

2018 FRÜHJAHRSPSYCHIATRIETAGE BONN/RHEIN-SIEG

Gesichter der Psychotherapie

Fachtagung am 14. März 2018
im LVR-LandesMuseum Bonn

DOKUMENTATION



Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Jahr haben wir die vielseitigen Aspekte der Psychotherapie umfassend beleuchtet. Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist unter den gegenwärtigen Bedingungen der psychiatrischen Versorgung eine besondere Herausforderung. Es ging darum, die Möglichkeiten, Chancen und Grenzen der Umsetzung zu diskutieren. Dies galt auch für die psychotherapeutische Behandlung bei Psychosen. In der Suchtbehandlung ist die Psychotherapie gemäß Leitlinienempfehlungen und vor dem Hintergrund häufig bestehender psychischer Komorbiditäten ebenso ein wichtiger Bestandteil. Welche Rolle der Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie zukommt, war ein weiteres Thema.

Mit den Filmtagen „Farben der Seele“, einem bunten Filmprogramm für Betroffene, Angehörige und Interessierte,

findet der Auftakt der Frühjahrspsychiatrietage Bonn/Rhein-Sieg 2018 bereits im Februar und März an drei gut besuchten Doku-Abenden im Kinosaal des LVR-Museums statt.

Ich bedanke mich für den spannenden Austausch und die gemeinsame Diskussion und wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen der Lektüre

Ihr

Prof. Dr. Markus Banger
Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Bonn



Psychotherapie in der Psychiatrie

Prof. Dr. Mathias Berger

Einleitend erinnert Prof. Dr. Berger an die Geburtsstunde des Facharztes für Psychotherapie und Psychiatrie bzw. der Psychotherapeutischen Medizin auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 1992. Die Beschlüsse dieses Ärztetages stellen



den Wendepunkt für die bisher nebeneinander existierenden Disziplinen der Psychotherapie auf der einen

und der Psychiatrie auf der anderen Seite dar. Fortan sei die Psychotherapie ein wichtiger Bestandteil der Psychiatrie geworden.

Berger verdeutlicht im Anschluss diese Wichtigkeit der Psychotherapie. Numerisch gesehen sei im Vergleich zur Pharmako- und Soziotherapie bei der Behandlung der Mehrzahl psychischer Erkrankungen die Psychotherapie Mittel der ersten Wahl. Die Psychotherapie habe einen drastischen Wandel durchlaufen. Ausgehend von einer Vielzahl von auf Plausibilität basierender Psychotherapie-Schulen sei ein Weg zu evidenzbasierten, störungsspezifischen Psychotherapien eingeschlagen worden. Die Richtungsänderung sei einschneidend gewesen, jedoch im klinischen Alltag bisher nicht so weitreichend angekommen, wie es wissenschaftlich begründet

wäre. Die Begrenzung sei, so Berger, u.a. den umfassenden, verdeckten finanziellen Interessenkonflikten geschuldet.

Von den mehreren hundert Psychotherapie-Schulen basierten die meisten lediglich auf plausibel erscheinenden Theorien. Es habe hingegen an empirischen Belegen gemangelt. Die Therapeutinnen und Therapeuten seien zumeist so überzeugt von ihrer präferierten Psychotherapie-Schule gewesen, dass sie empirische Evidenzen als nicht notwendig erachteten. Erst mit dem britischen Epidemiologen Archibald Cochrane, Vater der evidenzbasierten Medizin, habe sich eine breite Akzeptanz der Notwendigkeit von empirischen Evidenzen auch für die Behandlungen psychischer Erkrankungen entwickelt. Es sollten, wenn möglich, fortan Therapien, für die in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT's) eine Verbesserung von Morbidität, Mortalität und Lebensqualität nachgewiesen wurde, bei Patientinnen und Patienten angewandt werden. Bloße Plausibilität sei auf Grund des Risikos von Surrogat-Trugschlüssen unzureichend, um eine Therapie unüberprüft anzuwenden. Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) mittels RCT's sei zum neuen Goldstandard geworden und habe sich mit den meisten „plausiblen“ Psychotherapie-Schulen nicht vereinbaren lassen.

Berger identifiziert aus wissenschaftstheoretischer Sicht weitere Argumente für eine Unvereinbarkeit: Bei schulorientierter Psychotherapie handele es sich vornehmlich um ein ideographisches Verstehen und Behandeln von Krankheiten, d.h., die einzelne Patientin bzw. der einzelne Patient ste-

he im Fokus und nicht die nomothetischen Zusammenhänge der Krankheitsbilder vieler Patienten. Diese seien jedoch essentiell zur Herleitung allgemeingültiger Behandlungsstandards. Durch eine Übernahme des nomothetischen Ansatzes habe sich die evidenzbasierte Psychotherapieforschung inzwischen in der medizinischen Wissenschaft auf hohem Niveau etablieren können. Dabei sei durch diese Anpassung der Weg von Psychotherapie-Schulen zu sogenannten störungsspezifischen Psychotherapien, bei der die Störung maßgeblich bestimme, wie sich die therapeutische Behandlung gestalten, geebnet worden.

Bei der Entwicklung einer neuen Psychotherapie zieht Berger den Vergleich zur gesetzlich vorgeschriebenen Entwicklung eines Pharmakons. Bei beiden sollten vier Phasen von einer Konzeptualisierung an Einzelfällen, über erste kleinere nicht-kontrollierte Studien, gefolgt von randomisierten-kontrollierten Studien, zu einer umfangreichen Anwendungsstudie unter Routinebedingungen durchlaufen werden. Professor Berger verdeutlicht die Phasen anhand einer durch die Universität Freiburg durchgeführten Studie zum Thema ADHS im Erwachsenenalter, die verdeutlicht, wie anspruchsvoll dieser Weg ist. D.h. bzgl. Psychotherapie sei er ohne eine umfassende Forschungsförderung z.B. durch die DFG oder das BMBF nicht denkbar.

