

2017 FRÜHJAHRSPSYCHIATRIETAGE BONN/RHEIN-SIEG

Gesichter der Persönlichkeit

Fachtagung am 5. April 2017
im Universitätsclub Bonn

DOKUMENTATION



Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Fachtagung der „Frühjahrspsychiatrietage Bonn/Rhein-Sieg 2017“ fand am 5. April unter dem Motto „Gesichter der Persönlichkeit“ im Universitätsclub Bonn statt.

Diesmal wurden „Persönlichkeitsstörungen“ mit unterschiedlichen Ansätzen in den Blick genommen. Ethische Fragen und historische Aspekte waren ebenso Thema wie Möglichkeiten des Abbaus gesellschaftlicher Vorurteile, die Betroffene im Ernstfall daran hindern, frühzeitig Unterstützungsangebote aufzusuchen.

Mit einem abwechslungsreichen Programm aus Fachbeiträgen und Podiumsdiskussion verknüpfte die LVR-Klinik Bonn an diesem Tag das Ziel, besser über das Erkrankungsbild „Persönlichkeitsstörung“ sowie deren Entstehung und Konsequenzen zu informieren, und zum anderen über aktuelle Therapieansätze, besonders in Zeiten der Veränderung, zu sprechen. Eine wichtige Säule für die nachhaltige Behandlung psychisch kranker Menschen ist die Beziehungskontinuität zum therapeutischen Team. Das aktuell in der LVR-

Klinik Bonn eingeführte Modellprojekt nach § 64b SGB V soll hier neue Maßstäbe setzen.

Gemeinsam mit rund 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, darunter Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung sowie zahlreichen Expertinnen und Experten aus dem niedergelassenen Gesundheits- und Psychiatrie-Bereich, wurde die Fachveranstaltung auch in diesem Jahr als willkommene Informations- und Diskussionsplattform genutzt.

Mit den Filmtagen „Farben der Seele“, einem bunten Filmprogramm für Betroffene, Angehörige und Interessierte, fand der Auftakt der Frühjahrspsychiatrietage Bonn/Rhein-Sieg 2017 bereits im 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



Trauma und Persönlichkeitsstörungen – eine therapeutische Herausforderung

Chris Leveling

Zu Anfang seines Vortrags zitiert Leveling die Traumadefinition nach Fischer und Riedesser, der zufolge traumatische Verarbeitung nicht primär von der Schwere des traumatischen Ereignisses abhängig sei, sondern vielmehr durch die Diskrepanz zwischen Ereignisschwere und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten entstehe. Als Beispielereignis zieht er Einbrüche in Abwesenheit der Betroffenen heran: Diese stellten von außen betrachtet zwar keine akute Bedrohungssituation dar, würden subjektiv jedoch oftmals als massive Verletzung des persönlichen Sicherheitsraumes wahrgenommen und könnten so durchaus zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung führen.



Als Beispielereignis zieht er Einbrüche in Abwesenheit der Betroffenen heran: Diese stellten von außen betrachtet zwar keine akute Bedrohungssituation dar, würden subjektiv jedoch oftmals als massive Verletzung des persönlichen Sicherheitsraumes wahrgenommen und könnten so durchaus zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung führen.

Der deskriptiven Definition von PS der Klassifikationsmanuale stellt er eine störungsmodellbasierte Kurzdefinition gegenüber, in der PS als mehr oder weniger ich-syntone Interaktionsstörungen konzipiert werden, die infolge dauerhaft frustrierter Beziehungsmotive entstehen und durch die schemakompensatorische Emotionen externalisiert und dysfunktional im Beziehungsraum reguliert würden.

Der deskriptiven Definition von PS der Klassifikationsmanuale stellt er eine störungsmodellbasierte Kurzdefinition gegenüber, in der PS als mehr oder weniger ich-syntone Interaktionsstörungen konzipiert werden, die infolge dauerhaft frustrierter Beziehungsmotive entstehen und durch die schemakompensatorische Emotionen externalisiert und dysfunktional im Beziehungsraum reguliert würden.

Weiter geht er auf potentielle Spannungsfelder ein, die bei der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei gleichzeitig persönlichkeitsgestörten Patientinnen und Patienten auftreten können: Einerseits gestalte sich die diagnostisch distinkte Einordnung der Symptome des Patienten/der Patientin wie beispielsweise Reizbarkeit, Misstrauen oder sozialer Rückzug zu Trauma- vs. PS-bedingt schwierig. Andererseits sei ein achtsamer Umgang mit der bei Traumatisierungen und PS differierenden Gegenübertragung geboten, wobei sich diese entweder gegenseitig „maskieren“, so dass eine Seite des Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesses vernachlässigt werde, oder widersprechen könnten, so dass sich Therapeutinnen und Therapeuten regelrecht in einer „Gegenübertragungszange“ wiederfinden. Wichtig sei es, Gegenübertragungen nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten auszuagieren.

