

# JAHRESBERICHT 2003

---

Eine Klinik der Wittgensteiner Kliniken AG



KLINIK SCHWEDENSTEIN

---

Klinik für Psychosomatische Medizin

KLINIK SCHWEDENSTEIN

**Klinik Schwedenstein**

Obersteinaer Weg  
01896 Pulsnitz  
Telefon (03 59 55) 4 70  
Telefax (03 59 55) 4 76 31  
Internet [www.klinik-schwedenstein.de](http://www.klinik-schwedenstein.de)  
E-Mail [info@klinik-schwedenstein.de](mailto:info@klinik-schwedenstein.de)

**Ärztliche Direktorin**

Dr. med. Kornelia Sturz  
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin  
Telefon (03 59 55) 4 75 01  
E-Mail [sturz@klinik-schwedenstein.de](mailto:sturz@klinik-schwedenstein.de)

**Träger**

Wittgensteiner Kliniken Aktiengesellschaft  
Im Herrengarten 1  
57319 Bad Berleburg  
Internet [www.wka.de](http://www.wka.de)  
E-Mail [info@wka.de](mailto:info@wka.de)

**Amtsgericht**

Bad Berleburg HRB 0462

**Vorstand**

Thomas Kupczik (Vorsitzender)  
Jens Holstein

**Vorsitzender des Aufsichtsrates**

Rainer Hohmann

LEITUNGSTEAM	5
TRENDS UND ENTWICKLUNGEN Die Klinik Schwedenstein im Jahr 2003	6
BEHANDLUNGSSPEKTRUM	9
QUALITÄTSMANAGEMENT Behandlungsqualität im Wettbewerb – das Qualitätssicherungsprojekt der gesetzlichen Krankenkassen	12
BERICHTE AUS DEN INDIKATIONSBEREICHEN Stationäre Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für Borderline-Störungen – eine neue Herausforderung Psychosebehandlung in der Psychosomatik Interaktive Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen Therapieansatz auf einer psychosomatischen Station für ältere Patientinnen und Patienten Behandlung von Unfallpatientinnen und -patienten mit somatoformen Störungen: ein Fallbericht	14
EINZELTHEMEN UND METHODEN Biofeedback Raum der Stille – Warum Meditation in der Klinik? Labyrinth-Projekt	34
BASISDOKUMENTATION	40
WISSENSCHAFTLICHE TAGUNGEN 2. Schwedensteiner Rehafachtagung 1. Sächsisches Tinnitus-Symposium Tagungen, Seminare und Kurse	45
FORSCHUNGSPROJEKTE	51
PUBLIKATIONEN	52
EXTERNE AKTIVITÄTEN Fortbildungen – Vorträge – Dozententätigkeit Fernseh-, Funk- und Pressebeiträge Prävention und Information	53
INTERNE FORTBILDUNGEN	59
KUNST UND KULTUR Aktivitäten des Kulturrates Ausstellungen/Projekte	61
KOOPERATIONEN Kooperationen mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, Mitgliedschaften, Vorstandstätigkeiten	62
AUS- UND WEITERBILDUNG Weiterbildungen Diplomandinnen Praktikantinnen und Praktikanten	65



## DAS LEITUNGSTEAM

---

Dr. med. Kornelia Sturz  
 Ärztliche und Verwaltungsleitung  
 Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
 FÄ für Psychotherapeutische Medizin  
 Telefon 03 59 55/4 75 01  
 sturz@klinik-schwedenstein.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand  
 Leitender Psychologe Abteilung V  
 Psychologischer Psychotherapeut  
 Supervisor Verhaltenstherapie  
 Telefon 03 59 55/4 75 04  
 leibbrand@klinik-schwedenstein.de

Dipl.-Psych. Klaus Dilcher  
 Leitender Psychologe Abteilung I  
 Stellvertretende Klinikleitung  
 Abteilungsleiter  
 Qualitätssicherung und Evaluation  
 Psychologischer Psychotherapeut  
 Telefon 03 59 55/4 76 46  
 dilcher@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Cornelia Nestler  
 Internistische Oberärztin  
 FÄ für Innere Medizin/Diabetologin  
 FÄ für Physikalische  
 und Rehabilitative Medizin  
 Rehabilitationswesen und Sozialmedizin  
 Telefon 03 59 55/4 75 66  
 nestler@klinik-schwedenstein.de

Dipl.-Med. Wido Flachowsky  
 Oberarzt Abteilung II  
 FA für Innere Medizin  
 Telefon 03 59 55/4 75 65  
 flachowsky@klinik-schwedenstein.de

Dipl.-KS Margot Schniebel  
 Abteilungsleiterin Pflegedienst,  
 Sozialdienst, Physikalische Therapie  
 Telefon 03 59 55/4 75 07  
 schniebel@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Ulrike Anderssen-Reuster  
 Oberärztin Abteilung III  
 Stellvertretende Klinikleitung  
 FÄ für Psychiatrie/Psychotherapie/  
 Psychoanalyse  
 FÄ für Psychotherapeutische Medizin  
 Telefon 03 59 55/4 75 05  
 anderssen-reuster@klinik-schwedenstein.de

Horst Schulze  
 Abteilungsleiter Körper-  
 und Kreativtherapie  
 Therapeut für Konzentrierte  
 Bewegungstherapie  
 Telefon 03 59 55/4 75 06  
 Fax 03 59 55/4 76 31  
 schulze@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Kerstin Fuchs  
 Oberärztin Abteilung IV  
 FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Telefon 03 59 55/4 75 56  
 fuchs@klinik-schwedenstein.de

Bianka Milbrandt  
 Funktionsverwaltungsleiterin  
 Telefon 03 59 55/4 75 12  
 milbrandt@klinik-schwedenstein.de

Astrid Petersohn  
 Abteilungsleiterin Küche/Service  
 Telefon 03 59 55/4 76 28  
 kueche@klinik-schwedenstein.de

LEITUNG

5

---

Wir danken Herrn Dr. Stefan Hoppe, der im Jahre 2003 seine Tätigkeit im Leitungsteam aus persönlichen Gründen beendet hat, recht herzlich für die geleistete Arbeit. Wir bedauern sein Ausscheiden und wünschen ihm für seine neuen Aufgaben und auch persönlich alles Gute.

## TRENDS UND ENTWICKLUNGEN

---

### Die Klinik Schwedenstein im Jahr 2003

---

Das Jahr 2003 war für die Klinik Schwedenstein ein Jahr der Konsolidierung, aber auch der Überprüfung getroffener Entscheidungen sowie entsprechender Weiterentwicklungen (PDCA-Zyklus). Die Entscheidung, die Klinik in fünf kleinere Abteilungen zu gliedern, erwies sich sowohl für die Patientenversorgung als auch für die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als vorteilhaft. Die Idee, neben der ärztlichen und kaufmännischen Direktion eine, wenn auch kleine, Abteilung therapeutisch zu leiten, erwies sich als nicht durchführbar. So musste ich, entgegen meiner ursprünglichen Absicht, von der Aufgabe der direkten ärztlich-psychotherapeutischen Patientenversorgung Abschied nehmen, um mich meinen Direktionsaufgaben besser widmen zu können. Dies ermöglichte einem schon länger in der Klinik tätigen Kollegen, seine Fähigkeiten in einer neuen Aufgabe, zunächst als Funktionsoberarzt und dann als Oberarzt einsetzen zu können. Leider gab es aus persönlichen Gründen einen personellen Wechsel in der Oberarztfunktion in Abteilung IV. Diese Wechsel brachten Erschütterungen und Herausforderungen mit sich, die aber von der Gesamtklinik gut kompensiert werden konnten.

Im Jahr 2003 wurde die Konzeptentwicklung in den verschiedenen Abteilungen verstärkt vorangetrieben. Entsprechend den sich ständig verändernden Ansprüchen an eine große psychosomatische Klinik, bei tendenziell immer schwerer gestörten Patientinnen und Patienten und immer knapper werdenden Ressourcen, veränderten wir unsere spezifischen Behandlungskonzepte ständig. Die Therapie von Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde nach dem Konzept von M. Linehan neu ausgerichtet und organisiert. Mit viel Engagement und Lernbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte

ein dialektisch-behaviorales Therapieprogramm entwickelt werden (siehe Seite 14). Bei steigendem Bedarf nach Behandlungskonzepten für weitere Persönlichkeitsstörungen spezialisierte sich eine weitere Station auf die interaktive Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen (siehe Seite 21). Die Station zur Behandlung älterer Patientinnen und Patienten konnte ihr Konzept gut etablieren, weiter ausbauen und verfeinern (siehe Seite 25). Die große Nachfrage nach spezifischen Behandlungsangeboten für Patientinnen und Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen führte dazu, dass wir eine weitere Trauma-Schwerpunkt-Station einrichteten. Die Behandlung von Unfallpatientinnen und -patienten mit somatoformen Störungen wurde stetig weiterentwickelt und konnte auf der 2. Reha-Fachtagung in der Klinik Schwedenstein vorgestellt werden (siehe Seite 45). Dem breiten Spektrum von Störungsbildern, die in unserer Klinik behandelt werden, trugen wir mit dem weiteren Ausbau des rehabilitativen Behandlungskonzeptes für Psychoseerkrankte Rechnung (siehe Seite 19).

Dieser anhaltende Entwicklungsprozess unter ständiger Schulung und Supervision der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderte von allen hohe Einsatzbereitschaft, Kompetenz und Initiative. Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die geleistete Arbeit bedanken.

Diese Arbeit fand statt im Spannungsfeld der Gebote der Wirtschaftlichkeit und von hohen fachspezifischen Ansprüchen, basierend auf wissenschaftlichen Leitlinien der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin. Den übergeordneten Rahmen bildet der Wandlungsprozess des Deutschen Gesundheitswesens mit zunehmenden – auch finanziellen – Anforderungen an unsere Patientinnen und

Patienten. Wir betrachten es als unsere Aufgabe, in dieser komplexen, widersprüchlichen und schwierigen Zeit, für unsere Patientinnen und Patienten einen Ort bereitzuhalten, an dem sie ihre Fähigkeiten und Ressourcen, die sie zu ihrer Genesung benötigen, gut entwickeln können. Dazu bedarf es qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit vielfältigen und pluralistischen Ausbildungen. Die Mitglieder unseres Leitungsteams bieten eine ganze Reihe unterschiedlichster Therapieansätze an – von der Psychoanalyse, der Tiefenpsychologie, der Körpertherapie bis zur Verhaltenstherapie, so dass wir bedarfsorientiert und nicht methodenzentriert arbeiten können. Die Klinik stellt einen Erfahrungs- und Erlebnisraum dar, in dem die Patientinnen und Patienten auch mit der Vielfalt aller kreativen Möglichkeiten an sich arbeiten können. Die Klinik ist zwar einerseits ein Schonraum, andererseits aber kein Raum außerhalb der Realität. Von den Patientinnen und Patienten wird erwartet, sich mit Eigenverantwortung und Initiative in den therapeutischen Prozess einzulassen, um vom behandelten Patienten zum handelnden Individuum zu werden. Sozialmedizinische Überlegungen, Einschätzungen und die Frage der beruflichen Reintegration gehören für uns genauso selbstverständlich zur Therapie, wie die Möglichkeit, einen Raum zur Erholung, Sammlung und Entfaltung kreativer Möglichkeiten zu finden (siehe Seiten 36/38).

Wir legten auch im Jahr 2003 viel Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit unseren Kostenträgern. Die guten Kontakte zu den Reha-Teams der Barmer Ersatzkasse haben sich weiter vertieft, ebenso die Kontakte zu den Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und dem polizeiärztlichen Dienst. Wir veranstalteten eine 2. Reha-Fachtagung zum Thema »Psychosomatische Unfallfolgen« die von den Unfallkassen und D-Ärztinnen/D-Ärzten gut besucht wurde (siehe Seite 45). Die Geschäftsführer der Unfallkassen Deutschlands hielten in der Klinik Schwedenstein

eine Arbeitstagung ab, bei der wir zu einem fruchtbaren und guten Austausch über psychosomatische Behandlungskonzepte kommen konnten.

Die gesellschaftliche Entwicklung mit zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen macht eine überprüfbare Qualität der Anbieter erforderlich. Um uns diesen Bedingungen frühzeitig zu stellen, nahmen wir an einem Pilotprojekt der GKV unter Leitung des Institutes für Medizinische Psychologie der Universität Hamburg, Prof. Dr. Koch, zur Qualitätssicherung teil. Geprüft wurde die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Seite 12). Wir nahmen in diesem Rahmen auch an einer Mitarbeiterbefragung teil, da uns sehr wohl bewusst ist, dass zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg maßgeblich sind. Das Ergebnis dieser Befragung zeigte, dass die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Arbeitsbedingungen in der Klinik Schwedenstein zufrieden ist. Es besteht allerdings genug Veränderungs- und Verbesserungspotenzial, mit dem wir uns im Jahr 2004 intensiv im Dialog mit unserer Belegschaft auseinandersetzen werden.

Die sich ständig verändernden Anforderungen im Gesundheitswesen machten auch für unseren Träger Restrukturierungsprozesse notwendig. Seit dem Sommer 2001 ist die WKA eine eigenständige Abteilung von Fresenius ProServe. Der neu gebildete Vorstand hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Organisation der WKA im Jahr 2004 nach dem Prinzip der Dezentralisierung der Verantwortung neu auszurichten.

Die psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung und Rehabilitation wird in Zeiten zunehmender Unsicherheit und immer größerer Anforderungen an Flexibilität in der Krankenversorgung einen wesentlichen Faktor darstellen. Psychische und Psychosomatische Erkran-



kungen nehmen ständig zu und führen immer häufiger zu Berentungen. Die BfA als großer Rentenversicherungsträger stellte fest, dass es im Laufe ihres 50-jährigen Bestehens zu einer Leistungsverchiebung in Richtung psychosomatischer Rehabilitation gekommen ist. Dass psychosomatische Rehabilitation kostengünstig ist, wurde unlängst in einer Studie von Prof. Zielke (Dezember 2003) deutlich belegt. Gross und Ritter postulieren in ihrem Artikel »50 Jahre Rehabilitation der BfA«: »Spare mit der Reha, nicht an der Reha!« (Die Angestelltenversicherung, Jahrgang 50, November 2003). Prof. Zielke führt in seiner Studie aus, dass es nach einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung in einem zweijährigen Nachuntersuchungszeitraum zu einer ausgeprägten Reduktion der Krankheitszeiten und einer Verkürzung der Dauer im Krankheitsfall, zu einem Rückgang der stationären Akutbehandlungen und einer Verringerung der ambulanten Arztkontakte sowie einer Reduktion des Medikamentenkonsums gekommen ist. Er rechnet aus, dass sich die Krankheitskosten um 54 % verringern und sich somit ein Investitions-Nutzen-Verhältnis von 1:3,79 ergibt. Dies sind gute Argumente, um insbesondere in Zeiten knapper werdender Kassen die psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung zu fördern. Die zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit hat jedoch zu einem Antragsrückgang bei der BfA geführt, so dass diese das zwischen der BEK und BfA vereinbarte Pilotprojekt zur Eileinweisung in die Klinik Schwedenstein zu unserem Bedauern aufgekündigt hat.

Für die Zukunft ergeben sich durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz

jedoch neue Möglichkeiten, Strukturen zu schaffen, die Schnittstellenprobleme minimieren und Synergieeffekte zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Bereich nutzen können. Die Klinik Schwedenstein hatte bereits in den Jahren 2000 und 2001 eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachkolleginnen und -kollegen und akutversorgenden Einrichtungen für ein Vernetzungsprojekt zur optimalen psychosomatischen Versorgung der Region Dresden geplant. Die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgesehene integrierte Versorgung zur Vernetzung der Versorgungsbereiche bietet jetzt neue gewünschte Möglichkeiten, derartige Projekte wieder aufzugreifen.

Somit gibt es im Jahr 2004, dem Jahr unseres zehnjährigen Jubiläums, viel Hoffnung auf strukturelle Veränderungen zur Verbesserung der Erreichbarkeit notwendiger psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Wichtig für uns ist es, einen Rahmen zu schaffen, in dem unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gut kooperierenden, sich gegenseitig unterstützenden Teams unseren Patientinnen und Patienten den Raum zur Entfaltung ihrer Selbstheilungskräfte geben können.

Wir möchten uns ausdrücklich bei all unseren Partnern für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanken. Wir wünschen uns eine weitere konstruktive und ideenreiche Zusammenarbeit mit unseren Kostenträgern, den Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis und anderen Krankenhäusern in den zukünftigen spannenden Zeiten.

K. Sturz

## BEHANDLUNGSSPEKTRUM

---

### Essstörungen und Adipositas (auch Behandlung Jugendlicher)

---

- Magersucht (Anorexia nervosa)
- Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)
- sonstige nicht organisch bedingte Essstörungen
- Adipositas

### Begleitende (sekundäre) Abhängigkeitserkrankungen bei anderen psychischen Störungen

---

- Nikotin- und Medikamenten-abhängigkeit bzw. -missbrauch
- Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch

### Störungen der Impulskontrolle

---

- Pathologisches Spielen (Spielsucht)
- Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
- sonstige Störungen der Impulskontrolle

### Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

---

- Anhaltende posttraumatische Belastungsstörung
- Akute traumatische Reaktionen nach Extremereignissen
- Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

### Tinnitus und Morbus Menière

---

- Dekompensierter (chronisch-komplexer) Tinnitus
- Hyperakusis (Überhörigkeit)
- Morbus Menière
- rezidivierende Hörstürze

### Somatoforme Störungen und Schmerzstörungen

---

- Somatisierungsstörung
- Bewältigung chronischer körperlicher Schmerzzustände und -erkrankungen (z. B. Migräne, Trigeminusneuralgie, Wirbelsäulensyndrome), psychische Begleitfaktoren und -erkrankungen bei chronischen Schmerzsyndromen, Somatoforme Schmerzstörung
- Funktionelle Syndrome (Reizdarm, Reizmagen, Reizblase)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (psychovegetative Störung) mit kardiovaskulärem, gastrointestinalem, respiratorischem oder urogenitalem Erscheinungsbild
- Hypochondrie (übermäßige Krankheitsängste)
- Körperdysmorphie Störung (überzogenes Empfinden eigener Hässlichkeit)

### Konversionsstörungen, dissoziative Störungen

---

- Dissoziative Fugue
- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Identitätsstörung
- Derealisations-  
und Depersonalisationsstörungen
- Dissoziative Krampfanfälle
- Dissoziative Störungen  
der Sensibilität und Motorik

### Angst- und Zwangserkrankungen

---

- Phobien (z. B. Tierphobien,  
Sozialphobie, Agoraphobie)
- Panikstörung
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörungen (Zwangsgedanken  
und/ oder -handlungen)

### Affektive Störungen

---

- Depressive Erkrankungen  
(phasische Depression, Dysthymia,  
saisonale Depression)
- Bipolare (manisch-depressive)  
und zylothyme Erkrankungen

### Schlafstörungen

---

- Nicht-organische Schlaflosigkeit
- Nicht-organische Störung  
des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Nächtliche Alpträume  
mit plötzlichem Erwachen
- sonstige nicht-organische  
Schlafstörungen

### Psychische Störungen im höheren Lebensalter

---

- Depressionen und Ängste  
im höheren Lebensalter
- Depressive Reaktion  
und pathologische Trauer  
nach Tod naher Angehöriger
- Psychosomatische Störungen  
aufgrund von chronischen  
Überforderungssituationen
- Bewältigung und Stabilisierung  
des Leistungsniveaus  
bei beginnender Demenz

### Persönlichkeitsstörungen

---

- Borderline- und emotional instabile  
Persönlichkeitsstörungen
- weitere Persönlichkeitsstörungen,  
insbesondere ängstlich-  
vermeidende, abhängige  
und zwanghafte (anankastische)  
Persönlichkeitsstörungen
- Komplexe und kombinierte  
Persönlichkeitsstörungen

### Krankheitsbewältigung bei chronischen körperlichen Erkrankungen

- Krankheiten aus dem Bereich der Inneren Medizin (z.B. Morbus Crohn, Hypertonie, koronare Herzerkrankungen, Tumorerkrankungen, Asthma)
- neurologische Krankheiten, insbesondere multiple Sklerose und epileptische Anfallsleiden
- Synkopen
- sonstige chronische körperliche Erkrankungen, bei denen psychische und psychosomatische Einflussfaktoren den Verlauf mitbestimmen

### Krankheitsbewältigung und Rückfallprophylaxe bei psychotischen Erkrankungen

- Chronische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ohne akute Selbst- und Fremdgefährdung
- Wahnhafte Störungen
- sonstige vorübergehende psychotische und psychosomatische Störungen

### Sexuelle Funktionsstörungen

- Störungen des sexuellen Verlangens
- Störungen genitaler Reaktionen (z. B. Orgasmusstörungen, Vaginismus)
- sonstige nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen

### Anpassungsstörungen und psychische Krisen bei besonderen Belastungssituationen

- Somatoforme (funktionelle) Störungen und psychische Einflussfaktoren bei
  - Mobbing
  - Lebens- und Berufskrisen
  - komplizierten Trauerreaktionen
  - chronischer Überlastung
- Burn-out-Syndrom
- Erschöpfungszustände

## QUALITÄTSMANAGEMENT

---

### Behandlungsqualität im Wettbewerb – das Qualitätssicherungsprojekt der gesetzlichen Krankenkassen

---

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem radikalen Wandlungsprozess. Neue Behandlungsmethoden, die Zunahme psychischer wie somatischer chronischer Erkrankungen, gesetzliche Vorgaben, Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, steigende Zuzahlungen sowie zunehmende Beteiligung von Patientinnen und Patienten und deren Erwartungen an eine qualifizierte Behandlung bedingen Strukturveränderungen und Neuorganisation auf allen Ebenen. Diese Entwicklung stellt medizinische Einrichtungen insgesamt und speziell psychosomatische Einrichtungen mit den Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung vor große Herausforderungen. Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, kürzer werdende Behandlungsdauern und ein zunehmender Mangel an qualifizierten Fachkräften müssen in Übereinstimmung gebracht werden mit wachsenden Qualifikations- und Spezialisierungsanforderungen, Verbesserung des Behandlungsergebnisses sowie einer Zunahme der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern medizinischer Einrichtungen. Gleichzeitig müssen Erfolge in den erwähnten Bereichen für Kunden (z. B. Patientinnen und Patienten, Kostenträger, Fachexperten und potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) auch nach außen hin nachvollziehbar und objektivierbar sein.