Die Psychotherapie nehme gegenwärtig bei fast allen psychischen Erkrankung eine bedeutsame Rolle ein und sei entweder als „first line“ oder als adjuvante zweite Therapie

neben der Pharmakotherapie ein fester Bestandteil der jeweiligen S3-Leitlinien. Im Folgenden erörtert Berger die Leitlinie bei Depressionen, bei der Psychotherapie als Monotherapie bei leichten Depressionen als „first line“ und bei mittelschweren Depressionen als gleichwertig mit Antidepressiva und bei schweren depressiven Episoden als Kombinationstherapie mit Antidepressiva empfohlen werde.

Weiter identifiziert er die Nachhaltigkeit als essentiellen Vorteil einer Psychotherapie gegenüber Antidepressiva und untermauert dies durch eine Freiburger Studie zur stationären Depressionsbehandlung mit und ohne Interpersonelle Psychotherapie (IPT). Hierbei erlernten die Betroffenen Verhaltensstrategien, um gegen Krankheitssymptome anzugehen und um so auch langfristig von der Depressionsbehandlung zu profitieren. Im Gegensatz dazu halte bei einer Psychopharmakotherapie der Schutzeffekt vor einer weiteren depressiven Phase nur so lange an, wie das Medikament eingenommen werde.

Berger prognostiziert im Folgenden eine weitere Bedeutungsabnahme der Psychotherapie-Schulen hin zur Weiterentwicklung störungsspezifischer Psychotherapien auf dem Boden einer allgemeinen Psychotherapielehre, letzteres basierend auf den Erkenntnissen der akademischen Psychologie. Die klinische Umsetzung sei gegenwärtig noch nicht der generelle Fall, was entscheidend durch die unzureichende personelle Ausstattung der Kliniken durch die PsychPV bedingt sei. Eine Neugestaltung der Personalausstattung der

Inhalt

04

Mathias Berger
Psychotherapie in der
Psychiatrie

07

Dorothea v. Haebler
Psychotherapie für Men-
schen mit Psychosen

09

Ludwig Teusch
Gesprächspsychotherapie
in der Psychiatrie

11

Martin Reker
Welche Psychotherapie
bei welchem Süchtigen?

12

Dirk K. Wolter
Psychotherapie im Alter
– geht das?

14

Filmtage 2018
„Farben der Seele“
im LVR-Landesmuseum

Kliniken durch das PsychVVG soll jedoch ermöglichen, dass auf jeder störungsspezifischen Station eine leitlinienentsprechende Therapie angewandt werden könne (s.u.).

An dieser Stelle zeigt Berger die Grenzen der störungsspezifischen Psychotherapie auf, aus denen z.Z. eine Skepsis bzgl. der Ansprüche der EBM an die Psychotherapie abgeleitet werde. So sei es nicht möglich, für jede der über 100 Störungsbilder aus dem ICD-10 eine spezielle Therapie zu entwerfen und zu evaluieren. Dies gelte insbesondere für die vielen Formen der Komorbidität.

Als nächstes stellt Berger die Frage, ob dadurch der Fortbestand der Psychotherapie im Rahmen der EBM gefährdet sei. In den letzten Jahren habe man eine Rückentwicklung zu einem idiographischen Ansatz beobachten können. Es gebe Überlegungen zu einer individualisierten/modularen oder transdiagnostischen Psychotherapie, die den Ansprüchen der EBM aufgrund einer zu großen Komplexität nicht gerecht werden könne. An dieser Stelle sehe er die Gefahr der Rückentwicklung zu einer „non-evidence based Psychotherapy“, die wieder reklamiert, auch ohne Wirksamkeitsüberprüfung in randomisiert-kontrollierten Studien, universell einsetzbar zu sein. Dabei seien finanzielle Interessen der neuen und alten Schulvertreter zu beachten. Berger sieht zwar die Probleme und den enormen wissenschaftlichen und finanziellen Aufwand der Weiterentwicklung der störungsspezifischen Psychotherapien, sieht ihn dennoch weiter als den Königsweg. Bei den häufigen und komplexen Komorbiditäten sollten die störungsspezifischen Therapien der Hauptstörung aber durch symptom-spezifische transdiagnostische Therapiestrategien ergänzt werden. Hier sei zu erwarten, dass die Evidenzen hierfür weniger auf RCTs als auf gründlicher und kritischer klinischer Erfahrung beruhen werden.

Den letzten Teil seines Vortrags widmet Berger der Frage, wieviel Personal benötigt werde, um leitlinienentsprechend behandeln zu können. Die Personalausstattung habe sich lange Zeit nach der im Jahre 1991 verabschiedeten Psychiatrie-Personalverordnung gerichtet und habe auf den damaligen medizinischen Konzepten der Sozialpsychiatrie und Biologischen Psychiatrie basiert. Das kalkulierte Budget habe lediglich 70 Minuten Psychotherapie je Patientin bzw. Patient pro Woche vorgesehen. Eine Behandlung schwer erkrankter Menschen nach den jetzigen Leitlinien sei somit nicht zu gewährleisten. Der Problematik habe sich das Ge-

sundheitsministerium angenommen. Im Zuge dessen sei initial das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) entwickelt und stark kontrovers diskutiert worden. Es habe für die einzelnen Krankheiten feste Preise gegeben. Damit verbunden sei eine Degression als Erlösabsenkung gewesen, d.h., je länger eine Patientin bzw. ein Patient in der Klinik verblieb, desto weniger Personal sei zur Verfügung gestellt worden. Als Folge sei eine klinische Regelbehandlung weiterhin deutlich unter dem Niveau der S3-Leitlinien unvermeidlich gewesen.

