

STRUKTURIERTE ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE AUF EINER PSYCHOSOMATISCHEN STATION IN FRANKFURT

Diakonissenkrankenhaus, Holzhausenstraße 72-92, Frankfurt

Innsbruck 11.03.1988

Dr. med. Axel Schüler-Schneider, Frankfurt

I. Zusammenfassung

In einer Frankfurter internistischen Klinik mit 126 Betten und Intensivstation wurde für 14 Monate eine psychosomatische Station mit 8 Betten eingerichtet. Zuvor bestanden bereits ein Konsiliardienst und eine psychosomatische Ambulanz.

Ziel des stationären Projektes war es, am Wohn- und Arbeitsort des Patienten eine stationäre und ambulante psychosomatische Versorgung zu gewährleisten.

1. sollte damit ermöglicht werden, psychosomatische Störungen bei Patienten, die in die internistische Klinik eingewiesen werden, frühzeitig zu diagnostizieren und die entsprechende Therapie einzuleiten.
2. konnte damit die stationäre Krisenintervention bei bestehenden ambulanten Therapien geboten werden.
3. war damit eine kontinuierliche Weiterbehandlung, sei es durch ambulante Beratung oder durch Vermittlung eines Therapeuten, gewährleistet.

Wesentliche Besonderheit war die Vereinigung von somatischer und psychotherapeutischer Behandlung in einer Person. Gegenüber den bekannten Modellen sollte dies den Spaltungs- und Projektionstendenzen und der Neigung zum Ausagieren der Konflikte entgegenwirken. Das streng strukturierte Konzept bot den Patienten Grenzen. Dies wirkte sich besonders bei Suchtproblematik und Anorexiepatienten entlastend aus und bot Sicherheit, aber andererseits auch Möglichkeit zur Auseinandersetzung.

Das behandelnde Team war klein, überschaubar und der Informationsaustausch dadurch rasch möglich. Die stattfindenden Konflikte konnten von daher gut durchgearbeitet werden.

Durch Integration der Station in die internistische Klinik wurden psychosomatisches Therapieverständnis vermittelt und Widerstände abgebaut. Die Schwierigkeit und Widerstände gegen das Projekt werden aufgezeigt und diskutiert. Es soll zu ähnlichen Projekten ermutigen.

II. Einleitung

Das Projekt einer psychosomatischen Station in einer internistischen Klinik entstand aus dem langjährigen Bemühen, internistische und psychotherapeutische Tätigkeit in einer Person zusammenzuführen. In dieser Zeit wurden Interesse und Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge bei dem Ärzteteam und dem Pflegepersonal geschaffen. Ende 1986 wurde für 14 Monate eine Station mit 6 Einzelzimmern und einem Zweibettzimmer als psychosomatische Station eingerichtet.

Ich selbst fungierte als psychosomatischer Arzt. Zusätzlich stand freitags ein internistisch vorgebildeter Arzt für diagnostische und therapeutische Aufgaben zur Verfügung. Er war von seinem Arbeitgeber für diese Aufgabe freigestellt. Für eine begrenzte Zeit übernahm eine Pädagogin mit analytischer Erfahrung psychotherapeutische Aufgaben. Sie wurde über Forschungsmittel finanziert.

Die Schwestern wurden von der Nachbarstation auf freiwilliger Basis ausgewählt. Sie wechselten dem Konzept entsprechend alle 6 Wochen. Für jede Schicht war eine Schwester als Ansprechpartner für Arzt und Patienten zuständig und verfügbar.

Die einmal pro Woche stattfindende Stationsbesprechung von ca. 40 Minuten Dauer diente dazu, alle Patienten der Station vorzustellen und Schwierigkeiten im Sinne einer Balint-Gruppe zu besprechen. Besonders zu Beginn des Projektes dauerten diese Besprechungen eher länger und dienten dazu, die enormen Spannungen, die besonders durch Anorexie- und Asthmapatienten entstanden, zu bewältigen und als Schwierigkeiten der Patienten zu verstehen.

Der Versuch, durch einen externen, erfahrenen Supervisor Bereicherung und Entlastung zu erfahren, schlug nach einigen Sitzungen fehl. Anfangs wurde er neugierig angenommen, förderte auch einige Abgrenzungsprobleme zutage, wurde jedoch schnell abgelehnt und nicht als Entlastung erlebt. So fungierte der psychosomatische Arzt in den Stationsbesprechungen weiterhin als Supervisor, wobei er selbstverständlich extern supervidiert wurde.

Die täglich stattfindenden Visiten wurden mit 3 - 5 Minuten pro Patient eher kurz gehalten. Sie wurden einmal pro Woche vom Oberarzt und einmal pro Woche vom Chefarzt begleitet. Sie dienten der Koordination von Diagnostik und Therapie und dem Informationsaustausch aller Beteiligten. Hier wurden Änderungen der medikamentösen Therapie vorgenommen, hier wurden Untersuchungen und Anwendungen in der Bäderabteilung angeordnet, hier wurden Beschwerden vorgebracht, Wochenendurlaub festgelegt und Entlassungstermine besprochen. Sie waren natürlich auch der Ort für wichtige Interaktionen und Konflikte, die die therapeutische Arbeit bereicherten und nicht immer erleichterten. Wichtig war es jedoch, diese zu beobachten und im weiteren in den Besprechungen, Team- und Therapiesitzungen aufzuarbeiten.

Das Patientenkollektiv mit einer Gesamtzahl von 67 teilt sich in 3 Gruppen auf. Die größte Gruppe von 32 Patienten wurde zumeist von Psychotherapeuten zur stationären Therapie eingewiesen. In 4 Fällen bestand bereits eine ambulante psychotherapeutische Betreuung, und die Einweisung erfolgte zur Krisenintervention.

Die wesentliche Anzahl von Patienten dieser Gruppe war vor der Einweisung für eine ambulante Psychotherapie nicht motiviert und schwer zu führen. Ziel der stationären Behandlung war es, eine Basis für eine ambulante Weiterbetreuung zu schaffen und eine Besserung der körperlichen Symptomatik zu erreichen.

Die zweitgrößte Gruppe umfaßte 26 Patienten, die wegen körperlicher Symptome in die internistische Klinik eingewiesen wurden. Zum Teil wurden sie bei der morgendlichen Ärztebesprechung für die psychosomatische Station ausgewählt, zum Teil wurden sie nach Lage der Beschwerden bei der Aufnahme für die Station bestimmt. Alle Patienten litten unter körperlichen Symptomen, die einer Abklärung bedurften. Sie wurden sowohl internistisch untersucht als auch einem psychoanalytischen Interview und einer anschließenden Therapie von einer halben bis dreimal einer halben Stunde pro Woche zugeführt.

Die kleine dritte Gruppe umfaßte 9 Patienten, die innerhalb der Klinik verlegt wurden. Die Zahl ist bezeichnend für den Widerstand, der sich im Verlaufe des Projektes innerhalb der Ärzteschaft und des Pflegepersonals entwickelte und erst gegen Ende wieder abnahm. In den täglichen Besprechungen zeigte sich eine wesentlich größere Zahl von Problempatienten, die einem psychoanalytischen Interview hätten zugeführt werden müssen.¹

Trotz der positiven Entwicklung zum Ende des Projektes wurde seiner Fortführung und dem Ausbau von selten der Institution und der Krankenhausleitung nicht zugestimmt. Es erscheint mir jedoch wichtig, die gemachten Erfahrungen, Erfolge und Mißerfolge, Erfreuliches und Unerfreuliches darzustellen, um zu ähnlichen Projekten zu ermutigen und einen Weg für eine praktikable integrative Psychosomatik aufzuzeigen. Die Chance, die Kluft zwischen Psychoanalyse und Schulmedizin zu überwinden, liegt darin, einen Prozeß einzuleiten, der Jahre beansprucht, um Widerstände und Skepsis abzubauen.

¹ Diagnosen:	Anorexia nervosa	4
	Asthma bronchiale	2
	Borderline- Persönlichkeitsorganisation	5
	Chronische Polyarthritis	1
	Depression	16 (davon 4 endogen)
	Diabetes mellitus	4
	Hörsturz	1
	Hypertonus	1
	Migräne	2
	Psychovegetatives Syndrom	16
	Sucht	10
	Suizidversuch	4
	Ulcus ventriculi	1
	Insgesamt:	67 Patienten

Die Ziele des Projektes waren:

1. eine Alternative zur Universitätsklinik, zu Fachkliniken und zu Kurkliniken aufzuzeigen und das psychosomatische Bettenpotential in Frankfurt zu erweitern,
2. mit vergleichsweise geringem Aufwand psychosomatische Versorgung im Akutkrankenhaus zu gewährleisten,
3. Möglichkeit, für die Einleitung psychosomatischen Therapieverständnisses aufzuzeigen und entsprechende Prozesse in Gang zu setzen,
4. zu prüfen, ob mit einem strukturiertem Konzept mit fester Behandlungsdauer ein therapeutischer Prozeß eingeleitet werden kann,
5. die Wichtigkeit einer gleichzeitigen stationären und ambulanten Versorgung zu zeigen,
6. den Sinn und die Möglichkeit der internistischen und psychotherapeutischen Behandlung in einer Hand darzustellen.