Logische Konsequenz ist eine Entwicklung in Richtung einer systematischen Überprüfung des Behandlungserfolges einzelner Patientinnen und Patienten, bestimmter Patientengruppen und ganzer Kliniken anhand objektivierbarer Kriterien, wie der Rückbildung von Krankheitssymptomen und der Verbesserung der Lebensqualität, die sich mit einschlägigen Messinstrumenten (z. B. standardisierte Fragebögen, Testverfahren, Inter-

views) erfassen lassen. Die entsprechenden Kennziffern gewinnen zunehmend auch in der Praxis des Gesundheitswesens an Bedeutung und werden als Leistungsnachweis möglicherweise schon bald die bisher vorrangige Orientierung am Behandlungsaufwand ersetzen. Neben der Erfassung des Behandlungsergebnisses schließt eine umfassende Qualitätssicherung auch die Evaluation prozessualer Abläufe (z. B. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) und struktureller Merkmale (z. B. besondere Ausstattungsmerkmale, Geräte etc.) mit ein.

Die besondere Bedeutung der beschriebenen Qualitätsmerkmale findet ihren Niederschlag in einer zunehmend aktiveren Rolle der Kostenträger bei der Überprüfung der Behandlungsqualität. Dies zeigt sich in entsprechenden Studien der Renten- und Krankenversicherer, die breit angelegte Qualitätssicherungsprojekte zukünftig zunehmend zum Bewertungsmaßstab für Behandlungen machen werden.

Die Klinik Schwedenstein gehört zu denjenigen klinischen Institutionen, die schon frühzeitig eine aktive Rolle in dieser Entwicklung übernommen haben und die Qualität der erbrachten Leistungen einer kritischen Prüfung auch im Vergleich mit anderen Institutionen unterziehen.

Seit Beginn des Jahres beteiligt sich die Klinik Schwedenstein daher auch an der Pilotphase für das Qualitätssicherungsprojekt der Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation, das vom Institut für medizinische Psychologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf koordiniert wird. Ziel dieses Projektes ist ein möglichst breit angelegter Vergleich von Institutionen der medizinisch-psychosomatischen Versorgung hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqua-

lität und die Rückmeldung an die jeweilige Einrichtung im Sinne einer Standortbestimmung.

Zur Bestimmung der Ergebnisqualität werden Angaben zu Therapiezielen, psychischer und körperlicher Symptomatik sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Therapeutinnen und Therapeuten mithilfe von teils bewährten und teilweise neuentwickelten Fragebogenverfahren erfasst.

Die Strukturqualität wird anhand verschiedener Ausstattungsmerkmale der jeweiligen Klinik erhoben. Zu diesen zählen u. a. die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Profession, Qualifikationsstand, Fremdsprachenkenntnisse), räumliche Ausstattung (z. B. Gemeinschaftsräume, Einzelzimmer, behindertengerechte Zimmer), therapeutische und diagnostische Geräte (z. B. EKG, Biofeedback, Lichttherapie), angebotene Behandlungsbausteine und Spezialtherapien (z. B. störungsspezifische Therapien), Verpflegung (z. B. vegetarische, fettreduzierte Kost), Personalentwicklungsmaßnahmen (z. B. interne Fortbildungen, Fallkonferenz) und weitere Charakteristika.

Die Erfassung relevanter Merkmale der Prozessqualität stellt sich als der methodisch wohl aufwändigste und schwierigste Teil der Studie dar und erfolgt auf der Basis des ärztlich-psychotherapeutischen Entlassungsberichts. Eigens für das Qualitätssicherungsprojekt wurde ein differenzierter Kriterienkatalog für Entlassungsberichte erarbeitet. Jedes der aufgeführten Kriterien wird hinsichtlich der Ausprägung von Qualitätsmängeln (keine, leichte, deutliche oder gravierende Qualitätsmängel) beurteilt. Die Bewertung der vollständig anonymisierten und in ihrer Herkunft unkenntlich gemachten Entlassungsberichte erfolgt durch leitende Ärztinnen und Ärzte der beteiligten Kliniken, die zuvor ein umfangreiches Beurteiler-Training (Peer-review training) durchlaufen haben. Dadurch ist eine bestmögliche

Übereinstimmung der Bewertungsmaßstäbe gewährleistet. Gleichzeitig bedingt die doppelte Rolle der beteiligten Peers als Bewertende und Bewertete (z. B. Chefärztin oder leitender Arzt einer Klinik, deren Berichte bewertet werden) einen ausgewogenen Bewertungsmaßstab.

Im Peer-Beurteilungsverfahren wird der Nutzen von Qualitätssicherungsstudien für die klinische Praxis unmittelbar sichtbar. Einerseits wird ein repräsentativer Ausschnitt aller Entlassungsberichte der beteiligten Kliniken einer kritischen unabhängigen Prüfung unterzogen. Andererseits haben die beteiligten Klinikleiterinnen und -leiter im Rahmen des Beurteiler-Trainings die Möglichkeit, ihren Wissensstand zu überprüfen, zu vertiefen und ihr Wissen in die Arbeitsabläufe der eigenen Institution einfließen zu lassen. Dadurch wird das Know-how vieler Kliniken bis zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jeder einzelnen Klinik weiter transportiert.

Neben den bereits beschriebenen Bereichen wird als weiteres wichtiges Qualitätsmerkmal die Mitarbeiterzufriedenheit untersucht. Diese ist eine wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Leistungserbringung und ihre Überprüfung stellt daher eine wichtige Rückmeldung für jede einzelne Klinik bei der Suche nach Verbesserungspotenzialen dar.

Die Pilotphase des Qualitätssicherungsprojektes der gesetzlichen Krankenkassen ist in der Klinik Schwedenstein inzwischen abgeschlossen und die Ergebnisse werden von uns mit Neugier erwartet. Sie werden wichtige Hinweise für weitere Entwicklungsschritte der Klinik in einer sich verändernden Gesundheitslandschaft geben. Gleichzeitig dienen sie als Vorbereitung auf die seitens der institutionellen Kostenträger zukünftig voraussichtlich verpflichtenden Standards hinsichtlich der Qualitätskontrolle in der psychosomatischen Versorgung.

R. Leibbrand

## BERICHTE AUS DEN INDIKATIONSBEREICHEN

---

### Stationäre Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für Borderline-Störungen – eine neue Herausforderung

---

Bereits seit 1995 werden in der Klinik Schwedenstein im Rahmen eines störungsspezifischen Konzeptes Borderline-Patientinnen und -Patienten behandelt. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde das Behandlungskonzept fortlaufend evaluiert und inhaltlich angepasst. In den neueren Nachuntersuchungen (Jahresbericht 2000; Albrecht 2003) fielen uns neben insgesamt positiven Therapieeffekten zwei kritische Untersuchungsergebnisse auf:

1. Ca. 35 % aller Borderline-Patientinnen und -Patienten beendeten die Behandlung vorzeitig (der Großteil zu Beginn der Therapie oder nach ca. acht Behandlungswochen).
2. In den Therapiezielbereichen, in denen es um die Erlernung von Skills (Verhaltensfertigkeiten) ging, konnten nur geringe Effekte nachgewiesen werden.

Nach erfolgreicher Neustrukturierung der Klinik (vgl. Jahresbericht 2002) entschlossen wir uns zur Umsetzung der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Störung in unserem stationären Setting. Diese Therapiekonzeption erschien uns durch ihre klare Strukturierung insbesondere geeignet, die Abbrecherquote zu senken sowie die Vermittlung von Skills an Borderline-Patientinnen und -Patienten zu verbessern.

#### Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

---

Die DBT stellt ein Behandlungskonzept dar, das ursprünglich Anfang der 90er Jahre von Marsha M. Linehan in den USA für die ambulante Psychotherapie chronisch-parasuizidaler Frauen mit der Diagnose einer Borderline-Störung entwickelt wurde. Mittlerweile ist der DBT-Therapieansatz in fast allen Kontinenten verbreitet. Die

Anpassung an verschiedene Rahmenbedingungen erfolgte sowohl für den stationären als auch teilstationären Bereich. Hierbei leistete in Deutschland insbesondere das Forschungsteam der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg Pionierarbeit.

Der Dialektisch-Behaviorale Therapieansatz wird geleitet von dem zentralen Gedanken der affektiven Dysregulation als dem Kernproblem der Borderline-Störung. Daher steht die Bearbeitung dysfunktionaler Problemlösemuster zur Affektregulation wie z.B. suizidale Handlung, selbstschädigendes Verhalten und Dissoziation im Fokus der Aufmerksamkeit. Die Entstehung einer Borderline-Störung wird als ein Zusammenwirken von sozialen Faktoren wie frühe Traumatisierung und Vernachlässigung auf der einen Seite und auf neurophysiologische Dispositionsfaktoren wie affektive Vulnerabilität auf der anderen Seite zurückgeführt.

Mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie wurde ein komplexer Therapieansatz entwickelt, der kognitiv-behaviorale Interventionen (Skillstraining, kognitive Umstrukturierung, Expositionstraining, Kontingenzmanagement, Verhaltensanalyse) mit östlichen Meditationspraktiken (Achtsamkeit) verbindet. Dabei werden auch humanistische und psychodynamische Therapieaspekte sowie gestalttherapeutische und paradoxe Strategien integriert.

#### Dialektik als Behandlungsprinzip

---

In der DBT gibt es grundsätzlich keine starre Position, kein Richtig oder Falsch, kein Recht oder Unrecht, kein Entweder-Oder, kein Schwarz oder Weiß. Vielmehr ist die zentrale Grundidee der DBT, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut auf die Regung der Patientinnen und Patien-



ten aufmerksam zwischen den Polen der Akzeptanz und der Veränderung reagiert. Probleme der Patientinnen und Patienten werden:

- einerseits validiert, d. h. vor dem Hintergrund der individuellen Gedanken und Gefühle wird Verständnis für die aktuelle Sichtweise entgegengebracht und
- andererseits wird auf eine Veränderung hingearbeitet.

Die Patientinnen und Patienten erlernen einerseits radikale Akzeptanz, d. h. schlicht die Existenz einer Situation oder eines Verhaltens festzustellen ohne diese/s gut zu heißen oder negativ zu bewerten und andererseits die Übernahme von Verantwortung zur Veränderung. Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass innerhalb der dialektischen Bewegung zwischen den Akzeptanz- und Änderungsstrategien leichter als sonst eine Atmosphäre für Veränderung entstehen kann.

### Behaviorale Methoden

Ziel dieses Therapiekonzeptes ist die Veränderung von Verhaltensweisen (auch gedankliches Verhalten wie automatische Gedankenketten).

Methoden zum Verständnis sowie zur Veränderung von Verhalten sind:

Verhaltensanalyse -  
SORK - und ABC-Schema

Genaueres Erfassen und Verstehen von Problemsituationen mit Hilfe der Analyse von Situation, Gedanke, Bewertung und Gefühl sowie die Erstellung möglicher alternativer Lösungsmöglichkeiten

Stresstoleranz

Ablenkungs- bzw. Umlenkungsstrategien, wie starke Sinnesreize, Motorik und Atem (Joggen, Tanzen, Ergometertraining) oder gedankliche Veränderung (»innere Helfer«, »sicherer Ort«, »Hirn-Flick-Flacks«)

Emotionsregulation

Erlernen von Wahrnehmung und Regulation intensiver, verwirrender Gefühle, Meditation etc.

Soziales Kompetenztraining  
z. B. Rollenspiele

### DBT-Grundannahmen

Der therapeutische Umgang mit Patientinnen und Patienten (Pat.) wird in der DBT möglichst transparent gestaltet. Hierzu dienen insbesondere folgende Grundannahmen:

1. Die Pat. geben sich wirklich Mühe.
2. Die Pat. wollen sich ändern.
3. Die Pat. müssen viel Anstrengungen und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern.
4. Die Pat. haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst verursacht, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Pat. ist in dieser Form unerträglich.
6. Die Pat. müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensweisen lernen.
7. Die Pat. können in der Therapie nicht versagen.
8. Therapeutinnen und Therapeuten von Borderline-Pat. brauchen Unterstützung.

### Indikationen für stationäre DBT

Im Rahmen des Gesamttherapieplanes (vgl. Abb. 1, Seite 16) zur effektiven Behandlung von Borderline-Patientinnen und -Patienten mit DBT ist die Indikation für eine stationäre DBT gründlich zu prüfen. Hilfreich ist hierfür folgende Leitlinie: »Verhaltensmuster, die lebensbedrohlich sind oder ambulante Therapie unmöglich machen. Diese sollen bedingt sein durch Umstände, die die Problemlösekompetenz der Patientinnen und Patienten im Augenblick übersteigen und nicht durch ambulante therapeutische



oder sozialarbeiterische Hilfe verändert werden können« (Bohus, Swenson, Sender, Kern & Berger, 1996).

Unser stationäres DBT-Behandlungskonzept unterscheidet sich somit in einigen Bereichen von ambulanten DBT-Modulen (vgl. Abb. 1).

#### Therapiephasen und Hierarchie der jeweiligen Problembereiche

##### Vorbereitungsphase:

- Aufklärung über die Behandlung
- Zustimmung zu den Behandlungszielen
- Motivations- und Zielanalyse

##### Erste Therapiephase:

- I. Suizidales und parasuizidales Verhalten
- II. Therapiegefährdendes Verhalten
- III. Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt
- IV. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten:
  - a) Innere Achtsamkeit
  - b) Zwischenmenschliche Fähigkeiten
  - c) Bewusster Umgang mit Gefühlen
  - d) Stresstoleranz
  - e) Selbstmanagement

##### Zweite Therapiephase:

- V. Bearbeitung des Posttraumatischen Stresssyndroms

##### Dritte Therapiephase:

- VI. Steigerung der Selbstachtung
- VII. Entwickeln und Umsetzen individueller Ziele

In Abbildung 2 sind die Prioritäten stationärer DBT von Borderline-Störungen dargestellt.

#### DBT-Behandlungsziele im stationären Bereich

##### Vorbereitungsphase:

- Diagnostik
- Zielanalyse
- Behandlungsplanung
- Behandlungsvertrag

##### Behandlungsziele der Therapiephasen:

- I. Reduktion gegenwärtigen suizidalen Verhaltens
- II. Reduktion von Verhaltensmustern, die die Aufrechterhaltung der Therapie bedrohen
- III. Reduktion von hospitalisierungsförderndem Verhalten
  - a) Bearbeitung von Verhalten, das die gegenwärtige Hospitalisierung bedingte
  - b) Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die gegenwärtige Hospitalisierungsdauer verlängern
  - c) Entwicklung von Entlassungsbedingungen, die für die Patientinnen und Patienten so stabilisierend wie möglich sind
- IV. Verbesserung von »Überlebensfertigkeiten« sowie deren Erprobung und Generalisierung im relevanten sozialen Umfeld
- V. Entlassungsplanung ist Bestandteil der Therapieplanung

## Strukturierung der stationären DBT

Bei der Umsetzung der DBT im stationären Rahmen liegt uns viel daran, die Vorbereitungsphase von der Therapiephase zu trennen, da gerade eine mangelnde Behandlungsmotivation im weiteren Verlauf zum Dauerproblem werden kann. Nicht selten verweigern die Patientinnen und Patienten die Teilnahme an Veränderungsprozessen und sehen den Suizid bzw. schwere Selbstverletzungen als einzigen Ausweg aus der Krisensituation. Diese Situation berücksichtigend, wurde für stationäre DBT-Programme ein institutionalisiertes Kontingenzmanagement entwickelt, das explizit die aufrechterhaltenden Bedingungen der Verweigerungshaltung fokussiert und jeden Schritt in Richtung Behandlungskompliance verstärkt. Dies ist nur bei guter und sorgfältiger Vorbereitung des stationären Therapiemoduls zu erreichen.

### 1. Vorbereitungsphase:

Die Vorbereitungsphase besteht aus einem ambulanten Vorgespräch, welches dem ersten Kennenlernen, der Erstdiagnostik und Indikationsstellung, der Motivationsklärung sowie dem Treffen grundsätzlicher Absprachen dient.

Der zweite Teil der stationären Vorbereitungsphase erstreckt sich in den ersten 14 stationären Behandlungstagen auf die Informationsvermittlung über das Konzept, die spezielle und ausführliche Diagnostik, die Motivationsanalyse sowie die somatische und psychopharmakologische Abklärung. Ist die Indikation sowohl in Bezug auf die Motivation der Patientin bzw. des Patienten als auch die sonstigen Eingangskriterien erfüllt, kommt es zur Aufnahme in die zweite Phase.

### 2. Stationäre Therapiephase:

In der 12-wöchigen Behandlungsphase stehen die Reduzierung suizidaler, therapiegefährdender und die Lebensqualität einschränkender Verhaltensweisen sowie die Bearbeitung von Verhaltensdefiziten

im Mittelpunkt. Am Ende dieser Behandlungsphase sollte die Patientin bzw. der Patient zumindest über ein grundlegendes Wissen und Basiskompetenz bezüglich der in der DBT vermittelten Verhaltensfertigkeiten verfügen.

Innerhalb der stationären 12-wöchigen Behandlungsphase wird auf der Borderline-Station folgendes Therapieprogramm durchlaufen:

- 2 x wöchentlich DBT-Gruppe (Skillstraining)
- 2 x wöchentlich Basisgruppe
- 2 x wöchentlich Körper-/Kreativtherapie
- 1 x wöchentlich Einzeltherapie mit der Therapeutin/ dem Therapeuten
- 1 x wöchentlich Einzeltherapie mit der Co-Therapeutin/ dem Co-Therapeuten (Bezugspflege)
- 2 x wöchentlich Imagination
- 1 x wöchentlich Organisationsgruppe
- 1 x wöchentlich Progressive Muskelrelaxation
- 1 x wöchentlich Qi Gong
- 3 x wöchentlich Morgenbewegung
- 1 x wöchentlich Ausflug
- 1 x wöchentlich Kurvenvisite
- 1 x wöchentlich Basisgruppe mit Ltd. Psychologen
- Sozialarbeit

sowie ggf. weitere Angebote wie:

- Bewegungsprotokoll
- Arbeitsbelastungserprobungen
- Esstagebuch
- Rückmelderunde des Essverhaltens
- Physiotherapie

Hierbei werden innerhalb des Fertigkeitentrainings (Skillstraining) manualisierte halbstandardisierte Trainings durchlaufen. Sie beinhalten vier Module:

1. die innere Achtsamkeit (dem Zen angelehnt, siehe Seite 36)
2. bewusster Umgang mit Gefühlen
3. Stresstoleranzfertigkeiten
4. zwischenmenschliche Fertigkeiten

Eine einmalige stationäre Behandlung wird über die erste Phase der Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten kaum hinauskommen und dient der stabilisierenden Vorbereitung auf eine ambulante Psychotherapiephase (Phase III, vgl. Abb. 2, Seite 16).

### Therapeutisches Team

Im Behandlungsteam der Borderline-Station arbeiten zur Zeit eine approbierte Psychologin, eine Ärztin, eine Kreativ-/Körpertherapeutin, zwei co-therapeutische Pflegekräfte und ein leitender Psychologe. Sie behandeln auf der Borderline-Station bis zu 13 Patientinnen und Patienten.

### Ausblick

Durch die strukturierte stationäre Vorbereitungsphase (Vorgespräch und zweiwöchige spezielle Diagnostik und Motivationsklärung) wird es möglich sein, die Abbrecherquote im eigentlichen Therapieprogramm deutlich zu senken. Die Be-

tonung einer klaren Zielanalyse und die entsprechende Umsetzung der Ziele im Rahmen des strukturierten Therapieprogramms mit einem Schwerpunkt auf Skillstraining werden zu einer Verbesserung der von den Patientinnen und Patienten anwendbaren Fertigkeiten in ihrem sozialen Umfeld führen.

Das seit Mai 2003 angewandte DBT-Therapieprogramm für Borderline-Patientinnen und Patienten wird auch weiterhin fortlaufend evaluiert werden. Die ersten Monate der therapeutischen Arbeit im Rahmen des DBT-Therapieprogramms zeigen, dass Patientinnen und Patienten unter diesem zielorientierten, klar strukturierten Vorgehen sehr profitieren können, sei es durch eine Erhöhung der Lebensqualität, der möglichen Fortführung der ambulanten Therapie oder der geringeren Inanspruchnahme des akutmedizinischen Versorgungssystems. An gleicher Stelle werden wir über erste konkrete Ergebnisse im Jahresbericht 2004 berichten können.

K. Dilcher

---

#### Literatur:

Albrecht, K. (2003). Effektivität einer stationären Psychotherapie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer Klinik für Psychosomatische Medizin. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Dresden: Technische Universität Dresden  
Bohus, M., Swenson, Ch., Sender, I., Kern, I. & Berger, M. (1996). Die Anwendung der »Dialektisch-

Behavioralen Therapie« (DBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörungen im stationären Bereich. In: W. Butollo, T. Bronisch, H. Kächele, H.-J. Möller, S. Sulz (Hrsg.), Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, (Bd. 1, S. 32 bis 43)  
Klinik Schwedenstein (2000). Jahresbericht

## Psychosebehandlung in der Psychosomatik

Die psychotische Episode mit oder ohne einer Schizophrenie ist oftmals eine unverstandene Störung – sie ist ein Leiden, das Angst macht. Entgegen einem weitverbreitetem Vorurteil ist sie zwar eine ernste, aber gut behandelbare Krankheit. Sie kann leicht sein oder schwer, sie kann akut und dramatisch verlaufen oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann kurze Zeit andauern oder ein ganzes Leben. Sie kann einmalig auftreten oder in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehren. Die psychotische Episode kann durch ein stark belastendes Ereignis verursacht sein oder aber sogenannter endogener Natur sein, d. h. ohne erkennbaren äußeren Anlass auftreten. Sie kann in einem zeitlichen Zusammenhang zu einer Geburt auftreten, durch eine organische Erkrankung des Gehirns verursacht sein oder Folge der Einnahme von Drogen sein.

