie sind der einzige Mensch, der mir noch helfen kann!“ Die Gefahr, sich hier unter Beweisdruck zu setzen, ist offensichtlich. Dabei wird die Frage wichtig, weshalb jemand mit vielen unterschiedlichen Therapieversuchen bisher nichts anzufangen wusste, und warum gerade nun ich, mit meinem Ansatz, besser sein soll als die anderen Kollegen vorher.

4. Der Therapeut hat ein echtes, jedoch ausschließlich berufliches Interesse an der Lösung des Patientenproblems. Im Sinne der Abstinenz verzichtet er auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse im Rahmen dieser Beziehung. Dafür muss er die aufkommenden Gefühle kontrollieren und regulieren können.
5. Es ist Aufgabe des Therapeuten, sich an entscheidenden Punkten der Therapie anders zu verhalten, als es die Lernerfahrungen des Patienten in seiner sozialen Umwelt erwarten lassen, um für den Patienten neue Beziehungserfahrungen und neue Lernsituationen zu schaffen.
6. Der Verhaltenstherapeut schlägt explizit vor, spezifische Veränderungen – etwa im Affekt oder im Verhalten – zu bewirken. Das ist anderswo nicht so selbstverständlich. Man hält sich da bedeckter.

7. Der Verhaltenstherapeut bemüht sich in seinem Vorgehen um größtmögliche Transparenz. Er erläutert seinen Plan. Er will die Problemanalyse plausibel machen und leitet daraus eine Strategie sowie Einzelschritte ab, deren Funktionsweise nachvollziehbar sein sollen. Er ermutigt zur Kritik an seinem Vorgehen und wertet sie als Indiz für gute Zusammenarbeit.
8. Der Verhaltenstherapeut verzichtet auf „Abschirmung durch ritualisierte Distanz“ und damit auf Unnahbarkeit. Er nimmt Kontakt zu Bezugspersonen auf und begibt sich, etwa bei gemeinsamer In-vivo-Arbeit, in den natürlichen Lebensraum des Patienten (Problem wird am besten dort gelöst, wo es entsteht!).
9. Die Therapie wird für einen überschaubaren, relativ kurzen Zeitraum geplant, in dem Wesentliches geschehen soll. Bei uns meist innerhalb von sechs Wochen. Und die Beziehung ist dann auch mit Abschluss der Therapie beendet.
10. Über jeden Patientenkontakt muss eine Aufzeichnung angefertigt werden. Dabei genügt es, Stichworte über den wesentlichen Inhalt der Sitzung, besondere Aspekte und vereinbarte Aufgaben zu notieren. Dies kann durchaus während der Sitzung geschehen, vorausgesetzt, die Patienten können ungestört sprechen und behalten das Gefühl, gehört zu werden. Auch sind die Arbeitsblätter über therapeutische Aufgaben der Akte beizufügen. Diese Dokumentation dient nicht nur dazu, sich Inhalte wieder schneller ins Gedächtnis rufen zu können, sondern sie ist auch aus rechtlichen Gründen notwendig. Auch wird die Dokumentation bei allen Fragen eines Patientensuizids, einer Kunstfehlerklage bis hin zu Vorwürfen eines sexuellen Missbrauchs den zentralen Anhaltspunkt über das Handeln des Therapeuten darstellen.

## Grundsätze der psychosomatischen Versorgung

Das Therapieschema ist auf eine durchschnittliche Verweildauer von sechs Wochen angelegt und gliedert sich in ein Basisprogramm und ein störungs- und problemspezifisches Programm.

Dabei ist das Basisprogramm so angelegt, dass eine Mindestbehandlungsdauer von vier Wochen sowohl aus inhaltlichen als auch aus konzeptionellen Gründen nicht unterschritten werden sollte.

Die ersten beiden Wochen des Basisprogramms dienen der Bedingungs- und Verhaltensanalyse – weiterhin der inhaltlichen und motivationalen Vorbereitung der Patienten auf die sich anschließenden spezifischen Bausteine. Er muss von der folgenden Behandlung überzeugt sein und sie mittragen.

Die störungsspezifischen Programme sind auf vier Wochen angelegt. Sie enden mit der Erarbeitung der kurz- und langfristigen Konsequenzen, die aus den Behandlungsschritten zu ziehen sind, dem Transfer in den Alltag sowie der konkreten Nachsorgeplanung.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Behandlungsverläufe entstehen, in denen sich nur das Basisprogramm umsetzen lässt. Entweder weil dieses Programm ausreicht, die störungsspezifischen Fragestellungen anzugehen oder diese in den Einzelgesprächen bearbeitet werden müssen.

Das Basisprogramm erreicht mehr als zwei Drittel aller Patienten. Es setzt sich zusammen aus der Problemlösegruppe, dem Selbstsicherheitstraining, dem Psychologischen Gesundheitstraining, der Progressiven Muskelentspannung, einer Therapieeinheit aus dem Bereich der Ergo-/Kreativtherapie oder Musiktherapie, dem Teamsport und der Sportgruppe „Spiel und Sport“.

Problemlösegruppe	2 /Wo.	2 x 90 Minuten
Selbstsicherheitstraining	2 /Wo.	2 x 90 Minuten
Psych. Gesundheitsprogramm	3 /Wo.	3 x 90 Minuten
Progressive Muskelrelaxation	5 /Wo.	5 x 30 Minuten
Teamsport	2 /Wo.	2 x 60 Minuten
Sport und Spiel	2 /Wo.	2 x 60 Minuten
Ergo-/Kreativtherapie	2 /Wo.	2 x 90 Minuten
Oder Musiktherapie	2 /Wo.	2 x 90 Minuten
Gesamt	18/Wo.	1080 Minuten = 20 Std. pro Woche

*Problemlösetraining:* Die Indikation für diese Gruppe wird großzügig gestellt. Es dient der Weiterführung in der Verhaltens- und Bedingungsanalyse, schafft Möglichkeiten zu sozialem Lernen und erlaubt es, interaktionelle Verhaltensmuster der Patienten zu registrieren und der Bedingungsanalyse hinzuzufügen.

Die Bestandteile sind:

- Identifizieren und Spezifizieren des Problems
- Analyse des Problems
- Aufstellen von Zielen
- Durchführen von Schritten
- Bewerten der Ergebnisse

Die in solchen Problemlösungsprozessen erkennbaren Merkmale der geplanten, zielorientierten, schrittweise aktiven Vorgehensweisen sind grundlegende Charakteristika verhaltenstherapeutischer Strategien.