III. Die Therapie

Die Besonderheit des Projektes liegt darin, daß internistische und psychotherapeutische Behandlung in einer Hand liegen. Zum einen besteht das Vorbild des früheren Hausarztes, der Verständnis für die persönlichen Probleme und die Krankheiten des Patienten entwickelte, zum anderen die Ganzheitsmedizin Viktor v. Weizsäcker. Die Einheit von Leib und Seele sollte auch in der Behandlung hergestellt werden, da eine

Teilung der internistischen und psychotherapeutischen Behandlung Spaltungstendenzen der Patienten fördert und eine intensive Supervision und Koordination der Beteiligten erfordert. Diese Koordination ist im

ambulanten Bereich schwer herzustellen. Selbst wenn die Kollegen psychosomatisch interessiert sind, führen die projektiven und Spaltungstendenzen der Patienten zu Mißverständnissen, Koordinationsschwierigkeiten und Verschlechterung der kollegialen Zusammenarbeit. So zeigte sich in den anfänglichen Jahren der konsularischen Tätigkeit, daß die Trennung in Internist und Psychotherapeut selbst bei gutem Einvernehmen der Kollegen zu unüberbrückbaren Konflikten führte, welche die therapeutische Arbeit erschwerten.

Diese Erfahrungen und die intensive ambulante Arbeit mit Diabetikern, die von ihrer Insulin - Therapie abhängig sind, führten zu der Idee einer ganzheitlichen praktikablen Psychosomatik, bei der die medikamentöse Therapie und die diagnostischen Maßnahmen selbstverständlich in die psychotherapeutische Behandlung mit einbezogen werden.

III.A Die internistische Behandlung

Bei den meisten Patienten ist eine internistische, zum Teil auch neurologische Abklärung und Diagnostik ihrer Beschwerden notwendig, um keine organischen Schäden zu übersehen. In vielen Fällen ergibt sich dann auch eine Diagnose, die eine medikamentöse Therapie notwendig macht. Außer der internistischen Untersuchung und Blutentnahmen werden keine invasiven Eingriffe vom psychosomatischen Arzt vorgenommen. Die Übertragungssituation bei der Untersuchung und der Blutentnahme ist genau so wertvoll wie die tägliche Visite. Die Interaktion hierbei gibt wertvolle Hinweise auf das Konfliktverarbeitungsmuster des Patienten und wird therapeutisch aufgearbeitet und genutzt. Eine nahezu seit 2 Jahren hospitalisierte 20jährige Asthmapatientin wurde zur stationären Psychotherapie zu mir verlegt. Da sie täglich einen Status asthmaticus entwickelte, war ein Gefäßzugang unumgänglich. Als ich nicht in der Lage war, diesen herzustellen, und einen Kollegen rufen mußte, erwartete ich eine Beziehungskrise in der Therapie. Diese trat jedoch nicht ein. Die Patientin erlebte dies nicht als Schwäche und Unfähigkeit, für sie war die Akzeptanz meiner Grenzen und die gute Zusammenarbeit mit dem Kollegen eine wichtige Erfahrung und zeigte ihr andere Möglichkeiten von zwischenmenschlichen Beziehungen auf, als sie selbst bisher erlebt hatte. Unsicherheiten und Grenzen des Wissens und Könnens des psychosomatischen Arztes mobilisieren seine eigenen Ängste, jedoch nicht unbedingt auch die Ängste des Patienten.

Für die medikamentöse Therapie ist es wichtig, sie überschaubar, klar und verständlich zu halten. Zu schnelle Änderungen und Probieren schaffen Unsicherheit. Wenn die Wirkung eines Medikaments erprobt werden muß - zum Beispiel Antidepressiva, Antihypertonika -, dann muß eine Probezeit von einigen Tagen festgelegt werden. Der Wirkmechanismus muß verstanden und akzeptiert werden, sonst ist keine Compliance herzustellen. Umgekehrt sollten meines Erachtens keine Placebos verordnet werden, da sie Ausdruck von Mißtrauen oder Täuschung sind und der Basis jeder therapeutischen Arbeit, nämlich dem Vertrauen, widersprechen.

Medikamente greifen in physiologische Regelkreise ein und ermöglichen in vielen Fällen eine Harmonisierung.

Für den insulinpflichtigen Diabetes kann dies sehr anschaulich gezeigt werden. Normalerweise besteht eine empfindliche Regelung zwischen Blutzucker und Insulinsekretion. Beim Diabetiker ist sie gestört. Er muß Blutzucker messen und Insulin substituieren und somit diesen Regelkreis bewußt übernehmen. Zusätzliche Störquellen erschweren dies. Sie können in einer Krankheit (zum Beispiel Infekt), in Fehleinschätzung einer körperlichen Belastung oder Nahrungsaufnahme, in Fehlberechnung der Insulindosis oder einer psychischen Belastung liegen. Ist die Störquelle gefunden, kann der Fehler beseitigt und das nächste Mal vermieden werden.

Solche Regelkreise und Störquellen existieren für viele Krankheiten. Ihre Beachtung kann zum Beispiel bei Hypertonus, Asthma, Anorexie zu einer überschaubaren und akzeptablen Therapie führen.

III.B Strukturierte analytische Psychotherapie

Das Setting ist analytisch geprägt. Es finden ein bis drei Einzelgespräche von jeweils 30 Minuten Dauer pro Woche statt, und zwar in der Regel im Sitzen. Hier soll ein freier Raum zur Bildung der Übertragung

geboten werden und die Durcharbeitung der coping function erfolgen. Letzteres umfaßt die aktuellen Konflikte mit Schwestern Kollegen, Oberarzt und

Chefarzt. Durch das Bewußtmachen kann ein Umlernprozeß und Probehandeln während der stationären Therapie stattfinden .

Da die Patienten zum größten Teil mit dem therapeutischen Angebot überraschend konfrontiert sind, ist zu Beginn ein aktives Vorgehen des psychosomatischen Arztes notwendig. Mit einer abstinenter Haltung und der analytischen Grundregel sind sie überfordert und fühlen sich alleine gelassen. Sie leiden unter körperlichen Symptomen und sind leicht kränkbar. Zusätzlich verfügen die Patienten über mangelndes Urvertrauen und reagieren sehr schnell mit dem Gefühl, nicht verstanden worden zu sein. Dies führt zu Rückzug und Abbruch der Therapie. Nach Bildung einer Vertrauensbasis (Compliance) nimmt die Assoziationsfähigkeit zu und damit die Fähigkeit, über Gefühle zu sprechen. Man kann den therapeutischen Prozeß in drei Phasen unterteilen.

I. Phase: Vertrauensbildung

Im Erstinterview wird die Anamnese erhoben, werden wichtige Daten erfragt und vor allem der psychische Befund erstellt. Hier zeigen sich bereits die pathologischen Konfliktverarbeitungsmuster und Hinweise auf deren Genese in der Lebensgeschichte.

Die körperliche Symptomatik darf hier keinesfalls vernachlässigt oder gar interpretiert werden. Sie ist schließlich Folge von komplizierten Abwehrvorgängen, und nur der Widerstand in der Übertragung ist deutungsfähig. Hier gilt ganz besonders Freuds Forderung, daß erst der Widerstand gedeutet werden muß, ehe die dahinter liegenden Konflikte bewußtseinsfähig werden. Alles andere führt zu einer Verstärkung der Abwehrvorgänge.

Die Interpretation der körperlichen Symptomatik, auch wenn sie als Konversion verstanden werden kann, und dies ist - wie sich bei längeren Behandlungen zeigt - oft der Fall, sind zu Beginn schädlich. Hinzu kommt, daß infolge der Popularisierung von Psychoanalyse und Psychosomatik eine Interpretation der Beschwerden durch die Umwelt stattgefunden hat. Diese induziert jedoch eher das Gefühl einer Vorverurteilung als das von Verständnis.

