

ARGORA KLINIK BERLIN

Mit Tagesklinik und Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Leitfaden

für die ambulante psychosomatisch-
psychotherapeutische Behandlung in der
Tagesklinik der ARGORA Klinik Berlin

Liebe Leserin, lieber Leser!

Das Team der ARGORA Klinik Berlin begrüßt Sie bei uns und verbindet damit die besten Wünsche für Ihre baldige Genesung.

Sie beginnen die Behandlung in einer seelisch und körperlich belasteten gesundheitlichen Verfassung. Wir werden unsere ganze Erfahrung dafür einsetzen, dass Sie die Behandlung in gebessertem Zustand beenden können. Zu diesem Zweck möchten wir mit Ihnen eine Vereinbarung schließen:

Sie beteiligen sich aktiv an der Behandlung und nehmen an allen Therapiemodulen teil - so gut Sie es eben können. Geben Sie sich so, wie sie sind. Spezielle Fähigkeiten sind für die Behandlung nicht erforderlich. Sie unterstützen unsere Arbeit, wenn Sie authentisch sind und wir wissen, dass Sie sich nicht verstellen. Zeigen Sie Ihre Gefühle so, wie Sie sie empfinden und verhalten Sie sich in der Art und Weise, wie Sie es gewöhnlich tun.

Wir werden Ihnen unsere Beobachtungen nach und nach mitteilen und darauf achten, dass wir Sie nicht verletzen oder überfordern. Wir werden Sie auf Zusammenhänge hinweisen, die gesundheitlich von Bedeutung sind, aber womöglich von Ihnen so noch nicht bewertet wurden. Sich selbst in Frage zu stellen ist nicht immer angenehm. Niemand gibt seine Gewohnheiten und sein „Selbstkonzept“ ohne Not auf. Aber die Mühe lohnt sich: Ihre Bereitschaft zur Selbst-Überprüfung ist Ihr wertvollster Beitrag zur Genesung. Sie gewinnen damit neue Freiheiten zu Veränderungen in eigener Verantwortung.

Mit den besten Wünschen für Ihre
Behandlung

Ihr Team der ARGORA Klinik

Inhalt

01	ARGORA Klinik Berlin – Geschichte und Grundlagen	7
02	Krankenhausbehandlung / Rehabilitation / Tagesklinik	8
03	Psychosomatische Medizin: Krankheit und Kranksein (Menschenbild)	9
04	Indikationen	10
05	Krankheiten	12
06	Behandlungskonzept	15
6.1	Eingangsphase: Integration und Orientierung	17
6.2	Mittelphase: Vertiefte Selbstreflexion	18
6.3	Abschlussphase: Neu-Orientierung	18
07	Behandlungsmodule	19
7.1	Einzeltherapie	19
7.2	Interaktionelle Gruppentherapie	20
7.3	Kunst- und Gestaltungstherapie	20
7.4	Musiktherapie	21
7.5	Körper- und Entspannungstherapien	21
7.6	Seminar zur Stressbewältigung	22
7.7	Physiotherapie	22
08	Behandlungsqualität	22
09	Behandlungsrisiken	23
10	Besonderheiten und Hinweise	25
11	Formalitäten (u.a. Einweisung, Kostenübernahme, Krankschreibung)	27
12	Anhang	29
12.1	„Lehrergesundheit“: Stressprävention für Lehrkräfte	29
12.2	Fortbildung: Zertifizierung durch die Ärztekammer Berlin	29

01 ARGORA Klinik Berlin – Geschichte und Grundlagen

Die psychosomatische Tagesklinik der ARGORA Klinik Berlin ist aus der ehemaligen Tagesklinik Potsdam hervorgegangen. Aufgrund der besseren Erreichbarkeit verlegte diese im Jahre 2008 ihren Standort mit einem neuen Konzept nach Berlin-Charlottenburg.

Die Räume in einem sehr gepflegten, typischen Berliner Altbau der Jahrhundertwende, nur wenige Schritte vom beliebten und belebten Steinplatz entfernt, bilden einen interessanten Kontrast mit dem modernen Behandlungskonzept. Die Tagesklinik ist verkehrstechnisch optimal gelegen und kann auch aus dem weiteren Berliner Umland in weniger als einer Stunde erreicht werden.

Nirgends auf der Welt gibt es so viele psychosomatische Kliniken wie in Deutschland. Die Psychosomatische Medizin ist das jüngste medizinische Fachgebiet. Psychotherapie ist darin ein integraler Bestandteil. Sie prägt das Fach. Die ganzheitliche, psychosomatische Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele ist ein sehr altes Anliegen in der Heilkunde. Dieser Gesichtspunkt hat in Deutsch-

land eine im internationalen Maßstab vorbildliche Organisation gefunden.