#### *Selbstsicherheitstraining:*

Selbstsicherheit stellt ein kontinuierliches Verhaltensspektrum dar, mit seiner Ausprägung zwischen Aggression auf der einen und Unsicherheit auf der anderen Seite. Damit ist bei weitem mehr gemeint als „sich durchzusetzen“, nämlich eine Einheit aus Kognition, Emotion und Handeln: eigene Gefühle und Rechte kennen und akzeptieren, ein inneres Gefühl von Selbstsicherheit haben, was häufig als Selbstvertrauen bezeichnet wird, und verantwortungsbewusstes, effektives Handeln bei der Behauptung der eigenen Rechte und dem Erleben von Gefühlen.

Damit meint selbstsicheres Verhalten jede sozial gebilligte Form des Ausdrückens eigener Gefühle und persönlicher Rechte.

#### *Psychologisches Gesundheitsprogramm:*

Im Mittelpunkt stehen die Phänomene Krankheitsverhalten und Gesundheitsverhalten. Dabei ist Krankheitsverhalten jedes inadäquate Verhalten, das aus Problemen folgt und sie aufrechterhält, oder Verhalten, das Problemen vorangeht und deren Entwicklung begünstigt.

Diese funktionalen Beziehungen bestehen grundsätzlich auch für Gesundheit und Gesundheitsverhalten: Verhalten, das aus Gesundheit folgt im Sinne einer Konsequenz, oder Gesundheit vorausgeht im Sinne der Antezedenz. Dabei meint Verhalten die Summe aller Lebensäußerungen, unterschieden in „äußeres“ (beobachtbares) und „inneres“ (verdecktes) Verhalten.

Somit ergeben sich folgende Basiskompetenzen, die vorhanden/nicht vorhanden oder nur teilweise bewusst sind:

- Selbstkontrolle und -regulation psychophysiologischer Erregungsprozesse
- Kognitionskontrolle als Fähigkeit zu ziel- und handlungsorientiertem komplexen Denken
- Soziale Kompetenz im Sinne aktiver Anpassungs- und Entwicklungskompetenzen im Umgang mit der sozialen Umwelt
- Ökologische Kompetenz im Umgang mit der physikalisch-chemischen Umwelt

### *Progressive Muskelentspannung:*

Sie stellt ein Basistherapeutikum mit einem weiten Anwendungsfeld dar. Unter lerntheoretischen Gesichtspunkten kann das Entspannungstraining im Sinne einer erlernten Reiz-Reaktions-Verbindung aufgefasst werden. Es strebt psychophysiologische Veränderungen an, die den durch akute Belastungssituationen ausgelösten Reaktionen entgegengesetzt sind. Somit stellt ein Entspannungstraining bei sachgerechter Vermittlung einen entscheidenden Wirkfaktor dar. Er kann aber nur erreicht werden, wenn der Transfer in Alltagssituationen etwa dadurch gefördert wird, dass konkrete Hilfe für die Anwendung des Trainings im Alltag gegeben wird.

### *Ergo-/Kreativtherapie:*

Bei zielgerichteten indikativen Gruppen stellt sich die Frage nach der Indikation für diese Gruppen. Offensichtlich ist diese im Fall von grundlegenden Störungen des Tätigseins oder des Arbeitsbereichs, wie z.B. geringer Konzentration, inadäquatem Arbeitstempo, Mangel an manuellem Geschick oder psychomotorischer Fähigkeiten sowie bei Defiziten im Vorstellungsbereich und anderen kognitiven Funktionen. Nimmt man zur Indikation die gesamten kunsttherapeutischen/kreativitätstherapeutischen Ansätze dazu, rücken weitere Problembereiche ins Blickfeld: überkontrollierte Patienten, Patienten mit stereotypen, eingeengten Bewältigungsstrategien, introvertierte und rationalisierende Patienten, solche mit Defiziten im emotionalen Erleben und Ausdruck von Gefühlen, Patienten mit deutlicher Diskrepanz zwischen Selbstbild und Fremdeinschätzung oder zwischen Selbstbild und konkretem Verhalten. Praktische Übungen aus dem Alltagsleben kommen für Patienten mit Defiziten bei der befriedigenden und erfolgreichen Lebensführung hinzu.

Insbesondere bei psychosomatischen Patienten lassen sich häufig sozioemotionale Einseitigkeiten feststellen, die im Arbeits- und Leistungsbereich zu erheblichen zwischenmenschlichen Problemen führen können (z.B. Mobbing). Angeboten werden so genannte Materialgruppen (z.B. Ton, Speckstein, Malen, Holz etc.); Projektgruppen sowie Gestaltungs-, Medien- und Ausdrucksgruppen.

### *Teamsport sowie „Sport und Spiel“:*

Im Rahmen der Psychosomatik, die sich mit den wechselseitigen Einflüssen von Erleben und Befinden eines Menschen auf sein körperliches Geschehen bzw. den Auswirkungen von körperlichen Befindlichkeiten und Krankheiten auf psychisches Wohlbefinden befasst, stellt eine sporttherapeutische Zugangsweise geradezu eine zwingende Notwendigkeit dar. Im Rahmen der Verhaltenstherapie wird der Begriff des Verhaltens weiter differenziert und in verschiedene Ebenen körperlich-psychischen Befindens unterteilt:

#### **motorisch**

Veränderung des symptomatischen Verhaltens; Verbesserung motorischer Grundfertigkeiten wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Geschicklichkeit etc.; Vermittlung elementarer sportlicher Fertigkeiten; Steigerung des motorischen Fertigkeitenniveaus

#### **physiologisch**

Wiederherstellen körperlicher Leistungsfähigkeit; Stabilisierung physiologischer Parameter; körperliche Fitness

#### **kognitiv**

Wissen um Sport/Bewegung und deren Möglichkeiten (z.B. Zusammenhänge zwischen Symptom und sportlicher Aktivität); physiologische Kenntnisse über körperliche Abläufe bei sportlicher Betätigung, Stress, Angst etc.; Wissen um körperliche Trainingseffekte; Beeinflussung destruktiver Selbstgespräche (z.B. bezüglich Anspruchsniveau, Leistungsfähigkeit, eigener Grenzen etc.)