Als nächstes stellt Leveling die Frage nach der Nützlichkeit auf der einen bzw. Hinderlichkeit der Persönlichkeitsstörung bei der Traumaverarbeitung auf der anderen Seite. So könnten auf Seiten der Nützlichkeit persönlichkeitsstörungsimmanente Ressourcen aktiv in die Traumatherapie eingewoben werden, indem beispielsweise die Vorliebe für strukturiertes Vorgehen bei anankastischen Patientinnen und Patienten sowie die Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten und Zuversicht eines/r narzisstisch geprägten Patienten/in therapeutisch genutzt werden. Hierbei stelle sich allerdings die Frage, inwiefern die Utilisation von PS-bedingten Ressourcen zur Unterstützung der Traumabearbeitung eine Stabilisierung der Persönlichkeitsstörung begünstigen könnte. Hinderlich für die Traumaverarbeitung könnten Persönlichkeitsstörungen mitunter werden, wenn sie durch tiefgreifende Störungen auf der Interaktionsebene die reale oder subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung, ein wichtiger protektiver Faktor bei Entstehung und Verlauf von posttraumatischen Belastungsstörungen, im persönlichen Umfeld der Patienten beeinträchtigen. Dies betreffe auch die therapeutische Beziehung. Daher empfiehlt er das bewusste Herstellen einer für die Traumatherapie unabdingbaren Hintergrundesicherheit durch eine motivorientierte Beziehungsgestaltung, wobei die Beziehung regelmäßig reflektiert und ggfs. repariert werden müsse.

Als weitere potentielle Schwierigkeit identifiziert Leveling ein „Auftragsdilemma“. Während der Therapie von Traumafolgestörungen meist ein explizit formulierbarer Auftrag und in der Folge ein explizites Therapieziel, nämlich die störungsorientierte Verbesserung einer eher als ich-dyston erlebten, primären Symptomatik, zugrunde liege, könne ein Therapieziel bei Persönlichkeitsstörungen auch darin bestehen, einen adäquaten Behandlungsauftrag bei einer impliziten, eher als ich-synton erlebten, sekundären Symptomatik auf interaktioneller Ebene gemeinsam zu erarbeiten.

Als weitere potentielle Schwierigkeit identifiziert Leveling ein „Auftragsdilemma“. Während der Therapie von Traumafolgestörungen meist ein explizit formulierbarer Auftrag und in der Folge ein explizites Therapieziel, nämlich die störungsorientierte Verbesserung einer eher als ich-dyston erlebten, primären Symptomatik, zugrunde liege, könne ein Therapieziel bei Persönlichkeitsstörungen auch darin bestehen, einen adäquaten Behandlungsauftrag bei einer impliziten, eher als ich-synton erlebten, sekundären Symptomatik auf interaktioneller Ebene gemeinsam zu erarbeiten.

Abschließend resümiert Leveling, dass eine gute kognitive Repräsentanz und Vernetzung störungs- und therapierelevanter Theorien und Konstrukte auf Therapeutenseite bei der Arbeit in diesem therapeutisch hochkomplexen Feld die therapeutische Handlungsfähigkeit verbessern und ein damit einhergehendes Hilflosigkeitserleben auf Therapeutenseite und damit auch die Gefahr sekundärer Traumatisierung reduzieren kann.

Abschließend resümiert Leveling, dass eine gute kognitive Repräsentanz und Vernetzung störungs- und therapierelevanter Theorien und Konstrukte auf Therapeutenseite bei der Arbeit in diesem therapeutisch hochkomplexen Feld die therapeutische Handlungsfähigkeit verbessern und ein damit einhergehendes Hilflosigkeitserleben auf Therapeutenseite und damit auch die Gefahr sekundärer Traumatisierung reduzieren kann.

Inhalt

04

Chris Leveling

Trauma und Persönlichkeitsstörungen – eine therapeutische Herausforderung

06

Markus Banger

Beziehungskontinuität als Qualitätsmerkmal in der psychiatrischen Klinik: Modellvorhaben

08

Peter Fiedler

Integrative Perspektiven in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

10

Heinz Schott

Akzentuierte Persönlichkeiten der Medizingeschichte

11

Susanne Leutner

Psychotherapie bei komplexer Traumatisierung

12

Podiumsdiskussion

Scheitern als Chance

14

Filmtage 2017

„Farben der Seele“ im LVR-Landesmuseum

Beziehungskontinuität als Qualitätsmerkmal in der psychiatrischen Klinik – das Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

Prof. Dr. Markus Banger

Prof. Dr. Banger knüpft an den Vorredner an, indem er die Komplexität und Langwierigkeit der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und die Bedeutung der Güte und Kontinuität der therapeutischen Beziehung anerkennt. Aus diesem Grund und bedingt durch langfristige Veränderungen, wie steigende Lebenserwartung, Migrationsbewegungen und



dem allgemeinen demografischen Wandel, sei eine gesteigerte Nachfrage nach qualitativ hochwertiger psychiatrisch-

psychotherapeutischer Behandlung absehbar. Dies verlange zeitnah Veränderungen des medizinischen Versorgungssystems.