Die früher nur in Spezialkrankenhäusern und Universitätskliniken angebotene **multi-modale, psychosomatisch-psychotherapeutische Intensivtherapie** kann mit der gleichen therapeutischen Wirksamkeit auch in ambulant-tagesklinischer Form organisiert werden. Die psychosomatische Tagesklinik der ARGORA Klinik Berlin war die erste Einrichtung ihrer Art in Berlin, die diesen Schritt ohne Anbindung an ein Krankenhaus und wirtschaftlich unabhängig getan hat. Eine tagesklinische Behandlung hat für viele Patienten den Vorteil, dass sie in ihrer gewohnten, sozialen Umgebung bleiben können und sich nicht in ein mehr oder weniger weit entferntes Krankenhaus begeben müssen. Sie steht damit auch jenen Patienten zur Verfügung, die noch familiäre oder andere Verpflichtungen wahrzunehmen haben und für einen Krankenhausaufenthalt nicht abkömmlich wären. Spezielle Gründe (Indikationen) für eine notwendige Behandlung im Krankenhaus bleiben davon unberührt.

02 Krankenhausbehandlung / Rehabilitation / Tagesklinik

Um die Position einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Tagesklinik im Gesundheitssystem richtig einordnen zu können, ist zu unterscheiden zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme in einer Klinik. Wegen des Mangels an ambulant-tagesklinischen Behandlungsplätzen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt bei psychosomatischen Störungen noch (zu) oft die Einweisung in eine der vielen Reha-Kliniken der Rentenversicherungsträger. Daher wird „psychosomatisch“ oft mit „Reha“ gleichgesetzt. Das kann zu einer Fehlversorgung führen, weil eine „Reha“-Maßnahme - früher „Kur“ - in manchen Fällen wegen der anders gearteten Ausrichtung zu kurz und inhaltlich im Vergleich zu einer psychosomatischen Krankenhausbehandlung „unterdosiert“ erscheint. Es gilt die Regel: „ambulant vor stationär“ und damit auch: „tagesklinische Behandlung vor Krankenhausbehandlung“, denn die Behandlung in der Tagesklinik ist faktisch ambulante Behandlung trotz des Wortes „Klinik“; und obwohl sie aus komplizierten, konzessions- und versicherungsrechtlichen Gründen dem stationären Bereich zugeordnet ist.

Hier nun positioniert sich das Behandlungsangebot unseres Hauses:

Die Behandlung in der Tagesklinik der ARGORA Klinik Berlin setzt die bewährte, multi-modale, stationäre psychotherapeutische Komplex-Behandlung in ein ambulantes Therapiekonzept um, das die modernen Lebensverhältnisse berücksichtigt.

Die Behandlung ist hinsichtlich Struktur und Intensität einer speziellen Krankenhausbehandlung zumindest äquivalent, wenn nicht gar wegen des geringeren Regressionsangebots („Wellness“ und Bequemlichkeiten) überlegen. Sie stellt keine Rehabilitationsmaßnahme im gesetzlichen Sinne dar, auch wenn es im Behandlungsablauf und in der Zielsetzung (z.B. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit) selbstverständlich Überschneidungen gibt.

Mit ihrer psychodynamischen und systemischen Orientierung steht die Behandlung in der ARGORA Tagesklinik in modernisierter Form in der Tradition einer psychosomatischen Behandlungsart, in welcher von unseren Vorbildern und Lehrern in Berlin Pionierleistungen erbracht worden sind.

Diese klare Position erleichtert dem Patienten und seinem Arzt die Orientierung bei der Suche nach einer passenden Behandlung in dem nicht immer einfach zu durchschauenden „Psychotherapie-Dschungel“ in

städtischen Ballungsräumen.

Auch auswärtige Patienten, deren Weg für eine alltägliche Anfahrt zu weit ist, kommen in den Vorteil des tagesklini-

schen Konzeptes: Sie können unter der Woche in einem nahe gelegenen Hotel wohnen und das Wochenende zu Hause verbringen. Ein vollstationärer Klinikaufenthalt ist dann nicht erforderlich.