#### **affektiv**

Freude an der Bewegung; positives Körpererleben; Erfolgserlebnisse und adäquater Umgang mit Misserfolgen; Bewusstmachen von Gefühlszuständen (Ärger, Freude) in Abhängigkeit von bestimmten Auslösesituationen (Konflikt, Erfolg/Misserfolg); Förderung von Gefühlsausdruck

#### **sozial**

Kontaktaufnahme und gegenseitiger Austausch nonverbal und verbal; Gruppenfähigkeit; Integration in die Gruppe; selbstbestimmtes Handeln in sozialen Situationen; Kooperation und fairer Wettbewerb

### *Musiktherapie:*

Aktive Gruppenmusiktherapie ist ihrem Wesen nach zunächst menschliche Begegnung. Unter therapeutischen Gesichtspunkten hat sie Störungen mit Krankheitswert im zwischenmenschlichen Bereich zum Gegenstand. Sie ist eine spezifische Form der Gruppenpsychotherapie mit anderen Mitteln. Das therapeutische Prinzip musikalischer Tätigkeit ist ein handlungsorientiertes Prinzip, wobei therapeutische Wirkungen durch das aktive Handeln des Patienten erzielt werden. Musik wird hier als Handlungsmittel verstanden und entsprechend eingesetzt. Inhaltlich richtet sich diese Art der Therapie auf die Auflösung und Entwicklung spezifisch gewünschter, intrapsychischer und interpersoneller Prozesse, auf die Veränderung von Einstellungen und Erlebnis- bzw. Verhaltensweisen. Musikalisch ausgelöste Prozesse dieser Art sind in hohem Maße emotional intendiert. Die Wirkungen sind von der subjektiven und situativen Verfassung des Patienten sowie seinen gelernten und aktuellen Beziehungen zu bestimmter Musik abhängig. Dabei ist die Beziehung zur Musik weitgehend rezeptiv und konsumorientiert. Ihre Funktion ist die der Zerstreuung oder Ablenkung. Daher wird so genannte „schwere Musik“ häufig abgelehnt, weil sie zu anstrengend, zu unverständlich und zu belastend sei.

Eigene musikalische Aktivität gab es bei den Patienten selten oder nur in längst vergangener Zeit. Sie wird daher im therapeutischen Zusammenhang teilweise gefürchtet, weil man glaubt, unmusikalisch zu sein, d.h., mit einer Tätigkeit konfrontiert zu sein, mit der konkrete Erfahrungen kaum oder nicht vorhanden sind. Aktive musikalische Betätigung wird als „Kunst-Machen“ definiert und dementsprechend in den Bereich der Expertentätigkeit delegiert. Leistungsdenken, Bewertungen, Sich-Blamieren-Können, Sich-Trauen etc. sind häufige Themen.

## Das Behandlungsteam

### *Anweisungen und Verhaltensregeln für Bezugstherapeuten (BT)*

Der BT ist für alle Aspekte zuständig, die für seine Patienten im Rahmen der stationären Behandlung von Bedeutung sind. Er ist Hauptansprechpartner für den Patienten in allen Angelegenheiten. Kein anderer Behandler der Klinik darf – außer in Notfällen – mit diesem Patienten irgendwelche Absprachen treffen oder Interventionen durchführen, ohne dies mit dem BT abzustimmen bzw. von ihm beauftragt worden zu sein. Sollte dies aus einer Akutsituation heraus notwendig sein, ist als Erster der BT davon zu unterrichten. Werden andere Behandler von Patienten von sich aus in Anspruch genommen, verweisen diese auf den BT.

Neben der Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, der Erstellung einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse und der Umsetzung darauf aufbauender Interventionen kommt es für den BT darauf an, sich selbst als Moderator, als Koordinator dem Patienten zur Verfügung zu stellen. Der BT ist dem Patienten dabei behilflich, nach Festlegung der Veränderungsziele die verschiedenen, in der Deister Weser Klinik verfügbaren Lernmöglichkeiten zu nutzen und, nur für den Fall, dass indizierte therapeutische Maßnahmen zum erforderlichen Zeitpunkt nicht verfügbar sind, diese Interventionen selbst durchzuführen.

Ziel der Therapie ist nicht eine „ambulante Therapie in der Klinik“, sondern eine stationäre psychotherapeutische Behandlung. Dem widerspricht das starke Bezogensein auf einzeltherapeutische Kontakte – sowohl auf Seiten vieler Therapeuten als auch auf Seiten der Patienten. Damit wird der Nutzen der diversen therapeutischen Angebote in der Deister Weser Klinik reduziert, und Patienten besprechen wichtige Themen nicht mehr in der Gruppe, sondern mit ihrem BT.

Die Anforderungen an den BT im stationären Bereich sind groß. Denn neben den inhaltlichen und fachbezogenen Behandlungsthemen ist der BT auch für eventuell notwendige kontrollierende, sanktionierende und organisatorische Maßnahmen zuständig. Ergeben sich aus Regelverstößen Sanktionen, ist der BT auch dafür verantwortlich, diese durchzusetzen und dem Patienten gegenüber zu vertreten. Auch scheinbar organisatorische Fragestellungen (z.B. Pläne, Disposition, Diät etc.) sind vom BT zu bearbeiten.

Die mit dem Patienten vereinbarten Gruppentherapien gilt es, vom BT immer wieder hinsichtlich der dort gemachten Erfahrungen zu hinterfragen. Es ist ein großer Fehler, wenn der BT sich nicht darum kümmert, sondern sich ausschließlich in den Einzelgesprächen mit anderen „wichtigen“ Themen beschäftigt. Erst die gesamte Nutzung und Integration von Gruppenerfahrungen macht aus der Behandlung in der Deister Weser Klinik eine stationäre Behandlung. Dabei ist darauf zu achten, dass die verhaltenstheoretischen und lerntheoretischen Grundlagen feste Regelbestandteile der jeweiligen Therapiekonzepte in der Einzeltherapie und in der Gruppentherapie sind. Zusammengefasst heißt das, dass der BT ausschließlicher Ansprechpartner für seine Patienten ist. Er verantwortet sämtliche Vorgänge und Abläufe, die seine Patienten betreffen. Das heißt nicht, dass er alles selbst können muss. Er muss vielmehr über eigene Kompetenz hinaus sämtliche Fachdisziplinen innerhalb und außerhalb der Klinik heranziehen, die ihm bei der Beurteilung von Krankheitszuständen und deren Behandlung behilflich sein können.

Das zwingt zu einer kontinuierlichen Kooperation, schafft optimale interdisziplinäre Lernmöglichkeiten und beschleunigt die Lösung institutioneller Probleme, weil jeder hinsichtlich der Umsetzung seiner Funktion an einer schnellen und erfolgreichen Lösung von Problemen interessiert ist. Auch die Verantwortung für Lösungsbestrebungen wird nicht mehr hierarchisch nach „oben“ delegiert – somit sollen Kompetenzen in der Klinik ohne größere Reibungsverluste maximal ausgeschöpft werden.

## Weitere Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiter und deren Aufgaben in der Deister Weser Klinik

Folgende weitere Fachdisziplinen sind vorhanden:

*Ärzte* für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Sozialmedizin, Naturheilverfahren, Homöopathie, Innere Medizin, Hämatologie, internistische Onkologie und Gynäkologie

*Diplom-Psychologen.* Ihnen obliegt, wie auch den ärztlichen Kollegen, die psychotherapeutische Versorgung ihrer Patienten. Sie beteiligen sich an der Gesundheitsbildung/-vorsorge durch Vorträge und Initiative, unter der Überschrift „Gehe in eine gute Rehabilitationsklinik, wie in eine gute Schule!“. Sie bilden sich fachlich fort und beteiligen sich durch Mitarbeit an der Fortbildung des Klinikpersonals. Sie führen therapeutische Maßnahmen wie Einzel- und Gruppentherapien durch, zu ihren Aufgaben gehört in Absprache die Durchführung spezieller psychologischer Diagnostik.