Das Modellvorhaben nach § 64 b SGB V, seit 2015 in der LVR-Klinik Bonn umgesetzt und erprobt, trägt der effizienteren und passgenaueren Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern auch langfristig Rechnung und bewegt sich von einer stationsbezogenen Behandlungsorganisation hin zu einer sektorübergreifenden Leistungserbringung. In der konkreten Umsetzung bedeute dies, dass die individuellen Bedürfnisse der Patientin und des Patienten in den Mittelpunkt gestellt und im ärztlichen Assessment gemeinsam ein Behandlungsplan maßgeschneidert werden könne. Beispiels-

weise könnte eine Patientin/ein Patient an der stationären Physio- und Gruppenpsychotherapie teilnehmen, gleichzeitig die tagesklinische Kreativtherapie besuchen, sozialdienstliche und ergotherapeutische Behandlungsangebote der Institutsambulanz in Anspruch nehmen, ergänzt durch einzelne Elemente des Hometreatments. Die Finanzierung durch teilnehmende Krankenkassen erfolge sozusagen als „Flatrate“ in Form eines Pauschalbetrages pro Patientin und Patient, der dann von der Klinik eigenverantwortlich flexibel eingesetzt werden könne.

Als ausschlaggebenden Wirkfaktor in der Behandlung psychischer Störungen identifiziert Banger die therapeutische Beziehung. Das Modellvorhaben gestatte durch die Möglichkeit der fallführenden Behandlung eine Steigerung der so wichtigen Beziehungskontinuität.

Weitere Vorteile des Modellvorhabens erhofft sich Banger im Sinne eines Zeitgewinns: Durch effizientere Nutzung der Versorgungsressourcen sei mehr Therapiezeit mit den Patientinnen und Patienten realisierbar. Auch Brüche in der Behandlungskontinuität, beispielsweise beim Übergang zwischen der stationären und ambulanten Behandlung, können so aufgefangen werden. Die Klinik fungiere dann als „Brücke“, die durch ein zeitlich überlappendes Behandlungsgeflecht der Angebote des psychiatrischen Akutkrankenhauses und der ambulanten Anbindung verhindern soll, dass Patientinnen und Patienten nach der Entlassung sich selbst über-

lassen werden.

Banger geht allerdings auch auf mögliche Schattenseiten des Modellvorhabens ein. Ein großer Anteil von „Laufkundschaft“ könnte mehr Unruhe im Stationsalltag und Veränderungen des therapeutischen Milieus zur Folge haben. Auch Konflikte zwischen Patientinnen und Patienten durch interindividuelle Unterschiede in Behandlungsintensivität und -frequenz seien zu erwarten. Daher wird die Notwendigkeit einer intensiven, aber möglichst ressourcenschonenden Qualitätssicherung gesehen.

Im Plenum stellte sich vor allem die Frage nach der Relevanz und den Auswirkungen auf die Arbeit niedergelassener

psychotherapeutischer und ärztlicher Kolleginnen und Kollegen. Banger betont, dass die Bedeutung und nicht zuletzt die Finanzierung der ambulanten Behandlung durch das Modellvorhaben in keiner Weise gefährdet werde. Vielmehr freue er sich auf eine ganz neue Form in der Zusammenarbeit, die die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in den Fokus rücke. Er spricht eine herzliche Einladung zu einem in naher Zukunft stattfindenden Workshop aus, bei dem sich niedergelassene Kolleginnen und Kollegen über das Modellvorhaben informieren und aktiv in den Entwicklungsprozess einbringen können.



Integrative Perspektiven in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen Prof. Dr. Peter Fiedler

Prof. Dr. Fiedler beginnt seinen Vortrag mit der Beschreibung einer in den letzten zehn Jahren eingeläuteten Revolution in der Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Er de-



mentiert dabei, das allen Persönlichkeitsstörungen bisher zugrundeliegende ICD-10- wie auch DSM-IV-Kriterium,

das den Beginn dieses Störungsspektrums stets in der Kindheit verortet und eine Persistenz bis ins Erwachsenenalter postuliert. Dazu zieht er u.a. eine wissenschaftliche Studie von Gunderson und Kollegen heran, die in einem längsschnittlichen Design nach Behandlungsbeginn eine durchschnittliche Ein-Jahres-Stabilitätsrate von 44% von Persönlichkeitsstörungen feststellte, die nach den herkömmlichen DSM-IV-TR-Kriterien diagnostiziert wurden. Das bedeute im Klartext: Mehr als die Hälfte der persönlichkeitsgestörten Probanden erfüllten nach nur einem Jahr nach Behandlungsbeginn die formalen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr. Einen besonders hohen Behandlungserfolg habe eine Stichprobe von Borderline-Patientinnen und Patienten gezeigt, die nach nur einem Jahr nach Behandlungsbeginn keines bis maximal noch zwei der diagnostischen DSM-Kriterien erfüllte.