Psychosen sind psychische Zustände, bei denen ein Wandel im Erleben der Betroffenen und nachfolgend auch in deren Verhalten beobachtbar ist. Im Rahmen einer psychotischen Episode kann sich das Wahrnehmen, das Denken und das Fühlen eines Menschen verändern. Viele, die erstmals eine Psychose erleben, wissen nicht, was mit ihnen passiert, da die grundlegendsten Funktionen der Betroffenen, die ihnen ein Gefühl der Individualität, Einzigartigkeit und Selbststeuerung verleihen, verloren gehen können.

Das führt häufig zu einer fortgesetzten Anspannung, zu Ratlosigkeit und Ängstlichkeit. Häufig wird die Umwelt als verändert erlebt oder aber die Betroffenen erleben sich selbst als verändert und fremd. Oft gehen langwierige Leidensphasen dem Begreifen, Erkennen und einer daraus resultierenden Behandlung voraus.

Auch nach Abklingen der akuten Symptomatik bleibt bei den Betroffenen ein er-

hebliches Unsicherheitsgefühl zurück, da sie ihrer eigenen Wahrnehmung und ihrem eigenen Empfinden nicht mehr voll vertrauen können. Daraus resultiert häufig ein Abbruch bisher vorhandener sozialer Kontakte, ein Aufgeben beruflicher Ziele und Ausbildungen. Bedrohliche Folge kann eine Chronifizierung des Leidens sein mit der Einschränkung der selbstständigen Lebensführung, der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und möglicherweise der Erwerbsfähigkeit. Um diese Abwärtsspirale zu stoppen, ist eine frühzeitige, individuelle, komplexe, interdisziplinäre und zielgerichtete Behandlung notwendig.

Die Klinik Schwedenstein behandelt in einer speziellen Abteilung psychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten außerhalb der akuten Erkrankungsphase. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf dem Erkennen, der Aktivierung und Stärkung eigener Ressourcen.

Die psychosomatische Behandlung in der Klinik Schwedenstein besteht aus folgenden Bausteinen:

- gemeinsames Erarbeiten einer Krankheitseinsicht
- Optimierung der medikamentösen Behandlung
- Anhebung des sozialen Funktionsniveaus
- Stärkung von essentiellen Persönlichkeitsfaktoren (Ich-Struktur und kognitive Fähigkeiten)
- Entwicklung und Förderung von Krankheitsbewältigungsstrategien
- Stabilisierung und Optimierung von Informationsverarbeitungsprozessen
- Stärkung sozialer Kompetenzen

Mit den Patientinnen und Patienten werden in den wöchentlichen Gruppengesprächen gesunde Anteile Ich-stützend gestärkt. Dabei wird auf die Grundsätze

der Psychosen-Psychotherapie, wie die positive Übertragung und darauf aufbauend die Herstellung eines Arbeitsbündnisses, besonderer Wert gelegt. Die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten in Bezug auf adäquate Informationsverarbeitung werden sowohl in den Gruppengesprächen durch entsprechende Rückmeldungen der Mitpatientinnen und -patienten als auch in den nonverbalen Therapien wie der Körper- und Kreativ- bzw. Kunsttherapie gestärkt.

Psychosoziale Kompetenzen können in entsprechenden Gruppenangeboten schrittweise verbessert werden. Gerade in der Gruppentherapie gelingt es, die meist bestehenden sozialen Ängste dadurch abzubauen, dass die Patientinnen und Patienten das Gefühl vermittelt bekommen, in ihrem Leiden nicht allein zu sein, durch positive Rückmeldungen in der Gruppe anerkannt zu sein, und die Gruppe als schützenden Raum zu verstehen, welcher es letztendlich ermöglicht, den meist schon stattgefundenen sozialen Rückzug zu beenden. Die Klinik Schwedenstein bietet der Patientin bzw. dem Patienten und auch den Angehörigen Hilfen zum Verständnis und der Akzeptanz der Krankheit an. Sie hilft Patientinnen und Patienten, sich auf vorhandene Fähigkeiten zu konzentrieren, diese weiterzuentwickeln bzw. kompensatorische Fähigkeiten zu entwickeln mit dem Ziel, eine soziale Ausgliederung zu verhindern. Hierbei werden soziale Integrationsmöglichkeiten, wie begleitende Hilfen im Lebensumfeld, Einbeziehung der Angehörigen, betreute Wohnformen und nach einer ent-

sprechenden Arbeitserprobung in unserer Klinik beschützte Arbeitsmöglichkeiten, vermittelt.

Das Behandlungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Psychoseerkrankungen ist überwiegend stützend und strukturierend. Dabei wird in den Therapien aktiv motivierend gearbeitet. Das Therapieangebot umfasst verbale und nonverbale Therapien, wobei den Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien eine besondere Bedeutung zukommt. Sie dienen dazu, die Wahrnehmungen der Patientinnen und Patienten nach innen und außen zu objektivieren und damit auch eigene Grenzen kennenzulernen.

Die therapeutische Arbeit findet prinzipiell in der Realbeziehung, d.h. im Hier und Jetzt, statt. Behandlungsrahmen ist ein durchgehend strukturierter regelmäßiger Tagesablauf. Die haltgebende Tagesgestaltung dient als Hilfestellung für den Aufbau verbesserter innerer Strukturen. Mit der Fähigkeit zur besseren Informationsverarbeitung und strukturierter Tagesgestaltung, Kenntnissen über die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung, deren Akzeptanz und auch einer Krankheitseinsicht wird am Ende der Behandlung über Möglichkeiten gesprochen, die Häufigkeit und Schwere von Rezidiven zu verringern. Im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells geht es letztendlich um eine Verringerung der Stressbelastung, die Stärkung der Bewältigungskompetenz und den Umgang mit Symptomen.

K. Fuchs

## Interaktive Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Aus der Erfahrung heraus, dass die Behandlung von strukturell beziehungs-gestörten Patientinnen und Patienten sich im allgemeinen psychosomatischen Gruppensetting häufig schwierig gestal-tete und ein aus unserer Sicht suboptima-les Ergebnis erbrachte, wurde im letzten Jahr eine Station für diese interaktionsge-störten Patientinnen und Patienten ein-gerichtet.

Das tiefenpsychologisch orientierte Kon-zept der Station basiert auf der Objektbe-ziehungs-Theorie von Sigmund Freud und Margaret Mahler, die von Defiziten in den Objekt- und Selbstrepräsentanzen bei strukturell gestörten Patientinnen und Pa-tienten ausgeht. Es orientiert sich an der interpersonellen Psychotherapie Harry Stack Sullivans sowie der Persönlichkeits-theorie Henry A. Murrays und arbeitet mit der Strukturalen Analyse des sozialen Ver-haltens (nachfolgend SASB genannt).

Das SASB-Modell wurde von Lorna Smith Benjamin aus dem Circumplex-Modell von Learys und seiner Mitarbeiter entwickelt. Es beschreibt interpersonelles und intra-psychisches Beziehungsverhalten auf zwei Achsen: Die horizontale Verhaltens-achse unterscheidet zwischen feindseli-gem Hass und liebevoller Freundlichkeit, die vertikale Achse zwischen kontrollie-rend/abhängigem und – am anderen En-de der vertikalen Achse – Autonomie ge-währendem Verhalten.

Jedes Verhalten zwischen zwei Menschen kann an Hand dieser beiden Achsen zu-geordnet werden, wobei L. S. Benjamin zwischen dem aktiven Verhalten gegen-über anderen und dem Reagieren auf das Verhalten anderer unterscheidet. Neben diesem interpersonellen kann das intra-psychische Verhalten im Zwei-Achsen-Modell unterschieden werden. Benjamin greift den Gedanken Sullivans auf, dass wir unser Selbst so behandeln, wie wir

von bedeutsamen anderen behandelt wurden. Dieses aus den Erfahrungen in der Elternfamilie entwickelte Selbstkon-zept wird im Folgenden Introjekt genannt. Aktives interpersonelles Verhalten, Re-agieren und Introjekt entwickeln sich kom-plementär, wie am folgenden Beispiel ei-ner dependenten Persönlichkeitsstörung verdeutlicht werden soll:

Auf ein fürsorglich-freundliches (erste Achse) und kontrollierendes (zweite Ach-se) Verhalten der Eltern reagiert das Kind mit einem sich-verlassenden (erste Achse) und sich-unterwerfenden (zweite Achse) Verhalten, wenn die Fürsorge der Eltern nicht rechtzeitig beendet und durch För-derung von Autonomie-Schritten ergänzt wird. Das Fehlen dieser Autonomie führt zu Inkompetenz, die den Spott Gleichaltri-ger auslöst. Als Introjekt wird dann bei ei-ner abhängigen Persönlichkeitsstörung ein sich selbst anklagendes und unterdrü-ckendes Selbstbild resultieren.

In den 90er Jahren wurde von Benjamin das SASB-Modell auf die interaktiven Be-ziehungsstörungen (= Persönlichkeitsstö-rungen) angewandt. Sie arbeitete für jede einzelne Persönlichkeitsstörung eine interpersonelle Interpretation aus und er-weiterte die DSM-IV-Kriterien systema-tisch um interaktionelle Aspekte. Aus der Komplementarität von aktivem Verhalten des einen Partners (z. B. Elternteil) und dem Reagieren des anderen (z. B. des Pa-tienten) lassen sich demnach Rück-schlüsse auf die Genese einer Persönlich-keitsstörung ziehen. Diese deduktiv erfol-genden Rückschlüsse sind natürlich nicht monokausal zu werten, schaffen aber nach unserer Erfahrung eine gute Grund-lage für das dynamische Erstinterview in der ersten Behandlungsphase. Im ange-führten Beispiel kann nach Benjamin als interpersonelle Zusammenfassung der dependenten Persönlichkeitsstörung for-muliert werden:



»Die Grundhaltung ist eine deutliche Unterwürfigkeit unter einen dominanten anderen, von dem niemals endende Fürsorge und Führung erwartet wird. Der Wunsch ist, die Verbindung zu diesem Menschen aufrechtzuerhalten, selbst wenn das bedeutet, Misshandlungen zu tolerieren. Der oder die dependente Person hält sich für instrumentell inkompetent, und das bedeutet, dass er oder sie ohne den dominanten anderen nicht überleben kann.«

Welche klinische Relevanz diese SASB-Zusammenfassung für die Wünsche und (häufig unbewussten) Ängste der dependenten Patientinnen und Patienten hat und welche Konflikte in der Therapie zu erwarten sind, soll weiter unten näher beschrieben werden.

Das beschriebene theoretische Konzept bildet die Grundlage für den praktischen therapeutischen Rahmen des Therapie-settings für interaktiv beziehungsgestörte Patientinnen und Patienten in der Klinik Schwedenstein. Bereits bei der Anmeldung von Patientinnen und Patienten wird nicht der diffamierende bzw. die gesamte Persönlichkeit pathologisierende Begriff der Persönlichkeitsstörung verwendet, sondern von »zwischen Partnern sich wiederholenden Beziehungsstörungen« gesprochen. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass nur schwer zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung differenziert werden kann, da die Ausprägung der jeweiligen Merkmale auf einem Schweregrad-Kontinuum angesiedelt ist.

Die häufig nicht selbst unter ihrer Störung leidenden und diese nicht reflektierenden (= ich-syntonen) Patientinnen und Patienten werden in einem Vorgespräch auf die Therapie vorbereitet. Voraussetzung der Therapie ist zumindest die Einsicht, so wie bisher nicht weiterleben zu können. Behandelt werden interaktiv beziehungsgestörte Patientinnen und Patienten mit

emotional-instabilen, narzisstischen, histrionischen, dependenten, zwanghaften, passiv-aggressiven, vermeidend-selbstunsicheren sowie paranoiden, schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsmerkmalen. Borderline-Patientinnen und -Patienten mit selbstverletzendem Verhalten werden nach dem DBT-Konzept von Linehan auf einer gesonderten Station behandelt. Bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen kann ein stationärer Behandlungsversuch unternommen werden, falls ausreichende Steuerungsfähigkeit in Bezug auf fremd- und selbstschädigendes Verhalten besteht. Frühzeitiges Focussieren auf eine mit der Persönlichkeitsstörung oft assoziierte Substanzabhängigkeit und stoffungebundene Sucht als Formen des selbstschädigenden Verhaltens gehört mit zum Konzept. Auch die Behandlung anderer komorbider Störungen wie somatoforme Störungen, Depressionen, Ängste usw. wird integriert.

Die durchschnittliche Dauer der stationären Rehabilitation bei diesen tiefgreifenden Störungsbildern beträgt ca. 8 bis 12 Wochen.

Das wöchentliche therapeutische Angebot enthält als Elemente

- interaktive Gesprächsgruppen,
- Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin,
- Körpertherapieangebote in der Gruppe,
- Kreativtherapie in der Gruppe,
- Ansprechzeiten der Schwester und des Pflegers,
- Oberarztvisiten,
- milieutheraeutische Gruppenangebote,
- Qi Gong,
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson,
- medizinische Behandlungen sowie
- ein Rahmenprogramm mit Sport-, Kultur- und weiteren Freizeitangeboten.

Die Gestaltung des Therapieablaufs wird im Folgenden am weiter oben bereits angeführten Beispiel einer dependenten Persönlichkeitsstörung erläutert:

Bei Aufnahme findet ein dynamisches Erstinterview mit Aufmerksamkeit auf die szenische Situation statt. Die Wahrnehmung der interaktiven Beziehungsmuster findet innerhalb des Behandlungsrahmens im »Hier und Jetzt« statt. Das dependente Muster wird an der Unfähigkeit sich zu entscheiden, der (aus dem Gefühl der instrumentellen Unzulänglichkeit entspringenden) Unterwürfigkeit und dem überstarken Bedürfnis, versorgt zu werden, erkennbar. Verlust-Situationen können Auslöser für eine Depression sein. Das anhaltende Gefallen von Patientinnen und Patienten an Unabhängigkeit und Alleinsein schließt sicher eine dependente Persönlichkeitsstörung aus. In der Übertragungsbeziehung wird die Therapeutin bzw. der Therapeut in eine überhöhte Position gebracht. Die therapeutische Gegenübertragung ist von Kontrollieren und Beaufsichtigen gekennzeichnet.

Die strukturelle Analyse des sozialen Verhaltens mit dem aktiven Verhalten gegenüber anderen, dem Reagieren auf andere und dem Introjekt wird in der zweiten Woche erhoben und mit den Patientinnen und Patienten wie oben beschrieben in mehreren Schritten ausgewertet. Bereits im dynamischen Interview wird nach dem Sinn des unterwürfigen Verhaltens gefragt, welches Vernachlässigung und Ignorieren durch andere vermeiden helfen soll. Biographisch wird das kontrollierende Verhalten in der Ursprungsfamilie erhoben. In dieser ersten diagnostischen Therapiephase wird hauptsächlich an der Herstellung eines bei dependenten Patientinnen und Patienten schwierigen therapeutischen Bündnisses gearbeitet. Diese Patientinnen und Patienten setzen durch ihre unterwürfige Freundlichkeit und bereitwillige Mitarbeit die Therapeutinnen

und Therapeuten schachmatt. Einzig das Leiden an der depressiven Symptomatik kann für eine Änderungsmotivation der Patientinnen und Patienten herangezogen werden.

In der zweiten Phase soll das Erkennen der abhängigen Beziehungsmuster gefördert werden.

Der Sinn des angepassten Verhaltens in der Kindheit der Patientinnen und Patienten und in deren Ursprungsfamilie wird verdeutlicht: Mit dem unterwürfigen Verhalten reagierten sie auf die nachhaltige Kontrolle der Eltern, welche autonome Schritte behinderten. Auf Kosten der eigenen Kompetenz erhielten sie Liebe und vermieden Zurückweisung seitens der Eltern. Altruistische Erziehungsideale konnten das Über-Ich der Patientinnen und Patienten überhand nehmen lassen. Eigene Wünsche wurden dann z. B. in der Partnerschaft vernachlässigt, was von den Partnern der Patientinnen und Patienten ausgenutzt wurde bzw. bis zum Missbrauch dieser führte. Das Ansprechen der abhängigen Muster zum richtigen Zeitpunkt ist eine Kunst. Wenn diese Objektbeziehungsmuster zu früh mit den Patientinnen und Patienten reflektiert werden, folgt eine Verstärkung der Selbstabwertung. Das aktuelle Verhalten wird im Stationsalltag, in den verbalen und vor allem nonverbalen Gruppen (Körper- und Kreativtherapie) vom therapeutischen Team gespiegelt. Bei Rückmeldungen durch Mitpatientinnen und -patienten müssen die Betroffenen mehr als in anderen Therapiegruppen von den Therapeutinnen und Therapeuten geschützt werden. Außenseiterpositionen verstärken destruktive Muster. Das distanzierte Beobachten anderer hilft manchmal, sich selbst klarer wahrzunehmen. Einer dependenten Patientin half das Beispiel der Hauptdarstellerin des im Jahr 2003 gezeigten Films »Dogville«, um anhand des zugespitzt dargestellten fremden Lebens im Film das eigene destruktive Muster wiederzuerkennen.



In der dritten Phase müssen destruktive Beziehungsmuster blockiert werden: Co-abhängiges Verhalten gegenüber dem süchtigen Partner gehört ebenso dazu wie eine sekundäre Substanz-Abhängigkeit oder eine Essstörung. Unterwürfige sexuelle Phantasien können auch abhängiges Beziehungsverhalten stabilisieren und müssen deshalb angesprochen werden. Das Beenden der maladaptiven Muster erfolgt mittels Verträgen, Verhaltensanalysen und positiven Sanktionen, wenn dieser Schritt der Patientin/des Patienten eigenmotiviert geschieht. Derartige Vereinbarungen werden unter Einbeziehung von standardisierten psychoedukativen Elementen aus entsprechend gestalteten indikationsspezifischen Therapieangeboten vorbereitet und nachfolgend in Einzelgesprächen verbindlich festgelegt.

Die vierte Therapiephase stärkt den Willen zur Aufgabe der dysfunktionalen Muster und ist als integraler Bestandteil der vorigen Phasen zu sehen. Das sich selbst anklagende und unterdrückende Introjekt der dependenten Patientinnen und Patienten (»Ich kann es ja doch nicht!«) behindert eine Änderungsmotivation in Richtung Kompetenz und Autonomie. Das Wirken negativer Selbstbilder muss angesprochen werden, damit nicht nach gelungenen und belohnten Autonomie-Schritten eine Selbstbestrafung folgt. In Träumen können unbewusste Wünsche und Hindernisse für eine Veränderungsmotivation zum Ausdruck kommen. Positive Verstärker wie der Besuch von Selbsthilfegruppen müssen angeregt werden. Gelungene Therapieschritte wer-

den in Erinnerung gerufen. Vor allem das interaktive Gruppensetting unterstützt diese Phase.

Als letzte Phase fördert die Therapie das Erlernen sinnvoller adaptiver Interaktionsmuster.

Am Beispiel des im Gewaltexzess endenden Films »Dogville« wurde das extreme Ausüben der Kontrolle als komplementär zum unterwürfigen Verhalten beschrieben. Der Hauptdarstellerin wird nur die äußerst destruktive Alternative der maßlosen Gewalt gelassen. Auch dependente Patientinnen und Patienten verstehen oft nur das Modell Herrschaft oder Unterordnung. Auf der vertikalen Achse des einfachen SASB-Modells stehen aber am anderen Pol Selbstbehauptung und Sich-Durchsetzen im Sinne einer Autonomie. Dieses Verhalten kennen die dependenten Patientinnen und Patienten nicht. Sie müssen in vielen kleinen Schritten lernen, »das möchte ich jetzt nicht« zu sagen und eigene Wünsche zu formulieren. Rollenspiele und andere Übungen in der Gruppe können dabei helfen. Adaptive Muster lassen sich leichter in einem stationären psychodynamisch arbeitenden Gruppensetting einüben. In der Abschlussphase muss bei den strukturell gestörten Patientinnen und Patienten oft das Lebensumfeld nach der stationären Therapie neu gestaltet werden. Eine sich ambulant anschließende Nachbehandlung kann das stationär entwickelte Modell des Verstehens eigener unbewusster Gefühle vertiefen und das in den genannten Therapiephasen Erreichte festigen.

W. Flachowsky

---

*Literatur:*

Benjamin, L. S. (1996): Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders - The Guilford Press

## Therapieansatz auf einer psychosomatischen Station für ältere Patientinnen und Patienten

Im Zuge des aktuellen demografischen Wandels ist die Gesellschaft derzeit gezwungen, sich mit dem Thema Altern, Überalterung und Alternsprozess auseinanderzusetzen. Neben den sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Fragen sowie den erheblichen ökonomischen Problemen, welche mit der Veränderung des Generationsvertrags einhergehen, wird jedoch auch der individuelle Alterungs- und Alternsprozess stärker betrachtet und untersucht. Dabei zeigt sich, dass dieser Prozess sehr unterschiedlich verläuft und dass es verschiedene Faktoren gibt, welche auf einen zukünftig positiven oder problematischen Alterungsprozess hinweisen können.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl somatischer Störungen zu. Dies hat Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden und den »Allgemeinzustand«. Der Grad der allgemeinen gesundheitlichen Belastung wird jedoch nicht so sehr durch die objektivierbaren medizinischen Diagnosen abgebildet, als viel mehr durch die funktionale Kapazität. Die funktionale Kapazität im Alter wird durch die Aktivität des täglichen Lebens (activities of daily living) ADL erfasst. Diese korrelieren keineswegs proportional mit den körperlichen Erkrankungen. Entscheidend ist, wie sehr sich die/der Patientin/Patient durch sein Leiden beeinträchtigt fühlt. Anhand von Untersuchungen der Lebenszufriedenheit (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) und der ELDERMEN Studie bei Patientinnen und Patienten zwischen dem 60. und 75. Lebensjahr lässt sich nachweisen, dass das subjektive Wohlbefinden zumeist trotz zunehmender körperlicher Einschränkungen, erhalten bleibt. Entscheidend für diesen Bewältigungsprozess ist, ob der Mensch einen Weg findet, eine Krankheitsakzeptanz zu entwickeln und einen angemessenen Umgang mit seinen Defiziten zu fin-

den. Es handelt sich hierbei um einen höchst relevanten kreativen Prozess, der jedoch die Gefahr in sich birgt, zu misslingen.