Hier hat sich die vorläufige Akzeptanz des Symptoms als bestehende Realität bewährt. Sie wird entsprechend seiner Ausprägung behandelt, bei Herzrhythmusstörungen mit Antiarrhythmika, bei Kopfschmerzen mit Analgetika, bei Herzschmerzen durch Kontrolle des EKG. Selbst dann fällt es dem Patienten schwer, Vertrauen zum psychosomatischen Arzt zu entwickeln. Es dauert manchmal Wochen, bis er sich trotz der intensiven internistischen und neurologischen Untersuchung ernst genommen fühlt. Es bleibt schwierig zu begreifen, daß es "Herzschmerzen" gibt, ohne daß das Herz organisch krank ist, oder Atemnot, ohne daß die Lunge krank ist. Die schulmedizinische Abklärung ist wichtig, um keine behandelbare Erkrankung zu übersehen. Findet sich eine solche, so muß diese selbstverständlich entsprechend den Erkenntnissen therapiert werden. Findet sich keine organische

Veränderung, so ist auch keine entsprechende Therapie notwendig. Das ist für die Vertrauensbildung entscheidend, denn hier muß klar und eindeutig kommuniziert werden. Eine pathologische Konfliktverarbeitung bestand bei allen behandelten Patienten und ist nur durch Psychotherapie zu beheben.

2. Phase: Durcharbeitung

Da das Symptom über längere Zeit erhalten bleibt, muß der Umgang mit ihm erlernt werden. Dies erfolgt entsprechend dem Regelkreis bei der oben angeführten Diabetes - Therapie. Bei psychovegetativen Syndromen kann ein zeitlich begrenzter Therapieversuch mit niederpotenten Neuroleptika, Doxepin oder Sulpirid, durchgeführt werden, wobei das Medikament auch im Sinne eines Übergangsobjektes wirkt und allein das Mitführen in der Tasche schon eine beruhigende Wirkung ausübt. Das Symptom ist Ausdruck eines unbewußten Konflikts und kann als Warnsignal verstanden werden. Es tritt bei einer Dekompensation auf und zwingt zur Regression, zum Rückzug und zur Ruhe (Kopfschmerz, Herzdruck, Rückenschmerzen, Atemnot, Herzrhythmusstörungen). Die Schulmedizin zielt auf Beseitigung des Symptoms und Herstellung der Arbeitsfähigkeit, die Psychoanalyse auf Verstehen, Erinnern, Durcharbeiten und damit die Aufhebung des Symptoms. Entlastend wirkt an dieser Stelle auch die Erkenntnis Viktor v. Weizsäckers, der den Kampf gegen die Krankheit und nicht die ewige Gesundheit als den Normalzustand ansah: "Man versteht das kranke Wesen besser, wenn man sich das ganze Leben als einen unablässigen Krieg mit der Krankheit vorstellt." Unser Immunsystem ist in ständiger Bereitschaft und Aktion, um die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zu erhalten. Die auftretenden Konflikte mit Schwestern, Ärzten und Mitpatienten werden durchgearbeitet und Probehandeln ermöglicht. Die Haltung des psychosomatischen Arztes wird hier zunehmend abstinenter, und Übertragungsdeutungen werden möglich. Die Durcharbeitung der pathologischen Konfliktverarbeitungsmuster ist wesentlich für den Fortgang der Therapie und die Motivation für eine weiterführende Behandlung.

3. Phase: Abschied und Vorbereitung

Viele Patienten möchten in diese Phase nicht eintreten. Wie sie am Anfang Probleme hatten, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen, so haben sie zum Ende Probleme, sich von dieser wieder zu trennen. Eine Trauerarbeit kann häufig nicht geleistet werden, und die reale Trennung wird verleugnet. Um eine Bearbeitung des Abschieds und eine Vorbereitung auf die Arbeitsplatz- und Familiensituation zu ermöglichen, hat sich ein aktives Vorgehen und Angehen dieser Phase spätestens 10 Tage vor der Entlassung bewährt, falls die Patienten sie nicht selbst einleiten. Neben der Trauerarbeit soll die Vorbereitung auf die Situation nach der Entlassung stattfinden, zu erwartende Konflikte und Schwierigkeiten sollen vorweggenommen und durchgearbeitet werden, eine ambulante Weiterbehandlung muß in Aussicht gestellt werden, sei es durch Kontaktaufnahme zum weiterführenden Therapeuten oder durch Weiterbetreuung in der psychosomatischen Ambulanz. Dies ist wichtig, um das entstandene Vertrauen nicht zu enttäuschen und den therapeutischen Prozeß kontinuierlich fortzuführen. Dies fördert meines Erachtens die regressiven Tendenzen der Patienten weniger, als wenn man sie mit ihren Symptomen und Problemen alleine läßt. Wie ich erfahren mußte, sind viele Ärzte und auch Psychotherapeuten mit der komplexen Symptomatik dieser Patienten überfordert. Die einen haben zu wenig Einsicht in die Psychodynamik, die anderen zu wenig Sicherheit bezüglich der körperlichen Symptomatik. Somit ist die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erforderlich. Damit können ein Erfahrungsaustausch und eine Koordination der Therapie erfolgen. Die Folge ist eine zunehmende Sicherheit in der Behandlung. Die Begrenzung der stationären Therapiedauer auf 6 Wochen ermöglicht somit eine rechtzeitige Auseinandersetzung mit dem Abschied, eine wichtige Begrenzung, die auch die Möglichkeit zur Auseinandersetzung gibt und die Vorbereitung auf die Zeit danach.

III.C Typische Krankheitsbilder und deren spezielle Therapie. Die Bedeutung von Grenzziehung, Strukturierung und von Medikamenten .

Angstneurose und psychovegetative Syndrome

Die Angstneurose kann als eine Sonderform eines psychovegetativen Syndroms gesehen werden. Der von RICHTER verwendete Begriff 'Herzneurose' ist meines Erachtens zu sehr auf ein Organ fixiert, welches zwar sehr oft im Mittelpunkt der Beschwerden steht, die Angst findet jedoch auch oft Ausdruck

in anderen Körpersymptomen wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen. Schwindel, Blasen- und Miktionsbeschwerden und Atemnot. Der Begriff 'psychovegetatives Syndrom' hat einen unverbindlichen Charakter für die Patienten und drückt doch etwas Richtiges aus, nämlich die vegetative Reaktion auf einen psychischen Konflikt.

Hierzu möchte ich zwei extreme Beispiele anführen.

Eine 28 jährige Patientin kam mit Oberbauchbeschwerden zur Aufnahme. Der aufnehmende Kollege diagnostizierte etwas scherzhaft eine "Pankreasneurose" und sah die Patientin für die psychosomatische Station vor. Nach Ausschluß einer organischen Erkrankung wie chronische Pankreatitis, Gastritis, Cholezystitis oder chronisch entzündliche Darmerkrankung war die Patientin enttäuscht, daß nichts Faßbares gefunden wurde, aber auch erleichtert.

In der gleichzeitig stattfindenden stationären Psychotherapie über dreimal 30 Minuten pro Woche lernte sie innerhalb von drei Wochen, mit dem Symptom umzugehen, und brauchte hierzu keine Medikamente mehr. Der zugrunde liegende Konflikt konnte bewußt gemacht werden. Die Patientin wurde stationär zu einer ambulanten Gruppentherapie vermittelt, die unmittelbar nach der Entlassung begann.

Ein 40jähriger Mann mit Schmerzen wie bei einem Herzinfarkt wurde vom aufnehmenden Arzt nach Ausschluß eines akuten Myokardinfarktes ebenfalls auf die psychosomatische Station verlegt. Die eingehenden kardiologischen Untersuchungen erbrachten einen labilen Hypertonus und vegetativ bedingte Extrasystolen. Der Patient zweifelte immer wieder an den Ergebnissen der Untersuchungen, zumal bei seinem Vater ein Jahr zuvor ein Herzinfarkt fast übersehen worden sei. In der stationären Psychotherapie über dreimal 30 Minuten pro Woche wurde der Abhängigkeits - Autonomiekonflikt des Patienten bearbeitet. Dabei zeigte sich eine sehr große Ambivalenz. Am Vortage der Entlassung nach vier Wochen konnte er jedoch erst über das eigentliche drängende Problem mit mir sprechen. Dies brachte große Erleichterung und führte nach der Entlassung zu einer deutlichen Besserung des Befindens. Als wesentliche therapeutische Maßnahme zeigte sich die konsequente Einhaltung des Entlassungstermins trotz anhaltender Herzbeschwerden und Offenbarung des Patienten; denn erst dies

signalisierte ihm die wirkliche Ungefährlichkeit seiner körperlichen Beschwerden. Er brauchte keine Angst zu haben, daß etwas passiert. Dies schaffte Vertrauen und erleichterte ihm die belastende Offenbarung.