Fiedler prognostiziert die baldige Abschaffung der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“, wie sie bisher diagnostiziert wurde. Ersetzt werden sollen die ICD-10-Kriterien durch dimensionale Einschätzungen des individuellen Funktionsniveaus. Wie dies konkret aussehen kann, lässt sich heute bereits dem sog. Alternativmodell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 entnehmen. Dort wird eine Strukturbeurteilung auf den Skalen „Selbstidentität“, „Selbststeuerung“, „Empathie“ und „Intimität“ vorgeschlagen. Das ausschlaggebendste Kriterium für die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“

sei laut Fiedler jedoch, dass die Patientinnen und Patienten Leidensdruck verspüren.

Bei der von Gunderson attestierten enormen Rate von Behandlungserfolgen scheint inzwischen klarer zu werden, dass der Erfolg der Arbeit einer Therapeutin und eines Therapeuten von verschiedenen Aspekten abhängt. Einerseits belegen Evaluationsstudien, dass eine durch Einfühlungsvermögen und Verständnis gekennzeichnete Atmosphäre, in der sich die Patientinnen und Patienten gut aufgehoben fühlen, ausschlaggebend für eine erfolgreiche Therapie sei. Weiterhin relevant sei die inhaltliche Orientierung der therapeutischen Arbeit. Ein inzwischen in der Forschung so bezeichneter „Super-Shrink“ (d.h. ein durchgängig erfolgreiche/r Therapeut/in) verstehe und präsentiere sich als „Solidarpartner im Kampf gegen widrige Lebensumstände“ und nicht als „Kämpfer gegen negative Persönlichkeitsstile der Patientinnen und Patienten“. Eine Fokussierung auf problematische Eigenarten der Patientinnen und Patienten sowie das Spiegeln von Widerständen habe sich in Studien als nicht zielführend herauskristallisiert. Mehr Erfolg verspreche eine ressourcenorientierte Strategie, die auch eher progressive Interventionen einschließe, wie beispielsweise ermutigende SMS-, Email- und Telefonkontakte seitens Therapeutinnen und Therapeuten an Patientinnen und Patienten, in denen der Therapeut bisherige positive Entwicklungen in der Therapie herausstelle.

In Puncto Widerstand prangert Fiedler an, dass dieser oft als „lästig“ wahrgenommen werde und Therapeutinnen und Therapeuten dazu neigten, von ihren Patientinnen und Patienten „Compliance“ einzufordern, ohne zu bemerken, dass sie damit Patientinnen und Patienten eher „dependent“, jedenfalls nicht „autonom“ machten. Dabei beinhalten Widerstände der Patientinnen und Patienten aber vor allem Ressourcen wie Abgrenzungsvermögen oder Kenntnis der eigenen Bedürfnisse, die es zu erkennen, zu fördern und in eine funktionale Bahn zu lenken gelte. Der Referent wirbt

außerdem für mehr Verständnis für die mitunter „anstrengenden“ Eigenarten persönlichkeitsgestörter Patientinnen und Patienten. Diese hätten laut Grundkonsens vieler Diagnostiker und Psychotherapieforscher nämlich oftmals ihren Ursprung in vernachlässigenden oder missbräuchlichen Lebensbedingungen in der Kindheit und stellten für die damalige Zeit durchaus funktionale Coping-Stile dar. Die im Laufe der Entwicklung stark automatisierten, im impliziten Gedächtnis gespeicherten Erlebens- und Handlungsroutrinen würden aber im Erwachsenenalter insbesondere in konfliktträchtigen zwischenmenschlichen Situationen nur in Ermangelung von Alternativen immer wieder ausgelöst – erwiesen sich dann aber leider als zunehmend dysfunktional. Eine verständnisvolle, unvoreingenommen wertschätzende Haltung den oft negativ stigmatisierten Patientinnen und Patienten gegenüber sei also unabdingbar. So könne der „Narzisst von Station 6“ nämlich bereits am Gesicht der Therapeutin und des Therapeuten ablesen, dass er abgelehnt werde – und dann nur verständlicherweise eine Therapie bei einem seine Person ablehnenden Therapeutin und Therapeuten verweigern.

