

Therapeutisches Konzept der Psychotherapiestation

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Verbundkrankenhaus Bernkastel / Wittlich

Die Psychotherapie-Station ist eine offene Station mit 18 Therapieplätzen. Auf der Psychotherapiestation werden Patienten sowohl mit aktuellen psychischen Leiden (überwiegend reaktiv bedingte depressive Störungen, Angststörungen inkl. posttraumatischen Störungen, Zwangserkrankungen, somatoformen Störungen etc.) als auch mit überdauernden Persönlichkeitsstörungen behandelt. Die Pat. werden hierzu für mehrere Wochen (zumeist 6 bis 10 Wochen) in das multimodale Therapieprogramm stationär aufgenommen.

Das Therapieangebot umfasst:

- Psychologische und medizinische Diagnostik
- Psychotherapeutische Gesprächsgruppen
- Einzelgespräche mit Bezugstherapeuten
- Kreativ- und Erlebnistherapien: Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie
- Visiten
- Individuelle pflegerische Betreuung
- Medikamentöse Begleitbehandlung
- Erkrankungsbezogene Edukations- und Übungsgruppen
- Sozialarbeiterische Beratung und Nachsorgeplanung
- Gruppenaktivitäten und gemeinsame Unternehmungen

Das multiprofessionelle Behandlungsteam arbeitet mit einem integrativen Konzept sowohl tiefenpsychologisch (psychodynamisch-mentalierend) als auch verhaltenstherapeutisch (kognitiv und dialektisch) orientiert.

Das Team besteht aus oberärztlicher Leitung, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Kreativ- und Bewegungstherapeuten, Sozialarbeitern und Pflegekräften.

Organisatorischer Ablauf der Behandlung

Die Patienten werden am Aufnahmetag ärztlich untersucht und erhalten ein therapeutisches Aufnahmegespräch. Im Aufnahmegespräch werden die aktuelle Leidensproblematik sowie die Erkrankungsvorgeschichte und Biografie in den wichtigen Grundzügen erfasst. Die psychischen Probleme im Bereich des Erlebens und Verhaltens oder aktuelle Lebenskrisen sollen vor dem Hintergrund der biografischen Entwicklung, der so entstandenen Persönlichkeitsstruktur und der Krankheitsvorgeschichte verstehbar werden. Zur erweiterten Diagnostik erhalten die Patienten, soweit erforderlich, Test-Fragebögen und einen Lebens-Fragebogen.

Erste Arbeitsdiagnosen werden erstellt und erste Vorstellungen über therapeutische Ziele werden gemeinsam mit den Patienten entwickelt. In Anlehnung an erprobte dialektisch-behaviorale Arbeitskonzepte werden mit den Pat. schriftliche Behandlungsvereinbarungen (über in der Therapie hilfreiches Verhalten und kontraproduktives Verhalten) getroffen als Basis der therapeutischen Zusammenarbeit.

In den ersten beiden Wochen werden die Patienten in verschiedene Therapiegruppen (mentalisierte Gesprächsgruppe sowie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie) aufgenommen. Sie erhalten zusätzlich pro Woche ein psychotherapeutisches Einzelgespräch sowie je nach Indikation auch Kreativ- und/oder Bewegungstherapie im Einzelsetting. Eine Oberarztvisite erfolgt ebenfalls einmal wöchentlich. Bei dieser können medizinische und sonstige Anliegen der Patienten vorgebracht werden, psychotherapeutische Aspekte stehen jedoch auch hier im Vordergrund. Darüber hinaus werden die Patienten indikativ in das stationsübergreifende Therapieprogramm mit Entspannungstraining, Achtsamkeitstraining, Sozialem Kompetenztraining, Angst- oder Depressionsgruppe und Spannungs-Bewältigungs-Gruppe integriert. Liegt eine begleitende Suchtproblematik vor, kommt ggf. eine vorausgehende Teilnahme an der psychoedukativen und motivationsfördernden Suchttherapie in Frage.

Ziele der ersten Behandlungswochen sind der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die Einfindung der Patienten in das Behandlungsangebot und die Festigung der diagnostischen Einordnung der Leidensproblematik durch das Behandlungsteam. Am Ende dieser Einfindungsphase erfolgt die Therapieplanung im therapeutischen Team zur Festlegung des weiteren Behandlungsablaufes.