03 Psychosomatische Medizin: Krankheit und Kranksein (Menschenbild)

Psychosomatische Medizin ist seit 1970 Pflichtfach in der ärztlichen Ausbildung und wird an eigens dafür eingerichteten Universitäts-Lehrstühlen gelehrt. Aus der naturwissenschaftlich orientierten Medizin und der Psychiatrie kommend, hat sich ein eigenständiges, fachärztliches Gebiet entwickelt. Dieses ärztliche Fach widmet sich in wissenschaftlicher Form einer Beobachtung, die uns seit jeher aus dem Alltagserleben bekannt und vertraut ist: Wir bestehen aus Leib und Seele und spüren buchstäblich am eigenen Leib alltäglich in unserer Selbstwahrnehmung, wie eng Gefühle mit den Körperfunktionen verknüpft sind.

Das „Maschinenmodell“ des Körpers war im 17. Jahrhundert mit der aufkommenden Naturwissenschaft zunächst sehr modern. Eine daraus abgeleitete, allzu mechanistische Sicht auf den Menschen ist heute sicher veraltet, obwohl die auf einzelne Symptome und Körperfunktionen angewandte moderne Medizintechnik faszinierende, diagnostische Befunde und therapeutische Erfolge erzielt!

Diese am Körper ansetzenden Therapien sind hochwirksam und unverzichtbar, wie die gezielten Hirnstimulationen bei schweren, körperlich bedingten Bewegungsstörungen in der Neurologie (z.B. M. Parkinson) zeigen. In der Psychiatrie sind chemische, oft natürlichen Stoffen nachgeahmte Medikamente nicht wegzudenken zum Wohle der psychotisch erregten oder schwer depressiven und antriebsgestörten Kranken.

Gerade weil die Medizin technisch so erfolgreich ist, müssen wir uns aber auch ihrer Grenzen bewusst bleiben und uns vor der verführerischen Illusion einer technischen Allmacht schützen. Wir in der ARGORA Klinik ziehen es vor, bei unseren geängstigten Patienten nach den psychischen Auslösern für das Herzjagen und dem unregelmäßigen Herzschlag zu suchen, wenn uns der Kardiologe aufgrund seiner medizinisch-technischen Diagnostik gesagt hat, dass das Herzgewebe nicht geschädigt ist.

Eine elektrische Verödung bestimmter Areale des Erregungszentrum des

Herzens könnte zwar die Unregelmäßigkeit des Herzschlags prompt beseitigen - von den Risiken des Eingriffs einmal abgesehen - aber eventuell zur Folge haben, dass der Betroffene auch bei großer, freudiger Erregung kein „Herzklopfen“ mehr verspürt. Gefühle sind allesamt an den Körper gebunden. Sie existieren nicht in einer vermeintlich separaten Welt. Zwar glauben wir das manchmal, weil

unsere Selbst-Wahrnehmung uns täuscht. „Die Psyche“ ist weder ein Organ, noch eine Welt für sich, sondern dem lebendigen Körper immanent und in der menschlichen Selbstwahrnehmung in Form von Gefühlen spürbar präsent. Wir nehmen zwar an, dass auch Tiere Gefühle haben, glauben jedoch, dass sie nicht die Tatsache reflektieren, dass sie sie haben.

04 Indikationen

Es sind im Wesentlichen folgende Umstände, die eine tagesklinische, psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung medizinisch notwendig machen:

- Abweichend von der Regel „ambulant vor teilstationär“ kann bei Patienten mit akuten und schweren Ersterkrankungen eine tagesklinische, psychotherapeutische Behandlung als Akutmaßnahme das „Mittel der Wahl“ sein. Das gilt besonders dann, wenn das Durchhaltevermögen für die Suche nach einem Therapieplatz und für das Kosten-Bewilligungsverfahren nicht mehr ausreichen und die Frage einer eventuellen Krankenhausbehandlung nicht als hilfreich, sondern geradezu als eine Bedrohung erlebt wird. Eine tagesklinische Behandlung bleibt unterhalb dieser Angschwelle und wird an Stelle einer Einweisung ins Krankenhaus leichter akzeptiert.
- Trotz einer vergleichsweise guten ambulanten Versorgungslage (in Berlin) können sich dennoch bei laufenden Psychotherapien gesundheitliche Verschlechterungen einstellen, die weniger die Folge einer falschen Behandlung (die es leider auch gibt), sondern Ausdruck der Komplexität und Schwere der Erkrankung sind. Die Behandlungsmaßnahmen müssen dann intensiviert werden. So können ein Scheitern der ambulanten Behandlung und eine Chronifizierung der Beschwerden vermieden und eine erfolgreiche Fortsetzung der ambulanten Behandlung nach tagesklinischem Aufenthalt ermöglicht werden.
- Wenn sich in einer ambulanten Behandlung die Beschwerden nicht zurückbilden, muss sie intensiviert werden.
- Nach einer abgeschlossenen Psycho-

therapie können erneut die gleichen oder andere psychische und psychosomatische Beschwerden auftreten (psychosomatische Symptome neigen zu Rückfällen!). Auch dann muss die Behandlung modifiziert und intensiviert werden.