Für das therapeutische Vorgehen schlägt Fiedler als Fundament ein liebevoll strukturierendes und fürsorgliches „Nach-Beeltern“ nach dem Motto „Empathy first“ vor. Darauf folge eine gemeinsame Analyse der Bedürfnisse der Patien-

tinnen und Patienten und ein Assessment, welche strukturellen Werkzeuge der Patientin und dem Patienten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse am wenigsten zur Verfügung stehen. Unter der zwingenden Voraussetzung, dass die Klientin und der Klient sich verstanden und wertgeschätzt fühlt, könne nun ein „Coaching“ eingeleitet werden. Dabei berate die Therapeutin und der Therapeut die Betroffenen über hilfreiche „erwachsene Alternativen“. Zentral sei dabei die Autonomie der Patientinnen und Patienten, eigenverantwortlich zu entscheiden, ob sie oder er den Ratschlägen der Therapeuten folgen möchte oder nicht.

In der anschließenden Diskussion stellte sich im Plenum die Frage nach der Umsetzbarkeit vollständiger Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Stationsalltag einer psychiatrischen Klinik. Es kam auch die Frage auf, ob beispielsweise das Entwerfen von Wochenplänen nicht auch ein Signal für Verlässlichkeit, Respekt und Zutrauen darstelle. Fiedler beruft sich in seiner Entgegnung wiederum auf die Autonomie: Der richtige Weg sei es, die Patientinnen und Patienten zu fragen, ob dies überhaupt in ihrem/seinem Sinne sei – zumal sie/er de jure sowieso „Arbeitgeber“ in dem Dienstleistungsunternehmen „Psychotherapie“ sei und als solcher grundsätzliche Entscheidungsfreiheit besitze, die vom Therapeuten angebotene „Ware Psychotherapie“ anzunehmen oder eben auch nicht.



Akzentuierte Persönlichkeiten der Medizingeschichte. Gedanken von Paracelsus, Virchow und Freud – spielen die heute noch eine Rolle? Prof. Dr. Dr. Heinz Schott

Ganz nach dem Motto „Der Blick zurück ist ein Blick nach vorne“ analysiert der Medizinhistoriker Prof. Dr. Dr. Schott in seinem Vortrag die Relevanz der Errungenschaften dreier Leitfiguren der Medizingeschichte für die heutige Medizin:



Paracelsus, Virchow und Freud. Auf die Fragen nach dem, was den Menschen ausmacht, und in Bezug auf die Konzepte Ge-

sundheit, Krankheit und Heilung fänden die drei Protagonisten unterschiedliche Antworten, die Implikationen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten auch am heutigen Tage beherbergten.

Paracelsus, mit bürgerlichem Namen Theoprastus Bombast von Hohenheim, der zu Beginn des 16. Jahrhunderts wirkte und waltete, sei ein Verfechter der Naturkunde, der Alchemie und der Kosmologie, also der Einwirkung der Gestirne, gewesen. Sein grundlegender Ansatz postulierte, dass der „Mikrokosmos Mensch“ dem „Makrokosmos Welt“ entspreche. Weiterhin vertrat er aus heutiger Sicht erstaunliche Konzepte der seinerzeit populären „natürlichen Magie“ (Magia naturalis), wie das Signaturen-Prinzip: das Äußere eines Naturdinges zeigt dessen innere Qualität an, oder das Imaginatio-Prinzip (Ein-Bildung manifestiert sich auch körperlich), was z. B. das äußere Erscheinungsbild eines völlig befellten Säuglings dadurch erklärt, dass die Mutter bei der Empfängnis ein Fellwesen vor dem inneren Auge gesehen habe. Paracelsus' „magische Medizin“ werfe die Frage auf, ob in der heutigen Medizin ein mangelndes kosmisches Bewusstsein vorläge. Schott stellt in den Raum, ob wir der Frage nach unserem Platz im Weltall mehr Beachtung schenken sollten.

Der im 19. Jahrhundert tätige Rudolf Virchow erlangte durch sein grundlegendes Werk „Die Cellularpathologie“, die die Zelle als Einheit des Lebens identifizierte und Erkrankungen erstmals zellbiologisch erklärte, wissenschaftliche Anerkennung. Neben diesem bahnbrechenden Beitrag zum Verständnis des menschlichen Organismus rückte Virchow

die Bedeutung der Gesellschaft für das Individuum ins Scheinwerferlicht und begriff damit die Medizin allgemein als soziale Wissenschaft. Er sah Bildung, Freiheit, Wohlstand und Demokratie als maßgebliche Voraussetzung für die Gesundheit der Bevölkerung und die „Kultur als Aufgabe“. Dieser Ansatz sei laut Schott brandaktuell, finde sie doch Anwendung in der heutigen Sozialmedizin, die den Menschen nicht als losgelöstes Wesen, sondern nur im Kontext der Gesellschaft und seines Umfeldes verstehe. Mit einem Augenzwinkern fordert Schott die Ärzte heutiger Zeit dazu auf, den „Medizinkoffer zu packen und durch die Häuser und Viertel der Patientinnen und Patienten zu ziehen“.