An diesen beiden Beispielen möchte ich zeigen, wie leicht und wie schwer es sein kann, eine konsequente und sichere Haltung zu bewahren, die es dem Patienten ermöglicht, sich zu orientieren, Vertrauen zu fassen, sich zu offenbaren und damit den ersten Schritt zu tun, das Symptom überflüssig zu machen. Dabei ist es wichtig, den Patienten zu vermitteln, daß die Beschwerden existieren, belastend sind und Schmerzen bereiten. Die Patienten müssen sich darauf einstellen, daß die Symptome sie noch eine Zeitlang begleiten, aber mit der Psychotherapie seltener werden und auch verschwinden.

Anorexia nervosa

Diese Krankheit ist heute noch immer schwer zu behandeln und mit einem tödlichen Risiko verbunden. Eindeutig wirksame Behandlungskonzepte zur Heilung bestehen zur Zeit nicht. So wurden aus eigenen Erfahrungen und der Aufarbeitung der vorhandenen Konzepte die folgenden Therapierichtlinien erarbeitet.

Schon bald nach der Eröffnung der psychosomatischen Station wurde eine Patientin mit Anorexia nervosa, bestehend seit 6 Jahren, mit einem Gewicht von 30 kg von einer anderen internistischen Klinik zu uns verlegt. Das neue Team wurde dadurch einer schweren Belastungsprobe unterzogen. Nur in langen, zum Teil aggressiv geladenen Sitzungen konnte ein gemeinsames Vorgehen erarbeitet werden. Das Verständnis für die Problematik der Patientin und deren unbewußtes Handeln war jedoch nur vereinzelt herzustellen. Das Horten von Lebensmitteln, Diebstahl in der Küche und Betteln bei anderen Patienten um Nahrungsmittel sowie die andauernde Anwesenheit der Patientin im Bereich der Küche entfachte große Wut. In den Therapiestunden bot sie das Bild einer braven, frei assoziierenden Patientin, die Deutungen verarbeiten konnte. Doch der weitere Verlauf zeigte dann, daß es sich hierbei lediglich um eine Fassade von Intellektualisierungen handelte. Die geplante ambulante Nachbehandlung nach Erreichen des Entlassungsgewichtes von 36 kg nahm die Patientin nicht mehr wahr und nahm wieder auf 29 kg ab. Die hochgebildete Familie verleugnete mit der Patientin den lebensbedrohlichen Zustand, und erst durch mein Insistieren wurde die Patientin eingewiesen. Auf unserer Intensivstation kam sie durch eine Sepsis in einen lebensbedrohlichen Zustand. Nach diesen negativen Erfahrungen wurde das Therapiekonzept dahingehend geändert, daß ein Sondengewicht von 32 kg und ein Aufnahmegewicht von 36 kg festgelegt wurden. Das bedeutete, daß bei dieser Patientin bei der Unterschreitung von 32 kg die Ernährung mittels Duodenalsonde erfolgte und bei Unterschreiten des Aufnahmegewichtes von 36 kg die

stationäre Aufnahme erfolgen sollte. Dies wurde mit der Familie besprochen, um einen festen Rahmen und feste Grenzen für die weitere Behandlung zu haben und damit der Verleugnungstendenz entgegenzuarbeiten. Dies sollte eine ausreichende Gewähr für das Vermeiden eines lebensbedrohlichen Zustandes bieten.

Diese Änderung führte dazu, daß die Patientin das Entlassungsgewicht von 38 kg ambulant beibehielt bis zum Antritt einer stationären Behandlung nach 4 Monaten in einer psychosomatischen Fachklinik.

Die Beibehaltung dieses Konzeptes mit konsequentem Einhalten der Grenzen führte zu einer Entlastung des Teams. Als wesentlich für die Patienten zeigte sich eine Festlegung der Nahrungskalorien in einem mittleren Bereich von 2.500 kcal. Dies gewährleistete eine langsame Zunahme des Gewichtes, die für die Patienten gerade noch tolerabel war.

Die Einschaltung der Familie und des Hausarztes ist unbedingt notwendig, und es zeigte sich, daß diese dankbar für die klare Konzeption waren. Ein Abbruch der Therapie oder Fluchtendenzen der Patienten sollten immer auch als Autonomiebestrebung verstanden werden. Sie erschweren die Behandlung erheblich, sind jedoch Ausdruck des Grundwiderspruchs zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Die Zukunft muß zeigen, ob das gebildete Vertrauen ausreicht, die Vereinbarungen einzuhalten und lebensbedrohliche Zustände zu vermeiden. Auf dieser Basis kann dann eine Intensivierung der analytischen Therapie erfolgen.

Diabetes mellitus Typ I

Als Beispiel einer Erkrankung, die einer medikamentösen Therapie bedarf und sich durch die gute Kontrollmöglichkeit sehr gut als Beispiel des engen Zusammenspiels zwischen Psyche und Soma eignet, soll hier der Diabetes mellitus Typ I (insulinabhängig) angeführt werden.

Eine 23jährige Diabetikerin war ambulant sehr gut eingestellt und führte die Therapie sorgfältig durch. Nach einer Erkrankungsdauer von 2 Jahren wurde sie zur Routineuntersuchung aufgenommen, um Folgeerkrankungen auszuschließen, bzw. rechtzeitig zu diagnostizieren. Es kam zu einer Entgleisung der Blutzucker - Werte bis 300 mg% - nach den Mahlzeiten sollten sie höchstens 140 mg% betragen. Auch durch Erhöhung der Insulindosis kam es zu keiner Normalisierung der Werte. In den Therapiesitzungen zeigte sich, daß Ruhe und Versorgtsein auf der Station die Patientin beunruhigte und ängstigte. Sie muß arbeiten und agieren, damit ihr die innere Unruhe nicht bewußt wird. Dies steht in Zusammenhang mit der Haltung der Eltern. Besonders die Mutter traut der Patientin keine Autonomie zu und verurteilt Erholung und Ruhe als Faulheit. Obwohl die Patientin selbst wesentlich besser informiert ist, bekommt sie von der Mutter Ratschläge bezüglich des Essens und der Therapie. Auch nach der Deutung und Bewußtwerdung des Konfliktes kam es stationär zu keiner Stabilisierung der Blutzucker - Werte. Diese konnte erst 4 Tage nach der vorzeitigen Entlassung wiederhergestellt werden.

Migräne

ALEXANDER postulierte 8 psychosomatische Krankheiten: Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Hypertonus, Migräne, Morbus Crohn, Neurodermitis und Ulcus duodeni - ventriculi. Allen diesen Krankheiten gemeinsam ist der große Widerstand gegen eine aufdeckende psychoanalytische Therapie. Die Anorexia nervosa bedarf keiner medikamentösen Dauertherapie, während die übrigen 7 Erkrankungen zumindest zu Beginn ohne prophylaktische medikamentöse Therapie nicht zu behandeln sind. Da alle Erkrankungen eine gewisse Periodik und anfallsweise Verschlechterungen aufweisen, bedarf es zusätzlich einer besonderen Anfallsmedikation. Das sind die Gemeinsamkeiten, die trotz der unterschiedlichen Psychodynamik bestehen.

Als Beispiel für die medikamentöse Therapie und den therapeutischen Zugang möchte ich die Migräne nehmen. Bei ihr eignet sich zur Anfalls - Prophylaxe die Therapie mit Betablockern oder Clonidin. Bei beginnenden Kopfschmerzen empfiehlt sich Acetylsalicylsäure oder Paracetamol, im Anfall zusätzlich sedierende Maßnahmen, Koffein oder Ergotamin.

Das erste Ziel der stationären Behandlung ist die Festlegung der medikamentösen Maßnahmen mit dem Patienten. Die aufdeckende psychoanalytische Arbeit kann zu einer Verschlechterung der Schmerzsymptomatik führen. Wichtig ist hierbei, die Übertragungssituation und vor allem die Gegenübertragung immer zu beachten und deutend in die Therapie einzubringen. Eine aktive, verständnisvolle Haltung fördert das Vertrauen der Patienten.