Eine bedeutsame Gruppe von Patientinnen und Patienten (ca. 18–23% der allgemeinmedizinischen Patientenklientel), verarbeitet körperliche Erkrankungen, Trennungserfahrungen, Kränkungen, nachlassende körperliche und geistige Frische erheblich negativer als andere. Sie zeigt ein hohes Ausmaß an psychogenen und psychosomatischen Beeinträchtigungen, obwohl sie funktional nicht stärker behindert sind als die jeweilige Vergleichsgruppe ihres Alters. Ihr Umgang mit den (unvermeidlichen) Beeinträchtigungen des Älterwerdens ist dysfunktional und leidorientiert. Diese Gruppe neigt deutlich stärker zu Somatisierungsstörungen, Depressionen, unspezifischen (weichen) Psychodiagnosen im Sinne von »vegetativer Labilität«, Anpassungsstörungen und Angststörungen. Auch die bewältigungsorientierte Auseinandersetzung mit Defiziten, die nötig ist, um gesundheitsfördernde oder erhaltende Maßnahmen aktiv umzusetzen (z. B. Physiotherapie, Gymnastik, kognitives Training) werden von dieser Population nur in einer unbefriedigenden Weise wahrgenommen, insofern sind Krankheitsverläufe dieser Gruppe erheblich schwieriger und langwieriger. Psychosomatische Kliniken haben nun, insbesondere bei dieser Problemgruppe älterer Patientinnen und Patienten, eine ausgesprochen wichtige Funktion. Sie sind in der Lage, diese Gruppe zu diagnostizieren und speziell auf sie zugeschnittene Therapieangebote zu machen, um einen günstigeren Verlauf des Adaptationsprozesses zu ermöglichen.

Ziel ist

- a) die Selbständigkeit (im Sinne der selbstständigen Ausführungen von

Aktivitäten des täglichen Lebens) als funktionale Grundlage für die aktive Lebensgestaltung,

- b) die Selbstverantwortung (im Sinne der selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags) als psychologische Grundlage für die aktive Lebensgestaltung,
- c) die aktive Teilhabe an der sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Umwelt als soziale Grundlage für die aktive Lebensgestaltung und
- d) die persönliche Sinnerfahrung als existenzielle Grundlage für die aktive Lebensgestaltung.

Da die Form der Coping- und Bewältigungsstrategien von erheblichem Einfluss auf die Lebensqualität, die geistige und körperliche Gesundheit und die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung der älteren Patientinnen und Patienten ist, hat eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung in Bezug auf die Vermittlung geeigneter funktionaler und erfolgreicher Behandlungsstrategien eine sehr wichtige Aufgabe – sie kann dazu dienen, die längerfristige Lebensqualität deutlich zu verbessern und auch Behandlungskosten sparen.

In unserer Klinik wird folgendes Vorgehen praktiziert:

#### 1. Diagnostikphase

- körperliche Diagnostik (internistische Untersuchungen, ggf. Labordiagnostik, EKG, Belastungsergometrie, Lungenfunktionsprüfung, HNO-ärztliche Untersuchung)
- psychiatrische Diagnostik zur Eruiierung von kognitiven Einschränkungen (z. B. dementielle Entwicklung), Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, Angst-erkrankungen oder Depressionen, organischen Psychosen (z. B. bei Suchterkrankungen, endokrinologischen Erkrankungen, Morbus Parkinson usw.)
- psychologische Diagnostik im Hinblick auf biografische Besonderheiten, Per-

sönlichkeitsentwicklungen, spezifische Symptome, Vulnerabilitäten und Ressourcen, Psychometrische Diagnostik, Hirnleistungsdiagnostik mittels computergestützter Testuntersuchungen, OPD zur Erfassung des subjektiven Krankheitserlebens, der Persönlichkeitsstruktur und der Beziehungsgestaltung

- soziale Situation, z. B. Wohnsituation, Beziehungsnetzwerke, familiärer Zusammenhalt, unterstützende Möglichkeiten in der Gemeinde oder Ähnliches, persönliches Weltanschauungs- und Sinnsystem, welches einen übergeordneten Bezugsrahmen darstellt

#### 2. Erarbeitung des Problemfokus und des Therapieziels

- Einzeltherapeutische Beziehung, welche zunächst der emotionalen Entlastung, dem Vertrauensaufbau und dem Zugang zum Wahrnehmungshorizont der Patientin/des Patienten dienen soll
- Klären der Hauptprobleme, unter welchen die/der Patientin/Patient subjektiv leidet
- Festlegung eines realistischen Therapieziels
- Klärung der erforderlichen Therapie- und Übungsmaßnahmen sowie eigener Aktivitäten, um dem Ziel näher zu kommen

#### 3. Therapieangebote

*Verbindliche therapeutische Angebote:*

- körperliche Untersuchung
- ggf. medizinische Behandlung
- psychotherapeutische Einzelgespräche
- Eingangs- und Enduntersuchung
- tägliche Stationsrunden
- Gruppentherapie
- Kreativtherapie
- Körpertherapie
- Entspannungsverfahren
- Imaginationsübungen

*Freiwählbare therapeutische Angebote:*

- Morgensport
- Tanzen
- Schwimmbad und Sauna
- Kochen und Diätberatung
- Leistungstraining im kognitiven und praktischen Bereich
- Meditation
- Qi Gong
- Feldenkrais
- offenes Atelier und freies Malen
- Wanderungen im Umkreis und in der Sächsischen Schweiz
- Kulturreisen am Wochenende
- kulturelle Angebote in der Klinik

## 4. Therapiedurchführung

Die Patientinnen und Patienten werden einer oder einem Bezugstherapeutin/Bezugstherapeuten zugeordnet, die/der als wichtigste/r Ansprechpartnerin/Ansprechpartner die Therapie begleitet und steuert.

Die persönliche biographische Entwicklung wird in Bezug zum eigenen Interpretations- und Wahrnehmungssystem gesetzt.

Ein Modell der eigenen Störung wird erarbeitet, so dass sich ein Verständnis für die jeweilige Symptomatik und deren Bedeutung entwickeln kann.

Ein gestuftes Vorgehen für die Modifikation der Krankheitssymptomatik wird entwickelt, die eine Veränderung ermöglicht - z.B. beim Umgang mit Angst, Schmerz und Depression - dies beinhaltet häufig auch eine Konfrontation.

Eine Änderung, d.h. ein Abschiednehmen von den aufrechterhaltenden Bedingungen dysfunktionaler Wahrnehmungsweisen wird geübt.

Die Körpertherapie vermittelt Techniken der Entspannung und der Beruhigung,

auch diese müssen regelmäßig erfahren und geübt werden.

In den Gruppentherapien wird in einer Gruppe gleich alter Patientinnen und Patienten mit ähnlichen inhaltlichen Themen therapeutisch gearbeitet. Dies führt zu Entlastung, Verständnis und zur Entwicklung neuer Verhaltensmöglichkeiten.

In den Kreativ- und Körpertherapien werden eigene schöpferische Kräfte gefördert und Möglichkeiten gegeben, Gefühle und Empfindungen zu symbolisieren und auszudrücken.

## 5. Transfer ins Alltagsleben

Damit die gewonnenen Einsichten nicht nur theoretischer Natur bleiben, wird bei Zeiten daran gearbeitet, Verhaltensänderungen, Einsichten und neue Gewohnheiten soweit zu etablieren, dass sie auf die Alltagswelt der Patientinnen und Patienten zu übertragen sind.

Wir beschränken uns deshalb darauf, einige wesentliche therapeutische Themen zu bearbeiten, insbesondere die, die für die Lebenswirklichkeit der Betroffenen von besonderer Relevanz sind.

Es wird erwartet, dass die Patientinnen und Patienten aktiv mitarbeiten und bei den altersgerechten Aktivierungs- und Entspannungstechniken mitmachen, damit eine körperliche Stabilisierung erreicht wird. Daneben sollen die Verfahren auch zu Hause angewendet werden.

Mit Hilfe der Sozialarbeiterin werden im häuslichen Bereich Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Pflegediensten, ggf. Angehörigen und Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten hergestellt. Ziel ist die Fortführung und Weiterentwicklung der positiven Aktivitäten, welche hier entwickelt wurden und deren Umsetzung im häuslichen Umfeld.

#### 6. Wirksamkeit und Akzeptanz des Therapiekonzepts für Ältere

Um zu dokumentieren, wie sich die Behandlung bei unserem gerontopsychosomatischen Klientel ausgewirkt hat, wurden die Patientinnen und Patienten, die 2003 auf unserer Station für Ältere behandelt wurden, zu den subjektiv erlebten Therapieeffekten befragt. Grundlagen hierfür waren einerseits das Beck-Depressions-Inventar (BDI) als gut eingeführtes, international gebräuchliches standardisiertes Messinstrument für de-

pressive Symptomatik, andererseits die im Rahmen der Basisdokumentation der Klinik Schwedenstein erhobenen Parameter.

Die Patientinnen und Patienten, welche zwischen 60 und 80 Jahre alt waren, verbrachten im Durchschnitt 41,11 Tage auf der Abteilung. Die Station umfasst 24 Therapieplätze.

Die Patientinnen und Patienten kamen mit folgenden Diagnosen zur Aufnahme:

ICD-10 Diagnosen im Jahr 2003	Hauptdiagnose	
	Anzahl	in %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	0,6
Affektive Störungen	110	62,9
Phobische Störungen	3	1,7
Sonstige Angststörungen	13	7,4
Zwangsstörungen	1	0,6
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen (ohne PTBS)	33	18,9
Posttraumatische Belastungsstörung	1	0,6
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	0	0,0
Somatoforme Störungen	8	4,6
Essstörungen	1	0,6
Schlafstörungen	1	0,6
Tinnitus, Adipositas, Asthma, Colitis Ulcerosa (F54)	1	0,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2	1,1
Sonstige	0	0,0
Summe gesamt	175	100,0

Tab. 1: Übersicht der behandelten Diagnosen

Bezogen auf die Depressivität, erfasst mit dem Beck-Depressions-Inventar, lässt sich eine erhebliche Verbesserung nachweisen. Bei Aufnahme betrug der Mittelwert im BDI 17, entsprechend einer leicht-

bis mittelgradigen Depressivität, der Wert bei Entlassung 11 entsprechend einer Depressivität im Grenzbereich zwischen Normalität und klinisch auffälliger Symptomatik.

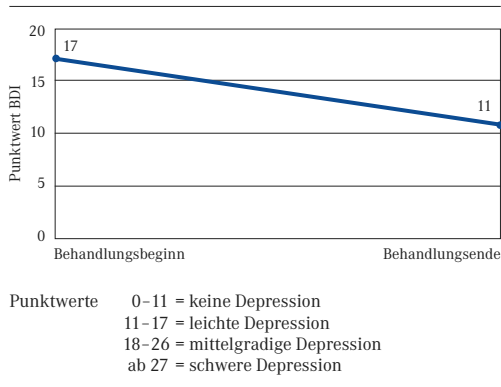


Abb. I: Depressions-Symptomatik (BDI)

Darüber hinaus wurden weitere für den Erfolg einer psychosomatischen Behandlung bedeutsame Parameter untersucht. Die Bewertung der Behandlung in Hinblick auf Veränderungen psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen, psychisches Wohlbefinden, Selbstwahrerleben, psychosoziale Handlungskompetenzen und die Beurteilung der Behandlung als Ganzes sind in den folgenden Abbildungen II bis VII dargestellt. Sie dokumentieren eine deutliche bis sehr gute subjektiv erlebte Verbesserung und insgesamt positive Bewertung der Behandlung durch die Patientinnen und Patienten.

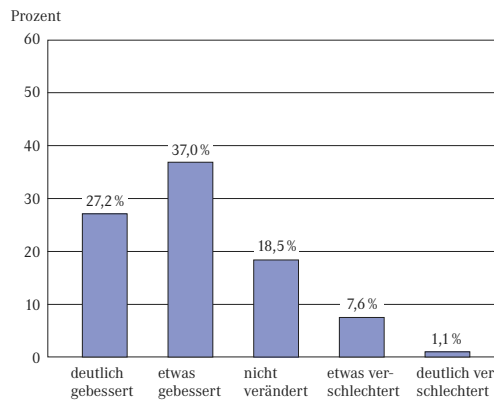


Abb. III: Veränderung körperliche Befindungsstörung

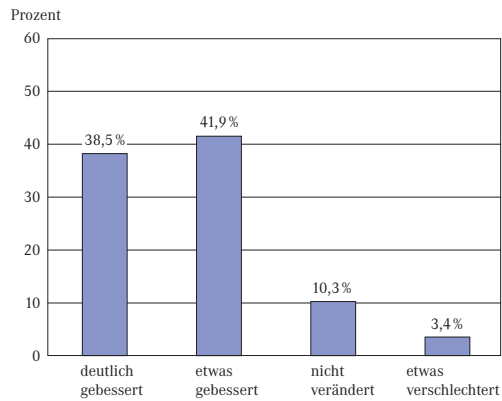


Abb. IV: Veränderung psychisches Wohlbefinden

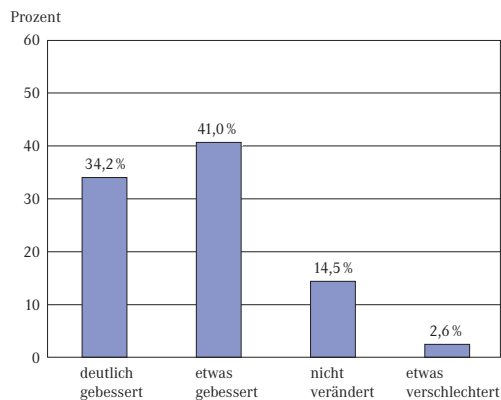


Abb. II: Veränderung psychische Befindungsstörung

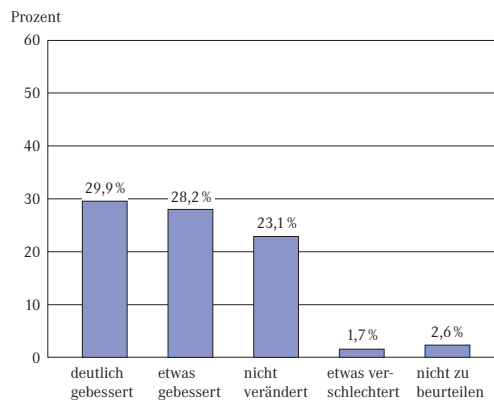


Abb. V: Veränderung Selbstwahrerleben

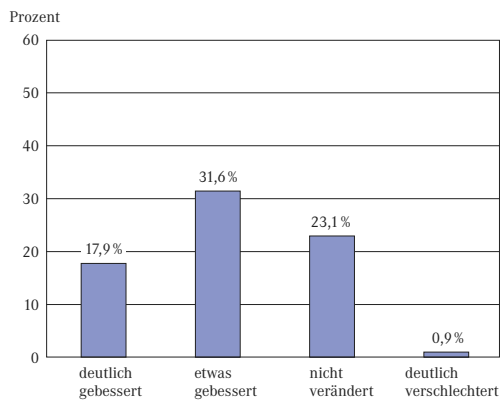


Abb. VI: eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten

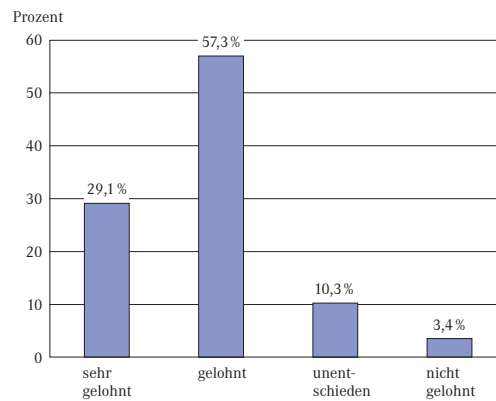


Abb. VII: Beurteilung der Behandlung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die stationäre rehabilitative psychosomatische Behandlung älterer Patientinnen und Patienten von hoher persönlicher und gesundheitspolitischer Relevanz ist. Im Rahmen einer ca. sechswöchigen Behandlung kann die Patientengruppe, welche im allgemeinmedizinischen Bereich aufgrund der psychischen Überlagerung

oft nicht ausreichend behandelt werden kann, eine erhebliche Verbesserung ihres psychischen und körperlichen Wohlbefindens erreichen. Insbesondere gelingt es offenbar auch, praktische Handlungskompetenzen in Bezug auf weitere Bewältigungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich zu vermitteln.

U. Anderssen-Reuster

Literatur:

Heuft G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, UTB Reinhardt Verlag München Basel  
 Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (1977): Depressionen im Alter, Steinkopff Verlag Darmstadt

Peters, M., Lange, C., Radebold, H. (2000): Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik - Eine empirische Studie, Zsch. Psychosom. Med. 46  
 Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H.-G., Heuft, G., (2003): Alt und Krank und trotzdem zufrieden? Bewältigung des körperlichen Alterungsprozesses - Längsschnittdaten aus der Eldermen-Study, PPM 132



## Behandlung von Unfallpatientinnen und -patienten mit somatoformen Störungen: ein Fallbericht

Im letzten Jahr zeigte die Zahl der über die Berufsgenossenschaften in unsere Klinik eingewiesenen Patientinnen und Patienten mit somatoformen Störungen weiterhin ansteigende Tendenz. Häufig wird bei diesen Patientinnen und Patienten erst nach wenig erfolgreicher mehrjähriger Rehabilitation die Diagnose einer somatoformen Störung gestellt.

Zunächst erfordern üblicherweise die körperlichen Schäden eines Unfalls die ganze Aufmerksamkeit der Behandlung. Wenn trotz gelungenen Operationen, erfolgter Physiotherapie und medizinischer Rehabilitation die berufliche Wiedereingliederung scheitert, ist differentialdiagnostisch an eine somatoforme Störung zu denken. Die betroffenen Patientinnen und Patienten verzweifeln an körperlich spürbaren Beschwerden, ohne dass eine organische Ursache diagnostisch gesichert werden kann. Fragt man diese Betroffenen nach psychischen Problemen, werden solche regelhaft mit Vehemenz verneint bzw. auf die körperlichen Beschwerden (für die kein ausreichendes organisches Korrelat existiert) als Ursache der psychischen Belastung zurückgeführt. Das Negieren von psychisch belastenden Faktoren in der eigenen Entwicklung dient bei diesen Patientinnen und Patienten als Schutz vor dem Erinnern früher oder gegenwärtig erlebter negativer Gefühle. Da häufig länger zurückliegende negative Erfahrungen von den Patientinnen und Patienten abgewehrt werden, sind diese für eine Heilung hochrelevanten Prozesse meist den an der Rehabilitation beteiligten Helfern und Patientinnen bzw. Patienten verborgen. Vor einer hinreichend präzisen Diagnosestellung werden von professionellen Helfern häufig falsche Erklärungsmodelle für die anhaltende Arbeitsunfähigkeit herangezogen. Somatisierungspatienten fühlen sich dadurch z.B. als charakterschwache

Simulanten abgestempelt. Auf die Einweisung in eine psychosomatische Reha-Klinik wird dann seitens der Betroffenen häufig entsprechend gekränkt und enttäuscht reagiert.

Die geschilderten Problemkonstellationen und Prozesse werden in der folgenden anonymisierten Falldarstellung am Beispiel einer in der Klinik Schwedenstein behandelten Unfallpatientin mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung verdeutlicht.

Es handelt sich um eine 30-jährige Patientin, die im vergangenen Jahr mit der Einweisungsdiagnose eines Morbus Sudeck der linken Hand bei uns stationär aufgenommen wurde. Bei dem länger als ein Jahr zurückliegenden Arbeitsunfall hatte sie sich eine Sehnenverletzung in Höhe des Daumengrundgelenkes der linken Hand zugezogen und war seitdem bei zunehmenden Schmerzen und Funktionseinbußen der betroffenen Hand arbeitsunfähig gewesen. Nach mehreren Operationen, Physiotherapie, mehrmonatiger stationärer Behandlung in einer Schmerzambulanz und erfolgloser Arbeitsbelastungserprobung bestanden die Beschwerden fort. Nur eine invasive Katheteranalgesie hatte kurzfristig gegen die sich nach proximal bis zur Schulter ausweitenden Schmerzen geholfen. Die linke Hand war stark berührungsempfindlich. Der gesamte linke Arm bis zur Schulter wurde von der Patientin wegen der Schmerzen geschont.

Der Ablauf der Behandlung gestaltete sich wie folgt:

### 1. Diagnostikphase (1. Woche)

Mittels eines psychodiagnostischen Aufnahmegesprächs, der standardisierten psychometrischen Diagnostik (diagnostische Standardverfahren zur Erfassung



schmerz- und körpersymptombezogener, depressiver, und allgemeiner psychopathologischer Merkmalsbereiche), der biographischen Anamnese, der ärztlichen Untersuchung und des klinischen Eindrucks der Patientin im stationären Therapieprozess wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Eine verzögerte Rehabilitation bei sekundärem Krankheitsgewinn und eine Konversionsstörung konnten u. a. differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

## 2. Motivations- und Informationsphase (1.-2. Woche)

Frau K. erlebte den bisherigen Verlauf als Scheitern und lehnte eine Behandlung in einer psychosomatischen Klinik ab. Ihre Hoffnung auf eine zweite Behandlung in einer Schmerzambulanz, in der sie zuvor bereits einmal zur Rehabilitation gewesen war und in der sie sich trotz ihrer Schmerzen wohl gefühlt hatte, stellte sich nach telefonischer Rücksprache aus ihrer Sicht als Missverständnis heraus. Sie reagierte enttäuscht. Eine unbewusste Motivation zur Gesundheit im Sinne eines Trotzes gegenüber sich selbst und der BG war spürbar. Auf dieser Basis konnten mit der Patientin als gemeinsame Therapieziele das Entdecken eigener schmerzunabhängiger Lebensbereiche und das Austesten von Belastungsgrenzen vereinbart werden. Diese Ziele wurden mit der Planung der notwendigen beruflichen Neuorientierung verbunden.