Schott nimmt sich zuletzt des Gedankengutes Sigmund Freuds an, das unter anderem die vielbeachtete Traumdeutung und das Strukturmodell des „Ich-Es-Über-Ich“ beinhaltet. Freud habe, von der Neurowissenschaft und Neurologie kommend, die Bedeutung des seelischen Konflikts für die Gesundheit erkannt und somit eine „psychodynamische Medizin“ konzipiert. Als besonderes Element hebt der Referent die von Freud beschriebene Selbstanalyse hervor: Er begründete die Psychoanalyse durch die Deutung eigener Träume und eigener neurotischer Symptome. Als Sinnbild seiner Selbstanalyse kann der Spiegel am Fenster neben dem Schreibtisch Freuds angesehen werden, in dem er sich ständig betrachten konnte. Im Hinblick auf die heutige Relevanz von Freuds Errungenschaften hinterfragt Schott den Status des psychohygienischen Bewusstseins in der heutigen



Medizin und stellt die Frage in den Raum, ob wir ausreichend im Blick haben, was uns „gut tut“.

Schott zufolge sei neben der Unterschiedlichkeit der Auffassung von Mensch, Welt und medizinisch adäquatem Vorgehen allen drei präsentierten Vordenkern gemein, dass sie die Erziehung des einzelnen Menschen fokussieren, die Komplexität des Organismus „Mensch“ anerkennen und eine humane Gesellschaft mit Aufklärung, Freiheit und Frieden befürworten.

Der Vortrag wird abgerundet durch eine Anmerkung aus dem Plenum. Eine Tagungsteilnehmerin schlägt die Brücke zwischen medizinhistorischer Vergangenheit und aktueller Behandlungsrealität durch Paracelsus' berühmtes Zitat „Alle Ding' sind Gift und nichts ohne Gift; allein die Dosis macht, dass ein Ding' kein Gift ist.“, das für ihre Arbeit jederzeit als Leitsatz fungiere.

Psychotherapie bei komplexer Traumatisierung Susanne Leutner

Die in Bonn praktizierende psychologische Psychotherapeutin Leutner grenzt in ihrem Vortrag die komplexe Traumatisierung als chronifizierte Form der posttraumatischen Belastungsstörung ab, die das Leben der Betroffenen stärker beeinträchtigt und mehr Komorbidität beinhaltet als eine „einfache“ PTBS. Aller Wahrscheinlichkeit nach werde sie Erwähnung im ICD-11 finden. Sie plädiert dabei für die dringend notwendige Erweiterung der diagnostischen Kategorie „PTBS“ wegen der im klinischen Bild deutlichen Desintegration der Persönlichkeit aufgrund vielfacher Traumatisierung und mannigfaltiger Störungsbereiche. Dabei sei noch nicht abschließend geklärt, ob eine komplexe Traumatisierung bereits vorliegt, wenn Patientinnen und Patienten mehrfach durch denselben Täter in unterschiedlicher Weise misshandelt wurden, ob sich gänzlich unterschiedliche traumatische Ereignisse zugetragen haben müssen oder ob Komorbiditäten als integraler Bestandteil der KPTBS angesehen werden.

Bei der Erklärung der Entstehung komplexer Traumatisierungen konzentriert sich Leutner auf die Traumatisierung im Rahmen von Misshandlungen oder Vernachlässigung durch Eltern und andere frühe Bezugspersonen. Dabei entstünden oftmals verschiedene kindliche Anteile, die auf interaktioneller Ebene Kampf- oder Fluchtverhalten repräsentieren.

Körperlich habe man somit *eine* Person vor sich, der aber *beide* Anteile gleichzeitig innewohnen. Daraus erkläre sich das für Partner, eigene Kinder oder Therapeutinnen und Therapeuten oft unverständliche Oszillieren zwischen Nähe und Distanz. Eine Therapie dieser komplexen Störung kann zum Ziel haben, dass die Anteile Kenntnis voneinander erlangen, in kooperative Mitarbeit treten und bestenfalls integriert werden.



Leutner stellt ihr Prozessmodell zur Therapie komplexer Traumatisierung vor. Herzstück des therapeutischen Konzepts ist eine ressourcenorientierte Marschroute, die die Selbstheilungskräfte der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellt und die therapeutische Beziehung als ebenbürtige Zusammenarbeit versteht, was ein bewusstes Verändern der ExpertInnenrolle nach sich ziehe.