Eine 35jährige Migränepatientin wurde zur stationären Psychotherapie und zur Reduktion der Medikamentendosis eingewiesen. Ambulant fand bereits eine niederfrequente Psychotherapie statt. Bereits der erste Therapieschritt mit Festlegung der anfänglichen Medikamentendosis bereitete große Schwierigkeiten. Diese Entscheidungsunfähigkeit wiederholte sich auch bei Fragen des stationären Ablaufes und in der Arzt - Patienten - Beziehung. Auf diese konnte sie sich nur schwer einlassen und

erschien vordergründig gereizt und abweisend. Dahinter verbarg sich der Wunsch nach Geborgenheit und Versorgtwerden. Dieser drückte sich dann in einem Schwächeanfall zum vereinbarten Therapietermin aus. Als die Therapie an ihrem Bett durchgeführt wurde, zeigte sich Widerstand, aber auch gefühlsmäßig ihr Wunsch nach Zuwendung. Ihre Mutter hatte sich nicht an ihr Bett gesetzt, sie nicht getröstet. Erst durch mein aktives Vorgehen konnte ihr dies bewußt werden. Wichtig war die Herstellung der richtigen Distanz und die Deutung der Übertragung. Der Widerstand war hier also ein Widerstand gegen die therapeutische Zuwendung und damit der Versuch, alte, bekannte Verhaltensmuster zu wiederholen.

Suchtproblematik

Die Suchtproblematik stellt eine extreme Form der Abhängigkeit dar und führt in letzter Konsequenz zum Verlust der Autonomie. Die fehlende Autonomie und Ängste werden durch das Suchtmittel kompensiert. Nimmt man dieses weg, so kommt es zur Mobilisierung der zugrunde liegenden Ängste und einer körperlichen Entzugssymptomatik, die diese Ängste vegetativ verstärkt. Entsprechend dem stark strukturierten Konzept wurde das Suchtmittel (Psychopharmakon oder Distranneurin als Alkoholerersatz) programmiert, schrittweise reduziert. In einem festen Intervall, das individuell zwischen 3 und 7 Tagen festgelegt wurde, wurde die Dosis um ein gleiches Quantum reduziert.

Bei einer Patientin mit Tavor - Abusus von 2 mg/die wurde die Dosis alle 4 Tage um 0,5 mg reduziert. Dies bedeutete für sie den Übergang in eine überschaubare Reduktion, auf die sie sich rechtzeitig einstellen konnte, und gleichzeitig eine kontinuierliche Senkung der Plasmawirkspiegel.

Die gleichzeitig stattfindende Therapie von dreimal 30 Minuten pro Woche wirkte zum einen als Suchtmittlersatz und zum anderen als Möglichkeit der Durcharbeitung der aufkommenden Ängste, die Ausdruck des zugrunde liegenden Konfliktes sind. Der entscheidende und schwierigste Schritt war und ist für alle Patienten das Fortlassen der letzten Dosis. Dies führte zu einer Krise, die unbewußtes Material zutage förderte. Die Durcharbeitung und das Durchstehen der Krise führten zu einer wesentlichen Stärkung der Autonomie und damit zur Minderung der Abhängigkeitstendenz. Damit war es möglich, innerhalb von 3 Wochen das Suchtmittel zu entziehen. In der Regel gelang der körperliche Entzug innerhalb von 4 Wochen. Wichtig ist, daß nach Weglassen der letzten Dosis genügend Zeit verbleibt, um die aufkommenden Ängste zu bearbeiten und eine Vorbereitung auf ambulante Bedingungen zu schaffen.

IV. Konzept der ambulanten Behandlung

IV.A Wertigkeit der Kontinuität

Erklärtes Ziel des Projektes ist es, psychosomatischen Patienten eine stationäre Psychotherapie am Wohn- und Arbeitsort zu ermöglichen. Zum einen kann hier die Motivation zu einer ambulanten Weiterbehandlung geschaffen werden, zum anderen ist es hier möglich, eine ambulante Weiterbetreuung zu gewährleisten, bis ein Psychotherapie - Platz zur Verfügung steht. Besonders wichtig ist auch die Vorbereitung auf die Entlassung und die danach anfallenden Probleme und Schwierigkeiten, sowohl zu Hause als auch am Arbeitsplatz.

Bei dieser Forderung wird sicherlich der Widerspruch mit dem Argument, dies seien regressionsfördernde Maßnahmen, wach. Dies ist sicherlich einestils richtig. Doch entsprechend der hohen Ambivalenz dieser Patienten besteht neben diesem regressiven Anteil ein progressiver Anteil. Der Widerstand gegen eine aufdeckende Psychotherapie wird während des stationären Aufenthaltes gelockert und die Bereitschaft für eine Strukturänderung geschaffen. Beim Eintritt in das Alltagsleben rebelliert die Umwelt des Patienten gegen diese Veränderungen und versucht, ihn in den alten Zustand zurückzudrängen. Hier gilt es, den Betroffenen zu stärken und ihn auf dem eingeschlagenen Weg zu begleiten. Dabei ist natürlich zu beachten, daß seine Autonomiebestrebungen gefördert und ihm keine Entscheidungen abgenommen werden. Falls diese ambulante Weiterbetreuung nicht erfolgt, wird der Widerstand des Patienten wieder gefestigt, möglicherweise erfolgt wieder eine organisch zentrierte Therapie und damit eine Symptomfixierung. Hierzu trägt auch die mangelhafte Aufklärung und Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte in bezug auf die Psychotherapie bei. Durch klare Diagnosen und Behandlungsvorschläge kann hier Unsicherheit abgebaut werden und die Integration psychosomatischen Denkens gefördert werden.

In vielen Fällen war es auch möglich, direkt an die stationäre Therapie eine ambulante Psychotherapie innerhalb von zwei Wochen zu vermitteln. Hier zeigte es sich als besonders förderlich, wenn der Kontakt zum ambulanten Therapeuten schon während der stationären Behandlung zustande kam. So konnten der Wechsel des Therapeuten und die Umstellung auf einen neuen Partner durchgearbeitet werden und das Problem der Rivalität und Konkurrenz angegangen werden.

Meines Erachtens besteht eine große Schwierigkeit in einer kollegialen Zusammenarbeit der Therapeuten. Konkurrenz- und Insuffizienzgefühle erschweren diese. Hierzu folgendes Beispiel : Eine Patientin, die sich schon seit anderthalb Jahren in ambulanter analytischer Gruppentherapie befindet, suchte ebenfalls regelmäßig ihren Neurologen auf. Sie bestand auf einer stationären Einweisung, da sie sich nach einem Urlaub nicht in der Lage fühlte, ihre Arbeit wieder zu beginnen. Gegen den massiven Widerstand ihres Therapeuten und Neurologen setzte sie diese Einweisung durch. Dies ist der erheblich progressive Anteil ihres regressiven Wunsches nach Versorgtwerden im Krankenhaus. Der Konkurrenzkonflikt der drei Therapeuten wurde mit der Patientin aufgearbeitet und die ambulante Gruppentherapie wurde ununterbrochen weitergeführt. Nach der 6wöchigen stationären Behandlung konnte die Patientin ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen und fühlte sich deutlich stabilisiert. Die Konkurrenzgefühle der Therapeuten untereinander konnten ebenfalls abgebaut werden. Hier gilt es, narzißtische Anteile in uns zu überwinden und produktiv für den Patienten umzusetzen. Es kann in solch einer schwierigen Situation für den Arzt nicht darum gehen, ein schlechter oder guter oder besserer Therapeut zu sein, sondern nur darum, berechnete Wünsche und Ansprüche und progressive Anteile des Patienten zu erkennen und zu fördern. Freuds Gebot, während der Psychoanalyse keine durchgreifende Änderung im Leben des Patienten durchzuführen, ist heute nicht mehr haltbar. Zum einen hat sich die Psychoanalyse weiterentwickelt, und vor allem haben sich die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse geändert. Psychoanalytisch gesehen kann solch eine intermittierende stationäre Behandlung einer Beziehungskrise mit den Eltern entsprechen, auf die das Kind mit Rückzug reagiert und eine neue Beziehungsperson sucht, um nach einer Stabilisierung erneut zu den Eltern zurückzukehren. Für den Patienten ist es dann eine positive Erfahrung, daß sich die Therapeuten als Elternfiguren verständigen können und zu einer Konfliktlösung fähig sind.

IV.B Drei - Gruppen - Konzept (MENTZOS)

MENTZOS hat für die psychoanalytische Psychotherapie psychotischer Patienten ein Drei - Gruppen - Modell entwickelt. Dieses eignet sich auch gut für die Behandlung psychosomatisch gestörter Patienten. Sowohl psychotische als auch psychosomatische Patienten leiden unter einer sogenannten frühen Störung. Gemeinsam ist die mangelnde Symbolisierungsfähigkeit und die Neigung, in Konfliktsituationen mit komplizierten Abwehrmechanismen zu reagieren sowie die anfängliche Schwierigkeit, ein tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen.