Um eine übereinstimmende Bewertung des Geschehenen zwischen der Patientin und dem Behandlungsteam zu fördern, wurden umfassende Informationen über die Entstehung von psychosomatischen Schmerzen vermittelt. In diesem Zusammenhang erwies sich das Ansprechen von Risikofaktoren für somatoforme Störungen allerdings als schwierig. Die Patientin reagierte, um sich vor belastenden biographischen Erfahrungen zu schützen, ausweichend. Das Erheben psychotherapeutisch relevanter biogra-

phischer Angaben geschah anfangs eher durch Beobachtung von im Behandlungsrahmen (»im Hier und Jetzt«) gezeigten Verhaltensmustern anstatt aufgrund detaillierter Berichte der Patientin. So zeigte die Patientin beispielsweise panische Ängste beim Alleinsein im Untergeschoss. Nach Aufbau eines tragfähigen therapeutischen Bündnisses konnte diese Beobachtung in der vierten Woche schließlich angesprochen werden.

In der Anfangsphase kam als Vorteil der stationären psychosomatischen Therapie das Zusammenwirken verschiedener Therapieformen zum Tragen. Für die Patientin standen zunächst die aktivierende und stabilisierende Physiotherapie (2-Zellen-Bäder, Wirbelsäulen- und Krankengymnastik), Arztkonsultationen (die Aufmerksamkeit auf das körperliche Symptom zuließen) und die Kontakte zu Mitpatientinnen in der vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierten Gesprächsgruppe im Vordergrund. Die Feldenkrausübungen und Musik mit Tanzübungen dienten ihr zum (Wieder-) Entdecken eigener Ressourcen.

## 3. Arbeitsphase (3.-5. Woche)

Im Einzelgespräch wurde von Frau K. erstmalig schamhaft eine nach der Trennung vom Freund entwickelte Depression erwähnt, die 2000 stationär psychotherapeutisch behandelt worden war. Sie berichtete, wie sie als Kind im Keller eingeschlossen wurde, wenn die Eltern das Haus verlassen hätten. Es wurde deutlich, dass die Patientin sich nicht im Rahmen einer aufdeckenden Psychotherapie mit ihren Verlassenheitsängsten auseinandersetzen wollte. Sie lebte zum Zeitpunkt der stationären Therapie bei uns in einer stabilen Partnerschaft. Bei Besserung der Schmerzsymptomatik bestand aus unserer Sicht jedoch kein Grund, den Focus der Therapie zu verändern. Die erhobenen biographischen Informationen erwiesen sich dennoch als dem Verständnis der somatoformen Störung dienlich.

Frau K. konnte sich gut auf Übungen zur Körper- und Gefühlswahrnehmung im Rahmen der Körper- und der Kreativtherapien einlassen. Ein Schmerz- und Emotions-Tagebuch wurde von ihr geführt und wöchentlich gemeinsam besprochen. So lernte sie Schritt für Schritt ihre bisher ausschließlich an medizinischen Begriffen orientierte Denkweise durch ein psychosomatisches Symptomverständnis zu ergänzen. Die mit den entsprechenden Therapiestunden und der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson erlebte Symptomentlastung oder -verstärkung musste immer wieder mit der Patientin reflektiert werden. Das Einbeziehen des linken Armes in koordinierte Bewegungsabläufe beider Arme unter Aufgabe der Schonhaltung konnte die Patientin zunächst kaum als eigenen Erfolg wahrnehmen. Zunehmend traute sie sich in der Folge zu, mit der betroffenen linken Hand zuzufassen. Sie konnte sich selbst stärker als junge Frau wahrnehmen.

In einer vor Ort mit dem berufsgenossenschaftlichen Berater, dem Berufshelfer, der Patientin und den Therapeuten durchgeführten Reha-Konferenz sollte eine berufliche Perspektive für die Patientin gefunden werden. Dabei überraschte die Patientin mit dem Wunsch, die Therapie abbrechen zu wollen. In einem anschließend durchgeführten Gespräch wurde ihre Angst deutlich, sie »müsse« bei weiterer Fortführung der Therapie ihre »Kindheit aufarbeiten«. Als ihr diese unbegründete Angst genommen wurde, konnte sie die Therapie fortsetzen und sich auf eine Arbeitserprobung in dem von ihr gewünschten neuen Arbeitsfeld einlassen, nachdem in der beruflichen Eignungsdiagnostik eine relevante Einschränkung für den von ihr bis zum Unfall ausgeübten handwerklichen Beruf deutlich geworden war. Im Rahmen der Therapie hatte sie ein nachhaltiges Interesse an einer Arbeit mit Kindern erkennen lassen. Deshalb wurde, nach Abstimmung mit der Berufsgenossenschaft, zum örtlichen Kindergarten Kontakt auf-

genommen und eine Arbeitserprobung parallel zur stationären Psychotherapie begonnen.

#### 4. Arbeitserprobung und Transferphase (5.-7. Woche)

Bedingt durch die extern durchgeführte Arbeitserprobung von Frau K. konnte der Arbeitsweg mit dem Rad zum örtlichen Kindergarten als zusätzliche Konfrontationsübung in die Therapie eingebaut werden. In der fünften Woche der stationären Therapie arbeitete sie an zwei Tagen je vier Stunden, in der sechsten Woche an zwei Tagen je sechs Stunden und in der letzten Woche an drei Tagen je acht Stunden im Kindergarten. An den im Rahmen der stationären Therapie angebotenen Therapieangeboten nahm sie ebenfalls weiterhin teil.

Das Arbeiten mit Kindern förderte durch deren Feedback das Interesse der Patientin an einem solchen Beruf. Die Schmerzen nahmen unter der häufigen Anwendung des 5-Finger-Griffs zu. Frau K. verzichtete dennoch vollständig auf Analgetika. In der sechsten Woche erkrankte die Rehabilitandin an einem Infekt, wodurch das neu entwickelte psychosomatische Störungsverständnis einer Bewährungsprobe unterworfen war. Unter leicht verringerter Therapiedichte konnte die Arbeitserprobung jedoch fortgesetzt werden. Nach entsprechender Rückmeldung aus dem Kindergarten und Thematisierung im Rahmen der Therapie zeigte sich das zuvor ansatzweise wieder aufgetretene Vermeidungsverhalten nicht mehr. Die Schulterschmerzen traten ebenfalls nicht mehr auf. In der beim Zufassen schmerzhaften linken Hand war die Kraft noch gemindert. Nach 18-monatiger Arbeitsunfähigkeit wurde Frau K. schließlich arbeitsfähig entlassen. Im Anschluss an die Therapie wurde eine Umschulung zur Kindergärtnerin und eine ambulante Psychotherapie zur weiteren Verbesserung des Umgangs mit der fortbestehenden Somatisierungsneigung geplant.

W. Flachowsky

## EINZELTHEMEN UND METHODEN

---

### Biofeedback

---

Biofeedback ist eine noch relativ neue Behandlungsmethode, die sich in den letzten Jahren sprunghaft weiterentwickelt und verbreitet hat. Ihre Wirkung beruht auf der Rückmeldung (engl. = feedback) von gewöhnlich schlecht wahrnehmbaren Körperfunktionen und -prozessen (= Bio-) mit Hilfe einer speziellen Messapparatur. Dadurch können Körperfunktionen, wie z.B. der Spannungszustand der Muskulatur, die elektrische Hautaktivität, die periphere Temperatur (z.B. in den Fingern), der Puls und Blutfluss in bestimmten Blutgefäßen, der Blutdruck sowie weitere Körperphänomene genau gemessen und in sicht- oder hörbarer Form an die jeweilige Person zurückgemeldet werden.

Die erfassten Körperfunktionen geben u.a. Auskunft über muskuläre Anspannung und das allgemeine (vegetative) Aktivierungsniveau. Ein dauerhaft erhöhtes körperliches Erregungsniveau spielt bei vielen psychosomatischen Erkrankungen und auch im Zusammenhang mit chronischem Stress eine wichtige Rolle. Beispielsweise sind viele Angsterkrankungen mit dauerhafter Anspannung und Übererregung verbunden. Chronische Schmerzsyndrome (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) werden vielfach durch anhaltend erhöhte Muskelspannung aufrechterhalten und verschlimmert. Krankheiten wie essentielle Hypertonie (Bluthochdruck) werden wesentlich durch Aktivierungsmuster des vegetativen Nervensystems mitbestimmt - beispielsweise steigt der Blutdruck bei den meisten Menschen unter Stress deutlich an. Neben diesen Anwendungsgebieten kann Biofeedback bei einer Reihe von anderen Krankheiten und Störungen wirksam eingesetzt werden, wie z.B. Migräne, Harn- und Stuhlinkontinenz, Tinnitus, Kiefergelenksbeschwerden und Zähneknirschen, Schlafstörungen und unklaren körperlichen Beschwerden.

Biofeedback hilft zunächst, die Wahrnehmung körperlicher Veränderungen und Abläufe zu verbessern. Beispielsweise sind viele Menschen nur unzureichend in der Lage, körperliche Anspannung ausreichend genau einzuschätzen, um rechtzeitig Gegenmaßnahmen wie Pausen, Erholung und Entspannungsübungen zu ergreifen. Weiterhin eröffnet es verschiedene Möglichkeiten, Zusammenhänge zwischen seelischen Einflüssen und körperlichen Veränderungen objektiv messbar, anschaulich und damit erfahrbar zu machen. Aus dem veränderten Verständnis von Leib-Seele-Zusammenhängen lassen sich dann neue Ansatzpunkte zur Heilung und Bewältigung von Beschwerden ableiten. Eigene Einflussmöglichkeiten auf Krankheiten und Störungen werden sichtbar und ermöglichen so die Erfahrung, durch eigene Bemühungen selbst wirkungsvoll etwas dagegen unternehmen zu können. Schließlich bietet die Biofeedback-Behandlung auch die Möglichkeit, durch gezieltes Training der sicht- oder hörbar gemachten körperlichen Funktionen Beschwerden schrittweise abzubauen und eine verbesserte Kontrolle über körperliche Vorgänge zu erreichen.

Verunsicherung und Zurückhaltung gegenüber einer unbekanntem Methode, wie sie bei manchen Patientinnen und Patienten anfangs vorkommen können, sind dabei vollkommen unnötig. Die klinische Erfahrung und wissenschaftliche Studien zeigen vielmehr, dass Biofeedback manche Therapieschritte deutlich erleichtert, von den Betroffenen sehr gut akzeptiert und als hilfreich erlebt wird, und in vielen Fällen Neugier, Interesse oder sogar Begeisterung hervorruft.

Dabei darf nicht übersehen werden, dass auch Biofeedbackbehandlung keine Wunder bewirkt. Die Wirksamkeit dieser Methode als Bestandteil einer umfassenden psychosomatischen Behandlung ist jedoch

wissenschaftlich gut belegt. Noch wertvoller als wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse ist aber die unmittelbare Erfahrung von Patientinnen und Patienten, ihren Beschwerden nicht hilflos ausgeliefert zu sein, sondern selbst erfolgreich aktiv werden zu können. Krankheit wird da-

durch nicht mehr als ein schicksalhaftes Geschehen erlebt, das zwangsläufig zu Resignation und Passivität führt sondern als Krise, die durch gezielte und ausdauernde eigene Bemühungen zu einer positiven Wendung gebracht werden kann.

R. Leibbrand

## Raum der Stille

### Warum Meditation in der Klinik?

Seit fast fünf Jahren bieten wir außerhalb des engeren Therapieprogramms in der Klinik Meditation an. Seit Ende des Jahres 2003 ist der Meditationsraum renoviert und bietet die Atmosphäre eines ansprechenden Raumes der Stille.

Was ist Meditation?

Sprachgeschichtlich geht der Begriff »Meditation« auf das Messen zurück. Man könnte es so formulieren, dass meditative Verfahren Übungswege sind, um das »rechte Maß« zu finden.

In allen Kulturen unserer Erde gab und gibt es immer den Wunsch von Menschen, sich neben den Anforderungen des Alltags auf Wesentliches zu besinnen. Diese Suche nach einem letztgültigen Sinn unseres Daseins und Handelns hat Menschen seit jeher beschäftigt.

Meditation ist ein bewusstes und zeitlich begrenztes Heraustreten aus dem Alltagsgeschehen. Angesichts der ständigen, vielfältigen Eindrücke und Entscheidungsmöglichkeiten des Alltags ist Meditation ein Weg des Zu-sich-selbst-Kommens. Zunächst aber wird beim Üben von Meditation die eigene Unruhe und Zerrissenheit der bzw. des Übenden deutlicher spürbar werden. Im weiteren und wiederholten Übungsverlauf, wenn Gedanken, Gefühle, Erwartungen und Vorstellungen zur Ruhe kommen, kann es gelingen, den »Augenblick an sich« ohne Bewertung wahrzunehmen, um daraus eine ganz eigene Kraft zu schöpfen.

In allen Kulturen gab es klösterliche Rückzugsräume, in denen mit Formen einfacher meditativer Übung der alltäglichen Arbeit eine zusätzliche wichtige Basis gegeben wurde. Die meditativen Praktiken sind so vielfältig wie die Kulturen und Religionen, in denen sie entstanden sind.

Ähnlich ist all diesen unterschiedlichen Arten von Meditation das nicht zweckgebundene Wiederholen von bestimmten Übungen. Dies können z.B. bestimmte Bewegungen, die Rezitation von Worten oder Tönen, die Beobachtung des Atems oder Übungen der Stille in einer bestimmten Körperhaltung, eher betrachtend oder gegenstandslos, sein. Diese Praktiken dienen letztendlich dazu, Unruhe zu binden sowie Konzentration und Versenkung zu fördern.

In unserer Klinik wird Zen-Meditation geübt, die Übung des Sitzens und Schweigens.

In der buddhistischen Tradition in China entstand das Zen, ein Oberbegriff wiederum vieler, teilweise auch künstlerischer, meditativer Übungsformen. Von China aus kam das Zen insbesondere nach Japan und dann viel später, im 20. Jahrhundert, nach Europa und Nordamerika. Dorthin, wo die eigenen alten Meditationsformen, z.B. die der christlichen Mystiker, kaum noch bekannt waren.

Die Übung des Za-Zen, wie dieses meditative Sitzen genannt wird, hat sehr einfache und klare Anweisungen. Geübt wird das Sitzen in Stille in ruhiger aufrechter Körperhaltung. Geschult wird innere Achtsamkeit. Die Aufmerksamkeit wird nicht auf etwas gerichtet sondern ist ganz bei der Person selbst, die übt. In diesem Sinne ist es eine Form gegenstandsloser Meditation. Die Konzentration auf die Beobachtung des Atems kann eine Hilfe sein. Letztlich geht es um das weiter oben schon beschriebene Einüben von absichtslosem Dasein in der Hier- und Jetzt-Situation.

Trotz seiner Herkunft aus einem religiösen Kontext kann Zen-Meditation sehr gut frei von einer Weltanschauung praktiziert werden.

Der Rahmen für die Übung von Meditation in der Klinik

Nach einer erklärenden und praktischen Einführung steht es jeder Patientin und jedem Patienten und natürlich auch dem Personal offen, zur allmorgendlichen zwanzigminütigen Meditation zu kommen. Außerdem steht tagsüber der Meditationsraum zum individuellen Üben zur Verfügung.

Meditation ist keine Therapie im engeren Sinne, auch deshalb, weil sie auf kein Ziel ausgerichtet ist – die Übung, der Weg an sich, ist das Ziel.

Meditation wird nicht verordnet, sondern allenfalls von den Therapeutinnen und Therapeuten empfohlen oder von interessierten Patientinnen und Patienten über den entsprechenden Aushang selbst gefunden.

Bei unseren rehabilitativen und therapeutischen Bemühungen und dem sich daraus ergebenden Therapieprogramm stehen im Unterschied dazu klare Zielrichtungen zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sowie zur Verbesserung psychophysischen und sozialen Wohlbefindens im Vordergrund.

Die Dimension, welche beim Üben von Meditation angesprochen wird, liegt tiefer. Sie besteht in der Suche nach Sinn, in absichtslosem Dasein. Daraus kann nicht zuletzt eine wichtige Basis für Mensch-

lichkeit und Mitmenschlichkeit erfahren werden. Deshalb widerspricht meditative Praxis therapeutischem Bemühen keinesfalls, sondern kann im Gegenteil dieses durchaus stark fördern.

Häufig beschrieben und durch verschiedene Untersuchungen belegt sind die folgenden allgemeinen Wirkungen durch das Üben von Meditation:

- Meditation verbessert die Fähigkeiten zu Stressregulation und Entspannung und bewirkt eine Stabilisierung der vegetativen Selbstregulation.
- Über den Kontakt zum persönlichen Inneren verbessern sich Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz.
- Eine bessere Distanz zu sich wiederholenden und sich aufdrängenden Gedanken und Gefühlen kann erreicht werden.
- Die Bezugsrahmen der Üben von Meditation können sich über eine bessere Distanzierungsfähigkeit erweitern.
- Gelassenheit und das Erleben von Freude werden gefördert.

Positive Erfahrungen kommen nicht zuletzt in den individuellen Rückmeldungen von vielen Patientinnen und Patienten zum Ausdruck, die mehrere Wochen jeden Morgen an der Meditation teilnahmen. Sie berichten von den genannten Wirkungen sowie häufig von dem Impuls, nach dem Aufenthalt in der Klinik weiter üben zu wollen.

H. Schulze



## Labyrinth-Projekt

»Falsch oder Richtig?«  
ist die ständige Frage der Welt,  
»Bleib nicht stehen!«  
ist die Antwort des Labyrinths.

Im Sommer 2003 beschäftigten wir uns mit der Frage, wie wir Gegensätze in unserer Abteilung verbinden können und aus unterschiedlichen therapeutischen Bausteinen und Zielrichtungen sowie aus unterschiedlichen Patientengruppen zweier Stationen etwas Ganzes schaffen könnten. Die beteiligten Patientinnen und Patienten litten einerseits unter depressiven Störungen, Angststörungen und Zwangserkrankungen, andererseits handelte es sich um ältere Patientinnen und Patienten über 60, die in der Regel unter Verlusterfahrungen und Vereinsamung litten. Unser Wunsch war es, nicht nur in Gesprächs- und Kreativgruppen oder in der Körpertherapie therapeutisch wirksam zu werden, sondern in einem möglichst realitätsnahen Projekt, welches eine längere Zeitdauer umfasst und verschiedene Arbeitsabläufe erfordert. Zudem sollte das Projekt nicht nur Mühe, sondern auch Freude machen, sinnvoll sein und auch einen übergeordneten Bezugsrahmen ansprechen, welcher anregend, identifikationsstiftend und übergreifend ist. Auf der Suche nach einem geeigneten Thema stießen wir auf das Labyrinth.

Labyrinthe finden sich in nahezu allen Kulturen der Menschheit – man findet sie bei den nordamerikanischen Indianern, auf Indonesien, in Russland, Indien und Europa. In der griechischen Mythologie wagt sich der Held Theseus mit Hilfe des Ariadnefadens in das Labyrinth von Kreta, wo er den Minotaurus (halb Stier, halb Mensch) erlegt. In vielen christlichen Kirchen, z. B. der Kathedrale von Chartres stellt das Labyrinth ein Symbol des Lebensweges als Irrgang durch die irdische Welt dar. In seinem Zentrum findet sich

der Himmel oder auch Jerusalem. Das Zentrum ist jeweils eine sorgfältig gestaltete Mitte, welche von einem Weg umrundet wird. Dieser Weg ist in der Regel lang, durch Umwege und Sackgassen gekennzeichnet, er bildet jedoch im Ganzen eine Form, führt zum Zentrum und auch wieder heraus. Die Dialektik von Innen und Außen, von einem Ziel und einem nicht linearen Weg, von Irrweg und Ankunft wird im Labyrinth symbolisiert. Ferner wird das Gehen, Wandern und Reisen, der Weg zum Zentrum, zur Mitte des Lebens, thematisiert.

Fragen, die bei der Beschäftigung mit einem Labyrinth aufkommen, sind beispielsweise: »Wer bin ich?«, »Woher komme ich?«, »Wo stehe ich?«, »Wohin gehe ich?«, »Wer begleitet mich auf der Reise ins Labyrinth?«, »Wo ist der rote Faden meines Lebens?«, »Wo finde ich meine Mitte?«.