*Ergo-, Kreativ-, Musik- und Gestaltungstherapeutinnen.* Die Ergotherapie dient der Belastungserprobung und individuellen Leistungsbeurteilung mit dem Ziel, sachorientierte und soziale Fertigkeiten zu erwerben. Außerdem können gezielt soziale Kompetenzen im Umgang miteinander aufgebaut werden. Kreativ- und Gestaltungstherapie haben ihre Schwerpunkte in der Aktivierung und Kontaktfindung durch Umgang mit Materialien und dem eigenen Körper sowie der Einübung sozialer Fähigkeiten über die Entwicklung von Gruppenarbeit. Erleben und Ausdruck von Gefühlen durch Darstellung von emotionalen Inhalten mittels verschiedener Materialien; Spannungsreduktion und körperliche Reaktionen werden geschult.

*Musiktherapie* dient der Behandlung körperlicher Funktionsstörungen und unterstützt Maßnahmen zur seelischen Krankheitsbewältigung im Sinne einer Verbesserung des Selbstwertgefühls, der Motivation und der Eigenaktivität. Sie ergänzt die Behandlung innerseelischer Konflikte.

*Bewegungs- und Sporttherapeuten* bemühen sich um die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und vegetativen Reaktionslage. Fragen wie Konkurrenz und Kooperation, Selbstvertrauen und Vertrauen zu anderen werden hier erlebbar gemacht und therapeutisch bearbeitet.

#### *Krankengymnastinnen und medizinische Bademeister Diätassistentinnen*

Die *Soziotherapie* dient der Vorbereitung hinsichtlich der nachstationären Phase und soll insbesondere der Arbeitsfindung, Belastungserprobung bzw. der beruflichen Reintegration dienen. Zusammen mit den Patienten werden Nachsorgemöglichkeiten besprochen, erste Kontakte hergestellt und Familie, Arbeitgeber, Leistungsträger und wichtige Bezugspersonen soweit wie möglich in die Therapie mit einbezogen. Dabei ist die Soziotherapie nicht primär als Serviceleistung für den Patienten zu verstehen, sondern vielmehr sollen den Patienten die Möglichkeiten vermittelt werden, ihre Ziele zu erreichen.

*Co-Therapeuten*, ausgebildete Arzthelferinnen oder Krankenschwestern haben die Aufgabe, neu aufgenommene Patienten in ihre Zimmer zu begleiten, mit den Informationen über den Klinikablauf vertraut zu machen (Hausordnung, Termine etc.) und erste Kontakte herzustellen. Sie vermitteln am Anreisetag, nach Absprache mit den Bezugstherapeuten, dem neu angereisten Patienten den Kontakt zu einem anderen Patienten, der schon länger in der Deister Weser Klinik ist (Patenpatient), um bei der Eingewöhnung Hilfestellung zu leisten.

Sie organisieren Untersuchungen, übernehmen bei pflegebedürftigen Patienten alle pflegerischen Maßnahmen nach Anweisung und assistieren bei Einzel- und Gruppentherapien. Sie übernehmen aber auch Aufgaben im Bereich der Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung In-vivo, bei Angst- und Zwangspatienten und führen das Psychologische Gesundheitstraining sowie die Progressive Muskelentspannung durch. Eigentherapeutische Tätigkeiten gehören nicht zu ihren Aufgaben.

Für die *somato-medizinische Versorgung* stehen ein umfangreiches medizinisches Labor, EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Fahrradergometrie, Spirometrie, Ultraschalldiagnostik, Endoskopie, Elektroenzephalographie (EEG) zur Verfügung. Die psychologische Diagnostik basiert auf computergestützten Testverfahren von Persönlichkeits- und Leistungstests sowie dem Wiener Determinationsgerät.

Für die *psychologische Behandlung* stehen Bio-Feedback-Geräte zur Verfügung. Ärztlich-psychotherapeutische Behandlung ist auch während der Nacht und am Wochenende gewährleistet, durch Vordergrunddienst im Haus, ständige Nachtwachen und Hintergrunddienst für beide Abteilungen.

## Allgemeine Grundsätze und Behandlungsschwerpunkte

Da wir nicht glauben, dass psychosomatische Erkrankungen seelische Erkrankungen mit im Wesentlichen psychischer Ursache sind, sondern vielmehr Erkrankungen mit komplexen bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen, sind wir auch nicht der Ansicht, dass nur eine Berufsgruppe in der Lage ist, für sich berechtigterweise in Anspruch zu nehmen, allein adäquat behandeln zu können. Die Berufsgruppen können dies immer nur gemeinsam. Psychosoziale Betreuung ist nach diesem Verständnis Teil der therapeutischen Begleitung durch all die Personen, die daran beteiligt sind: Ärzte, Co-Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiterinnen, Klinikseelsorger, Physiotherapeuten etc.

Dabei liegt unser therapeutischer Schwerpunkt auf der Gruppenbehandlung. Die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen richtet sich nach dem Störungsbild. Neben den so genannten Basisgruppen, die sich mit Selbstbewusstsein, Problemlösung, Gesundheitstraining und Entspannung befassen, zielen die indikationsbezogenen Gruppen auf das jeweilige Störungsbild: z.B. Angst-, Depressions-, Schmerz-, Mobbinggruppen etc. Die Einzeltherapie dient in erster Linie der Abrundung und Koordination der Gruppenbehandlungen.

Hintergrund dieser Schwerpunktverteilung ist das Wissen, dass psychosomatisch kranke Menschen sehr gut ihre Probleme im Zweierkontakt formulieren können. Was sie nicht können, ist das dort Erfahrene dann auch umzusetzen. Daher der Focus auf Gruppenaktivitäten.

Hier kann in einem weitgehend angstfreien Raum geübt werden, was ich mir im „richtigen Leben“ noch nicht zutraue. Der Transfer in den Alltag gelingt schneller und besser. Außerdem wird sehr rasch deutlich, dass die Verhaltenstherapie eine sehr aktive Therapie ist, die eben nicht nur im Büro des Therapeuten stattfindet. Sondern auch innerhalb der Gruppe, im Alltag, bei Versuchen vor Ort oder im Rahmen der Patientengemeinschaft.

**Schwerpunkte der Behandlung finden sich in unserer Patientenbroschüre. Ebenso wie die Spezialprogramme ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom) bei Erwachsenen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Mobbing und Burn-out, Spezialgruppen für Frauen und Männer.**

**Weitere Informationen auch im Internet unter:**

[www.mediclin.de/kliniken/bad\\_muender/deister.html](http://www.mediclin.de/kliniken/bad_muender/deister.html)

Ein weiterer Schwerpunkt der Psychosomatischen Abteilung der Deister Weser Klinik ist die therapeutische Begleitung onkologischer Patienten. Sowohl solcher, die primär in diese Abteilung aufgenommen werden, als auch konsiliarisch diejenigen, die sich in der onkologischen Abteilung befinden.