- Patienten mit schweren, chronischen Krankheitsverläufen benötigen mehrere, auch kürzere Intensiv-Behandlungen, um die zwischenzeitlich wieder aufgetretenen Körperbeschwerden zu lindern und um die psychische Stabilität und die Lebensqualität wieder herzustellen.
- Erkrankungen mit intensiven, körperlichen Beschwerden und Funktionsstörungen erfordern von vornherein eine medizinisch kompetente Umgebung, die in der Lage ist, bei Symptomverstärkungen angemessen ärztlich zu reagieren. So können notwendige medizinische Maßnahmen veranlasst und nicht notwendige, aufwendige Maßnahmen (z.B. Krankenhauseinweisungen) vermieden werden.
- Menschen, die (über-)ängstlich um ihre Gesundheit besorgt sind, benötigen eine Umgebung, die ihnen Sicherheit bietet. So können sie sich der Besprechung ihrer Nöte besser zuwenden.
- Patienten, die sich bisher die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nicht eingestehen oder diese aus inneren Gründen nicht erkennen konnten, begünstigten mit diesem Verhalten ohne Absicht eine Chronifizierung, die nur noch mit

multi-modalen Therapien abzumildern ist.

- Seltene Beschwerden und Krankheiten, deren diagnostische Einordnung noch nicht möglich war, erfordern eine spezielle Erfahrung der Therapeuten. Oft entsteht erst im Verlauf einer Probebehandlung Klarheit über die Art der Störung und die Behandelbarkeit.
- Nicht wenige Kranke haben vieles „auf eigene Faust“ – und leider nicht immer das Geeignetste – therapeutisch versucht, jedoch vergeblich. Diesen Patienten kann geholfen werden, wenn wir Therapeuten versuchen, Ihnen in einer verständnisvollen Therapiegruppe eine gewisse gesundheitliche Entlastung und Besserung zu verschaffen.
- Wenn eine sehr belastende Lebenssituation vorliegt, kann eine tagesklinische Behandlung Vorrang vor der - länger dauernden - Einleitung einer ambulanten Behandlung haben.
- Schließlich sei noch eine scheinbar paradoxe Motivationslage erwähnt, die auch zu einer tagesklinischen Behandlung führen kann. Sie betrifft Personen, die aufgrund ihrer Näheangst zu keiner einzeltherapeutischen Bindung in der Lage sind. Diese Patienten tolerieren aber – scheinbar paradox – die Integration in eine Gruppe, weil dort der Abstand zum Therapeuten größer ist und der zu den Mitpatienten variabler gestaltet werden kann.

05 Krankheiten

Wenden wir uns nun einigen Krankheiten und Beschwerden zu, die typischerweise zu unserem Leistungsbereich gehören.

Wir konzentrieren und beschränken uns auf jene psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten, die mit unseren Gefühlen, unseren Einstellungen und unserem Verhalten zu tun haben - und darauf können die Betroffenen Einfluss nehmen!

Trotz der individuellen Vielfalt psychosomatischer Beschwerden können die davon betroffenen Patienten in einem dafür entwickelten Therapieprogramm gemeinsam behandelt werden. Die Erklärung liegt darin, dass die menschlichen Affekte und ihre körperlichen Ausdrucksformen von Natur aus immer gleich und unabhängig von der Kultur sind. Die krank machenden, psychischen und sozialen Auslöser sind zwar kulturabhängig vielfältig, die zugrunde liegenden affektiv-körperlichen Verarbeitungsformen sind jedoch vergleichsweise kulturunabhängig: Angst führt bei allen Mensch zu bestimmten Körperreaktionen. Wann der Mensch sich schämt, mag kulturabhängig sein. Was körperlich bei Scham geschieht, ist jedoch bei allen Menschen gleich, wie wir aus der Alltagserfahrung wissen („Schamröte“ als Normalreaktion bei Scham, „Erythrophobie“ als Ausdruck von Angst vor sichtbarer Errötung).

Wir können also darauf vertrauen, dass eine Therapiegruppe, die sozial und von den Beschwerdebildern her uneinheitlich zusammengesetzt ist, dennoch sehr erfolgreich arbeiten kann. Wir unterscheiden auch nicht nach Versicherungsstatus „privat“ und „gesetzlich“. Man kann sicher unterschiedlichen Komfort in einer Klinik herstellen; man darf jedoch nicht die Wirksamkeit von Psychotherapie durch zu viel „Wellness“ schmälern. Es sollte einem in der Behandlung gut gehen, jedenfalls besser als zuvor, jedoch nicht „allzu gut“.