Der anvisierte weitere Behandlungsablauf wird mit den Patienten besprochen. Es wird auch eine poststationäre Weiterbehandlung gemeinsam mit den Patienten geplant, insbesondere eine evtl. tagesklinische oder ambulante Weiterbehandlung, zu deren Erreichung die Pat. Eigenaktivität entwickeln sollen.

Zeitlicher Ablauf der Behandlung auf der Psychotherapiestation

Aufnahme, erste Arbeitsdiagnosen, erste Einteilung ins Therapieprogramm



Kennenlern- und Einfindungsphase (ca. 2 Wochen)



Therapieplanung mit Festigung der Arbeitsdiagnosen und Planung des weiteren stationären und poststationären Therapieprogramms



Stabilisierung, Konsolidierung



Abschluss / Abschied

Inhaltliches Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept unserer Psychotherapiestation zielt einerseits auf aktuelle psychische Leidenszustände ab, diese sind zumeist ängstlich-depressiver Natur, andererseits stehen aber auch überdauernde Persönlichkeitszüge („Traits“ bis zum Ausmaß einer Persönlichkeitsstörung) im Fokus der Behandlung. Oft werden aktuelle psychische Dekompensationen gerade erst vor dem Hintergrund ebendieser Persönlichkeitszüge verstehbar („Warum fällt gerade mir die Bewältigung der aktuellen Situation besonders schwer?“).

Auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses gehen wir davon aus, dass psychische Krankheits- oder Leidenszustände sowohl (Erb-)Anlagebedingt sind als auch aus frühen oder späteren Lebenserfahrungen entstehen (sog. Gen-Umwelt-Interaktion). Dieses multimodale Krankheitsverständnis führt in der Regel zu einem ebenfalls multimodalen Behandlungsansatz. Eine „Heilung“ im Sinne eines kompletten Verschwindens einer Symptomatik wird oft nicht erreichbar sein. Ziele der Behandlung sind vielmehr eine Linderung von Leidenszuständen und die bessere Befähigung, mit Persönlichkeitszügen (zwischenmenschlich und innerpersönlich) gut zurechtzukommen. Das Behandlungskonzept integriert sowohl tiefenpsychologische (psychodynamisch-mentalierende) als auch verhaltenstherapeutische (kognitive und dialektische) Arbeitsansätze.

Generell werden verhaltenstherapeutische Therapiemethoden als mehr veränderungsorientiert, tiefenpsychologische als mehr aufdeckend und einsichtsfördernd aufgefasst. Die Integration beider Ansätze kann von Patienten als Ergänzung aber auch als Widerspruch erlebt werden (z.B. die Fokussierung auf das „Hier und Jetzt“ oder die Vergangenheit?; klare Handlungshinweise und „Aufgaben“ oder Fokussierung auf Einsichtsgewinn?).

Somit ist es wichtig, sich möglichst gut ergänzende Therapieansätze zu wählen. Im hiesigen Therapiekonzept wurden dazu das verhaltenstherapeutische Verfahren der dialektisch-behavioralen Therapie und das tiefenpsychologische Verfahren der mentalisierungsbasierten Therapie als sich gut ergänzende Verfahren gewählt. Abhängig von der individuellen Problemlage der Patienten kann der Behandlungsschwerpunkt auf einen der beiden Ansätze gelegt werden aber auch eine Kombinationsbehandlung erfolgen.

Aufgrund der hohen Zahl an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bietet sich verhaltenstherapeutisch insbesondere das dialektisch-behaviorale Konzept (DBT) nach *Linehan* an. Diesem Konzept entnommen sind vor allem Behandlungsvereinbarungen (Commitments), Achtsamkeits- und Akzeptanztraining, Spannungs-Bewältigungs-Gruppe (Skills-Training) und Soziales Kompetenztraining.

Im Konzept der Dialektik erfolgt nicht nur ein „normatives“ therapeutisches Arbeiten, sondern gerade im ihr innewohnenden „Sowohl als Auch“ sollen einerseits mögliche Veränderungen angestrebt, andererseits wenig veränderlichen Emotionen und Persönlichkeitseigenschaften als solche verstanden werden, um ihnen mit größerer Akzeptanz begegnen zu können. Auch im Sinne eines angestrebten „Reparenting“ ergeben sich Übereinstimmungen von DBT und tiefenpsychologischen Verfahren.