Diese drohende Gesetzgebung habe jedoch im Jahre 2016 – vornehmlich initiiert durch Professor Lauterbach – durch den Beschluss des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVG) der Großen Koalition verhindert werden können. Ziel des PsychVG sei eine leistungsorientierte Finanzierung, die basierend auf bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und unter Berücksichtigung der Besonderheiten jedes Krankenhauses, die Transparenz über die Versorgung verbessern solle. Das wichtigste sei hierbei laut Berger, dass nun der Gemeinsame Bundesausschuss bis 2020 festlegen müsse, wieviel Personalbedarf in den Kliniken für eine leitlinienentsprechende Patientenbehandlung vorhanden sein müsse.

Berger rundet seinen Vortrag ab, indem er noch einmal betont, dass sich die Psychotherapie signifikant verändert habe. Die Prinzipien der EBM sei dabei deutlich auf dem Vormarsch und habe Eingang in die Leitlinien gefunden, wodurch die Psychiatrie-Personalverordnung nicht mehr zu rechtfertigen sei und ab 2020 entsprechend durch das PsychVG abgelöst werde.

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen

Prof. Dr. Dorothea von Haebler

Zu Beginn betont Prof. Dr. von Haebler, dass das Feld der Psychosenpsychotherapie ein in Forschung und Praxis unterrepräsentiertes Feld ist, und kündigt an, im Rahmen dieses Vortrages den Stellenwert und die Möglichkeiten der Psychosenpsychotherapie aufzuzeigen. Sie berichtet daraufhin, um



das komplexe Umfeld einer solchen Psychotherapie zu illustrieren von einem berufsbegleitenden Masterstudiengang der Interdisziplinären

Psychosentherapie. Dies sei ein Kooperationsprojekt, welches durch den Zusammenschluss von vier Hochschulen (Charité, UKE, KHSB und IPU) getragen werde und sich an all jene Menschen richte, die professionell mit Menschen mit Psychosen arbeiten. Inhalt des Studiengangs, den sie selbst aufgebaut habe und leite, sei die psychotherapeutische Haltung im Team als Basis für eine wirksame therapeutische Arbeit mit Menschen mit Psychosen.

Als nächstes klärt von Haebler zunächst die Frage nach der Definition von Psychotherapie und zitiert dafür das Psychotherapeutengesetz, demzufolge sei Psychotherapie „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Weiter erläutert sie, dass eine Psychotherapie für Menschen mit Psychosen in der Vergangenheit nicht in der Psychotherapierichtlinie vorgesehen war. Durch den wissenschaftlichen Beirat anerkannt sei diese jedoch schon seit Mitte der 90er Jahre und eine Evidenzbasierung gebe es ebenfalls seit Jahren.

Im Folgenden macht von Haebler anhand eines Zitates von Esquirol (1827) deutlich, dass es viele der gegenwärtig praktizierten Methoden und Überlegungen schon wesentlich früher gegeben habe. Sie schildert, dass die Psychopharmakotherapie mit ihrem Beginn bestimmend in der Behandlung von Menschen mit Psychosen sei. Man gehe nach wie vor davon aus, dass Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen hauptsächlich mit einer Psychopharmakotherapie behandelt werden müssten. Laut von Haebler stimme dies jedoch in vielen Fällen nicht. Verschiedene Studien haben zusätzlich

die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen nachgewiesen. In diesem Zusammenhang beschreibt sie einen 2014 stattgefundenen Paradigmenwechsel im Stellenwert der psychotherapeutischen Behandlung. Auf Grundlage des wissenschaftlichen Standes sei 2015 eine psychotherapeutische Behandlung für jeden Schweregrad und in jeder Phase der Erkrankung vom gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt worden, und die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen sei damit im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie endlich indiziert.

Im nächsten Teil ihres Vortrags geht von Haebler auf die historische Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Psychosen ein. Defizitorientiertes Denken in Bezug auf Psychosen habe lange die Beziehung zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Betroffenen geprägt und sei noch heute weit verbreitet. Dieses defizitorientierte Denken schaffe eine Asymmetrie in der Beziehung, bei der die Therapeutin bzw. der Therapeut als alleiniger Expertin bzw. Experte über dem erkrankten Menschen stehe. Auch das Konfliktdenken in der klassischen Psychoanalyse führe zu einer asymmetrischen Beziehung, die in der Psychosenpsychotherapie keinen nachweislichen Erfolg haben können. Mit Mentzos und seinem Dilemmakonzept, d.h., einem existentiellen Dilemma als Grundlage einer Psychose, sei ein auch therapeutisch neuer Ansatz gefunden worden.

Mentzos postulierte, dass einer schizophrenen Psychose ein Identitätsdilemma zugrunde liege. Menschen mit Psychosen litten unter einer existenziellen Angst und befänden sich in einer unaushaltbaren Ambivalenz: Einerseits befürchteten sie durch den Kontakt zu anderen Menschen die eigene Identität, das Selbst zu verlieren, andererseits sei der sich aus dieser Angst ergebende autistische, d.h. soziale Rückzug genauso existenzbedrohend. Zugleich sei es jedoch dieses Dilemma, welches eine Symmetrie innerhalb der Therapie herstelle, da die Therapeutin bzw. der Therapeut durch dieses Dilemma unmittelbar in die Nähe und Distanzregulation mit einbezogen werde, was zu einer gemeinsamen Arbeit am interpersonellen Raum führt und gleichzeitig die therapeutische Beziehung herausfordert und fördert.