Dabei glauben wir nicht, dass onkologische Erkrankungen eine im Wesentlichen seelische Ursache haben. Auch nicht, dass sie ausschließlich mit psychotherapeutischen Mitteln zu heilen sind. In unserem Verständnis von Rehabilitation haben hier die bewährten organmedizinischen Behandlungsverfahren ihren Platz.

**Aber nicht nur.**

Psychotherapeutische Angebote im Sinne der Verhaltensmedizin, als Gruppen- oder Einzelsitzungen angeboten, erleben Patienten als selbstwertstabilisierend, angstlösend und depressionsmildernd sowie fördernd hinsichtlich einer realitätsgerechten Krankheitsbewältigung. Denn wir beobachten vermehrt psychosoziale Folgen, die in enger Kooperation mit der onkologischen Abteilung der Deister Weser Klinik behandelt werden:

Depressive Verstimmung bei 20 bis 50 % unserer Patienten; ebenso häufig sind Ängste. Partner sind in ähnlichem Maße wie die Patienten betroffen (Rollenveränderung, finanzielle und Statureinbuße, Qualität der Partnerbeziehung, Kommunikation). Belastend wird nicht nur die häufige Einbuße sexueller Funktionen erlebt, sondern auch der Verlust an sexuellem Kontakt, Nähe und Intensität und damit Gefühle von Zuneigung und Wertschätzung durch den Partner.

Hier helfen entsprechende Gruppenangebote der Psychosomatik weiter.

Außerdem beobachten wir eine beträchtliche Abnahme sozialer und Freizeitaktivitäten, die zum Teil mit sozialer Stigmatisierung und Verhaltensunsicherheiten im Umgang mit Krebskranken zusammenhängen. Selbstsicherheitstraining, Problemlösegruppe und Krankheitsbewältigung werden hier angeboten.

In der engen Zusammenarbeit beider Abteilungen der Deister Weser Klinik verwirklichen wir auf diese Weise ein Programm, das sich auch die Deutsche Krebshilfe auf ihre Fahnen geschrieben hat:

**Weg von der Metastasensuche hin zu mehr Lebensqualität.**

Das heißt, dass bei den meisten Tumoren die vergebliche Mühe der Metastasensuche um jeden Preis gegenüber dem ganzheitlichen, verhaltenstherapeutisch ausgerichteten psychoonkologischen Behandlungsansatz zurücktreten kann. Ausnahmen bilden solche Tumoren, die auch im Rezidiv zu einem hohen Prozentsatz heilbar sind (z.B. Hodenkarzinome).

So sind Schwerpunkte unserer Art und Weise der psychoonkologischen Nachsorge die Erkennung und Behandlung somatischer, psychologischer und sozialer Folgezustände der Tumorerkrankung, verbunden mit der verhaltenstherapeutischen Arbeit, ergänzt durch die Einflussnahme auf Risikofaktoren und körperliche Rekonditionierung durch ausgesuchte Sporttherapie.

## Störungsspezifische Programme

### Angstbewältigungstraining

3 x 90 Minuten psychoedukative Gruppe  
1 x 360 Minuten Expositionstraining an einem Tag  
2 x 60 Minuten Angstsportgruppe/Atemtherapie

Gesamt: 750 Minuten = 12,5 Std./Wo.

### Diagnosen

Klassifikation nach ICD-10

- F 40 Phobien
- F 40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung
- F 40.01 Agoraphobie mit Panikstörung
- F 40.10 Soziale Phobie
- F 40.20 Spezifische Phobie
- F 41 Andere Angststörungen
- F 41.00 Panikstörung
- F 41.10 Generalisierte Angststörung
- F 42.20 Angst und Depression, gemischt
- F 45.0 Somatisierungsstörung
- F 45.30 Funktionelle Störungen des Herzens und des kardiovaskulären Systems
- F 45.33 Funktionelle Störungen des respiratorischen Systems

### Therapierelevante Kennzeichen

- Angstbesetzte Verarbeitung funktioneller Störungen im Herz-Kreislauf-Bereich mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.

### Rehabilitationsziele

- Angststörung erkennen und diagnostizieren
- Auf Behandelbarkeit hinweisen
- Chronifizierung vermeiden oder unterbrechen
- Beim Patienten Akzeptanz und angemessenes Krankheitsverständnis schaffen
- Kennenlernen und Erproben des physiologischen Modells der Angst
- Expositionstraining (intern)
- Expositionstraining (extern)
- Sensibilisierung für mögliche Zusammenhänge zwischen der Angstsymptomatik und Belastungen/Stress in der Lebensführung
- Klärung der Funktionalität der Angsterkrankung
- Aufgabe des sekundären Krankheitsgewinns
- Vermittlung aktiver Bewältigungsmöglichkeiten für Angstreaktionen
- Neubewertung körperlicher Aktivität
- Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten
- Rückfallprophylaxe

Ergänzend zu den Gruppentherapien erhalten die Patienten Hausaufgaben, die in der eigenen Gruppe oder in Einzelarbeit zu erledigen sind (z.B. Aktivitätstagebücher, Protokolle, Expositionsübungen etc.)

**Weitere Bausteine** (Siehe Basisprogramm)

### Medikamentöse Therapie

- Sie ist mit unterschiedlichen Substanzen (z.B. pflanzlichen Medikamenten, Psychopharmaka, Beta-Blocker) möglich
- Die Wirkung ist in der Regel an die Einnahme der Medikamente gebunden, d.h. nach Absetzen kommt es häufig zu Absetzerscheinungen und Rückfällen
- Eine medikamentöse Behandlung kann nicht die aktiven Bemühungen des Patienten zur Angstbewältigung ersetzen
- Nebenwirkungen ernst nehmen: „Nebenwirkungsmanagement“
- Eine Pharmakotherapie spezifischer Ängste ist selten indiziert
- Eine Pharmakotherapie sozialer Ängste ist mit reversiblen MAO-Hemmern (Moclobenid = erste Wahl) und mit SSRI als wirksam belegt
- Beta-Blocker können bei isolierten sozialen Ängsten und bei kurzfristiger Anwendung hilfreich sein.
- Eine Pharmakotherapie der sozialen Ängste ist immer durch eine kognitive Verhaltenstherapie zu ergänzen und letztlich zu ersetzen.

## Funktionelle und somatoforme Störungen

### Diagnose

- F 45.0 Somatisierungsstörung
- F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
- F 45.2 Hypochondrische Störung
- F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
- F 45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F 45.8 Sonstige somatoforme Störungen

Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Angst, Depression) ist häufig. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind neben den Symptomen auch Verlaufsmerkmale sowie Befürchtungen der Patienten.