Zusätzliche kognitive und exponierende behaviorale Behandlungsmethoden, ggf. auch traumatherapeutische Elemente kommen indikativ zum Einsatz.

Auf der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Seite wiederum hat sich für Patienten mit strukturellen Störungen die mentalisierungsbasierte Einzel- und Gruppentherapie (MBT/MBGT) nach *Bateman* und *Fonagy* bewährt, die einerseits die Selbstwirksamkeit fördert und andererseits auch ein aktiv übendes Verfahren ist. Mentalisieren bedeutet, innere geistige (mentale) Zustände, insbesondere Gefühle, aber auch Gedanken, Wünsche, Bedürfnisse, Überzeugungen etc., von sich wie auch von anderen zu erfassen oder zu erahnen.

Vor dem Hintergrund der Bindungsforschung und dem Konzept der „Theory of Mind“ wird davon ausgegangen, dass Menschen (etwa bis zum Alter von 4 Jahren) insbesondere in der Beziehung zu bedeutsamen frühen Bezugspersonen erlernen, dass ihr eigener geistiger Zustand („mind“) sich von dem anderer Menschen unterscheidet. Neuere neurobiologische Erkenntnisse deuten darauf hin, dass bei dieser Entwicklung, die mit Imitations- und Synchronisationsphänomenen beginnt, die in den 90er Jahren entdeckten „Spiegelneuronen“ eine entscheidende Rolle spielen. Für die weitere Entwicklung des Kindes wiederum wichtig ist, die eigenen mentalen Zustände „gespiegelt“ zu bekommen, um sie überhaupt erfassen zu können, am erfolgreichsten mit leichter („markierter“) Veränderung, um mehr und mehr den eigenen mentalen Zustand vom mentalen Zustand des anderen unterscheiden zu erlernen. Die wiederholten Affektmarkierungen führen dann zu sogenannten Repräsentanzen, auf die sich das Kind mehr und mehr beziehen kann, um seine Emotionen und Affekte zu kontrollieren. Gerade an dieser Stelle der kindlichen Entwicklung ist das Erlernen eines hinreichend gelingenden Mentalisierens unter schwierigen biografischen Bedingungen (in der Dyade mit der wichtigsten Bezugsperson, aber auch darüber hinaus in der Primärfamilie) besonders störanfällig.

Die dann erreichten „prä-mentalistischen“ Zustände gehen in der Regel mit einem von drei möglichen Defiziten einher:

Geringe Fähigkeit, den mentalen Zustand anderer zu erahnen. (Der „prä-mentalistische“ Modus, in welchem sich die Betroffenen besonders oft befinden, ist der *Äquivalenzmodus*, in welchem innere und äußere Welt als identisch erlebt werden. Der diesem Modus am ehesten zuzuordnende Bindungsstil ist die *unsicher-vermeidende Bindung*.)

Geringe Fähigkeit, den eigenen mentalen Zustand zu erfassen. (Die Betroffenen befinden sich besonders oft im „prä-mentalistischen“ *Als-ob-Modus*, in welchem es zu verbalen Äußerungen über Gedanken und Gefühle ohne echte innere Berührung kommt. Am ehesten kann hier der *unsicher-ambivalente Bindungsstil* zugeordnet werden.)

Es kann weder der mentale Zustand anderer gut erahnt werden, noch der eigene Zustand gut erfasst werden. (Besonders häufig tritt dann der „prä-mentalistische“ *teleologische Modus* ein, in welchem für die Betroffenen die Umwelt „funktionieren“ muss, um innere Spannungszustände abzubauen. Nur äußere „Hilfsmittel“ wie z.B. Selbstverletzungen oder auch Drogen und Medikamente können mentales Erleben beeinflussen. Der Bindungsstil, welcher hier am ehesten zuzuordnen ist, ist die *desorganisierte Bindung*.)