Im weiteren Verlauf gibt von Haebler einen kurzen Überblick über die Versorgungslage der Menschen mit Schizophrenien. Aktuell handle es sich bei ca. 18% aller Fälle psychiatrischer Kliniken um Menschen mit schizophrenen Psychosen, mit einer Behandlungsdauer von durchschnittlich fünf Wochen. Hierbei werde bei den meisten Patientinnen und Patienten eine medikamentöse Behandlung und nur bei ca. der Hälfte eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt. Von Haebler zitiert die Bundespsychotherapeutenkammer damit, dass es aktuell keine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung für Menschen mit Psychosen im stationären Bereich gebe. Die Gründe für eine fehlende Implementierung der Psychosen-Psychotherapie sieht von Haebler in einer fehlenden Ausbildung, mangelnder Erfahrung, krankheitsimmanenter Gründe und der allgemein immer noch gültig scheinenden, aber veralteten Auffassung, dass eine Psychotherapie bei der Behandlung von Psychosen kontraindiziert sei. Diese Implementierungsprobleme verdeutlichen den dringenden Bedarf an Fort-, Aus- und Weiterbildungen.

In puncto Evidenz zählt von Haebler auf, für welche Verfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen eine Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Man habe u.a. sowohl für die Verhaltenstherapie als auch für die Familieninterventionen und die Kunsttherapie eine Evidenzbasierung nachweisen können.

Von Haebler verdeutlicht, dass man aufgrund fehlender Studien nach wissenschaftlichem Standard die Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie bisher noch nicht nachweisen können. Diese Forschungslücke solle durch eine Studie zum Thema modifizierte psychodynamische Psychotherapie bei Menschen mit Schizophrenie (MPP-S Studie) gefüllt werden, die an der Charité in Zusammenarbeit mit der International Psychoanalytic University stattfinde. In diesem Rahmen sei ein Manual, basierend auf dem Konzept des schizophrenen Identitätsdilemmas zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen veröffentlicht worden. Hierbei gelinge es der bzw. dem Betroffenen unter Herausforderung z.B. eines Wahns auf Kosten des Realitätsverlusts aus dem existentiellen Dilemma zu entkommen. Dieser Wahn erfülle somit eine Funktion, er sei kein Defizit. Ein simples Entfernen des Wahns sei so eben keine Lösung für das zugrundeliegende Dilemma.

Im Folgenden beschreibt von Haebler die wichtigsten Werkzeuge der psychodynamischen Psychotherapie bei Psychosen. Kernpunkt sei hierbei die Haltung der Therapeutin bzw. des Therapeuten. Sie benennt fünf spezifische Merkmale der

therapeutischen Haltung in der modifizierten psychodynamischen Psychosentherapie: Offenheit für den Patienten und die Situation im Hinblick auf Ziel und Planung der Behandlung, Festigkeit im Sinne von kongruentem und konsistentem Verhalten der Therapeutin, bzw. des Therapeuten, Authentizität, bei der die Rolle der Expertin bzw. des Experten den Patientinnen und Patienten gegenüber relativiert werden kann, Neugierde am tatsächlichen Erleben, den Bedürfnissen und Prioritäten der Betroffenen und Selbstfürsorge, um die zuvor beschriebenen vier Punkte der therapeutischen Haltung kontinuierlich gewährleisten zu können. Daneben sei die Handhabung und Reflexion der Gegenübertragung bei der Behandlung ausschlaggebend. Die Anmerkungen zu der therapeutischen Haltung und zur Gegenübertragung richteten sich hierbei jeweils sowohl an Nicht-Psychotherapeutinnen, als auch an Psychotherapeuten, die direkt an der Behandlung beteiligt seien. Die Arbeit an der oder mit der Gegenübertragung könne bei feldkompetenter Supervision auch von Nicht-Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Team erfolgen. Die spezifisch psychotherapeutische Arbeit liege dann in dem Ermöglichen einer Modellerfahrung durch zum Beispiel mentalisierungsfördernde Fragen und stellvertretende Äußerung von Gefühlen oder auch im Handlungsdialog. In dem Fall, dass der Patient, die Patientin zu interpersoneller Arbeit mit dem Therapeuten, der Therapeutin in der Lage sei, könne im Sinne einer Rekonstruktion das psychotisch Erlebte als Narrativ in die Biographie integriert werden. Ziel der Therapie sei eine Abmilderung des Identitätsdilemmas im Hier und Jetzt als Resultat einer grundsätzlichen Ermöglichung und Stärkung der Interpersonalität auf Basis einer therapeutischen Beziehung, welche in diesem Sinne eine Modellerfahrung sei. In der anschließenden Diskussionsrunde nimmt von Haebler Stellung zu der Frage, ob der Wahnhalt der Patientinnen und Patienten mit Psychosen für die Therapie eine wichtige Rolle spiele. Sie betont, dass der Versuch den Wahn zu verstehen häufig dazu führe, dass Therapeutinnen bzw. Therapeuten etwas in den Wahn hineininterpretierten und es dann zu Fehlinterpretationen kommen könne. Viel wichtiger sei zunächst eine gründliche Eruiierung des Moments und der Umstände beim Auftreten eines Wahns, also dem Aufspüren der existentiellen Notwendigkeit, diesen Wahn zu entwickeln.

Zusammenfassend sagt von Haebler, dass somit der Wahn kein Defizit sei, sondern eine Überlebenskunst, die zu einer Linderung der psychotischen, apokalyptischen Angst führe. Das Abmildern des Dilemmas in der Therapie solle die Integration des Unausprechlichen ermöglichen. Gelingen dies, sei eine psychotische Reaktion nicht mehr notwendig.

Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie

Prof. Dr. Ludwig Teusch

Prof. Dr. Teusch spricht einleitend über die Weiterentwicklung und Differenzierung der therapeutischen Haltungen zu Interventionen und Handlungsregeln bei unterschiedlichen Störungen in der Gesprächspsychotherapie (GPT).