In Abgrenzung zu „Trauma first“-Ansätzen und den Phasen-Modellen der Traumatherapie, die vor der Traumabarbeitung eine Zeit der Stabilisierung vorsehen, flechte sie

ff. Psychotherapie bei komplexer Traumatisierung:

ressourcenorientierte Stabilisierungsinterventionen und Konfrontation mit traumatischen Inhalten gleichzeitig in die Traumatherapie ein. Dabei stehe auf der Agenda, weder das Trauma zu früh „durchzuarbeiten“, noch zu viel Zeit in eine unnötig lange Stabilisierungsphase zu investieren. Ein vorsichtiges Assessment sei unabdingbar, anhand dessen der Stand der Patientinnen und Patienten auf den Dimensionen Traumaschwere und Ressourcenstärke eingeschätzt wird. Darauf basierend könnte jeweils durch die Wahl von Distanzierungs- und Filtertechniken, um das Gewicht von Traumaerinnerungen zu reduzieren, oder durch momentan mental repräsentierten Ressourcenerinnerungen, ein Gegengewicht gebildet werden für die konkrete Bearbeitung traumatischer Erfahrungen. Als Paradebeispiel führt Leutner die sogenannte „Pendeltechnik“ ein, bei der im Wechsel hilfreiche Ressourceninhalte erinnert oder imaginiert und anfangs deutlich kürzer Kontakt zu belastenden Erinnerungen aufgenommen wird. Eine allmähliche Dosissteigerung der Dauer des Kontakts zu belastendem Material soll den Patientinnen und Patienten Wachstum und Weiterentwicklung ermöglichen.

In der anschließenden Diskussionsrunde nimmt Leutner Stellung zu der Frage, ob der Sozialisations- und Kulturhintergrund bei der Suche nach und Verwendung von Ressourcen eine Rolle spiele. Sie betont, dass es von enormer Wichtigkeit sei, sich in den „gleichen Bildern“ wie die Patientinnen und Patienten zu bewegen und sich auf die Modalität des Erlebens der Betroffenen einzustellen. Eine besondere Herausforderung stelle dies in Settings mit nichtmuttersprachlichen Patientinnen und Patienten oder sogar mit der Notwendigkeit einer Dolmetscherin und eines Dolmetschers dar. Dies pointiert sie am Beispiel einer Patientin, die die „Video-Technik“, eine Distanzierungsübung, bei der traumatische Erinnerungen als Video imaginiert und in einen Tresor verfrachtet, sowie anschließend beruhigende innere Bilder aus der Zeit vor dem Krieg imaginiert werden sollten, nach der Übersetzung als Anweisung verstand, zu Hause real vorhandene beunruhigende Videos wegzuschließen und nur beruhigende Videos anzuschauen. Die Patientin habe so zwar nicht die ursprünglich von der Therapeutin als sinnvoll angesehene Übung erlernt, aber im ressourcenorientierten Sinne profitiert.