In der MBT/MBGT erlernen Patienten nun durch immer wiederkehrendes „nicht-wissendes“ und affektfokussiertes Hinterfragen eigener mentaler Zustände wie auch mentaler Zustände anderer, „prä-mentalistiche“ Zustände zu überwinden und zum Mentalisieren zu gelangen.

Im Sinne des Mentalisierens immer wieder zu beachtende Fragen und Gedanken lauten:

Fragen Sie sich „Was bewegt mich?“ und „Was bewegt mein Gegenüber?“

Fragen Sie sich „Gibt es Themen, über die ich nicht gerne reden möchte, die aber wichtig sind und besprochen werden sollten?“

Unterscheiden Sie zwischen „Das ist so!“ und „Das empfinde ich so!“

Unterscheiden Sie zwischen „Man fühlt, denkt, macht....“ und „Ich fühle, denke, mache....“

Zum steten Hinterfragen dieser mentalen Zustände bietet sich ganz besonders die therapeutische Arbeit in der Gruppe an. Aus diesem Grunde stehen auch in unserem Therapiekonzept gruppentherapeutische Angebote sowohl in der Gesprächstherapie als auch in den Erlebnistherapien im Vordergrund. Für die dabei oft zunächst um ihre Privatsphäre fürchtenden Pat. ist es wichtig, dass ihnen der größtmögliche Schutz dieser Privatsphäre durch eine Schweigepflicht aller Mitpatienten und Mitglieder des Behandlungsteams aus der Gruppe heraus nach außen zugesichert werden kann. Auch die Wichtigkeit eines prinzipiell „willkommen heißenden“ zwischenmenschlichen Klimas auf der Psychotherapiestation ist in diesem Zusammenhang zu betonen. Mitglieder des therapeutischen Teams sollten in diesem Therapiekonzept ganz besonders zur Selbstreflexion bereit sein, um eigene „prä-mentalistiche“ Modi zu erkennen und nicht z.B. eigene Erlebensweisen im Sinne des *Äquivalenz-Modus* an die Stelle des Erlebens der Patienten zu setzen. Nur so kann das Erleben der Pat. immer wieder tatsächlich „nicht-wissend“ und authentisch interessiert hinterfragt werden.

Dem Therapiekonzept des Mentalisierens innewohnend ist eine notwendige Geduld, bis den Pat. das Mentalisieren zunehmend besser gelingt, bis sie zwischenmenschlich und innerpersönlich besser zurechtkommen und bis schließlich die Pat. auch eine spürbare affektive Entlastung erfahren. Dieses hat seine Begründung vor allem in der zumeist lange zurückliegenden Entstehung und langjährigen Verfestigung der zu behandelnden psychischen Störungsbilder, bei denen es sich zumeist um überdauernde Persönlichkeits-Züge handelt. In der Regel wird die Behandlung daher in der regulär nicht längeren als 10-12wöchigen stationären Behandlungszeit nicht zum Abschluss kommen können. Eine Weiterbehandlung sollte im teilstationären und/oder ambulanten Setting erfolgen, auch dieses wieder optimalerweise als mentalisierungsbasierte Gruppentherapie.

Zusätzlich zum psychotherapeutischen Behandlungsauftrag kommen viele Pat. mit dem Wunsch nach Abklärung oder gar Behandlung körperlicher Beschwerden in die stationäre Therapie. Anlass hierfür sind nur zum Teil tatsächliche somatische Erkrankungen. Oft handelt es sich um eine begleitende oder sogar primäre somatoforme Symptomatik. Dieses kann für die therapeutische Beziehung eine erhebliche Herausforderung darstellen. Das Behandlungsteam muss oft den „Spagat“ bewältigen, die Pat. nicht in falschen Vorstellungen zu fixieren und sich auch hier dem Pat. gegenüber authentisch und zu zeigen. Andererseits handelt es sich bei den Pat. oft um Menschen mit frühen, langfristigen Erfahrungen von Zurückweisung und Verlassenheit. Das Darbieten somatoformer Beschwerden kann durchaus den Aspekt einer „Beziehungstestung“ haben. Erhalten die Pat. dann nicht das Gefühl „angenommen“ und „ernstgenommen“ zu sein, kann es zu einem Therapieabbruch kommen. Somit werden zum Zeichen dieses „Ernst-Nehmens“ oft nur fraglich indizierte aber von den Pat. erwünschte medizinische und physikalische Maßnahmen durchgeführt. Das Ausmaß der Bedenken, die nur fraglich indizierte Maßnahmen im Behandlungsteam auslösen, kann den Pat. wohlwollend, aber durchaus auch offen mitgeteilt werden. Im Einzelfall von Patienten erwünschter Maßnahmen mit echtem Gefährdungspotential sollten diese auch abgelehnt werden, nicht jedoch ohne wiederum möglichst „nicht-wissend“ interessiert die Beweggründe der Pat. zu hinterfragen und authentisch die Beweggründe der Behandler darzulegen.