Zur Erläuterung dieser Veränderungen stellt er zunächst eine Kasuistik eines Patienten mit einer Zwangs-

störung vor. In der Vergangenheit habe es Bedenken seitens der Gesprächspsychotherapeutinnen und -Therapeuten gegenüber den psychiatrischen Diagnosen gegeben. Man habe befürchtet, dass Diagnosen den Blick auf den ganzen Menschen beeinträchtigen und erkrankte Menschen auf die Diagnose reduziert werden. Inzwischen seien jedoch Diagnosen in der störungsspezifischen GPT eine wichtige Voraussetzung zur Behandlung schwerer psychiatrischer Störungen.

Als nächstes geht Teusch auf die Grundannahmen und Grundprinzipien der GPT ein. Die GPT gehe in ihren Grundaxiomen davon aus, dass der Mensch auf Entwicklung und Entfaltung angelegt sei, dass er die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung und Symbolisierung seiner Erfahrung

und somit die Fähigkeit zur Selbstaktualisierung habe. Dies impliziere für die Psychotherapie, dass keine Handlungsanweisungen oder Deutungen von Therapeutinnen bzw. Therapeuten notwendig seien, vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen selbst zu einer Lösung kommen können. Als weiteres Grundaxiom nennt Teusch das Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung. Tragende Elemente der GPT seien nach Rogers bedingungsfreie Wertschätzung, einführendes Verstehen, Echtheit und Kongruenz. Laut Teusch lassen sich aus diesen Grundhaltungen Interventionsformen ableiten.

Als wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung der GPT identifiziert Teusch entwicklungspsychologische Konzepte, die nicht nur individuell, sondern auch für spezifische, diagnostische Gruppen ausgearbeitet worden seien. Teusch verdeutlicht dies am Beispiel der Zwangsstörung. Bei der Zwangsstörung werde zunächst die Persönlichkeitsentwicklung analysiert. Diese könne z.B. durch mangelnde Wertschätzung und unnachgiebige Strenge der Bezugsperson gestört werden. Solch eine Einengung könne in Wut resultieren und reaktiv zu Schuldgefühlen führen. Die bzw. der Zwangserkrankte entwickle ein perfektionistisches, machtvoll-unabhängiges Selbstideal, welches in Konflikt stehe mit seinem aktuellen Selbstbild, geprägt von Verunsicherungen und unfähig zur Selbst- und Situationskontrolle. Diese Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und



aktuellem Selbstbild führe zu einem überkontrollierten und überkorrekten Kompensationsverhalten, um so Schuld und Strafe zu vermeiden.

Im Folgenden erläutert Teusch das GPT-Vorgehen. Hierbei richtet er sich nach der Phaseneinteilung nach Swildens (2015). Dieser teilt das Vorgehen in fünf Phasen ein. Am Anfang stünde eine Prämotivationsphase, in der die Patientin bzw. der Patient zur Behandlungsaufnahme motiviert werde. Die Betroffenen litten zumeist unter einem starken Leidensdruck, Zweifel und Schuldgefühlen. Ein einfühlsames, anerkennendes Vorgehen sei daher angebracht. Auf diese Phase folge die Symptomphase. Durch ein empathisches Wiederholen erfasse die Therapeutin bzw. der Therapeut, was die Patientin oder der Patient denke und fühle. Dieser Prozess helfe den Betroffenen, sich verstanden zu fühlen und fördere das selbstkonzeptbezogene Verstehen. Als nächstes werde in die Problem- und Konfliktphase übergegangen. In dieser Phase stünden nicht mehr die Symptome im Mittelpunkt, sondern vielmehr Beziehungserfahrungen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstkonzept. Während die Patientin bzw. der Patient in der Beziehungs- und Konfliktphase bereits sein Selbstkonzept und Selbst-Ideal überdenke, werden in der vierten Phase, der existenziellen Phase, modifizierte Sinnkonzepte, Lebensplanung und Zukunftsentwürfe erarbeitet. Bei der letzten Phase, der Abschiedsphase, gehe es um eine Verringerung der Rezidivhäufigkeit. In der Folge würden Handlungspläne in Form von Selbstinstruktionen bei Frühsymptomen vereinbart.

Zum Schluss resümiert Teusch, dass störungsorientierte Konzepte in der GPT die Behandlung schwer gestörter, psychiatrischer Patientinnen und Patienten erleichtere und verdeutlicht dies erneut am Beispiel der Zwangserkrankung. Bei Menschen mit einer Zwangserkrankung bestehe ein hohes Bedürfnis nach Kontrolle, welches gleichzeitig mit der Scham verbunden sei, die Kontrolle verloren zu haben. Diese Umstände erschwerten in der Prämotivationsphase einen Beziehungsaufbau zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten. In der Symptomphase könnten die im Zwang deutlich werdenden Befürchtungen als Wunsch nach mehr Selbstvertrauen formuliert werden. In der anschließenden Problem- und Konfliktphase könne dieser Wunsch in das Selbstkonzept integriert werden und somit in der existenziellen Phase zum Tragen kommen.

Es sei von großer Bedeutung, dass auch bei schweren Störungen auf das Entwicklungspotential der Betroffenen vertraut werde. Die Grundprinzipien nach Rogers tragen maßgeblich zur Therapie bei. Von diesen Grundprinzipien könnten Handlungsregeln abgeleitet werden. Auch die GPT entwickle sich stetig weiter. In den letzten Jahren habe es vor allem im Bereich der Kontaktherstellung zu schwer gestörten Patientinnen und Patienten in der Körpertherapie, der Klärungsorientierten Therapie und den störungsspezifischen Ansätzen Entwicklungen gegeben.