## Therapierelevante Kennzeichen

Fehlerhafte Verarbeitung funktioneller Störungen, Fixierung auf Organbefunde, Schonverhalten, Rückversicherung, übertriebene Selbstbeobachtung, checking-behaviour, erhöhtes arousal

## Rehabilitationsziele

- Reflexion der eigenen Krankheitsgeschichte
- Aneignung eines psychosomatischen Funktionsmodells
- Erlernen der Selbstexploration
- Aneignung eines psychologischen Stressmodells
- Aufbau von Bewältigungsstrategien (z.B. Ablenkung, Entspannung, Sozialkontakte)
- Reduktion des Bedürfnisses nach Rückversicherung über die Unbedenklichkeit der Beschwerden
- Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffs
- Gezielte Provokation körperlicher Missempfindungen (zur Förderung neutraler Erklärungsmodelle für Körpersymptome und zur Normalisierung von Körperwahrnehmung)
- Reduktion der Kontrollverhaltensweisen (z.B. Körperabtasten auf mögliche Krankheitssymptome beenden)
- Abbau von Schonverhalten; Aufbau körperlicher Belastbarkeit
- Kognitive Therapie hypochondrischer Befürchtungen
- Abbau des sekundären Krankheitsgewinns
- Rückfallprophylaxe

## Ergänzend

- Training sozialer Kompetenz, des emotionalen Ausdrucks und der weiteren Kommunikationsfähigkeit
- Maßnahmen zur Problembewältigung
- Allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung des körperlichen und subjektiven Wohlbefindens (z.B. Sozialkontakte, Sexualität etc.)
- Berufliche Reintegration

## Umgang mit Komorbidität

1. Komorbidität ist nicht nur eine Schwierigkeit, sondern kann auch eine Chance in der Psychotherapie sein. So können die veränderten Körperwahrnehmungsprozesse während depressiver Verstimmungen oder während Angstattacken direkt zur Reattribution des Krankheitsmodells genutzt werden.
2. Bei zusätzlichem Vorliegen von Angsterkrankungen empfiehlt es sich, die Behandlung mit dem Fokus Angst zu beginnen. Bei Angsterkrankungen sind schnelle Erfolge zu erzielen und Erfahrungen im Vorfeld mit psychophysiologischen Krankheitsmodellen zu sammeln.

## Schmerzbewältigungsgruppe

	2 x 90	Minuten pro Woche
Körperwahrnehmung	2 x 60	Minuten pro Woche
Atemtherapie	2 x 60	Minuten pro Woche
Sporttherapie	2 x 60	Minuten pro Woche
Gesamt:	540	Minuten = 9 Std./Wo.

Ergänzend zu den Gruppentherapien erhalten die Patienten Hausaufgaben, die in Alleinarbeit zu erledigen sind (z.B. Selbstbeobachtungsprotokolle, Einüben von Reattributionstechniken, körperliche Fitness etc.).

## Antidepressives Verhalten

### Diagnosen

F 31	Bipolare affektive Störung
F 32	Depressive Episode
F 33	Rezidivierende depressive Störungen
F 34	Anhaltende affektive Störungen
F 34.0	Dysthymia
F 34.1	Zyklothymia
F 38	Sonstige affektive Störungen

### Therapierelevante Kennzeichen

- Psychosoziale Belastungen (Todesfälle Bezugspersonen, Trennungen, Arbeitsplatzverlust/-wechsel)
- Belastungen im sozialen Milieu
- Persönlichkeitsstörungen
- Komorbidität (Angst/Zwang)
- Begleitsymptomatik
- Missbrauch psychotroper Substanzen (Drogen/Alkohol)
- Effektivität früherer Therapiemaßnahmen (Pharmako-/Psychotherapie)
- Chronische körperliche Erkrankungen (z.B. Bewegungsapparat)
- Krankheitsmodell des Patienten und bisherige Compliance
- Vorwiegend organisches Krankheitsmodell und starker Wunsch nach somatotherapeutischer/medizinischer Behandlung
- Soziale Isolation
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Lange Arbeitslosigkeit
- Schwierige materielle Situation
- Geringe Therapiemotivation

### Behandlungsziele

- Essenzielle Behandlung jeder depressiven Störung
- Die professionelle Behandlung muss auf die individuelle Situation des Patienten zugeschnitten sein
- Möglichst konkrete und spezifische Hilfestellung
- Aufbau einer empathischen und vertrauensvollen Beziehung
- Rechtzeitiges Erkennen und Behandeln destruktiver Impulse (Suizidalität)
- Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und des Krankheitsmodells
- Aufbau und Aufrechterhalten eines rationalen Verständnisses der Krankheit, ihrer Symptome, ihrer Behandlung und der Prognose
- Psychoedukative Führung des Patienten hinsichtlich: Schwierigkeiten in engen persönlichen Beziehungen; besonderen Lebensumständen; Situation am Arbeitsplatz; vorbeugende Beratung des Patienten bei bedenklichen, depressionsbedingten Plänen zur Veränderung seiner Lebensumstände (keine grundsätzlichen Entscheidungen dieser Art während der Therapie)
- Ermutigung des Patienten, indem die Hoffnung auf zukünftige Hilfe und Unterstützung gestärkt wird
- Setzen von realistischen und erreichbaren Zielen
- Erlernen von Selbsthilfestrategien gegen die depressive Symptomatik
- Steigerung des Antriebsniveaus
- Ermutigung zum Aufbau sozialer Aktivitäten und zur Suche nach Erfolgserlebnissen
- Abbau dysfunktionaler Bewertungen und Einstellungen
- Verbesserung und Normalisierung der Stimmung, des Antriebs und der körperlichen Verfassung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit

Depressionsgruppe	2 x 90 Minuten	180 Minuten
Genustraining	2 x 90 Minuten	180 Minuten
Sporttherapie	2 x 60 Minuten	120 Minuten
Gesamt:		480 Minuten = 8 Std./Wo.

### Die Depressionsgruppe umfasst:

- das Training zur Selbstbeobachtung und Protokollierung von Stimmungen und Tagesschwankungen
- Aufbau positiver Tagesaktivitäten und Bewältigungserlebnisse
- Verbesserung kognitiver Selbstregulation durch z.B. sokratischen Dialog; Identifizierung automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundannahmen etc.
- Aufbau sozialer Kompetenz in strukturierten Übungen
- Rückfallprophylaxe, z.B. Hinweisreize erkennen; positive Aktivitäten planen; Auslöser beachten; Zukunftsplanung

Das *Genustraining* dient dazu, Genussfähigkeit neu zu entdecken oder wiederzuerlangen. Damit wird die Beschäftigung mit negativen Inhalten eingeschränkt, die Auseinandersetzung mit positiven Aspekten der eigenen Person und der aktuellen Lebenssituation angeregt.