*Gernot Candolini, 1999: Labyrinth*

Nachdem entschieden wurde, das Labyrinth-Projekt zu starten, wurden verschiedene Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit Organisation, dem konkreten Bau, der Vernetzungsarbeit, der Foto- und Filmdokumentation, der Erstellung von Wandzeitungen beschäftigten sowie ein Einweihungsfest planten. Begleitend dazu wurden in der Kreativ- und Körpertherapie einzelne Themen therapeutisch bearbeitet und für das Gesamtprojekt vorbereitet. Die Zeiten in der Kunsttherapie wurden genutzt für die kreative Auseinandersetzung mit dem Thema, in der Körpertherapie wurde zur eigenen Mitte, zur Zentrierung und Achtsamkeit gearbeitet. Das Labyrinth wurde mit Sandsteinen auf einer Rasenfläche auf dem Klinikgelände

errichtet. In den verschiedenen Bauphasen wurden Patientinnen und Patienten unterschiedlichsten Alters und unterschiedlichster therapeutischer Thematik einbezogen. Für einige Patientinnen und Patienten konnte das Projekt als Arbeitserprobung genutzt werden. Andere beschäftigten sich mit der Dokumentation, ein Videofilm sowie eine Wandzeitung entstanden. Die Arbeitstage wurden in größere thematische Unterprojekte gegliedert. So begannen wir mit dem Thema »Eintritt«, welches sich therapeutisch mit den Themen Beginnen, Geburt und Entscheidung verdichtete, daran schloss sich »der Weg« an, der inhaltlich auf das Reisen, Sich-bewegen, Gehen, Voranschreiten, Annähern und Entfernen einging. Ein zentrales Thema stellte »die Mitte« dar, hier ging es um das Festlegen von Zielen und Inhalten, den Kontakt zum eigenen Zentrum und zur eigenen Kraft. Als letztes größeres Thema gestaltete sich der »Ausgang«, welcher sich mit Abschied, dem Ergebnis und dem Verhältnis von Ausgang und Eintritt beschäftigte. Diese Arbeit wurde begleitet von der Arbeit mit Texten, einer umfangreichen Patientenbefragung, die gleichfalls von Patientinnen und Patienten organisiert und durchgeführt wurde. Somit war gewährt, dass sich die gesamte Patientenschaft der beiden beteiligten Stationen (45 Patientinnen und Patienten) auf sehr unterschiedliche Weise mit dem Thema Labyrinth

auseinandersetzte. Dies führte zu Erfahrungen, welche einen bedeutsamen Bezug zur eigenen Selbstwahrnehmung hatten, nämlich: in Bewegung kommen, anfangen, sich trauen, wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse und Sehnsüchte, Suche nach dem eigenen Selbst – der Mitte, Entdeckung verborgener Talente, Freisetzung von Kreativität, schöpferische Entfaltung, in Kontakt kommen, Frustrationen ertragen, Grenzen erfahren, Umwege tolerieren, Zufriedenheit erleben.

Zum Sommerfest der Klinik Schwedenstein war das Labyrinth nach zwei Monaten schließlich fertig geworden. Dem war eine intensive und fruchtbare Arbeit vorausgegangen, welche viel Kontakt und Austausch auf Patienten- und Therapeutebene mit sich brachte und sehr viel konkrete Realität ermöglichte. So konnten die Patientinnen und Patienten nicht nur ein großes und schönes Rasenlabyrinth als bleibendes Geschenk hinterlassen, sondern zugleich einen Videofilm, eine Fotodokumentation und eine Wandzeitung, eine Vielzahl von Texten, persönlichen Erfahrungsberichten und Gedichten, welche mit Stolz und Freude vorgelesen wurden – sie machten somit eine Reihe von sehr wesentlichen therapeutischen Grunderfahrungen, welche sie in ihr Alltagsleben übertragen können.

P. Wurll

U. Anderssen-Reuster



## BASISDOKUMENTATION

Im Rahmen des umfangreichen Qualitätsmanagements der Klinik Schwedenstein werden Daten erhoben, die einen Überblick über wesentliche Merkmale und Therapieergebnisse der bei uns behandelten Patientinnen und Patienten ermöglichen. Grundlage für die Erhebung ist die Psy-BaDo (Heuft & Senf, 1998). Es lagen die Daten aller 1542 behandelten und entlassenen Patienten des Jahres 2003 vor.

Die soziobiografischen Kennwerte wiesen im Vergleich zu den Jahren zuvor nur geringe Veränderungen auf: Der Frauenanteil lag wie im Vorjahr bei 78%.

Das Durchschnittsalter lag bei 50,8 Jahren (Streuung = 19,8) und hat sich zum Vorjahr um 0,5 Jahre erhöht. Der Anteil der über 60-jährigen Patienten nahm auch im vergangenen Jahr wieder zu und

stellt mit 28,4% (+1,3% gegenüber 2002) die größte Gruppe dar. Das Durchschnittsalter ist deutlich höher als in vergleichbaren Einrichtungen.

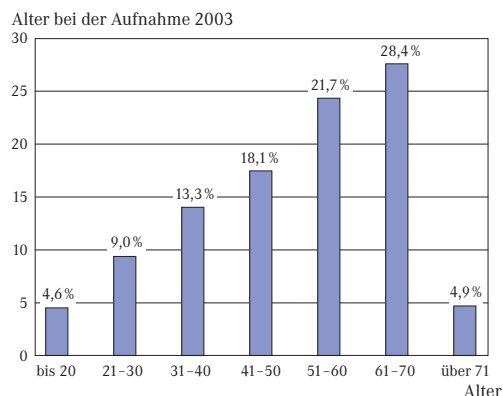


Abb. I: Altersverteilung psychosomatischer Patientinnen und Patienten in der Klinik Schwedenstein

ICD-10 Diagnosen im Zeitraum 1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	Hauptdiagnose		Nebendiagnose <sup>1</sup>	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Störungen durch psychotrope Substanzen	6	0,4	330	21,4
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	37	2,4	23	1,5
Affektive Störungen	594	38,6	352	22,9
Phobische Störungen	42	2,7	82	5,3
Sonstige Angststörungen	100	6,5	131	8,5
Zwangsstörungen	21	1,4	27	1,8
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsst. (ohne Posttraumatische Belastungsstörung)	174	11,3	20	1,3
Posttraumatische Belastungsstörung	142	9,2	61	4,0
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	7	0,5	56	3,6
Somatoforme Störungen	142	9,2	226	14,7
Essstörungen	92	6,0	103	6,7
Schlafstörungen	7	0,5	38	2,5
Tinnitus, Adipositas, Asthma, Colitis Ulcerosa (F54)	78	5,1	456	29,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	73	4,7	142	9,2
Sonstige	24	1,6	61	4,0
Summe gesamt	1539	100,0	2108	137,0

Tab. 1: Haupt- und Nebendiagnosen

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich

Diagnosestatistik

In Tabelle 1 ist die Diagnosestatistik nach ICD-10 mit den Häufigkeiten der Haupt- und Nebendiagnosen abgebildet. Veränderungen zum Vorjahr gab es bei folgenden Indikationen:

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten bei denen psychische und Verhaltensbeeinträchtigungen, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen, als Nebendiagnose diagnostiziert wurden, verringerte sich auf 29,6% (-2,7% gegenüber 2002) bildet aber erstmals den größten Anteil an allen Nebendiagnosen.

Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung erhöhte sich um 1,4%. Der Anteil an posttraumatischer Belastungsstörung erhöhte sich weiter um 2,4%. Ein Rückgang in der Anzahl an Patientinnen und Patienten ist bei Essstörungen (-2,6%) und bei somatoformen Störungen (-1,0%) zu verzeichnen.

Die durchschnittliche Anzahl der vergebenen Nebendiagnosen pro Patientin/Patient betrug 3,1.

Insgesamt ist eine Zunahme des Schweregrades der Störungen zu verzeichnen. Dies spiegelt sich vor allem auch in den Zahlen zu Suizidversuchen vor Aufnahme der Patientinnen und Patienten wider: Der Anteil der aufgenommenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem Leben bereits einen Suizidversuch begangen hatten, erhöhte sich im Jahr 2003 um 3,8% und betrug insgesamt 19,7%. 6,3% von ihnen berichteten von einem ernsthaften Suizidversuch in den letzten sechs Monaten vor Aufnahme in die Klinik Schwedenstein (+1,6% gegenüber 2002).

Behandlungsdauer

Die mittlere Behandlungsdauer pro Patientin/Patient betrug im Jahr 2003 45,3 Tage - im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 1,4 Tage (vgl. Abb. II). Grund dafür ist der Anstieg der Behandlungsdauer in der Mehrzahl der Indikationsbereiche (siehe auch Abb. III), der wiederum als Folge der Zunahme des Schweregrades der behandelten Erkrankungen zu sehen ist.

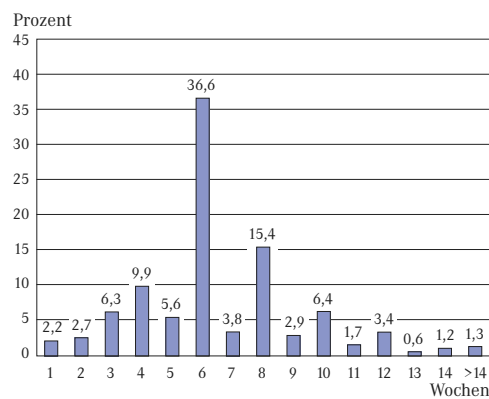


Abb. II: Behandlungsdauer in Wochen

In der Indikation Persönlichkeitsstörungen ist von einer Erhöhung der Behandlungsdauer von 47 Tagen im Jahr 2002 auf 55 Tage im Jahr 2003 zu berichten. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die im vergangenen Jahr erfolgte Neukonzeption der Schwerpunktstation für Borderline-Persönlichkeitsstörungen und gleichzeitige Neueröffnung einer speziellen Station für andere schwere Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich auch die Behandlungsdauer von Tinnitus, Adipositas etc. von 31 Tagen im Jahr 2002 auf 38 Tage im Jahr 2003 erhöht. Die Anzahl der Nebendiagnosen in dieser Indikationsgruppe ist um 43% höher als die durchschnittliche Diagnosenanzahl für alle im Jahr 2003 behandelten Patientinnen und Patienten. Diese Tatsache und das um 7,0 Jahre höhere Durchschnittsalter in dieser Gruppe erklären die Erhöhung der Behandlungsdauer gegenüber dem Jahr 2002.

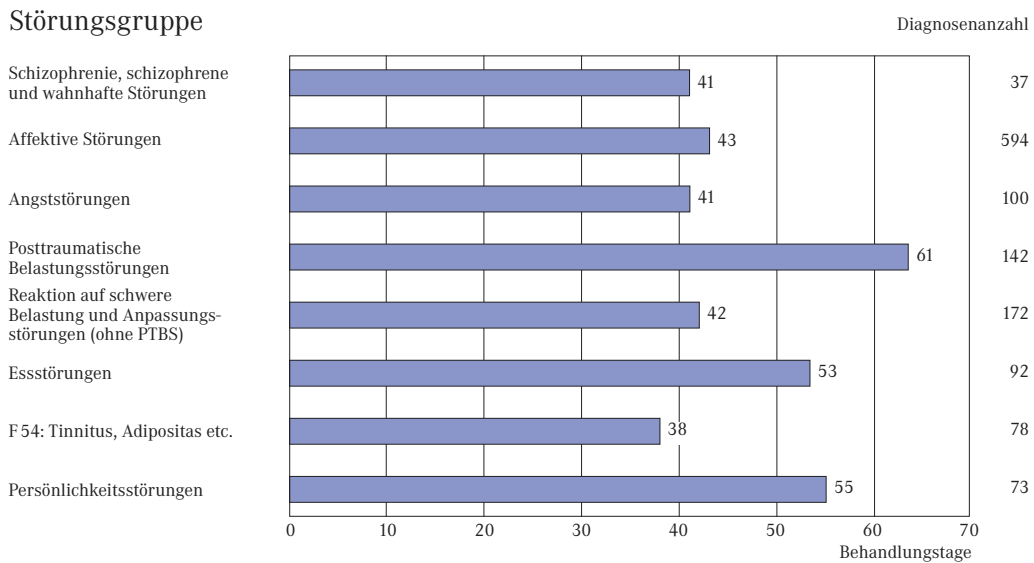


Abb. III: Verhältnis von Störungsgruppen (Hauptdiagnosen) und mittlerer Behandlungsdauer

### Behandlungsergebnisse

Anhand der Psy-BaDo als einer der Hauptkomponenten des Systems der Qualitätsüberprüfung in der Klinik Schwedenstein können auch Aussagen über Behandlungsziele und -erfolge aus der Sicht der Patientinnen und Patienten getroffen werden. Es wurden Problembereiche bzw. Befindensstörungen betrachtet, die die Patientinnen und Patienten u. a. zur Behandlung in unsere Klinik geführt haben. Die am Behandlungsende erhobene Einschätzung zeigt das Ausmaß der von den Patientinnen und Patienten subjektiv wahrgenommenen Veränderungen. Mehr als die Hälfte aller Befragten profitierten in allen genannten Problembereichen von unseren Behandlungsangeboten, bezogen auf Krankheitsverständnis und psychisches Wohlbefinden sogar mehr als zwei Drittel (vgl. Abb. IV).

### Patientenzufriedenheit

Bereits seit 1994 wird die Patientenzufriedenheit, als ein Maß der Qualität unserer Arbeit, gemessen. Dazu werden eine Reihe von Qualitätsindikatoren der Patientenzufriedenheit, wie z. B.

- medizinisches und psychotherapeutisches Angebot,
- Verhältnis Patientin/Patient - Pflegepersonal,
- Zimmer- und Klinikausstattung
- Freizeitmöglichkeiten

untersucht. Alle Patientinnen und Patienten werden aufgefordert, im Laufe ihres Aufenthaltes eine Einschätzung über die Zufriedenheit mit bestimmten Rahmenbedingungen und dem Engagement und Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sowie der Wichtigkeit dieser Faktoren für die Behandlung, abzugeben. In Abbildung V wurde die Wichtigkeit auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 100 (sehr wichtig) einzelner Qualitätsindikatoren und deren Bewertung dargestellt (in % der gut-/sehr-gut-Bewertungen).

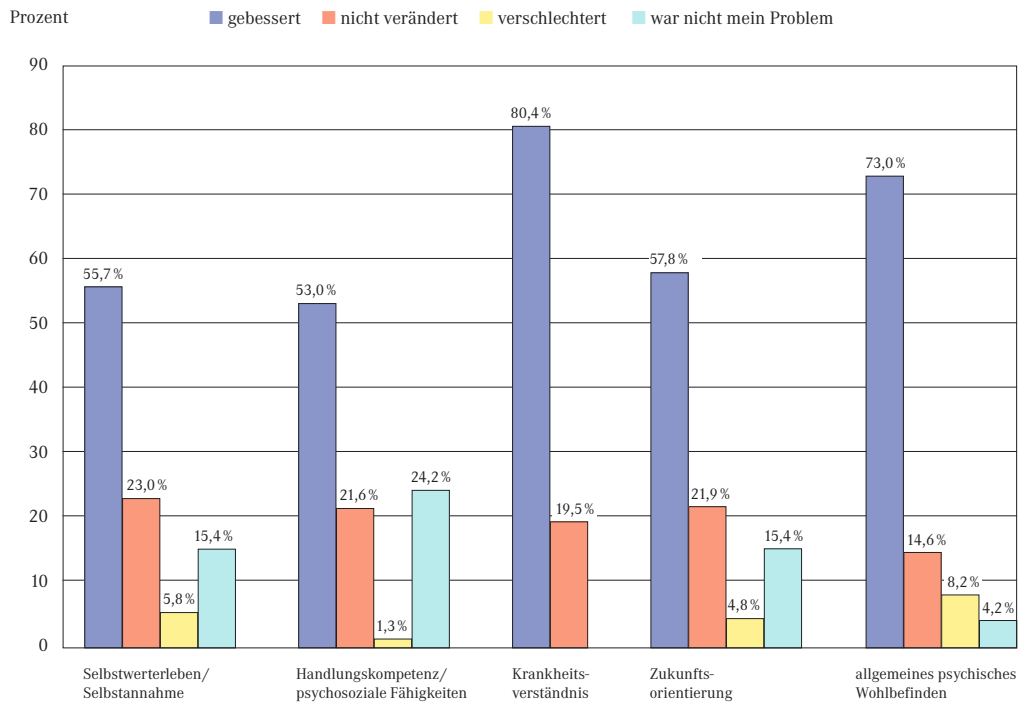


Abb. IV: Veränderungen in spezifischen Problembereichen

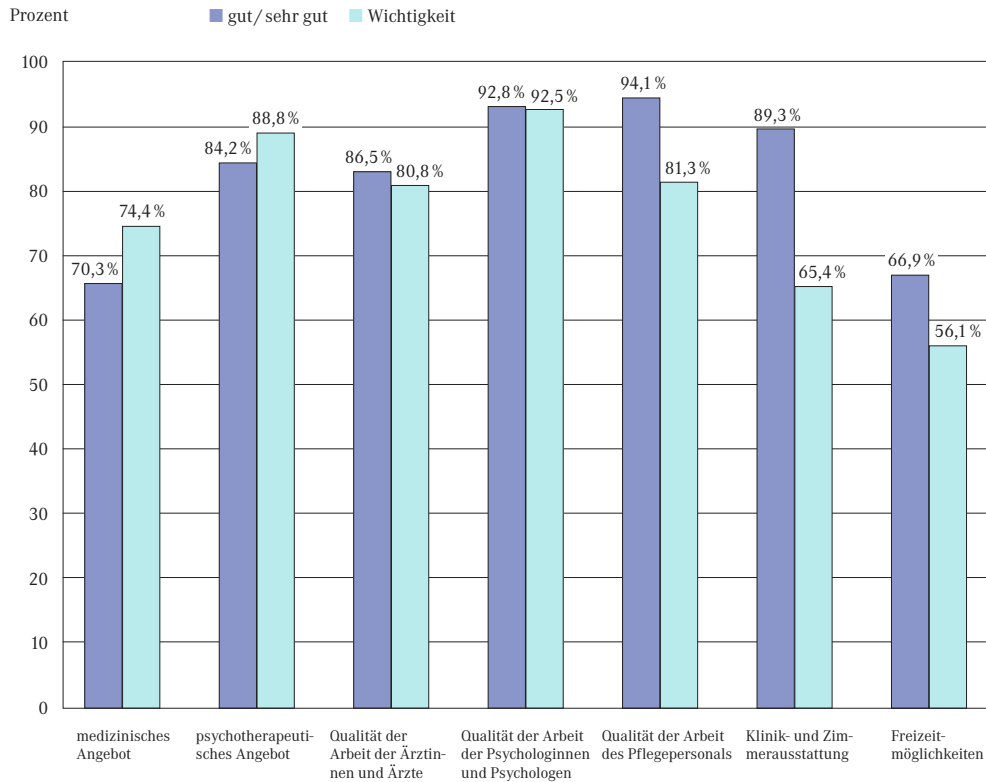


Abb. V: Patientenzufriedenheit

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik werden die Patientinnen und Patienten u. a. nach Behandlungserfolg und Einschätzung der Gesamtbehandlung befragt.

In einem weiteren Fragebogen wird nach der Zufriedenheit im Großen und Ganzen gefragt. 82,1 % der Befragten gaben an, dass die Behandlung in der Klinik Schwe-

denstein den meisten bzw. fast allen ihren Bedürfnissen entsprochen hat. 86,8 % (+3,5 % gegenüber 2002) waren mit der Behandlung weitgehend bis sehr zufrieden, 84,8 % würden die Klinik einem Freund weiterempfehlen und 78,1 % würden wieder in die Klinik Schwedenstein kommen, wenn sie Hilfe bräuchten.

M. Jung

---

*Literatur*

Heuft, G. & Senf, W. (1998). Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme Verlag.

## WISSENSCHAFTLICHE TAGUNGEN

---

### 2. Schwedensteiner Rehafachtagung

---

#### Psychosomatische Unfallfolgen und Arbeitsfähigkeit Konzepte – Praxis – Prognose

---

Im Mittelpunkt der Tagung stand die Frage der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach psychischen (und körperlichen) Unfallfolgen durch eine arbeitsplatzbezogene Rehabilitation. Die Referentinnen und Referenten kamen aus verschiedenen Disziplinen und beleuchteten das Thema insbesondere unter dem Aspekt von neueren Netzwerkmodellen und integrierten therapeutischen Ansätzen bei psychischen Störungen nach Unfällen. Sie zeigten Fälle aus der Praxis und stellten neuere therapeutische Ansätze, die insbesondere bereits in den USA erprobt wurden, im Bereich der Behandlung von PTBS und der neuropsychologischen psychosomatischen Rehabilitation vor. Besonderes Interesse fanden die Ausführungen zu einem der größten Wachstumsbereiche bei den Versicherungsfällen – den Somatoformen Störungen. Hier zeigte sich, dass der Bedarf an fachlich qualifizierter Beratung und Unterstützung im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung für die Unfallversicherer hoch ist.

Einhellig wurde der Wunsch nach einer verstärkten Kooperation mit den D-Ärztinnen und -Ärzten, sowohl von Seiten der Unfallversicherungsträger als auch von Seiten der Anbieter ambulanter und stationärer Rehabilitationsleistungen, geäußert. Dabei wurde insbesondere auf die

Schnittstellenproblematik und den hohen Zeitverlust durch unregelmäßige und nicht standardisierte Rehabilitationsabläufe hingewiesen. Bei dem Thema Zusammenhangsbegutachtung wurde deutlich, dass Standards vorgebende Diskussionen notwendig sind, um eine gemeinsame Sprache zu finden und gute, nachvollziehbare Ergebnisse zu erhalten.

Wir nehmen den regen Zuspruch, den die Veranstaltung fand, zum Anlass, nun bereits mit einiger Tradition versehen im Sommer 2004 die 3. Schwedensteiner Rehafachtagung für Unfallversicherungsträger zu veranstalten. Thema der nächsten Tagung wird die Verzahnung von Zusammenhangsbeurteilung und -begutachtung einerseits und der Notwendigkeit einer zeitnahen Behandlung andererseits sein, da beide Prozesse häufig parallel stattfinden und daher eine entsprechende Koordination erfordern. Insbesondere soll versucht werden, in Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern und den D-Ärztinnen und -Ärzten ein größeres Plenum zur Diskussion dieser äußerst relevanten Vorfeldsteuerung des Heilverfahrens zu organisieren.

Die Tagung werden wir am 8. September 2004 durchführen. Das Programm wird allen Interessentinnen und Interessenten Anfang Juni 2004 zugehen. Wir freuen uns bereits jetzt wieder auf eine ähnliche rege Beteiligung wie beim letzten Mal.