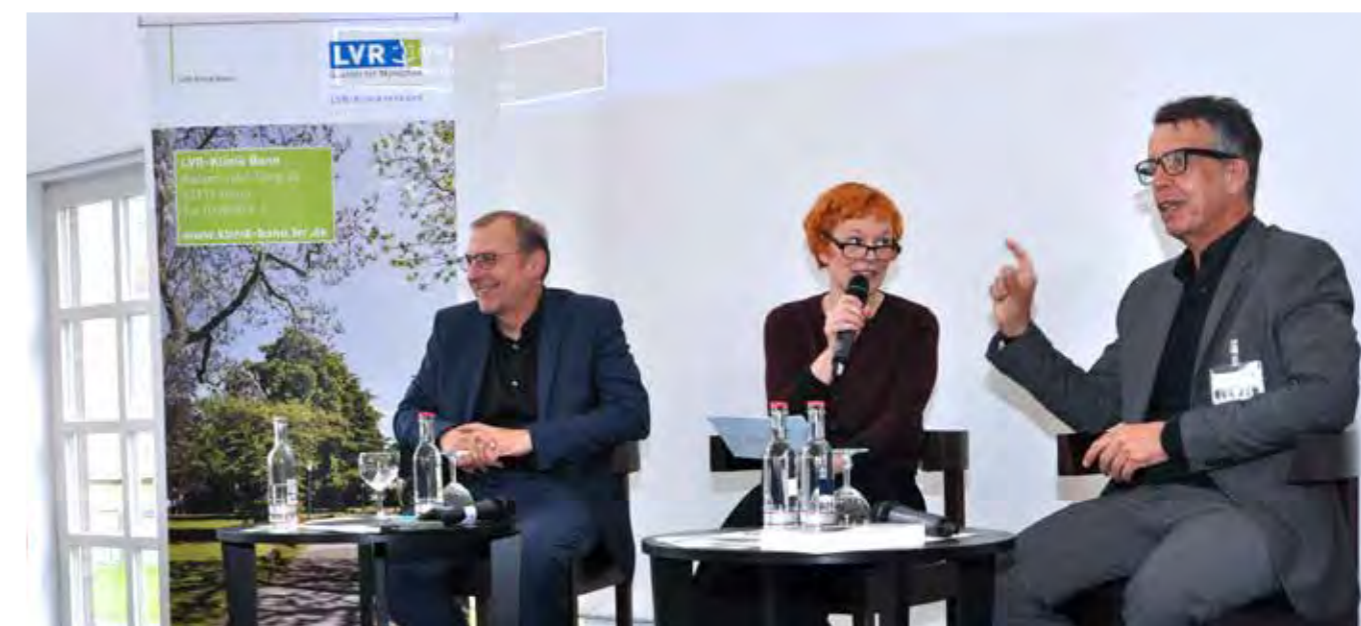
Podiumsdiskussion Scheitern als Chance

mit Henning Hirsch und Sighard Neckel

Moderation: Britta Weyers

Wer scheitert, privat oder beruflich, ist häufig am Boden zerstört, schutz- und orientierungslos. Scheitern kann aber ebenso eine Chance für Veränderung sein. So war das jedenfalls bei Henning Hirsch, langjähriger Alkoholabhängiger, der nach seinem letzten fürchterlichem Absturz mit sechs Promille in der Klinik landete, sich aufrappelte, Erfahrungen mit der eigenen Sucht und dem Scheitern in einem Roman verarbeitete und mit seinem schöpferischem Potential neuen Halt fand.

Sighard Neckel, Soziologe und Professor für Gesellschaftsanalyse und Sozialer Wandel an der Universität Hamburg, beschäftigt sich wissenschaftlich mit dem Phänomen des Scheiterns und sieht eine gesellschaftliche Entwicklung dahingehend, dass Erfolg immer mehr zur Pflicht wird. Wer trotzdem scheitert, soll sein Scheitern möglichst erfolgreich bewältigen, um den nächsten Anlauf zu nehmen.



2017 FRÜHJAHRSPSYCHIATRIETAGE BONN/RHEIN-SIEG



Filmtage

vom 28. - 30. März 2017
im LVR-Landesmuseum Bonn

Die drei präsentierten Filmdokumentationen spannen den Bogen von der Geschichte der Bonner Psychiatrie hin zu den heute weit verbreiteten Krankheitsbildern Depression und Abhängigkeitserkrankung. Mit Vorträgen und Diskussionen wurde das filmische Programm im LVR-Museum zugleich von Filmemacherinnen und Filmemachern begleitet.

Programm

Dienstag, 28. März 2017, 19:30 Uhr

„Ver-rückte Zeiten“

Dokumentarfilm von Axel Schmidt

Im Anschluss an den Film:

Leiden der Seele und das Leiden an der Psychiatrie -
Psychiatryhistorische Aspekte anhand des Films „Equus“

Vortrag von Dr. Dirk Arenz, Euskirchen

Mittwoch, 29. März 2017, 19:30 Uhr

„Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“

Dokumentarfilm von Michaela Kirst und Axel Schmidt

Donnerstag, 30. März 2017, 19:30 Uhr

„Endlich trocken – Wege aus der Sucht“

Dokumentarfilm von Andrea Rothenburg

Farben der Seele

Andere Welt

„Ver-rückte Zeiten“

Ein Blick in die Vergangenheit der LVR-Klinik Bonn im Gespräch mit den Filmemachern.



Begegnungen

„Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“

Betroffene und Angehörige im Austausch zum Thema Depressionen



Spurensuche

„Endlich trocken – Wege aus der Sucht“

Filmpremiere und anschließende Diskussion mit der Regisseurin Andrea Rothenburg





TERMINE 2018:

Frühjahrspsychiatrietage Bonn/Rhein-Sieg

Filmtage vom 28. Feb. - 2. März 2018

Fachtagung am 14. März 2018

FACHTAGUNG AM 5. APRIL 2017

REFERENTINNEN UND REFERENTEN

Prof. Dr. med. Markus Banger

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

Prof. Dr. phil. Peter Fiedler

Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Universität Heidelberg

Susanne Leutner

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Bonn

Chris Leveling

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut,
LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Medizinhistorisches Institut, Universität Bonn

TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER PODIUMSDISKUSSION

Henning Hirsch

Autor „Saufdruck: In vier Jahren ganz unten“

Prof. Dr. phil. Sighard Neckel

Professor für Gesellschaftsanalyse u. Sozialer Wandel, Universität HH

Britta Weyers

Moderatorin, Köln

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** Julika Zimmermann, Karin Runde

Bilder Tillmann Daub, Matthias Kehrrein, Sonja Reich, J. Vogel, LVR-LandesMuseum Bonn