### Das Training umfasst drei Schwerpunkte:

- Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten
- Aufbau eines spezifischen Umgangs mit potenziell Genussvollem
- Aktualisierung angenehmer Vorerfahrungen und Vertiefung genussvoller Eindrücke durch Bilder und Phantasien in der Vorstellung

Der genussvolle Umgang wird schrittweise mit Hilfe von zunächst „regelmäßig“ vorgegebenen und später intern übernommenen Instruktionen aufgebaut. Dabei werden folgende Anleitungen erläutert:

- Genuss braucht Zeit
- Genuss muss erlaubt sein
- Genuss geht nicht nebenher
- Genuss ist Geschmackssache
- Weniger ist mehr
- Ohne Erfahrung kein Genuss
- Genuss ist alltäglich

An die Auseinandersetzung mit den zur jeweiligen Sinnesmodalität passenden Gegenständen werden Übungen zur Selbstbeobachtung angeschlossen.

Neben den gruppentherapeutischen Aktivitäten erhalten die Patienten weitere Hausaufgaben (z.B. Protokoll negativer Gedanken, Aktivitätstagebücher, Liste positiver Verstärker, soziale Kontaktaufnahme etc.), die sie in Alleinarbeit zu lösen haben.

## Vorschläge für den Umgang mit depressiven Patienten

- Ruhig zuhören
  - Nicht vorschnell mitleiden und trösten
  - Deutlich machen, dass man die Beschwerden glaubt
  - Beschwerden als Symptome einer Depression benennen
  - Aufklären über Charakter, Verlauf, Behandelbarkeit und Prognose von Depressionen
  - Geplante Behandlungsmethoden vorstellen
  - Eigene realistische Erwartungen an dem Erfolg der Behandlung aufzeigen
  - Keine eiligen und vorschnellen Versprechungen hinsichtlich der eventuell notwendigen Dauer der Behandlung machen
  - Zuversicht und Konstanz zeigen
  - Therapie mit Antidepressiva (AD)
    1. Wirknachweise in mehr als 100 placebokontrollierten Studien
    2. 70 % Therapieerfolg gegenüber 35 % bei Placebogabe
    3. 4 Typen
      - a. klassische tri- und tetrazyklische AD (Imipramin, Desipramin, Maprotilin, Amitriptylin, Amitriptylininoxid, Doxepin, Trimipramin, Mianserin)
      - b. Serotonin-selektive AD (Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram)
      - c. Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer), (Tranylcypromin, Moclobenid)
      - d. Chemisch andersartige und neue AD mit unterschiedlichen Wirkmechanismen (Reboxetin, Trazodon, Mirtazapin, Venlafaxin, Nefazodon)
4. Alle Antidepressiva wirken depressionslösend und stimmungsaufhellend, unterscheiden sich aber in ihrer Wirkung auf die Psychomotorik
    - a. psychomotorisch aktivierend (z.B. MAO-Hemmer, Desipramin etc.)
    - b. psychomotorisch neutral (z.B. Imipramin, Maprotilin)
    - c. psychomotorisch dämpfend (z.B. Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin)
  5. Dosierung bei den meisten AD schrittweise auf ca. 150 mg (Ausnahme verschiedene SSRIs, z.B. Fluoxetin, Paroxetin: 20 mg vom ersten Tag an)
    - a. sedierende AD, Einmaldosis abends
    - b. psychomotorisch stimulierende AD nicht nach 16.00 Uhr
    - c. Cave: ältere Patienten bzgl. Dosis und Dosissteigerung
  6. Wirkeintritt in der Regel nach 2 bis 3 Wochen, Behandlung mit ausreichender Dosis
  7. Nach 4 bis 6 Wochen Erhaltungsdosis ohne Wirkungseintritt
    - a. Plasmaspiegel kontrollieren, wenn ausreichend hoch, dann:
    - b. Wechsel des AD

## Persönlichkeitsstörungen (PS)

- Eine Persönlichkeitsstörung liegt dann vor, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich daraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben – d.h., entweder der Patient und/oder seine Umwelt leiden darunter.

### Diagnose

- F 60 Persönlichkeitsstörungen
- F 61 Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
- F 68 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F 69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Hier dargestellt an F 60.3, der emotional instabilen Persönlichkeit vom F 60.30 impulsiven/ F 60.31 Borderline-Typ

### Therapierelevante Kennzeichen

Bei allen PS handelt es sich um komplexe Beziehungsstörungen mit sozial unflexiblen und wenig angepassten Verhaltensauffälligkeiten. Häufig findet sich Komorbidität mit anderen Symptomen (z.B. narzisstische, paranoide, histrionische, abhängige PS, affektive Störungen, Angst, Substanzmissbrauch, Ess-Störungen, PTB etc.), die ebenfalls behandlungsbedürftig sind. Häufig aufgewachsen in schwierigen, verletzenden Situationen mit früher negativer Erfahrung hinsichtlich wichtiger Bezugspersonen.

Das wesentliche Merkmal einer PS ist das andauernde Muster von innerem Erleben und Verhalten, das

- sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestiert: Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung sowie Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen unflexibel, unangepasst oder auf andere Weise unzureichend ist,
- in klinisch bedeutender Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt,
- stabil und lang andauernd ist; sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzufolgeren,
- nicht als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklärt werden kann,
- nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder einer organischen Erkrankung, Verletzung oder Funktionseinschränkung zurückgeht.

### F 60.3 emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ

- Eine PS mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln, ohne Berücksichtigung der Konsequenzen und wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering, und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Es finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

### Rehabilitationsziele

1. Patient bleibt am Leben (Suizidrate 9 %)
2. Patient bleibt in der Therapie (hohe Therapieabbruchrate)
3. Aufbau einer tragfähigen Beziehung
4. Abbau selbstschädigenden oder suizidalen Verhaltens
5. Vorweggenommenes Krisenmanagement und Complianceförderung
6. Verbesserung der Affektregulierung und Impulskontrolle
7. Verbesserung der Konfliktbewältigungs- und Problemlösefähigkeit
8. Flexibilisierung des kognitiven Stils
9. Entwicklung eines realistischen Selbstbildes
10. Emotionale Verarbeitung traumatisierender Vorerfahrungen und Entwicklung eines Verständnisses für die Zusammenhänge mit aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzung)
11. Sicherung der beruflichen Stabilität/Integration

### Programmbausteine

Es kommen neben der Einzeltherapie je nach Ausprägung des Störungsbildes alle Programmbausteine des therapeutischen Angebots der Deister Weser Klinik in Frage.