Die Erkrankungsarten sind rasch aufgezählt, wenn man sich an der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) orientiert, die sich trotz einer kontroversen Fachdiskussion durchgesetzt hat. Einer der Haupt Einwände von psychosomatischer Seite ging dahin, dass dieser Krankheitskatalog überwiegend an Symptomen orientiert ist, nicht jedoch am Bedingungsgefüge einer Erkrankung. Und darauf kommt es in der Psychosomatischen Medizin in Bezug auf die Wechselwirkungen zwischen Gefühl und Körper an. Dennoch erfüllt diese Klassifikation den Zweck einer (internationalen) Orientierung.

Die Hauptkrankheitsgruppen sind:

- Depressionen mit und ohne körperliche Beschwerden
- Angststörungen inkl. Panikstörungen
- psychische Einzelsymptome (z.B. Zwangsgedanken, Schuldgefühle)
- somatoforme Beschwerden (z.B. „Schmerzen ohne Befund“)
- psychogene Körperfunktionsstörungen und psychosomatische Krankheiten (z.B. Magen-Darmerkrankungen, Migräne, Schwindel, Tinnitus, Muskel- und Gelenkschmerzen, Hauterkrankungen, Immunstörungen mit Infektanfälligkeit, pseudo-neurologische Beschwerden)
- Essstörungen (ohne extremes Unter- und Übergewicht)
- Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen in Lebenskrisen
- stressbedingte Erschöpfungszustände
- Beziehungs- und Verhaltensstörungen (bei intakter Gefühlsregulation)

Sicherlich werden viele von Ihnen ihre Beschwerden einer dieser Diagnosen zuordnen können. Dennoch soll der besseren Anschaulichkeit wegen etwas näher auf sie eingegangen werden. Auch diese landläufigen Begriffe bedeuten für sich allein genommen noch nicht, dass eine tagesklinische Behandlung in jedem Einzelfall indiziert ist.

Wenn Fachbegriffe in die Umgangssprache gelangen, ändert und erweitert sich oft auch deren Inhalt - und vice versa („Burn-Out“). „Depression“ ist z.B. heute keine eindeutige Diagnose mehr, sondern durch die Popularisierung (und Aufklärung durch Fachverbände) sehr in ihrer Bedeutung „inflationiert“ und damit aussageärmer. Auch ändern sich mit der Zeit die Inhalte. Damals unterschied man noch zwischen „endogener“ und „psychogener“ Depression. Die endogene Depression galt als chemisch-konstitutionell verursacht und unzugänglich für (psychodynamische) Psychotherapien. Die psychogene Depression galt dagegen als zugänglich für Psychotherapie. Das ist weitgehend überholt. Wir beschäftigen uns heute sehr wohl auch mit den unerkannten, psychischen und sozialen Bedingungen einer schweren Depression, im Einzelfall unter Zuhilfenahme von Psychopharmaka.

Gemeinsames Merkmal der verschiedenen ausgeprägten Depressionen ist die Eintrübung der Stimmung und der Verlust von Vitalität und Antrieb, während sie mit sehr unterschiedlichen körperlichen Symptomen einhergehen können.

Wohin die Spezialisierung in der Gesundheitsversorgung führt, wird darin anschaulich, dass sich derselbe Patient gleichzeitig bei verschiedenen Ärzten mit je unterschiedlichen Diagnosen in Behandlung befinden kann, die aber aus psychosomatischer Sicht Folge des gleichen psycho-sozialen Problems sind:

Der eine oder die andere von Ihnen kennt das möglicherweise auch aus eigener Erfahrung: Der HNO-Arzt stellt die Diagnose „Tinnitus“, der Kardiologe die Diagnose „Bluthochdruck“, der Orthopäde „Rückenschmerz“, der Hausarzt „Schlafstörung“, der Psychiater schließlich „depressive Episode“. Aber krank ist in allen Praxen derselbe Mensch. Hier ist es die typische Aufgabe der psychosomatischen Betrachtung zu prüfen, inwieweit ein psychisches Problem oder ein psychisch wirksamer Komplex von Konflikten zu dieser Vielfalt von körperlichen Symptomen geführt hat. Dann muss man sich damit psychologisch beschäftigen. Die Mitbehandlung durch andere Fachärzte bleibt davon unberührt, ist oft sogar unverzichtbar.