Auch das Erwünschen oder im Gegenteil die Ablehnung einer psychopharmakologischen Medikation durch die Pat. ist selten ausschließlich vor rational medizinischem Hintergrund zu betrachten. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells der Erkrankungsgenese kann eine begleitende Medikation, welche neurobiologische und humangenetische Überlegungen berücksichtigt, durchaus indiziert sein. Den Pat. sollte aber der primär psychotherapeutische Behandlungsansatz der Station stets verdeutlicht werden. Das Abwägen von Nutzen und Nebenwirkungen einer medikamentösen Begleitbehandlung ist unbedingte Voraussetzung. Zu den Nebenwirkungen einer Medikation kann auch die Förderung einer Abhängigkeit von äußeren Hilfen gehören. Evtl. wird dann die Verbesserung eines Selbstwirksamkeits-Empfindens (Überzeugung, aus sich heraus Krisen und Beschwerden überwinden zu können) verhindert. Besonders Patienten im *teleologischen* „prä-mentalistischen“ Modus vernachlässigen eher die Möglichkeiten der Selbstwirksamkeit und suchen vielmehr ihr Heil überwiegend in einer Medikation. Sie bedrängen die Behandler geradezu, ihnen immer wieder neue Medikamente (oft nur fraglich indiziert und in hoher Dosis) zu verschreiben. Andere Pat. wiederum werden, z.B. aus Gründen genereller Ablehnung von „Chemie“ oder einer überstarken Wertlegung auf Selbstkontrolle und Autonomie, eine indizierte Medikation ablehnen. In beiden Situationen sollte auch hier wieder in erster Linie das Prinzip des offenen Hinterfragens der Beweggründe der Pat. berücksichtigt werden. Wiederum ist das Gefühl der Patienten, „ernstgenommen“ zu sein, besonders wichtig. Patienten zur Einnahme einer Medikation zu zwingen, stellt selbsterklärend keine Behandlungsoption dar. Patienten eine Medikation zu verschreiben, die die Behandler als nur fraglich indiziert erachten, erfordert zumindest eine wohlwollende, aber gründliche Aufklärung der Patienten. Wie auch bei den sonstigen medizinischen Maßnahmen sollten nicht hinreichend indizierte Medikationen mit echtem Gefährdungspotential abgelehnt werden und wiederum ein interessiertes Hinterfragen der Beweggründe der Patienten erfolgen.

Aufnahmeprocedere

Patienten, die sich nicht selbst zur Aufnahme anmelden, werden dem Behandlungsteam von zuweisenden Ärzten oder Psychotherapeuten sowie von anderen Stationen der Abteilung vorgestellt. Von Seiten des Behandlungsteams erfolgt dann eine Kontaktaufnahme mit den Patienten zur Abklärung von Indikation, Therapiemotivation, Introspektionsfähigkeit, aber auch Kontraindikationen (z.B. im Vordergrund stehende Suchterkrankung oder akute Eigen- oder Fremdgefährdung). Optimalerweise geschieht dieses in einem persönlichen Vorgespräch (z.B. vorstationärer Termin, zumindest Telefongespräch).

Psychotherapiekonzept

erstellt im Februar 2015 durch Dr. Uwe Bales-Mann, oberärztlicher Leiter der Psychotherapiestation, in Zusammenarbeit mit Chefarzt Dr. Michael Lammertink und dem Behandlungsteam der Psychotherapiestation. Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Ulrich Schultz-Venrath für die Korrektur der Abschnitte zur mentalisierungsbasierten (Gruppen-)Therapie.