K. Dilcher

## Programm der 2. Schwedensteiner Reha-Fachtagung vom 9. September 2003

Referentinnen/Referenten	Thema
Dr. Kornelia Sturz Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Ärztliche Direktorin der Klinik Schwedenstein Pulsnitz	Begrüßung und Moderation
Dr. Guido Flatten 1. Vorsitzender der DeGPT Leitender Oberarzt, Leiter der Traumaambulanz Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums RWTH Aachen	Integrierte psychosomatische Versorgung von Schwerunfallverletzten – Grundlagen und Fallbeispiele
Dr. Rolf Leibbrand Leitender Psychologe der Abteilung V der Klinik Schwedenstein Pulsnitz	Arbeitsbezogene Beeinträchtigungen bei somatoformen Störungen nach Arbeitsunfällen – Erscheinungsbild, Entstehung und psychosomatische Behandlungsmöglichkeiten
Prof. Dr. Siegfried Gauggel Lehrstuhlleiter der Professur Klinische Psychologie/Neuropsychologie im Institut für Psychologie der Technischen Universität Chemnitz	Berufliche Wiedereingliederung von Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen nach Unfällen
Dipl.-Psychologe Klaus Dilcher Leitender Psychologe der Abteilung I und Abteilungsleiter Qualitätssicherung und Evaluation und Forschung und Dipl.-Med. Wido Flachowsky Oberarzt der Abteilung II der Klinik Schwedenstein Pulsnitz	Integrierte therapeutische Ansätze zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen und Angststörungen – zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von der Expositionsbehandlung
	Abschlussdiskussion – berufsbezogene psychosomatische Rehabilitation – Möglichkeiten und Grenzen



## 1. Sächsisches Tinnitus-Symposium

---

Am Samstag, dem 17.5.2003 fand im großen Saal der Gaststätte Schützenhaus in Pulsnitz das 1. Sächsische Tinnitus-Symposium statt, das erstmals gemeinsam von der Klinik Schwedenstein und der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) veranstaltet wurde. Titel dieses Symposiums war: Chronischer Tinnitus – was kommt nach der Akutbehandlung? Für die Klinik Schwedenstein war es bereits das 5. Tinnitus-Symposium, das in Pulsnitz durchgeführt wurde. Eingeladen waren Rat suchende Tinnitus-Betroffene, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, derzeitige und ehemalige Patientinnen und Patienten der Klinik Schwedenstein, niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen sowie Angehörige anderer klinischer Einrichtungen.

Wesentliches Anliegen der Veranstalter war es, über neue Entwicklungen ebenso wie über gut etablierte Tinnitus-Therapieverfahren zu informieren, die Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze kritisch zu beleuchten und Empfehlungen für geeignete Behandlungsmaßnahmen zu geben.

Gleichzeitig bestand die Möglichkeit, das psychosomatische Behandlungskonzept, Räumlichkeiten und Ausstattung der Klinik Schwedenstein kennenzulernen, die seit Jahren eine qualitativ hochwertige Behandlung auf dem neuesten Stand für Patientinnen und Patienten mit chronisch-komplexem Tinnitus und damit verbundenen anderen Erkrankungen des Gehörs (Morbus Menière, Hyperakusis, rezidivierende Hörstürze) anbietet.

Die verschiedenen Perspektiven der Tinnitus-Therapie waren durch die anwesenden Referentinnen und Referenten aufs Beste repräsentiert: Als gelernter Hörgeräteakustiker-Meister und promovierter Diplom-Psychologe zeigte Herr Dr. Haer-

kötter aus Wiesbaden Ansatzpunkte und psychologische Methoden in der Tinnitus-Therapie und die Notwendigkeit einer optimalen Hörgeräteversorgung auf. Dazu präsentierte er äußerst aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse einer umfangreichen Behandlungsstudie, in der verschiedene Methoden der Tinnitus-Therapie verglichen wurden. Fazit ist, dass sich sowohl bei leichter als auch bei schwerer Tinnitus-Belastung mit langer Erkrankungsdauer hervorragende Behandlungsergebnisse in Bezug auf Lebensqualität und Tinnitus-Belastung erzielen lassen, wenn eine angemessene Behandlungsintensität und die richtige Methode gewählt wird.

Herr Dr. Bohndorf aus Kamp-Lintfort beleuchtete aus HNO-ärztlicher Sicht die Thematik des Umgangs mit Tinnitus in der ambulanten Praxis. Dabei ging er auf Ursachen, notwendige diagnostische Maßnahmen und Beratung in der HNO-ärztlichen Praxis in Hinblick auf eine zielgenaue Weiterbehandlung ein, wobei er auch vor unseriösen, in ihrer Wirksamkeit nicht ausreichend wissenschaftlich belegten Behandlungen warnte.

Einen lebhaften und anschaulichen Einblick in die Praxis der psychosomatischen Behandlung in der Klinik Schwedenstein vermittelte das therapeutische Team der Tinnitus-Station. Die beteiligten Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen, Körper- und Kreativtherapeutinnen und -therapeuten demonstrierten ihre Arbeitsweise anhand von praktischen Beispielen und Übungen unter Einbeziehung des Publikums. Besonderer Dank gilt an dieser Stelle einer ehemaligen Patientin, die ihre eigenen Erfahrungen und Gefühle im Lauf der Behandlung ausführlich und in bewegender Eindringlichkeit schilderte, wodurch die Inhalte der Therapie in der Klinik Schwedenstein für die Anwesenden aus einer sehr persönlichen Sicht erlebbar wurden.

Auf die wissenschaftliche Grundlage dieser Therapie ging der Leitende Psychologe der Tinnitus-Station, Herr Dr. Leibbrand, in seinem nachfolgenden Vortrag ein, in dem er die gute Wirksamkeit des Therapiekonzeptes der Klinik Schwedenstein mit Zahlen belegte.

Zum Abschluss der Veranstaltung formulierte die Präsidentin der DTL, Frau Elke Knör, ein vehementes Plädoyer für Eigeninitiative und Mündigkeit der Betroffenen. Ihre Botschaft: Aus »behandelten« Patienten sollen »handelnde« Betroffene werden.

Daneben bestand Gelegenheit, die Klinik Schwedenstein zu besichtigen, sich an Bücherständen zu informieren, ausgestellte Bilder von Tinnitus-Patientinnen und -Patienten zu betrachten oder örtliche Spezialitäten (Pulsnitzer Pfefferkuchen) zu verkosten.

Mit annähernd 250 Interessierten fand das 1. Sächsische Tinnitus-Symposium ein hervorragendes Echo, welches den ungebrochenen Bedarf für intensive Therapiemaßnahmen beim chronisch-komplexen Tinnitus dokumentiert.

R. Leibbrand

## Programm des 1. Sächsischen Tinnitus-Symposiums

Referentinnen/Referenten	Thema
Dr. med. Kornelia Sturz Ärztliche Direktorin Klinik Schwedenstein Elke Knör Präsidentin der Deutschen Tinnitus-Liga Dr. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand Leiter des Tinnitus-Zentrums Klinik Schwedenstein	Begrüßung
Dr. Dipl.-Psych. Christian Haerkötter Hörgeräteakustikermeister Wiesbaden	Vorgehen und Wirksamkeit der psychotherapeutischen Tinnitusbehandlung
Dipl.-Psych. Ursula Rickert, Corinne Gaidies, Ärztin, Doris Gabriel und Anne Walther, Kreativtherapeutinnen, Ingolf Roch, Körpertherapeut der Tinnitus-Station Klinik Schwedenstein	Vorstellung einer Fallbehandlung aus der Klinik Schwedenstein
Dr. med. Michael Bohndorf HNO-Arzt, Kamp-Lintfort	Umgang mit Tinnitus in der HNO-Praxis
Dr. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand Leiter des Tinnitus-Zentrums Klinik Schwedenstein	Verlaufsuntersuchungen zur Wirksamkeit der stationären Tinnitusbehandlung in der Klinik Schwedenstein
Elke Knör Präsidentin der DTL Wuppertal	Tinnitus, was tun? Vom behandelten zum handelnden Patienten

Tagungen, Seminare und Kurse

Thema	Referentinnen/ Referenten	Veranstalter
17./18.1., 31.1./1.2., 14./15.2., 21./22.3. 2-tägiger Grund- bzw. Fortführungskurs/Skills-Training »Dialektisch Behaviorale Psychotherapie von Borderline-Störungen nach M. Linehan«	Beckmann, C., Faulmann, A., Trainer des DBT-Teams der Uniklinik Freiburg (Arbeitsgruppe Bohus)	Klinik Schwedenstein
28.2. bis 2.3. und 7. bis 9.11. Workshop »Posttraumatische Belastungsstörung bei Anwendung von Möglichkeiten der Konzentrativen Bewegungstherapie«	Schulze, H., Pulsnitz	Klinik Schwedenstein
20./21.5. Tagung des Bundesverbandes der Unfallkassen »Ausschuss Rehabilitation« Vortrag über psychosomatische Medizin	Sturz, K., Dr., Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Bundesverband der Unfallkassen in der Klinik Schwedenstein
20. bis 22.6. Seminar Psychotraumatologie – »Therapie von posttraumatischen Belastungsstörungen« – Imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT)	Smucker, M. R., Prof., Medical College of Wisconsin	Klinik Schwedenstein
3./4.10. Kongress »Zur Diagnostik und Therapie narzisstischer Persönlichkeitsstörungen«  Vorträge: · Die Psychotherapie des Selbst – Selbstrepräsentationen, Selbstwert und Selbstregulation des Narzissten · Wie man die Selbstregulation beim Säugling fördern kann · Angeber haben mehr vom Leben – vom evolutionären Eigennutz zum Narzissmus · Perversionen als narzisstische Störungen · Gesellschaft und Narzissmus · Zum destruktiven Narzissmus · Narzisstische Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen mit narzisstischer Störung – zur Unterscheidung zwischen frühem und adolescentem Narzissmus · Wie hilfreich ist das AAI bei der Diagnostik narzisstischer Störungen – ein Analytiker und eine Bindungsforscherin im Gespräch	Baumeister, C., Dr., Bad Gottleuba Buchheim, A., Dr., Ulm Cierpka, M., Prof. Dr., Heidelberg Duncker, H., Dr., Moritzburg Geyer, P., Furth im Wald Höll, R., Dr., Berggießhübel Hohage, R., PD Dr., Blaustein Israel, M., Dr., Dresden Joraschky, P., Prof. Dr., Dresden Kächele, H., Prof. Dr., Ulm Keller, A., Dr., Dresden Pfäfflin, F., Prof. Dr., Ulm Pöhlmann, K., PD Dr., Dresden Ponesicky, J., Dr., Berggießhübel	Gemeinsamer Kongress der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum der TU Dresden Prof. Dr. Joraschky, P., Klinik Schwedenstein, Pulsnitz Dr. Sturz, K., Median-Klinik, Berggießhübel, Dr. Höll, R., Evang. Fachklinik Heidehof, Moritzburg Dr. Duncker, H., Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gesundheitspark Klinik Bad Gottleuba, Dr. Baumeister, C.

	Thema	Referentinnen/ Referenten	Veranstalter
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Falldiskussion zur Therapie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen</li> </ul>	Simmich, T., Dr., Dresden	
	Seminare:		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Narzisstische Krisen</li> <li>· Selbstwert und Familienselbstwert – narzisstische Störungen und Soziale Phobie</li> <li>· Sexualstörungen als narzisstische Störungen</li> <li>· Sozial-emotionales Lernen mit FAUSTLOS</li> <li>· Kasuistisches Seminar zum Vortrag</li> <li>· Bindung und Selbstwert</li> <li>· Kognitive Verhaltenstherapie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen</li> <li>· Narzissmus, Macht und Destruktivität. Individuelle und kollektive Aspekte</li> <li>· Körperpsychotherapeutisches Seminar. Vom Ich zum Wir</li> </ul>	Uhl, M., Dr., Siegen Wirth, H.-J., PD Dr., Gießen	
10.10.	Seminar »Heilserwartungen der Älteren«	Radebold, H., Prof. Dr., Kassel	Klinik Schwedenstein
21./22.11.	Seminar »Gruppentherapie« <ul style="list-style-type: none"> <li>· Kurz- versus Langzeittherapie</li> <li>· Gruppen- versus Einzeltherapie</li> <li>· Gruppen-Formate</li> <li>· Gruppen-Indikation und -Prognose/ Maßnahmen vor Gruppen-Beginn</li> <li>· Leitungstechnik</li> <li>· Umgang mit dem Faktor »Zeit«</li> </ul>	Tschuschke, V., Prof. Dr., Köln	Klinik Schwedenstein
20. bis 22.10.	Kurs »Psychosomatische Krankenpflege« <ul style="list-style-type: none"> <li>· Reaktionen nach Traumatisierungen</li> <li>· Persönlichkeitsstörungen – Borderline-Störungen</li> <li>· Ausdrucksformen</li> <li>· Essstörungen</li> <li>· Angst – Ursachen und Auswirkungen</li> <li>· Umgang mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen und Patienten</li> <li>· Psychotherapie bei Psychosepatientinnen und -patienten</li> <li>· Körpertherapie in der Psychosomatik</li> <li>· unklare körperliche Beschwerden</li> <li>· Konzeptvorstellung der Tinnitus-Station</li> <li>· Klinikführung und -vorstellung</li> <li>· Pflege in der Psychosomatik</li> </ul>	Glasow, C., Götze, M., Jahns, B., Korall, K., Müller, B., Podszun, M., Rickert, U., Roch, I., Schniebel, M., Stadler, P., Winter, A., , Pulsnitz	Klinik Schwedenstein in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe

## FORSCHUNGSPROJEKTE

In der folgenden Tabelle sind abgeschlossene, in Arbeit bzw. in Vorbereitung befindliche Forschungsprojekte aufgeführt. An dieser Stelle bedanken wir uns sehr bei den Patientinnen und Patienten, die an den Projekten teilgenommen haben.

Darüber hinaus haben wir mit den beteiligten Forschungsinstituten und Kostenträgern kompetente und zuverlässige Partnerinnen und Partner für eine Zusammenarbeit gewinnen können, bei denen wir uns ebenfalls bedanken möchten.

Dilcher, K. Sturz, K., Dr.	Stationäre psychosomatische Behandlung von Unfallopfern im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung. Arbeitsfähigkeit und soziales Funktionsniveau nach sechs Monaten, ein Jahr und drei Jahren. Ein Pilotprojekt	Klinik Schwedenstein in Kooperation mit den Berufsgenossenschaften 2002-2004
Dilcher, K. Albrecht, K.	Kurz- und Langzeiteffekte der stationären Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Störungen. Evaluation eines spezifischen Behandlungssettings - 6-Monats-, 1-Jahres- und 3-Jahres-Nachuntersuchung	Klinik Schwedenstein, Pulsnitz 2003 abgeschlossen
Dilcher, K. Winter, A. Weins, A. Sturz, K., Dr.	Stationäre Dialektisch Behaviorale Therapie bei Borderline-Patientinnen und Patienten. Evaluation eines neuen Behandlungssettings.	Klinik Schwedenstein, 2004-2005
Dilcher, K. Sturz, K., Dr.	Evaluation und Langzeiteffekte der stationären Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) - 1-Jahres-Nachuntersuchung.	Klinik Schwedenstein, Pulsnitz 1998-2004 teilweise abgeschlossen
Schröder, B. Dilcher, K.	Dissoziative Symptomatik bei traumatisierten Patientinnen und Patienten - methodische Aspekte der Status- und Veränderungsmessung	Klinik Schwedenstein, Pulsnitz 2003

## PUBLIKATIONEN

---

- Leibbrand, R. & Hiller, W. (2003). Cognitive behavior therapy for functional gastrointestinal disorders: Is group treatment effective? *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 242 - 248
- Leibbrand, R. & Hiller, W. (2003). Krisenintervention. In: Leibing, E., Hiller, W. & Sulz SKD (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3: Verhaltenstherapie*, S. 449 - 457. München: CIP-Medien
- Leibbrand, R. & Hiller, W. (2003). Gastrointestinale Erkrankungen. In: Leibing, E., Hiller, W. & Sulz SKD (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3: Verhaltenstherapie*, S. 391 - 398. München: CIP-Medien
- von Heymann, F., Zaudig, M., Tritt, K., Sprenger, B. et al. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 62, 209 - 221
- Ulbrich, C. (2003). Rezensionen des Brief symptom inventory - BSI, Angstbewältigungsinventar - ABI, Hospital anxiety and depression scale - HADS-D, State-Trait-Angstinventar - STAI und Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit - KKG. In: Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.), *Psychologische Tests für Mediziner*. Berlin, Heidelberg: Springer

## EXTERNE AKTIVITÄTEN

### Fortbildungen – Vorträge – Dozententätigkeit

	Thema	Referentinnen/ Referenten Dozentinnen/ Dozenten	Veranstalter
25.1.03	Vortrag »Borderline-Symptome als Regressionsphänomene«	Anderssen- Reuster,U., Dr., Pulsnitz	Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie – Regionalinstitut im Sächsi- schen Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psycho- somatische Medizin e.V.
14.2.03 11.4.03	Workshop · Wer für was, wer wohin? · »Zurechtfinden in den Fächern« · Rollenspiele und Gesprächsführung	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Dresden – für Reha- Beraterinnen und Berater
17.3.03	Vortrag »Untersuchungen, Psychischer Befund und psychologische Testungen«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Dresden
21.3.03	Vortrag »Einführung – psychosomatische Unfallfolgen«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltung Dresden
3.4.03	Vortrag »Therapeutische Vertragsarbeit«	Jäger, M., Pulsnitz	Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin des Städt. Klinikums Görlitz GmbH
22.5.03	Kurzvortrag »Evaluationsergebnisse stationärer Traumatherapie im deutsch- sprachigen Raum« – im Rahmen der Arbeitsgruppe stationäre Traumatherapie der DeGPT	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	VIII European Conference on Traumatic Stress 21.-25.5.03 in Berlin
26./27.5.03	Vortrag »Burn-out in der sozialen Arbeit«	Hoppe, S., Dr., Pulsnitz	Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen e.V. – Krebsnachsorge Ostsachsen, Görlitz
27.5.03	Referat »Lebensbilder – Lebensrealität und therapeutische Annäherung«	Jäger, M., Pulsnitz	Gesundheitsamt Görlitz – Psychiatriekoordinatoren- Tagung in Meißen



	Thema	Referentinnen/ Referenten Dozentinnen/ Dozenten	Veranstalter
27.5.03	Vortrag »Psychotraumatologie - Grundlagen«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Grundkurs »Stressmanagement/ Einsatznachsorge« des Kriseninterventionsteams Leipzig e.V. (KIT)
5.6.03	Vortrag »Täterinterview«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin des Städt. Klinikums Görlitz GmbH
28.5.03	Vortrag »Posttraumatische Belastungsstörungen«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	Landratsamt Bautzen, Sozialpsychiatrischer Dienst Kamenz und Bautzen
29./30.8.03	Präsentation »Bio-Feed-Back-Verfahren« Theorie und Praxis	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych., Pulsnitz	7. Symposium zur Trauma- tologie der Wirbelsäule - Berufsgenossenschaftliche Akademie für Arbeitssicher- heit und Gesundheitsschutz, Dresden
2.9.03	Referat »Langzeitfolgen schwerer traumatisierender Polizei- und Rettungseinsätze«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Landespolizeischule Sachsen, Dezentrales Beratungsteam, Bautzen
12. bis 17.9.03	Seminar »Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	11. Weimarer Psychotherapiewoche
7.10.03	Vortrag »Posttraumatische Belastungsstörungen«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Brand- und Katastrophen- schutz Dresden, Fortbildung für Notärzte
11.10.03	Vortrag »Hilfe für Helfer - Einsatz- nachsorge für Feuerwehr und Rettungsdienst«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	1. Leipziger Symposium für Krisenintervention und Notfallseelsorge - Kriseninter- ventionsteam Leipzig e.V. (KIT)
4.7.03 28.10.03	Workshop »Gesprächstechniken mit Rollenspiel bei Unfallverletzten«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltung Dresden

	Thema	Referentinnen/ Referenten Dozentinnen/ Dozenten	Veranstalter
16. bis 28.10.03	Workshop »Anwendung des Qi Gong bei der Behandlung von Essstörungen«	Schmidt, B., Pulsnitz	11. Internationale Wissen- schaftliche Tagung - Kongress Essstörungen 2003 - im Congress Centrum Alpbach, Tirol/Österreich
4.11.03	Vortrag und Diskussion zum Thema »Kein Stress mit dem Stress«	Kawa, C., Dipl.-Med., Schröder, C., Dipl.-Psych., Pulsnitz	Herzwoche 2003 - Gesundheitstag der Deutschen Herzstiftung im Gesundheitsamt Kamenz
7./8.11.03	Workshop »Verhaltenstherapeutische Krankheitslehre und Indikation - Erstinterviewtechnik, problem- bezogene Gesprächsführung, Verhaltensanalyse«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych., Pulsnitz	TUDIAS, Dresden
15.11.03	Podiumsbeitrag »Vernetzung stationärer und ambulanter Therapieangebote bei schweren dissoziativen Störungen«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Mokry, J., Dipl.-Psych., Pulsnitz	10. Fachtagung der ISSD in Bielefeld
19.11.03	Podiumsdiskussion zum Thema »Esstörungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Pulsnitz	4. Sächsischer Psychotherapeutentag - organisiert durch BDP/ VPP Sachsen und DGPM Landesverband Sachsen
22.11.03 und 6.12.03	Workshop »Somatoforme Störungen«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych., Pulsnitz	Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie der Johann-Wolfgang-Goethe- Universität Frankfurt/M.