Welche Psychotherapie bei welchem Süchtigen?

Dr. Martin Reker

Dr. Reker beschreibt eingangs die Besonderheiten der Behandlung suchtkranker Patientinnen und Patienten. Eine große Herausforderung liege in der Definition der vorliegenden Problematik, die durch die Betroffenen und Therapeutinnen bzw.



Therapeuten unterschiedlich eingeschätzt werde. Während die Professionellen stets den Suchtmittelkonsum im Vordergrund sehen, fühlen sich die Betroffenen meist eher durch aktuelle psychosoziale Problemlagen belastet, deren Zusammenhang mit dem Substanzkonsum für sie undeutlich bleibe. Viele Patientinnen und Patienten stünden so der angebotenen Behandlung ambivalent gegenüber. Seelische, soziale und körperliche Einschränkungen seien häufig miteinander verwoben und stellen die Therapeutin bzw. den Therapeuten vor die Aufgabe, die Probleme unter Würdigung der Sichtweise der Betroffenen zu hierarchisieren und zueinander in Beziehung zu setzen. Aus diesen Herausforderungen ergeben sich bestimmte Folgerungen für die Behandlung. So müsse sich der Behandlungsplan nach der Zielsetzung der erkrankten Menschen richten, die Therapeutin oder der Therapeut müsse somit eine zieloffene und veränderungsmotivierende Grundhaltung einnehmen. Die Qualität der Motivation für einen Behandlungsbeginn (Selbst- oder „Fremd“-Motivation) müsse als gegeben akzeptiert werden und könne dann von einer extrinsischen in eine intrinsische Motivation überführt werden. Zudem müssten gemeindeorientierte Konzepte aus der Netzwerkarbeit angewandt werden, welche der Komplexität der Problemlagen gerecht werden.

Im Folgenden schildert Reker Vorüberlegungen bei der Planung einer Psychotherapie für suchterkrankte Patientinnen und Patienten. Er betont die interne Validität evidenzbasierter, psychotherapeutischer Methoden und macht gleichzeitig deutlich, dass diese aus pragmatischen Gründen nicht auf die Behandlungsrealität umsetzbar seien. Eine modulare Psychotherapie, bestehend aus funktionellen Therapieeinheiten, biete jedoch die Möglichkeit einer flexibel anpassbaren und in der Realität umsetzbaren Behandlung, die zugleich einzelnen Problembereichen innerhalb eines Krankheitsbildes gerecht werden könne. Die modular ausgerichtete Psychotherapie habe aufgrund ihrer praktischen Anwendbarkeit in den letz-

ten Jahren viel Zuspruch erfahren.

Als nächstes stellt Reker die Frage nach Modulen, die bei einer psychotherapeutischen Behandlung suchtkranker Patientinnen und Patienten benötigt werden. Hierbei bezieht er sich auf die von Hohagen vorgeschlagenen sechs maßgeblichen Aspekte zur Gestaltung einer individuellen, modularen Psychotherapie. Zu Beginn müsse ein Beziehungsaufbau stattfinden, anschließend werde aus der subjektiven Perspektive der Patientinnen und Patienten mithilfe einer Analyse durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten ein Problem bestimmt. Je nach Natur des vorliegenden Problems, würden nun psychotherapeutische Techniken angewandt werden. Handele es sich um eine unveränderbare Problematik, kommen akzeptanzbasierte Techniken zum Tragen. Liege ein veränderbares Problem vor, kämen veränderungsorientierte Techniken zum Einsatz. In beiden Fällen müssten motivationale Techniken integriert und anschließend gemeinsam das Maß der Veränderung evaluiert werden.

Weitere bedeutsame Aspekte zur Behandlung suchtkranker Patientinnen und Patienten, die Reker benennt, sind die fünf Wirkfaktoren nach Grawe. Hier werde ebenfalls zunächst auf einen intensiven Beziehungsaufbau wertgelegt. Wichtig sei, dass bedarfsorientiert und nicht angebotsorientiert gehandelt werde. Die Therapeutin bzw. der Therapeut müsse somit der Person entsprechend seine Behandlung gestalten, eine Vertrauensgrundlage schaffen und sich in den Dienst der Patientinnen und Patienten stellen. Als nächstes müssten die individuellen Ressourcen der Patientinnen und Patienten analysiert und gestärkt werden. Beim Prozess der Problemaktualisierung habe in den letzten Jahren eine Veränderung stattgefunden. Bei der Behandlung von Menschen mit einer Suchterkrankung fokussiere man sich nicht mehr ausschließlich auf die Sucht, sondern beziehe auch mit der Sucht in Zusammenhang stehende Probleme ein. Somit werde nicht mehr nur das Symptom behandelt, sondern der Ursprung der Problematik exploriert und in der Therapie aktualisiert. Im Zentrum der Sucht Behandlung stehe die individuelle, motivationale Klärung, bei der Ambivalenzen und Dilemmata thematisiert und die Patientin bzw. der Patient bei seiner Entscheidung durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten unterstützt werde. Durch eine individuelle Herangehensweise an die Problembewältigung lernten die Betroffenen den konstruktiven Umgang mit ihren Problemen.

Der Community Reinforcement Approach stellt laut Reker ein wichtiges methodisches Hilfsmittel dar. Die Leitidee

Psychotherapie im Alter – geht das?