Die von MENTZOS entwickelten drei therapeutischen Settings sind

a) medikamentös zentrierte Behandlung. Der unausgesprochene Beziehungsaspekt, welcher das Vertrauen und die Zuverlässigkeit beinhaltet, steht im Mittelpunkt. Der therapeutisch geschulte Arzt weiß im Gegensatz zum Psychiater oder Internisten um den Beziehungs- und Übertragungsaspekt. Die Termine umfassen 20 Minuten.

b) Die analytisch orientierte Therapie mit einmal 50 Minuten pro Woche läßt mehr Raum für Übertragung. Die Konfrontation und Erörterung von Konfliktsituationen nehmen einen breiten Raum ein. Im Unterschied zu psychotischen Patienten muß bei psychosomatischen Patienten die Übertragung stärker gedeutet und bearbeitet werden.

c) Psychoanalytische Therapie mit zwei- bis dreimal 50 Minuten pro Woche stellt die sogenannte primitive Übertragung in das Zentrum der Therapie. Die Deutung und die therapeutische Beziehung selber sind gleichwertig. Sie entsprechen dem Ambivalenzpaar Autonomie und Abhängigkeit. Ohne anfängliche Abhängigkeit ist keine Autonomie möglich.

IV.C Die ambulante Psychotherapie

Das angesprochene Drei - Gruppen - Konzept und die Übertragung auf die Therapie psychosomatischer Patienten deutet schon auf die starke Strukturierung des Konzeptes hin. Diese ist im Hinblick auf die fehlende Strukturierung der Patienten mit früher Störung wichtig. Eine zu große Abstinenz und abwartende Haltung führen zu Verwirrung und Überforderung der Patienten. So bietet die äußere Strukturierung auch immer wieder eine Orientierungshilfe für den Therapeuten, der in der Übertragungssituation die Distanz zum Patienten verlieren kann. Bei Asthmapatienten ist es beispielsweise sehr schwierig, die Distanz zu behalten und dem starken Bedürfnis der Patienten nach Symbiose standzuhalten und deutend damit umzugehen.

Hier bot sich das oben angesprochene Drei - Gruppen - Konzept von MENTZOS an, zumal die beiden Patientengruppen viele Gemeinsamkeiten aufweisen.

a) Medikamenten orientierte Therapie

In diese Gruppe gehören alle Patienten, die vorwiegend medikamentös behandelt werden, und Patienten, die zu einer intensiven Psychotherapie nicht ausreichend motiviert sind. 15 dieser ambulanten Patienten sind Diabetiker und werden in der Insulin - Pumpen - Ambulanz betreut. Die

übrigen 16 Patienten wurden zum großen Teil zuvor stationär behandelt und wiesen folgende Diagnosen auf : Angstneurose, Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Borderline - Persönlichkeitsorganisation, Colitis ulcerosa, depressive Neurose, Migräne, narzißtische Persönlichkeitsstörung, psychovegetatives Syndrom und Schizophrenie.

Dies ist schon auf den ersten Blick eine sehr komplex zusammengesetzte Gruppe in bezug auf den therapeutischen Zugang und doch weisen die Patienten gewisse Gemeinsamkeiten auf. Die erste wurde bereits angesprochen. Sie sind nicht ausreichend für eine psychoanalytische Psychotherapie motiviert.

Die Therapiemotivation war erwartungsgemäß bei den Diabetikern am geringsten. Hier zeigte sich jedoch bei den meisten eine positive Entwicklung hin zum Verständnis psychodynamischer Zusammenhänge ihres eigenen neurotischen Verhaltens. Bei einigen führte dies auch zu einem Rückzug und Abbruch der ambulanten Behandlung, bei anderen jedoch zu einer Intensivierung der Beziehung bis hin zu Ansätzen von strukturellen Veränderungen. So sprach eine jüngere Patientin nach anderthalb Jahren der ambulanten Betreuung eine Akzeptanz des therapeutischen Aspektes der Arzt - Patienten - Beziehung aus. Rückblickend auf die stationäre Erstbehandlung sprach sie von der ersten Therapiestunde. Das eigentliche psychoanalytische Interview fand erst Wochen nach dieser zitierten Stunde statt.

Ein anderer älterer Patient mit gleichzeitig bestehendem Hypertonus zeigte in den späten Morgenstunden konstant erhöhte Blutzucker- und Blutdruckwerte. Diese standen eng in Zusammenhang mit seiner angespannten Berufssituation und der Unfähigkeit, eine ausreichende Entspannung herzustellen. Eine kurzfristige stationäre Behandlung führte eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Das Problem war dem Patienten durchaus bewußt, ohne daß er eine Änderung herbeiführen konnte. Erst nach Monaten kam es nach Her Stellung des Vertrauensverhältnisses und intensiver Insulin- und Betablocker - Therapie zu einer Normalisierung der Blutzucker- und Blutdruckwerte.

Bei den übrigen Patienten konnte im Beobachtungszeitraum soweit eine Stabilisierung erreicht werden, daß keine Suizidalität mehr vorlag, daß sie arbeitsfähig waren und bei der Patientin mit Anorexia nervosa eine Stabilisierung des Körpergewichtes erreicht wurde. Lediglich *eine* 20jährige Asthmapatientin blieb therapieresistent.

Das Hauptgewicht der Behandlung liegt im Beziehungsaspekt. Hier muß zum einen ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden, das es dem Patienten ermöglicht, mit seiner Krankheit besser leben zu können, und die Basis für eine Lockerung des Widerstandes bildet. Dies führt dazu, daß Deutungen angenommen werden können und die pathologische Konfliktverarbeitung immer mehr in den Vordergrund der Behandlung tritt. Die Patienten, die die ambulante Betreuung abbrachen oder - vielleicht besser - unterbrachen, taten dies an einem Punkt der Öffnung. Offenbar war für sie zu diesem Zeitpunkt der sichere Rückzug hinter die bekannte Abwehr die bessere Lösung.

b) Die Patienten dieser Gruppe haben einen wesentlichen Schritt weg von der somatischen Symptomatik bereits vollzogen. Sie haben erkannt, daß sie Schwierigkeiten mit sich und im Umgang mit Konflikten und ihrer Umwelt haben. Sie haben auch erkannt, daß sie eine Hilfe zur Lösung dieser Probleme notwendig ist.

Doch die Patienten in dieser Gruppe können mit der üblichen psychoanalytischen Therapie mit Grundregel und analytischer Abstinenz nicht behandelt werden. Hier ist meines Erachtens eine Modifizierung notwendig. Dies liegt einfach daran, daß die Abwehrmechanismen komplizierter sind als bei psychoneurotischen Patienten. Hier bedarf es einer langen, geduldigen, aber aktiven Haltung des Therapeuten.

Nachdem ein ausreichendes Vertrauensverhältnis besteht, kann der Patient über aktuelle Schwierigkeiten mit dem Therapeuten sprechen und Lösungsmöglichkeiten ausarbeiten. Deutungen des Widerstandes sind notwendig. Genetische Deutungen werden in der Anfangsphase der Behandlung in der Regel nicht angenommen. Übertragungsdeutungen werden erstaunlicherweise relativ früh akzeptiert und haben bekanntermaßen Fortschritte zur Folge. Wichtig sind die oben angesprochene Klarheit und ein strukturiertes Vorgehen. Hierzu gehört, die Ziele der Behandlung immer klar abzustecken und immer wieder die Grundlagen des Arbeitsbündnisses zu überprüfen und zu benennen.

c) Die Patienten dieser Gruppe werden mit zwei bis drei Sitzungen pro Woche behandelt. Diese finden in der Regel im Sitzen statt und entsprechen den üblichen psychoanalytischen Settings

V. Ergebnisse (Erreichtes und Nicht - Erreichtes)

Das Projekt hatte eine Laufzeit von insgesamt 14 Monaten. In dieser Zeit wurden nach dem oben angeführten stationären Setting bisher 67 Patienten behandelt. Vier davon befanden sich bereits in ambulanter Psychotherapie und kamen zur Krisenintervention zur stationären Aufnahme. 13 Patienten konnten direkt einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie zugeführt werden. Weitere 21

Patienten wurden nach dem Setting A weiterbehandelt. Somit erfolgte bei insgesamt 51 % der Patienten eine weiterführende Psychotherapie. Bei 30 % der Patienten konnte keine Veränderung der pathologischen Konfliktverarbeitung eingeleitet werden. Die Diagnosen dieser 20 Patienten teilen sich wie folgt auf :

Anorexia nervosa	1
Asthma bronchiale	1
Depression	6 (endogen 2)
Psychovegetatives Syndrom	3
Borderline - Persönlichkeitsorganisation	2
2 Sucht (Alkohol)	5
Ulcus ventriculi	1
Hörsturz	1

Bei den übrigen Patienten konnte der zugrunde liegende Konflikt erarbeitet und bewußt gemacht werden.