## Fernseh-, Rundfunk- und Pressebeiträge

	Thema	Referentinnen/ Referenten	Veranstalter
01/03	Artikel »Tinnitus-therapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin Schwedenstein unter neuer Leitung«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych., Pulsnitz	Tinnitus-Forum 1-2003
14.3.03	Interview zum Thema »Essstörungen«	Jäger, M., Pulsnitz und 2 Patientinnen der Klinik Schwedenstein	SWR – Südwestrundfunk – Jugendprogramm »Das Ding«
09/03	Artikel »Chronischer Tinnitus – was kommt nach der Akutbehandlung?« – Rückblick auf das 1. Sächsische Tinnitus-Symposium	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych., Pulsnitz	Tinnitus-Forum 3-2003
4.9.03	Filmbeitrag und Interview »Folgen von Traumatisierungen«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	TV-Sendung – MDR »Hier ab 4«
7.9.03	Artikel »Burn-out in der Pflege – Pflege ist eine Aufgabe zwischen Erfüllung und Frustration«	Schniebel, M., Dipl.-KS, Pulsnitz	Kath. Wochenzeitung – Bistum Dresden-Meißen
09/03	Artikel »Aus der Sicht der Rehabilitation – Apsekte der Selbsthilfe im Setting einer Ess-Störungsstation«	Glasow, C., Pulsnitz	NAKOS-EXTRA 34 (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
2.10.03	Filmbeitrag und Interview »Kindesmisshandlung«	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	TV-Sendung – MDR »Hier ab 4«
29.11.03	Inverview zum Thema »Essstörungen«	Jäger, M., Pulsnitz	Beitrag der Sächsischen Zeitung anlässlich einer Fachtagung zu Ess- störungen in Dresden

Prävention und Information

Referentinnen/ Referenten	Thema	Veranstalter/Ort/Datum
Behandler- team der Station für Essstörungen Abt. I	Offene Informationsabende »Essstörungen/ Esssucht« für Essgestörte, Angehörige, Behandler, Interessierte	Klinik Schwedenstein 11.3.2003 10.6.2003 30.9.2003
Heüveldop, F., Abt. I	Beratung und Informationsaustausch	Jugendwohngemeinschaft Rammenau/Betreutes Wohnen 11.2.2003
Hänisch, D., Hartenstein, B., Korall, K., Abt. I	Informationsstand zum Thema »Essstörungen«	Sächsisches Treffen zur Suchtprävention in Dresden 5.3.2003
Glasow, C., Abt. I	NAKOS-Workshop »Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehakliniken« Referat zum Thema »Aspekte der Selbsthilfe im Setting einer Essstörungsstation«	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin 9.3.2003
Dilcher, K., Jäger, M., Glasow, C., Abt. I	Fertigstellung Informationsbroschüre »Essstörungen« (wurde bisher noch nicht veröffentlicht)	Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie Sachsen 2/2003
Glasow, C., Flache, B., Abt. I	Vortrag zum Thema »Essstörungen/ Esssucht«	Aktionskreis Suchtprophylaxe Bautzen 26.2.2003 Mittelschule Arnsdorf - Lehrer, Schüler und Eltern 15.5.2003 Jugendring Bischofswerda - Sozialarbeiter, Berater und sonstige Interessierte 26.6.2003 Gymnasium Bautzen - Schüler der 10. Klasse 24.10.2003
Schniebel, M., Pflegedienst- leiterin	Vortrag zum Thema »Krankheitsbilder in der psychosomatischen Klinik« sowie Klinikführung	Institut für Gesundheit und Soziales Großröhrsdorf - Schüler: 5.4.2003 13.6.2003 28.11.2003 Institut für Gesundheit und Soziales Großröhrsdorf - Pflegedienst- leiterinnen in Ausbildung: 2.6.2003

Referentinnen/ Referenten	Thema	Veranstalter/Ort/Datum
Heüveldop, F., Abt. I	Podiumsdiskussion zum »Sucht- und Drogenpräventionsprojekt«	Melanchtonschule Bautzen 25.9.2003
Pohl, C., Abt. I	Betreuung »Selbsthilfegruppe für Angehörige von Essgestörten« »Selbsthilfegruppe für Essgestörte«	KISS Dresden
Glasow, C., Buschmann, R., Abt. I	Selbsthilfegruppe »Esskapade« für zurzeit stationäre und ehemalige Patientinnen und Patienten	Klinik Schwedenstein seit 9/2002
Pohl, C., Glasow, C., Abt. I	Workshop »Droge Essen«	Frauzentrum »Medea« Dresden 23.10.2003
Dilcher, K., Abt. I	Vortrag zu Behandlungsmöglichkeiten in einer psychosomatischen Klinik mit Klinikführung	Exkursion – Psychologie- Studentinnen und Studenten der Universität Chemnitz Klinik Schwedenstein 7.11.2003
Schmidt, B., Flache, B., Dilcher, K., Abt. I	Ehemaligen-Treffen der Essstörungsstation unter dem Motto »Sich wiedersehen, sich austauschen und voneinander lernen«	Klinik Schwedenstein 22.11.2003
Schniebel, M., Pflegedienst- leiterin, Dilcher, K. Leitender Psychologe Abt. I	Vortrag zum Thema »Krankheitsbilder in der psychosomatischen Klinik« sowie Klinikführung – Austausch zu Versorgungsauftrag, betriebswirtschaftlichen Aspekten und Qualitätssicherung	Besuch einer ungarischen Delegation des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, Budapest 4.12.2003
Schmidt, B., Glasow, C., Abt. I	Seminar zum Thema »Essstörungen« sowie Klinikführung für Mitglieder der Gewerkschaft IG Bergbau, Chemie, Energie	IG Bergbau, Chemie, Energie und Klinik Schwedenstein 6.12.2003
Fuchs, K., Dr., Oberärztin Abt. IV	Information über Therapien für Psychose-Patientinnen und -Patienten sowie Klinikführung	GESOP – Gemeinnützige Gesellschaft für die gemeindenahe sozialpsychia- trische Versorgung in Dresden mbH Klinik Schwedenstein 15.12.2003

## INTERNE FORTBILDUNGEN

	Referentinnen/Referenten	Themen
3.1.03	Hoppe, S., Dr., Pulsnitz	»Psychischer Befund«
10.1.03	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	»Gruppentherapie, allgemeine Grundlagen«
24.1.03	Peichl, J., Dr., Nürnberg	»Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse – Grundannahmen der Bindungstheorie von John Bowlby und Marie Ainsworth«
7./8.2.03	Freyberger, H. J., Prof. Dr., Stralsund	»Trainingsseminar zur operationalisierten psychodynamischen Diagnostik« Einführungskurs
7.3.03	Weber, F., Prof. Dr., Senftenberg	»Therapie chronischer Schmerzen – gemeinsames Anliegen« Ein Beitrag aus Sicht des dankbaren(!) Schmerztherapeuten
4.3.03	Woletz, K., Bautzen	»Drogenszene – Basiswissen – Prävention«
28.3.03	Rothe, H.-M., Dr., Görlitz	»Operationalisierte psychodynamische Diagnostik und strukturbezogene Psychotherapie«
14.4.03	König, F., Dr. Bad Soden-Salmünster	»Wechselwirkungen von Psychopharmaka«
11.4.03	Sturz, K., Dr., Pulsnitz	»Gruppentherapie« – Vorbereitung der Patientinnen und Patienten
9.5.03	Flachowsky, W., Pulsnitz	»Internistische Notfälle in unserem Klinikalltag«
23.5.03	Walther, A. und Flache, B., Pulsnitz	»Neue Trends im Bereich der Kunst- und Körpertherapie« – Praxisbeispiele aus verschiedenen Therapiesettings der Klinik
27.6.03	Leibbrand, R., Dr. phil., Dipl.-Psych., Pulsnitz	»Konzeptvorstellung der Tinnitusbehandlung«
22.8.03	Brücker, S., Dr., Schmidt, B., Flache, B., Pulsnitz	»Therapie der Essstörungen anhand von drei Beispielen: Anorexia nervosa, Bulimie und Psychogene Essattacken«
29.8.03	Hoffmann, S. O., Prof. Dr., Mainz	»Die Konversion – Ein altes Konzept der Psychosomatischen Medizin aus heutiger Sicht«

	Referentinnen/Referenten	Themen
19.9.03	Nestler, C., Dr., Pulsnitz	»Diabetes mellitus« Grundlagen - Therapie - Notfälle
26.9.03	Hofmann, A., Cominotto, J., Pulsnitz	»Praxis der Körper- und Kunsttherapie«
10.10.03	Radebold, H., Prof. Dr., Kassel	»Gerontopsychosomatik«
17.10.03	Böttcher, H. F., Dr. phil., Dipl.-Psych., Dresden	»Entwicklungsprozesse und Interventionen in der Gruppen-Psychotherapie«
24.10.03	Leibbrand, R., Dr. phil., Dipl.-Psych., Pulsnitz	»Grundlagen und Prinzipien der Behandlung somatoformer Störungen«
14.11.03	Rudolph, F. M., Dr., Bad Kreuznach	»Stressmanagement und Problemlösung«
28.11.03	Leibbrand, R., Dr. phil., Dipl.-Psych., Pulsnitz	»Standarddiagnostik nach ICD 10« Teil II - Praktisches Vorgehen
12.12.03	Jäger, M., Dresden	»Differenzialdiagnose epileptischer und dissoziativer Anfälle« (einschließlich der psychotherapeutischen Möglichkeiten zur Vorbeugung epileptischer Anfälle)



## KUNST UND KULTUR

### Aktivitäten des Kulturrates

- Kontakte zum Lessing-Museum Kamenz und Vorbereitung verschiedener Museumsbesuche
- »Der Ketzer von Soana« - Geschichte von Gerhart Hauptmann, gelesen von Albrecht Goette, Staatsschauspiel Dresden mit Flötenspiel von Heide König aus Dresden
- »Koffeingetränktes Schreiben« - Literaten im Café - Dr. Mirelle Carbon und Joachim Jury aus dem schweizerischen Nietzsche Haus in Sils-Maria
- »Delirium« Ohrwürmer und musikalische Glücksfälle aus besten Jahrgängen - mit dem Ensemble um Cornelia Schumann vom Staatsschauspiel Dresden
- Gitarren- und Flötenmusik - Frau Leitritz und Begleitung
- »Reich der Klangfarben - Jazz-Improvisationen« - mit Andreas Böttcher und Friedbert Wissmann aus Dresden
- »Lodi Musical« - Adventsmusik mit Gesang und Viola da Gamba und Cembalo
- Lesung »Sagen und Bilder aus der sächsischen Lausitz« - mit Autor Frank Kreisler

### Ausstellungen/ Projekte

Mai-Juli	Labyrinth-Projekt der Abteilung III - siehe bitte Artikel Seite 38
Juni-Juli	In Zusammenarbeit mit der Künstlerin und Fotografin Sibylle Fendt entstand auf der Essstörungsstation ein dreiwöchiges Fotoprojekt mit dem Arbeitstitel »Problem-Zonen«. Im Rahmen der intensiven Auseinandersetzung der Patientinnen vor allem zu den Themenbereichen Selbstbild, Fremdbild, Körperbild entstanden auch gemalte Arbeiten, welche in einer Ausstellung im Glasgang der Klinik gezeigt wurden.
Juli	Sommerfest der Klinik Schwedenstein für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Gemeinsames Frühstück - Eröffnungstanz - Chorbeitrag - Gehen auf der Joggingstrecke für ältere Patientinnen und Patienten mit Quiz - Pfefferkuchen-Dekoration - Aktionsstand zum Sommerprojekt Labyrinth - Erste-Hilfe-Kurs - Videofilm über das alte Handwerk des Bürstenmachens - Luftballon-Figurenbau - Volleyball - Spiele für Kinder - Kuchen- und Getränkebasar - Theateraufführung »Mutige Patientinnen und Patienten in der Klinik Schwedenstein« - Zauberei - Akrobatik - Wiener Lieder mit Zither - Traum- und Fühlstation - Gesangsvortrag - Boule-Wettbewerb - Kreistänze - Knobeln - Freiluftatelier - Spiele Erwachsener aus alten Zeiten, Fahrradparcours - Grillabend und »Schwedenfeuer«

## KOOPERATIONEN

### Kooperationen mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, Mitgliedschaften, Vorstandstätigkeiten

#### Kooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen:

Klinik und Lehrstuhl für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie der TU Dresden,  
Prof. Dr. P. Joraschky

Klinik und Lehrstuhl für Psychotherapie  
und Psychosomatische Medizin  
der Universität Leipzig  
Prof. Dr. M. Geyer

Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie der TU Dresden,  
Prof. Dr. W. Wittchen

Klinik und Lehrstuhl für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
der Universität Mainz  
Prof. Dr. S. O. Hoffmann

Institut für Klinische Psychologie  
der Universität Köln und Deutsches Institut  
für Psychotraumatologie,  
Prof. Dr. G. W. Fischer

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung,  
Bad Säckingen,  
Prof. Dr. W. H. Jäckel, Dr. N. Gerdes

Institut und Poliklinik für Medizinische  
Psychologie Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Prof. Dr. Dr. U. Koch

Klinische Psychologie und Psychotherapie  
der Johannes Gutenberg Universität Mainz  
Prof. Dr. rer. nat. W. Hiller

Forschungsgesellschaft für angewandte  
Systemsicherheit und Arbeitsmedizin mbH -  
Arbeitsmedizinisches Präventionszentrum Erfurt  
Dr. Dipl.-Psych. M. Materne

Lehrstuhl für Medizintechnik  
an der Universität Witten-Herdecke,  
Lehrstuhlinhaber  
Prof. Dr. P. F. Matthiessen

#### Mitgliedschaft in Fachverbänden:

Deutsche Gesellschaft  
für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)

Deutsche Gesellschaft  
für Psychosomatische Rehabilitation (DGPR)

Deutsches Kollegium  
für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Bund Deutscher Internisten (BDI)

Bund Deutscher Psychologen (BDP)

Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)

Sächsische Gesellschaft  
für Endokrinologie und Stoffwechsel

Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie -  
Fachgruppe Klinische Psychologie (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Biofeedback (DGBfB)

Deutsche Gesellschaft  
für Verhaltensmedizin (DGVM)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse,  
Psychotherapie, Psychosomatik  
und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Bundesverband  
der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

Sächsische Gesellschaft für Nervenheilkunde

Sächsisches Institut für Psychoanalyse  
und Psychotherapie e.V. (SPP)

Fördernde Mitgliedschaft in folgenden Organisationen:	Dozententätigkeit:
Deutschsprachige Gesellschaft für Traumatologie (DeGPT)	Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e.V. (SWK)
Deutsche Crohn- und Colitis-Vereinigung (DCCV)	Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie
Deutsche Tinnitusliga	Institut für Gesundheit und Soziales Großröhrsdorf
Mitarbeit in Arbeitsgruppen:	Moritzburger Diakonische Bildungsakademie
Sächsische Landesdirektorenkonferenz Psychosomatischer Kliniken	Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden (TUDIAS)
Qualitätsmanagement in psychosomatischen Kliniken:	Gutachten- und Beratungstätigkeit:
Qualitätszirkel »Stationäre psychosomatische Therapie des chronischen Tinnitus«	Sächsisches Sozialgericht Chemnitz, Leipzig
Qualitätszirkel »Netzwerk Psychotraumatologie« Sachsen	Berufsgenossenschaft Bergbau
Leitlinienentwicklung der stationären Traumatherapie (DeGPT)	Berufsgenossenschaft Fahrzeughaltung
Psychosomatische Pflege (Sachsen/Sachsen-Anhalt) im Deutschen Berufsverband für Krankenpflege	Verwaltungsberufsgenossenschaft Dresden
Arbeitsgruppe Krisenintervention - Entwicklung neuer Konzepte unter Leitung des Sächsischen Innenministeriums und Kriseninterventionsteams (KIT)	Berufsgenossenschaft für Einzelhandel Berlin
	Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft Gera
	Unfallkasse Sachsen
	Unfallkasse Thüringen
Beiträge zum Qualitätsmanagement:	Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen außerhalb und in der Klinik:
Assessoren-Mitgliedschaft European Federation of Quality Management (EFQM)	Selbsthilfegruppe für Essstörungen
Beteiligung am QS-Programm der Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation - Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie	Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige (AA)
	Tinnitus-Selbsthilfegruppe Dresden
	Selbsthilfegruppe für Essgestörte in Dresden und Kamenz
	Angehörigengruppe für psychisch Kranke

Angehörigengruppe  
von Alkoholkranken (Alanon)

Angehörigengruppe für Essgestörte

Kontaktbüro für Selbsthilfegruppen (KISS)  
in Dresden

Opferhilfe Dresden und Bautzen

Konsiliar- und Liaisondienst:

Klinik Schloß Pulsnitz:  
Neurologie  
Neurochirurgie

Ambulante Angebote  
der Klinik Schwedenstein:

Ambulanzen für Patientinnen und Patienten mit:

Borderline-Syndrom  
Persönlichkeitsstörungen  
Posttraumatische Belastungsstörungen  
Essstörungen  
Chronisch komplexem Tinnitus  
Somatoformen Störungen/  
psychovegetativen Erkrankungen  
Funktionellen Schmerzsyndromen  
Depressionen  
Angststörungen

## AUS- UND WEITERBILDUNG – THERAPEUTISCHES PERSONAL

### Weiterbildungen

Abgeschlossene Ausbildungen Ärztinnen/Ärzte:		Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V.
Facharztausbildungen:		Dresdner Akademie für Psychotherapie (DAP)
Fachärztinnen für Psychiatrie	2	Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden (TUDIAS)
Ärztin für Psychiatrie	1	
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin	2	
Facharzt für Innere Medizin	1	Supervision:
Fachärztin für Innere Medizin	1	Dipl.-Soz.-Päd. Hanna Herty, Coaching & Supervision (DGSv) sowie Training & Organisationsberatung, Nürnberg
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitationsmedizin	1	
Facharzt für Allgemeinmedizin	1	
Fachärztin für Allgemeinmedizin	1	
Zusatzbezeichnungen:		Dipl.-Psych. Michaela Huber, 1. Vorsitzende der dt. Sektion der ISSD, Mitbegründerin des Zentrums für Psychotraumatologie in Kassel, Göttingen
Psychotherapie	2	
Psychoanalyse	1	
Sozialmedizin	1	
Naturheilverfahren	1	
Rehabilitationswesen	1	Prof. Dr. Wolfgang Weigand, Supervisor (DGSv), Gruppendynamischer Trainer (DAGG) und Organisationsberater, Berlin
Abgeschlossene Weiterbildungen:		Supervision durch Mitarbeiter der Klinik für andere Einrichtungen:
Facharztstitel in der Klinik	10	
Approbierte Psychologinnen/Psychologen	6	
Approbierter Körperpsychotherapeut	1	
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung:		Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie an der TU Dresden (TUDIAS)
zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	1	Doktoranden:
zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	3	Dipl.-Psych. Klaus Dilcher Raichat Lianova Jana Glock
Zusatztitel Psychotherapie	3	
Psychologinnen/Psychologen in Weiterbildung:	7	Weiterbildungsermächtigung:
Kooperationsverträge mit psycholo- gischen Ausbildungsinstituten:		für Psychotherapeutische Medizin – 3 Jahre – Dr. med. Kornelia Sturz für Psychiatrie – 1 Jahr – Dr. med. Ulrike Anderssen-Reuster
Sächsischer Weiterbildungskreis für Psycho- therapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e. V. (SWK)		
Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie		

## Diplomandinnen

---

Albrecht, Katja  
Effektivität einer stationären Psychotherapie  
für Patientinnen und Patienten  
mit Borderline-Persönlichkeitsstörung  
in einer Klinik für Psychosomatische Medizin  
Dresden: Technische Universität

Schröder, Bettina  
Validierung des Fragebogens zu Dissoziativen  
Symptomen (FDS) an einer Stichprobe stationär  
behandelter Patientinnen und Patienten  
mit Posttraumatischer Belastungsstörung.  
Dresden: Technische Universität

## Praktikantinnen und Praktikanten

### Psychologie

Wagner, Birgit  
 Schenker, Anett  
 Martini, Julia  
 Leonhardt, Claudia  
 Gromora, Elena  
 Koch, Jaqueline  
 Nennewitz, Constance  
 Oehmig, Franziska

### Forschung

Pixa, Anja  
 Haufe, Martina

### Badeabteilung

Gäbler, Kathrin  
 Synatzschke, Ines  
 Elstner, Elen  
 Hohlfeld, Anja  
 Brückner, Anja  
 Winkelmann, Anja  
 Postoll, Stephanie  
 Barwanitz, Luisa

### Kreativtherapie

Fendt, Sybille  
 Wendler, van Aahn

### Service/Hauswirtschaft

Wagner, Dagmar-Sabine  
 Richter, Birgit  
 Böhme, Sandra  
 Prescher, Franziska  
 Große, Kerstin  
 Mader, Mareen  
 Hoffmann, Tina  
 Brückner, Mandy  
 Haufe, Katja

### Küche

Brückner, Bettina  
 Roche, Katrin  
 Götzl, Katrin

### Kaufmännischer Bereich

Kinzel, Maika  
 Schühler, Elke  
 Streit, Angelika  
 Koitsch, Ralf  
 Riedel, Ines  
 Sperling, Martina  
 Weckend, Sabine  
 Wenzel, Mareen  
 Hetmank, Ellen  
 Hillmann, Peter  
 Kunath, Babett  
 Henschel, Georg  
 Seilz, Daniela  
 Schneider, Sandro  
 Prescher, Franziska  
 Claus, Theresa  
 Queißer, Janine

### Schulpraktikanten

Grohmann, Denis

### Haustechnik

Krahl, Daniel  
 Brendler, Thomas  
 Grohmann, Denis

### Diätassistenten

Reppe, Theresa  
 Franke, Peggy  
 Rabe, Katja  
 Müller, Sandra

### Krankenpflege

Schimk, Stefan  
 Zech, Ramona  
 Rostowski, Kerstin  
 Hoffmann, Anett  
 Mager, Robert  
 Krieg, Cornelia  
 Germann, Doreen  
 Vetter, Ines  
 Glowik, Kristin  
 Gasch, Magdalena  
 Peinemann, Kai



Herausgeber  
Klinik Schwedenstein  
Obersteinaer Weg  
01896 Pulsnitz

Redaktion  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand  
Mechthild Kreuzahler

Gesamtherstellung  
WinterDruck  
Herrnhut