Dr. Dirk K. Wolter

Dr. Wolter beginnt seinen Vortrag mit einer Beschreibung des aktuellen Standes der Psychotherapie im Alter. Nur ein sehr geringer Anteil an Psychotherapiepatientinnen und Patienten sei über 65 Jahre.



ff. Welche Psychotherapie bei welchem Süchtigen?

dieses Ansatzes sei es, dass Suchtkranke im Substanzkonsum einen Vorteil sehen und jeder Verzicht hierauf zunächst einen Nachteil bedeute. Diese Problematik könne jedoch nur durch einen radikal subjekt-zentrierten Ansatz verstanden und respektiert werden. Im Folgenden könnten dann durch Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der professionellen Unterstützungsoptionen Wege gesucht werden, ein abstinentes Leben, ggf. auch einen Konsum nach definierten Regeln für die Patientin bzw. den Patienten attraktiver erscheinen zu lassen als ein Leben im Rausch.

Zum Schluss macht Reker die Bedeutung einer individualisierten Psychotherapie anhand von drei Kasuistiken deutlich und wirft noch einmal die Frage auf, welche Psychotherapie bei welchem Süchtigen angebracht sei. Die Problemlage bei suchtkranken Menschen sei vielfältig und am besten nachvollziehbar, wenn der Blickwinkel des bzw. der Erkrankten eingenommen werde. Eine psychotherapeutische Behandlung müsse daher individuell angepasst werden und sich am Motivationsniveau und den vorhandenen Ressourcen der Patientin und des Patienten orientieren. Diagnosen seien in diesem Rahmen zunächst zweitrangig, bedeutsamer sei es einzuschätzen, inwiefern ein Suchtmittel in die Autonomie und das Leben des Menschen eingreife. Die Bewältigung vorhandener Problem- und Bedarfslagen müsse im weiteren Verlauf methodenfundierte sein und auch für Betroffene ein nachvollziehbares Konzept erkennbar werden lassen. Speziell bei Komorbiditäten sei der Einsatz von störungsspezifischen Methoden essentiell und sollte in eine Therapie von Menschen mit Suchtproblemen integriert sein.

ein sehr geringer Anteil an Psychotherapiepatientinnen und Patienten sei über 65 Jahre. Lange Zeit habe die Auffassung geherrscht, dass eine Psychotherapie im fortgeschrittenen Alter aufgrund mangelnder Plastizität ineffizient sei. Bis in die 60er Jahre stellten Defizitmodelle Altern als eindimensionalen kontinuierlichen Abbau- und Rückzugsprozess dar. Diese Modelle seien von Theorien abgelöst worden, die die Entwicklungsmöglichkeiten und die Aktivität im Alter betonten. Gegenwärtig berufe man sich auf eine Lebensspannenpsychologie, die davon ausgehe, dass auch im Alter eine psychische Entwicklung stattfinde.

Als nächstes geht Wolter auf die Themen ein, die bei einer Psychotherapie im Alter eine Rolle spielen. Der Schwerpunkt liege auf dem Körper und auf der Auseinandersetzung mit Symptomen des Alterungsprozesses sowie den damit verbundenen Ängsten und Sorgen. Ein weiteres Thema seien die Intergenerationenbeziehungen. Hierbei gehe es u.a. um Erwartungen gegenüber (Enkel-) Kindern und Partnern, divergente Wertesysteme, Delegation oder Manipulation. Auch das nahende Lebensende sei ein wichtiges Thema der Psychotherapie im Alter. So könne beispielsweise ein Umzug ins Altenheim als eine narzisstische Kränkung, Einschränkung der Autonomie oder Verrat durch Angehörige aufgefasst werden und somit eine große Belastung darstellen. Im Hinblick auf bestimmte Erlebnisse könnten auch traumatische Ereignisse wie z.B. Kriege ein wichtiges Thema der Psychotherapie sein.

Weiter wird auf Ressourcen eingegangen, die für eine erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Alterns gestärkt werden müssten. Das subjektive Wohlbefinden einer Person werde maßgeblich durch ihre Ressourcen und subjektiven Bewertungen gefördert und weniger durch

die objektiven Bedingungen. Bedeutsame Ressourcen seien einerseits welche, die mit der Biographie der Patientinnen und Patienten in Verbindung stünden oder auch das Maß an Resilienz der Betroffenen. Andererseits seien auch persönliche Faktoren, wie beispielsweise Humor, Selbstwert oder Religion wichtige Ressourcen. Wolter identifiziert in diesem Zusammenhang das Kohärenzgefühl als essentielle Voraussetzung zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Dies bedeute, dass ein Mensch die Welt und die Geschehnisse verstehe, damit umgehen könne und es als sinnvoll erachte, sich in der Welt zu engagieren.

Als nächstes geht Wolter auf das in der gegenwärtigen Gerontopsychologie gehandhabte Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK) ein. Das SOK-Modell diene der Erhaltung von Handlungskompetenz und Lebensqualität durch eine Selektion der Ziele, eine Optimierung der verfügbaren Ressourcen und einen Ausgleich der Defizite. Die Therapieziele in der Gerontopsychologie seien vielfältig. Im Allgemeinen handle es sich um eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und der Selbstständigkeit. Darüber hinaus sei es das Ziel, intergenerationale Schwierigkeiten zu klären, praktische Lösungen zu erarbeiten und einen achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu erlernen.

In der Alterspsychotherapie werde die kognitive Verhaltenstherapie am meisten praktiziert und erforscht. Daneben sind aber auch psychodynamische Verfahren und solche Ansätze von Bedeutung, die sich mit Sinnfragen sowie interpersonellen bzw. -generationellen Beziehungen beschäftigen. Auch achtsamkeitsbasierte Ansätze sowie Entspannungsverfahren spielen eine wichtige Rolle.

In puncto Evidenz macht Wolter anhand von Metaanalysen deutlich, dass psychotherapeutische Interventionen im Alter wirksam seien. In diesem Zusammenhang seien vor allem die verhaltenstherapeutischen Verfahren untersucht worden. Zusammenfassend beschreibt Wolter, dass es mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen der Alterspsychotherapie und der Psychotherapie Jüngerer gebe.