### Pharmakotherapie

- Es gibt keine spezifische pharmakologische Behandlung der Borderline-Störung. Pharmakotherapie ist immer eine symptomatische Behandlung; meist wirken Psychopharmaka nur bedingt und häufig nur über einen kurzen Zeitraum.
- Nach klinischen Beobachtungen benötigen Borderline-Patienten vergleichsweise hohe Medikamentendosen, um Wirksamkeit zu erzielen (Serumspiegel!).
- Vor Verordnung von Medikamenten ist die Abklärung der Suizidalität und eine sich daraus ergebende Suizidgefahr durch Medikamentenintoxikation unbedingt abzuklären.
- Eine medikamentöse Therapie kann nur im Kontext einer psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt werden.

## Was ist uns sonst noch wichtig?

### Mütter/Väter und ihre Kinder

Mütter/Väter und ihre Kinder nehmen wir gerne mit auf. Im Gegensatz zu Mutter- und Kind-Kuren, die vorrangig der Erholung erschöpfter Mütter bzw. auch der Behandlung erkrankter Kinder dienen, nehmen wir Mütter/Väter mit schweren, dringend behandlungsbedürftigen psychosomatischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern gemeinsam mit ihren Kindern auf. Wir stellen jeweils für die Dauer der therapeutischen Anwendungen zu den üblichen Zeiten die Betreuung der Kinder durch geeignete Mitarbeiterinnen sicher.

### Qualität sichern und weiterentwickeln

Die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung unserer angebotenen Leistungen erfolgen sowohl über ein klinikinternes Qualitätsmanagementsystem als auch über die Teilnahme an den Qualitätssicherungsprogrammen der Kostenträger. Die Zertifizierung steht an.



Dr. med. Dieter Pütz  
Chefarzt Psychosomatik und Verhaltensmedizin  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,  
Naturheilverfahren, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin



#### **Deister Weser Klinik**

Fachklinik für Psychosomatik, Onkologie  
und Verhaltensmedizin  
Lug ins Land 5  
31848 Bad Münster  
Telefon 05042 / 600-235  
Telefax 05042 / 600-245  
Servicetelefon 05042 / 600-235  
E-Mail [info@dwk.mediclin.de](mailto:info@dwk.mediclin.de)  
[www.mediclin.de](http://www.mediclin.de)

## **Mein Körper**

**Mein Körper rät mir,  
Ruh dich aus!  
Ich sage: Mach ich,  
altes Haus!**

**Denk aber: Ach der  
sieht's ja nicht!  
Und schreibe heimlich  
dies Gedicht.**

**Da sagt mein Körper,  
Na, na, na!  
Mein guter Freund,  
was tun wir da?**

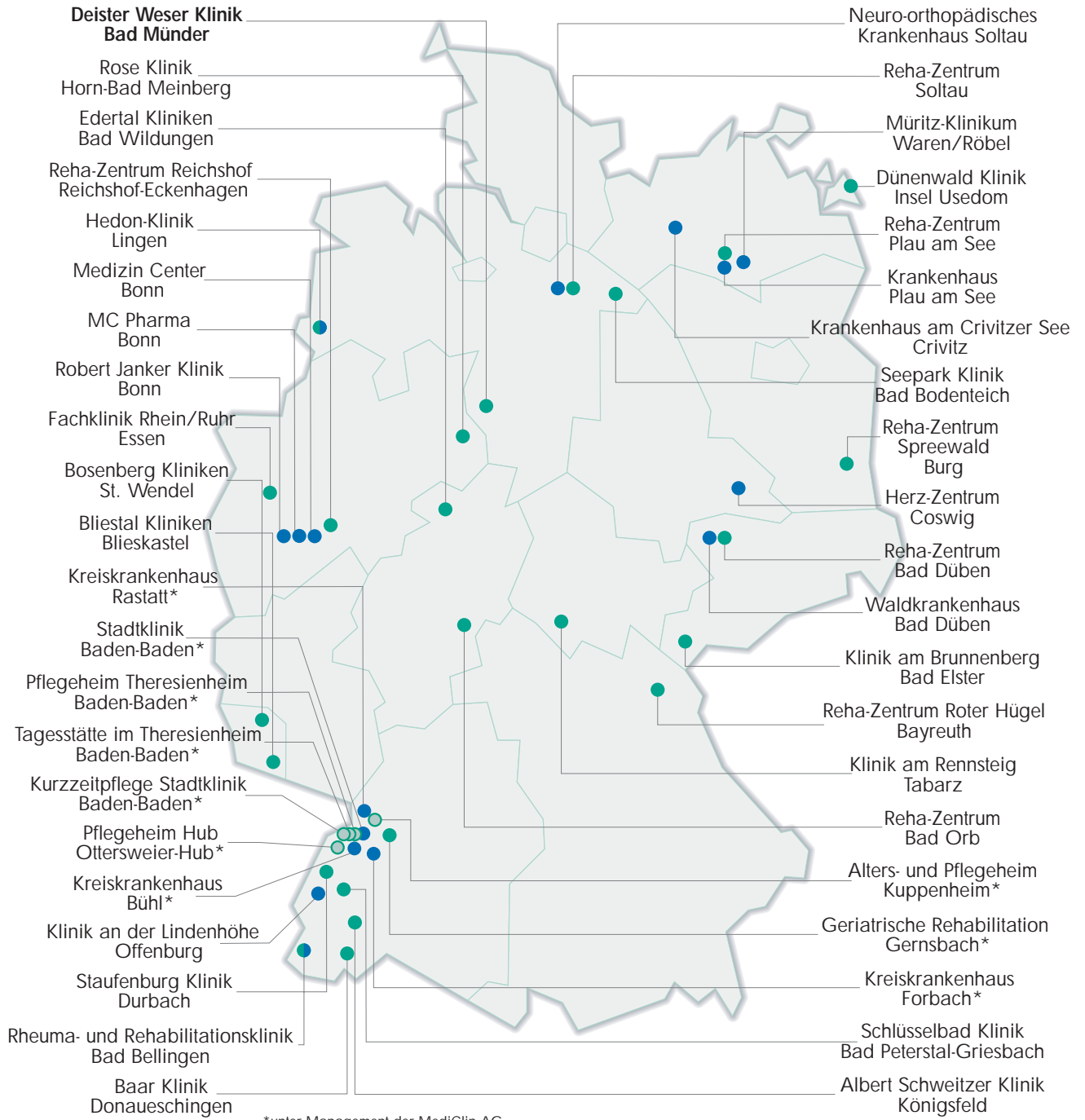
**Ach gar nichts! sag ich  
aufgeschreckt,  
und denk: Wie hat er  
das entdeckt?**

**Die Frage scheint recht  
schlicht zu sein,  
doch ihre Schlichtheit  
ist nur Schein.**

**Sie lässt mir seither  
keine Ruh,  
Wie weiß mein Körper  
was ich tu?**

*Robert Gernhardt*

# Die Präsenz der MediClin



● Akuteinrichtungen      ● Postakuteinrichtungen/med. Rehabilitation