Diese Hinweise sind nicht als einseitige Systemkritik zu verstehen, denn man muss bedenken, dass jeder von uns das Beste für sich sucht, wenn er sich in der Situation des um seine Gesundheit besorgten Patienten befindet und die Freiheit hat, nach eigenem Gutdünken die vermeintlich richtige Behandlung zu suchen. So tragen nicht selten wir selbst zu einem ungeordneten Nebeneinander verschiedenster Maßnahmen bei. Spätestens hier setzt der psychosomatische Gesichtspunkt an und versucht, eine ganzheitliche Perspektive auf den Kranken und sein Verhalten einzunehmen und ein koordiniertes Vorgehen einzuleiten. Hier ist dann auch der leider stark beanspruchte Begriff „Ganzheitlichkeit“ wirklich noch berechtigt.

Als Faustregel kann gelten, dass es weder eine Depression noch eine Angststörung bei ansonsten völlig gesunden Menschen gibt. Isolierte psychische Symptome sind eher selten. Daher trifft auch der Begriff „psychisch krank“ eigentlich nicht auf psychosomatische Patienten zu. Oder definiert sich der Magenkranke als „psychisch krank“? Er hat es in seinem Selbstverständnis „doch nicht am Kopf“, auch wenn er wegen der Beschwerden depressiv ist.

Bei den Angstkrankheiten steht - anders als bei einer Depression - die damit verbundene Erregung als Leitsymptom im Vordergrund, oft mit einer noch größeren Vielfalt an Körpersymptomen. Allgemein gilt, dass man nicht jedem Symptom ein diskretes, psychisches Problem oder einen spezifischen, inneren Konflikt zuordnen kann. Die individuell unterschiedlichen, körperlichen Konstitutionen sind mitbestimmend für die Ausprägung eines Symptoms. Es gibt aber gewisse Zuordnungen von Problem- und Konfliktbereichen zu bestimmten Organ- und Körperfunktionen, woran sich der Fachmann orientieren kann.

So hat man die Vielfalt der psychosomatisch bedingten Körperstörungen auch unter dem Begriff der sog. „Somatoformen Störungen“ zusammengefasst. Bei ihnen stehen die subjektiven Körperbeschwerden „ohne somatische Ursache“ und nicht „psychische Probleme“ im Vordergrund der subjektiven Wahrnehmung. Die depressiv-ängstliche Stimmung erscheint dann eher als Folge der

körperlichen Funktionsstörung. Die Krankheit wird vom Betroffenen nicht verstanden, die Symptome erscheinen ihm unerklärlich. Gerade darin liegt das Ängstigende dieser Krankheitsformen.

Damit wollen wir hier enden, denn der Leitfaden soll kein Lehrbuch werden. Wenden wir uns nun der Behandlung selbst zu.

06 Behandlungskonzept

Die Behandlung ist nach den im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie anerkannten Grundsätzen der multi-modalen Behandlungsform definiert: In einer umfassenden Betrachtung des Gesundheitszustandes des Patienten wird sein Kranksein auch aus der Perspektive von solchen Faktoren betrachtet, die mit seinen biografischen Erfahrungen, seiner Persönlichkeitsentwicklung und seiner aktuellen Lebenssituation zusammenhängen und eine krankmachende Wirkung entfaltet haben.

Darin enthalten sind Fragen nach psychisch prägenden, vielleicht auch traumatisierenden Kindheitserfahrungen, ihren Einflüssen auf die seelische und körperliche Entwicklung des Kindes, der Bewältigung allgemeiner Anforderungen in Schule und Berufsausbildung, der Gestaltung oder Vermeidung von Beziehungen, der Art der Bewältigung von natürlichen Schwellensituationen und Lebenskrisen und schließlich Fragen nach dem eigenen Selbstbild und „Selbstkonzept“. Nicht zu vergessen sind neben den belastenden Faktoren die positiven – genutzten oder nicht genutzten –

Potenziale, Fähigkeiten und Ressourcen.

In einem zweiten diagnostischen Schritt wird geprüft, inwieweit sich krank machende Zusammenhänge beobachten und identifizieren lassen, so dass diese in einer dem Patienten angemessenen Art und Weise und in verständlicher Sprache vermittelt werden können.

Dieses Grundprinzip spiegelt sich auch im diagnostischen und therapeutischen Vorgehen wider, wenn es in einem dritten Schritt um die Frage geht, welche Konsequenzen der Betroffene in eigener Verantwortung für sein Verhalten und seine Lebensführung ziehen könnte.