Im folgenden wird zu den in der Einleitung erwähnten angestrebten Zielen im einzelnen Stellung genommen.

1. Es sollte eine Alternative zur Universitätsklinik, zu Kurkliniken und psychosomatischen Fachkliniken aufgezeigt werden.

Das Projekt unterschied sich von den bisher üblichen Modellen an Universitätskliniken, Kur- und Fachkliniken vor allem durch seine Entwicklung und die Integration in die internistische Klinik. Da der Autor an der selben Klinik seine Entwicklung zum "psychosomatischen Arzt" vollzogen hat und der Chef und

das Ärzteteam aufgeschlossen gegenüber dieser Sichtweise waren, war es möglich, das Projekt einer psychosomatischen Station durchzuführen. Die eigenständige Arbeit des Autors wurde toleriert, so daß eine freie Entwicklung möglich wurde. Dadurch kam es nicht zu der bekannten Isolation, in der sich die Psychosomatik noch vielerorts befindet. Sie wurde erst nach Installation der Station im ersten Jahr wieder spürbar. Die anfänglich interessierten Schwestern wurden ablehnend, gereizt und boykottierten die Arbeit durch harte Kritik, die Station betreffend, gegenüber der Klinikleitung. Die kooperativen Kollegen fühlten sich überfordert, ärgerten sich über die schwierigen Patienten und den Kollegen, der sein Konzept so zielstrebig verfolgte. Durch diese Spannungen sah sich der Chef genötigt, seine befürwortende Haltung zeitweise aufzugeben, um dadurch eine Befriedung zu erreichen. Nur durch die Erfolge bei der Therapie und die massive Unterstützung des Supervisors war es möglich, diese Krise durchzustehen und getreu dem angestrebtem Konzept weiter zu arbeiten. Dies führte nach fast einem Jahr zu einer erneuten positiven Einstellung des Ärzteteams und der Schwestern und gegen Ende des Projektes zu einer allseits befriedigenden Arbeit.

Die Entwicklung der Station ist mit dem Drei - Phasen - Verlauf der stationären Therapie vergleichbar. Einer langjährigen Vorbereitungsphase folgte eine schwierige Durcharbeitungsphase und die entscheidende Abschiedsphase. So überzeugten zum Schluß die Therapieerfolge und die selbst gemachten Erfahrungen aller Mitarbeiter. Zum Ende hin konnten sich die Schwestern selbstkritisch bei der Diskussion des Projektes äußern und zeigten sich wesentlich einfühlsamer und distanzierter gegenüber den Problemen der Patienten. Die Kollegen konnten entspannter mit psychosomatischen Patienten umgehen und engagierten sich zum Teil in den Nachtdiensten wesentlich über das gewohnte Maß hinaus.

Damit wurde an dieser Stelle psychosomatische Medizin aus ihrer Isolation herausgenommen und fand Einzug in die medizinischen Überlegungen der Kollegen und des Pflegepersonals .

2. Mit vergleichsweise geringem Aufwand sollte psychosomatische Versorgung im Akutkrankenhaus gewährleistet werden.

Der Aufwand war für den Träger und die Institution vergleichsweise gering. Finanzielle Mittel waren nicht notwendig, Personal wurde zusätzlich nicht eingestellt. Die unterstützenden Kräfte - Arzt und Therapeutin - wurden über Drittmittel finanziert. Außer der bestehenden Bäder - Abteilung wurde keine zusätzliche Beschäftigung für die Patienten angeboten. Im Zentrum der Therapie stand somit die dreimal pro Woche stattfindende Therapiesitzung. Im übrigen mußten die Patienten ihre Freizeit selbst gestalten, was zu einer verstärkten Selbstreflexion und Intensivierung des therapeutischen Prozesses führte. Somit entpuppte sich der anfängliche Mangel an therapeutischen Angeboten als Mittel, Bewußtwerdungsprozesse zu fördern. Dies bestätigte, daß die Mittel der Psychoanalyse für die

Aufarbeitung unbewußter Vorgänge auch bei psychosomatischen Erkrankungen ausreichen. Bei konsequenter Beachtung und Kontrolle der Gegenübertragung ist es möglich, unbewußte Gefühle und Impulse der Patienten wahrzunehmen und diese mit den aktuellen Konflikten bewußt zu machen. Dies ermöglicht den Patienten, ihre eigene Konfliktverarbeitung zu überdenken und Möglichkeiten für deren Veränderung zu sehen. Nicht immer konnte der Widerstand durch Deutung aufgehoben werden, doch im einen oder anderen Falle wird erfahrungsgemäß eine Infragestellung des Widerstandes eingeleitet. Nicht die absolute Wahrheit und möglichst viele detaillierte Informationen sind wichtig, sondern die vermittelten Gefühle. Diese müssen dem Patienten wieder zugänglich gemacht werden und ihm die Angst davor genommen werden. Hier hilft wesentlich die Beachtung der eigenen Gefühle, die Aufarbeitung der eigenen Neurose und damit Beherrschung der Gegenübertragung des Therapeuten. Dazu ist die regelmäßige Inanspruchnahme einer Supervision notwendig. Dies bedeutet für den einzelnen einen großen persönlichen Aufwand, den die Umwelt nicht immer wahrnimmt oder gar honoriert.

3. Es sollten Möglichkeiten für die Einleitung psychosomatischen Therapieverständnisses aufgezeigt werden und ein entsprechender Prozeß in Gang gesetzt werden.

Nach der lang anhaltenden Krise mit großen Widerständen zeigte sich, daß die langjährige Vorbereitung doch zu einem psychosomatischen Therapieverständnis geführt hatte. So wurde die Diagnose ANGSTNEUROSE zum Schluß scherzhaft "MORBUS SCHÜLER-SCHNEIDER" genannt. Diese Patienten wurden jetzt ernst genommen und nicht einfach fortgeschickt, wenn das EKG und die Laborenzyme in Ordnung waren. In vielen Fällen wurden sie auf die psychosomatische Station aufgenommen oder dem psychosomatischen Arzt vorgestellt.

Eine wesentliche Frage der Schwestern war die nach einer Ausbildung zur psychosomatischen Schwester. Diese Fachausbildung existiert nicht, doch die Forderung nach ihr und ihre Notwendigkeit wurden manifest. Die Überforderung war im wesentlichen auf die Bewußtwerdung eigener Konflikte zurückzuführen. Sehr deutlich zeigte sich dies beim Zusammentreffen von Migräne - Patienten und einer migränekranken Schwester. Dies alles mußte von dem Autor aufgefangen und bearbeitet werden, da die angestrebte externe Supervision nicht akzeptiert und finanziert wurde. Dies interne Supervision ist bekanntermaßen nur zu einem kleinen Teil möglich. Wie beim Therapeuten so mußte auch bei der psychosomatischen Schwester die eigene Neurose durch Selbsterfahrung aufgearbeitet werden, um den Umgang mit der Gegenübertragung zu ermöglichen. Gerade bei psychosomatischen Patienten mit komplizierten Abwehrvorgängen und dem daraus resultierenden Potential, Unruhe und Unsicherheit zu produzieren, ist es wichtig, Widerstände aufzuarbeiten.

4. Es sollte geprüft werden, ob mit einem strukturierten Konzept mit fester Behandlungsdauer ein therapeutischer Prozeß eingeleitet werden kann.

Dies wurde bei 70% der 67 behandelten Patienten erreicht. In einem oben angeführten Beispiel bedurfte es sogar nur einer dreiwöchigen Therapie, um eine wichtige Entwicklung in Gang zu setzen. Die Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von Medikamenten war innerhalb von vier Wochen möglich. Durch das offene, aufrichtige Verhalten des Teams wurde eine positive Identifikationsmöglichkeit geboten. Wichtig war es, daß Kontroversen immer wieder angesprochen und ausdiskutiert wurden und Widerstände angesprochen werden konnten. Dies ermöglichte eine Durcharbeitung der coping function und Aufdeckung der aktuellen Konflikte.

Durch die Begrenztheit konnten sich die Patienten rechtzeitig auf den Abschied einstellen und diesen erarbeiten. Der Rahmen gab Sicherheit, die durch die intensive schulmedizinische Diagnostik verstärkt wurde.

5. Die Wichtigkeit einer gleichzeitigen stationären und ambulanten Versorgung sollte aufgezeigt werden.

Dies wurde ausführlich und beispielhaft besprochen. Anfängliche Schwierigkeiten ergaben sich dadurch, daß keine feste Regel für die ambulante Weiterbetreuung bestand. Diese ist wichtig, um den Patienten das Gefühl der Gleichbehandlung zu geben. Es geht nicht an, daß ein Patient ambulant weiter betreut wird und ein anderer zu einem anderen Therapeuten weggeschickt wird. Dies führt zu Konkurrenz- und Neidgefühlen und belastet die therapeutische Beziehung.