Im Folgenden schildert Wolter die Besonderheiten der Psychotherapie im Alter. Es sei wichtig, sich die Bedeutung von

Altersbildern bewusst zu machen. Dieses Bild könne bei Betroffenen, Angehörigen und Behandlerinnen bzw. Behandlern ein völlig unterschiedliches sein. Gleichzeitig müsse auf die Übertragung und Gegenübertragung in einer Beziehung zwischen einem Menschen fortgeschrittenen Alters und einer jungen Therapeutin bzw. einem jungen Therapeuten geachtet werden. In Bezug auf die Prognose betont Wolter, dass nicht das Alter der Patientinnen und Patienten bedeutsam sei, sondern die Dauer der bestehenden Störung. Die Art der Psychotherapie unterscheide sich nicht grundlegend, es gehe vielmehr um altersspezifische Therapiethemen. Der Zeithorizont könne in diesem Fall eine essentielle Rolle spielen und sich positiv auf die Compliance der Patientin bzw. des Patienten auswirken, da den Betroffenen nicht viel Lebenszeit bleibe. Gleichzeitig müsse man bei der Alterspsychotherapie mögliche Schwierigkeiten bedenken. So könne die Verkennung der Symptome des normalen Alterns als pathologisch oder andersherum die Missdeutung von pathologischen Symptomen als normalen Prozess, die Behandlung erschweren. Auch verbale Äußerungen mit infantilisierenden Zügen gehören zu den möglichen Fallstricken.

In Bezug auf das therapeutische Vorgehen unterscheidet Wolter zwischen der Psychotherapie im puristischen und im pragmatischen Sinne. Psychotherapie im puristischen Sinne beziehe sich auf die klassische Definition der Therapie. Bei einem pragmatischen Vorgehen hingegen, könne von einer Sammlung verschiedenster Methoden gesprochen werden, welche im Allgemeinen das Ziel haben, die Freiheitsgrade der Patientinnen und Patienten zu erweitern.

Anschließend fasst Wolter zusammen, dass eine Psychotherapie im Alter möglich und effektiv sei. Es bestünden verschiedene Ansätze, die individuell auf die Patientinnen und Patienten angepasst werden müssten. Hierbei müsse die passende Methode und der geeignete Rahmen gewählt und die notwendigen ergänzenden Maßnahmen getroffen werden.

Er beendet seinen Vortrag mit einem Zitat von Hartmut Raedebold, dem zufolge „Psychotherapie mit Menschen über 60 sinnvoll, notwendig und langfristig erfolgreich“ sei.

2018 FRÜHJAHRSPSYCHIATRIETAGE BONN/RHEIN-SIEG



Filmtage

vom 28. Februar - 02. März 2018
im LVR-Landesmuseum Bonn

Die drei präsentierten Filme spannen den Bogen von Kindern psychiatriererfahrener Eltern hin zu den Krankheitsbildern Borderline Persönlichkeitsstörung und Demenz.

Programm 2018

Mittwoch, 28. Februar, 19:00 Uhr

„Wo bist Du? Kinder psychiatriererfahrener Eltern im Fokus“
Dokumentarfilm von Andrea Rothenburg

Donnerstag, 1. März, 19:00 Uhr

„Das fehlende Grau“
Spielfilm von Nadine Heinze und Marc Dietschreit

Freitag, 2. März, 19:00 Uhr

„Eines Tages...“
Spielfilm LVR-Zentrum für Medien und Bildung

Farben der Seele

Angehörige

„Wo bist Du?“
Kinder psychiatriererfahrener Eltern im Fokus“
Dokumentarfilm und anschließende Diskussion, u.a. mit
Regisseurin Andrea Rothenburg



Borderline

„Das fehlende Grau“
Spielfilm, im Anschluss Experten und Betroffene im
Austausch



Demenz

„Eines Tages...“
Spielfilm mit anschließender Diskussion, u.a. als Gast:
Schauspieler Horst Janson



TERMINE 2019 IM LANDESMUSEUM BONN

Frühjahrspsychiatrietage Bonn/Rhein-Sieg

Filmtage vom 12. bis zum 14. Februar 2019

Fachtagung am 27. Februar 2019

FACHTAGUNG AM 14. MÄRZ 2018

REFERENTINNEN UND REFERENTEN

Prof. Dr. med. Markus Banger

Ärztlicher Direktor, Chefarzt Abhängigkeitserkrankungen
und Psychotherapie, LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. med. Mathias Berger

Professor em., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler

Professorin an der IPU Berlin, „Interdisziplinäre Psychosentherapie“,
Oberärztin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité CCM, Vor-
standsvorsitzende DDPP e.V.

Dr. med. Martin Reker

Facharzt, Supervisor, (Mit-)Leiter Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Evangelisches Klinikum Bethel, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen

Dr. med. Michael Schormann

Chefarzt Psychiatrie und Psychotherapie II,
Stv. Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch

Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie,
Psychiatrie, Neurologie, Suchtmedizin

Dr. med. Dirk K. Wolter

Facharzt für Nervenheilkunde und Geriatrie, Psychotherapeut,
Chefarzt Gerontopsychiatrie und Psychotherapie,
LVR-Klinik Bonn

TAGUNGSVORSITZ

Prof. Dr. Markus Banger, LVR-Klinik Bonn

Dr. Michael Schormann, LVR-Klinik Bonn

LVR-Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Tel 0228 551-1

veranstaltungen-bonn@lvr.de, www.klinik-bonn.lvr.de

Impressum

Herausgeber LVR-Klinik Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Redaktion u. Gestaltung Karin Runde **Texte** Imke Schwitters, Karin Runde

Bilder Tillmann Daub, Karin Runde, LVR-LandesMuseum Bonn