Um diesen Behandlungsprozess für jeden Einzelfall fruchtbar zu machen und um Enttäuschungen und Fehlbehandlungen zu vermeiden, führen wir ein ausführliches **Vorgespräch** durch, in welchem wir die Indikation und die konkreten Behandlungsaussichten möglichst genau abzuschätzen versuchen und den Patienten auf dieses Vorgehen einstimmen.

Die Behandlungsaussichten hängen ab von so unterschiedlichen Faktoren wie Motivation, Art und Dauer der Beschwerden, Umstellungsfähigkeit, Umstellungswille, Veränderbarkeit der Lebenssituation, Alter und Entwicklungspotenzial, Leistungsfähigkeit, Entscheidungsfreude oder Beharrungsbereitschaft und schließlich auch noch von einer ganzen Reihe von psychologischen Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur wie z.B. Selbstbild (Selbstkonzept), Denkmuster, Verhaltensmuster und dergleichen mehr - sofern sie Einfluss auf die Behandlung haben könnten.

Um nicht missverstanden zu werden: Wir erforschen nicht etwa vor der Behandlung in aller Tiefe die Persönlichkeit, die sich doch erst in der Behandlung in der nötigen Klarheit darstellen kann! Wir versuchen vielmehr, möglichst schon vor der Behandlung bestimmte Eindrücke über den Patienten zu gewinnen, die uns helfen sollen, seine Behandlung wirkungsvoller zu gestalten. Damit soll auch zum Ausdruck gebracht werden, wie eng in der Psychotherapie Diagnostik und Behandlung zusammenhängen und eigentlich im Prozess selbst nicht zu unterscheiden sind. Mit jeder Vertiefung des therapeutischen Gesprächs entsteht auch ein etwas verändertes Bild der Person, woraus sich wiederum neue Konsequenzen ergeben. Daher sprechen wir von einem Behandlungsprozess.

Wichtig ist zudem, die Erwartungen nicht zu überfrachten - auch nicht die

des Therapeuten! - sondern sich mit dem Patienten auf realistische Ziele und möglichst auf einen Behandlungsschwerpunkt zu verständigen, der für die Erkrankungsdynamik (Pathogenese) von besonders großer Bedeutung ist (Fokus).

Besonderen Wert legen wir bei Beginn der Behandlung auf eine sorgfältige Erhebung der gesamten Krankengeschichte, also nicht nur auf die Anamnese der aktuellen psychischen und körperlichen Beschwerden und der psychotherapeutischen Vorerfahrung, sondern auf alle erlittenen Krankheiten und Behandlungen, einschließlich der Familienanamnese. In diesem Zusammenhang wird auch geklärt, welche fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen gegenwärtig durchgeführt werden und fortgeführt werden sollten, welche Änderungen oder auch Ergänzungen notwendig erscheinen und welche Medikamente eingenommen werden - einschließlich der selbst verordneten!

Man kann die Struktur der Behandlung inhaltlich in drei Abschnitte gliedern: in eine Eingangsphase, eine Mittelphase und eine Abschlussphase. Diese etwas schematische Darstellung bedeutet nicht, dass auch die Behandlungen „nach Schema F“ ablaufen; es gibt selbstverständlich Überschneidungen und die beschriebenen Phasen sind in der konkreten Behandlungsrealität oft nicht so scharf voneinander getrennt, wie hier beschrieben, auch zeitlich nicht.

6.1 Eingangsphase: Integration und Orientierung

In der Eingangsphase wird der Patient in das Wesen der Behandlung eingeführt. Er integriert sich in die therapeutische Gruppe, die in der Regel aus acht Mitgliedern besteht. Der Patient orientiert sich über die schon bestehende Gruppendynamik. Jeder nimmt an allem teil. Wenige sind daran gewöhnt, mit fremden Personen sehr persönliche Dinge zu besprechen. Mancher hatte sich womöglich im Verlauf seines Krankseins aus Beziehungen zurückgezogen. Anderen fällt aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur der Kontakt nicht schwer; sie sind vielleicht sogar auf ein Forum für ihre Selbstdarstellung angewiesen. Entscheidend ist, dass sich der neue, noch unsichere Patient davon überzeugt, dass er bei uns „richtig“ ist. Zweifel sind erlaubt, Unsicherheiten geradezu normal. Diese sollten sich jedoch allmählich legen und der Überzeugung weichen, dass man unserer Behandlung vertrauen kann. Dafür stellen die Kostenträger bis zu ca. 20 Behandlungstage zur Verfügung. Dieser Zeitraum ist auch für das Behandlungsteam lang genug, um sich ein umfassendes Bild von den krank machenden und die Krankheit auslösenden Bedingungen zu machen und - besonders wichtig - mit dem Patienten eine gemeinsame Vorstellung von der Erkrankung zu erarbeiten, gewissermaßen ein „konsentiertes Krankheitsmodell“ zu entwickeln. Der Betroffene hat, wenn er nicht zu den Personen gehört, die noch gänzlich ohne Antwort auf die Frage sind, was ihnen denn fehle, eine mehr oder weniger zutreffende „subjektive Krankheitstheo-