Die Vorteile liegen in der Kontinuität der geschaffenen Vertrauensbeziehung und der Überleitung in eine weitergehende Therapie. Wesentlich ist hier die intensive Zusammenarbeit der niedergelassenen Therapeuten mit dem psychosomatischen Krankenhausarzt. Hier konnten auch die anfänglichen Schwierigkeiten behoben werden und eine intensive Zusammenarbeit, sowohl mit Ärzten als auch mit

Therapeuten, hergestellt werden. Konkurrenz- und Insuffizienzgefühle wurden beachtet, angesprochen und dadurch überflüssig gemacht.

Gerade denjenigen Patienten, die erstmals Kontakt mit Psychotherapie hatten, war es wichtig, diese erste Vertrauensperson weiter zur Verfügung zu haben. Sie hatten sich geöffnet, waren verletztlich geworden und hatten das Gefühl, daß ihre Verletzlichkeit nicht ausgenutzt wurde. Um dieses Vertrauen nicht zu enttäuschen, ist eine behutsame Weitervermittlung zu einem Therapeuten des Vertrauens wichtig. Die Patienten sind höchst sensibel und spüren jede Unsicherheit und jede Unaufrichtigkeit. Man kann und man sollte ihnen nichts vormachen oder eine falsche Abstinenz bewahren.

Hierzu das Beispiel einer Borderline - Patientin, die mit wechselnden somatischen Beschwerden mehrmals in unserer Klinik untersucht und behandelt wurde. Bei ihr war das Gespür für die Gefühle und die Haltung ihres Gegenübers besonders ausgeprägt. Sie wußte, wie ich mich fühlte, ob ich mich ärgerte oder freute oder nur müde war. Hätte ich ihr in der üblichen abstinenter Haltung diese Gefühle gedeutet, hätte sie dies wie die Gefühlskälte ihrer Eltern empfunden, die sich immer abstinenter verhalten hatten, keine Stellung genommen hatten und der Patientin schon früh alle Entscheidungen überlassen hatten. Durch meine bewußte Aufrichtigkeit und Offenheit konnte sie Vertrauen fassen. Dies ermöglichte ihr, sich mehr und mehr auf ihre eigenen Gefühle zu verlassen und diese immer wieder durch mich bestätigen zu lassen (Spiegeln im Sinne Winnicotts). Nach der Entlassung war es ihr noch nicht möglich, ein ähnliches Vertrauensverhältnis zu einem anderen Therapeuten aufzubauen. Somit wurde bis zur Erlangung einer genügend großen Sicherheit eine weitere ambulante Betreuung vereinbart. Hier reichte die Deutung noch nicht aus. Hier mußte die Bezugsperson zu Beginn noch real erhalten bleiben.

6. Der Sinn und die Möglichkeit der internistischen und psychotherapeutischen Behandlung in einer Hand sollte dargestellt werden.

Zu dem strukturierten und verbindlichen Konzept gehört konsequenterweise auch eine Personalunion von Arzt und Therapeut bei psychosomatisch kranken Patienten. Bei psychovegetativem Syndrom, Angstneurose und Anorexie bereitet dies auch keine Probleme. Lediglich bei Asthma, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn zeigten sich enorme Belastungen, die nur durch eine Aufteilung der Therapie zu tragen waren. Die Teilung war hier nicht methodisch notwendig, sondern alleine als Teilung der Lasten. Der größte Teil der von mir behandelten Patienten war zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zu einer Psychotherapie

nicht bereit. Für sie war der Arzt im weißen Kittel zur Aufrechterhaltung der beschützenden Abwehr notwendig. Diese wurde erst nach und nach gelockert, und die Patienten begannen, im Grenzgebiet zwischen Soma und Psyche zu wandern, und befanden sich auf der Suche nach ihrer Wahrheit. Es zeigte sich, daß sie sehr wohl unterscheiden konnten, was ihnen hilft und was nicht, und daß sie wirkungslose Medikamente auch wieder absetzen und genauso eine zu belastende und damit wirkungslose Therapie beendeten. Dies ist schmerzlich, wenn dem Therapeuten der zugrunde liegende Konflikt deutlich geworden ist. Doch letztendlich ist auch der Rückzug und Abbruch einer Therapie Ausdruck von Autonomie, auch wenn sie nur mit einer pathologischen Konfliktverarbeitung aufrecht erhalten werden kann. Durch Deutung des Widerstandes können auch hier Bewußtseinsprozesse eingeleitet werden.

Der Therapeut kann dem Patienten seine Hilfe anbieten und ihm mit seiner Überzeugung und seinem Wissen eine Therapie empfehlen, aber er kann diese nicht erzwingen und dem Patienten sein Wohl oder sein Glück vorschreiben. Für mich ist es selbstverständlich geworden, eine Pneumonie mit Antibiotika, einen Diabetes mellitus Typ II mit Insulin und eine Angstneurose mit Psychotherapie zu behandeln. Ein psychoanalytisches Interview ist eine diagnostische Maßnahme wie ein EKG, eine Sonografie oder Laboruntersuchungen. Erst nachdem mir dies deutlich geworden war, war es mir auch möglich, Psychosomatik in einer Person überzeugend zu verwirklichen.

VI. Schlußfolgerungen

1. Psychosomatik an der internistischen Klinik ist möglich
2. Auch bei Aufgeschlossenheit der Mitarbeiter wird ein enormer Widerstand bei der Durchführung wach, der nach etwa einem Jahr wieder abnimmt. Dies sollte mit einkalkuliert werden, wenn ein ähnliches Projekt durchgeführt werden soll. Die Möglichkeit einer guten Supervision muß vorher geschaffen sein und auch von vornherein für das Pflegepersonal mit eingeplant werden.
3. Dem Wunsch nach einem Ausbildungsgang zur psychosomatischen Schwester sollte nachgekommen werden. Er muß vor allem Selbsterfahrung und Supervision enthalten. Die Hauptschwierigkeiten und Widerstände gegen das Projekt waren Gegenübertragungsgefühle und Bewußtwerdung der eigenen Konflikte. Dies führte bei einem Teil der Betroffenen zu positiven

Entwicklungen hin zur eigenen Therapie und bei anderen zur Verstärkung des Widerstandes. Solange es noch keinen Ausbildungsgang gibt, sollte die Auswahl der Mitarbeiter auf freiwilliger Basis erfolgen und möglichst der Wunsch nach eigener Therapie vorhanden sein.

4. jeder Patient mit einer pathologischen Konfliktverarbeitung sollte einem analytischen Interview zugeführt werden. Dies ist zum jetzigen Zeitpunkt aus Kapazitätsgründen sicher noch nicht möglich.

5. Eine intensivere Zusammenarbeit von Therapeuten und Ärzten sollte stattfinden, es sollten weiterhin Widerstände abgebaut werden. Die Ausbildung sollte möglichst einheitlich sein. Psychotherapie sollte kein geheimnisumwittertes Verfahren, sondern eine überschaubare, verständliche Methode mit einer ebenso verständlichen Sprache sein.

LITERATUR

Alexander, F. (1951) Psychosomatische Medizin. Berlin

Deter, H.-Ch. (1986) Ansätze integrativer Psychosomatik in der Medizinischen Klinik. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 31: 96-106

Freud, S. (1885) Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzugrenzen. GW Bd. 1. Fischer, Frankfurt, S.341 (1952)

Kernberg, O.F. (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt

Köhle, K., Bock, D., Grauhan, A. (1977) Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Ein Werkstattbericht Rocom, Basel (Angewandte Psychosomatik)

Mentzos, S. (1986) Drei therapeutische Settings in der Psychoanalytischen Psychotherapie psychotischer Patienten. Forum der Psychoanalyse 2: 134-151

Schüler-Schneider, A.(1987) Psychosomatisches Therapieverständnis am Beispiel des Diabetes mellitus Typ I. Prax Psychother Psychosom 32: 242-249

Weizsäcker, V.v. (1926) Über den neurotischen Aufbau bei inneren Krankheiten. Deutsche Z Nervenheilkunde 88: 264-271

Winnicott, D.W. (1951) Transitional Objects and Transitional Phenomena. In: Playing and Reality. Tavistock Publications, London 1971

Dr.med.Axel Schüler-Schneider
Stresemannallee 11
60596 Frankfurt am Main
Tel. & Fax 069-635363
E-Mail psymed@t-online.de
www.agpt.de