rie“, die uns sehr interessiert. Beide Vorstellungen, die des Patienten und jene des Therapeuten, müssen inhaltlich und auch sprachlich „auf einen Nenner“ gebracht werden. Nichts ist schädlicher, als wenn Therapeut und Patient aneinander vorbeireden und sich womöglich beide in der Illusion wiegen, sie verstünden sich gut. Das gehört zu den Fallstricken der Psychotherapie. Daher arbeiten alle multi-modalen Behandlungen mit einer internen und/oder einer externen Team-Supervision, in denen die Therapiebeziehungen gewissermaßen „von außen“ betrachtet werden. Es sollten sich auch schon im Laufe der ersten Phase erste Anzeichen für eine psychische Stabilisierung zeigen, wenn nicht sogar eine gewisse Milderung der Beschwerden.

6.2 Mittelphase: Vertiefte Selbstreflexion

Gelingt die Eingangsphase - und das ist bei uns fast immer der Fall - kann in der Mittelphase eine vertiefte Selbstreflexion beginnen, eine Intensivierung des Nachdenkens über die mitgebrachten Lebenserfahrungen und die in der Eingangsphase gemachten neuen Erkenntnisse. Das fördert die Wahrnehmung und das Erkennen der unbemerkten und ungewollten Eigenanteile an der Entstehung der Krankheit und des eigenen Unglücks, oder auch eine

Klärung der Frage, warum die eigenen Bewältigungsstrategien bisher nicht genügend wirksam waren. Auf diese Weise werden die Grundlagen für ein Nachdenken über die Notwendigkeit und die konkreten Möglichkeiten einer Neu-Orientierung in den jeweils betrachteten Lebensbereichen geschaffen. Auch für diese Mittelphase stehen je nach Kostenträger bis zu 20 Behandlungstage zur Verfügung.

6.3 Abschlussphase: Neu-Orientierung

Schließlich können in der abschließenden Phase der Neu-Orientierung erste Erfahrungen mit angestrebten Verhaltensänderungen gemacht und die Vorbereitungen für die Schritte nach der Entlassung getroffen werden, wie z.B. eine stufenweise Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit, Änderungen in der persönlichen oder familiären Alltagsorganisation, Überprüfung von Beziehungsfragen und Vorbereitung einer eventuellen ambulanten Weiterbehandlung und dergleichen mehr.

Behandlungskrisen können sich jederzeit entwickeln - auch noch in einem fortgeschrittenen Stadium. Das hat viel mit dem Beharrungsvermögen des sogenannten „Selbstkonzepts“ zu tun. Wir wissen aus der Alltagspsychologie, dass der Mensch ein „Gewohnheitstier“ ist. Gewohnheiten geben wir nicht gern auf. Sie vermitteln uns Sicherheit.

Mit „Selbstkonzept“ meinen wir die Idee, die wir von uns selbst haben, die Gesamtheit unseres bewussten wie unbewussten, gewohnten Denkens, unserer Einstellungen, unserer Werte. Insbesondere ist damit auch unser Selbstbild gemeint, welches selten mit dem Fremdbild, das andere von uns haben, deckungsgleich ist. Aus dieser Sicht sind Irritationen („Widerstände“) nur zu natürlich. Auf fremdartig wirkende Hinweise des Therapeuten - und auch der Mitpatienten - wird dann so reagiert, als handele es sich dabei um Unterstellungen oder Schlimmeres. Therapeut und Ko-Therapeuten werden dann manchmal nicht mehr als Helfer, sondern als „Angreifer“ auf ein festgefügtes Selbstbild erlebt. Sie verkörpern im ungünstigsten Fall jene Selbst-Infra-gestellung, die man mit der Therapie eigentlich auch selbst gewollt hat, aber aus inneren Gründen abwehrt. Sehr vereinfacht ausgedrückt: Psychotherapie kann in einer solchen Phase nicht

nur als Infragestellung, sondern sogar als ein „Angriff“ auf das gewohnte „Selbstkonzept“ erlebt werden, welches einen schützen soll.

Es wundert uns Therapeuten und Ihre „ko-therapeutischen“ Mitpatienten also nicht, wenn wir die ganze Kraft Ihres Beharrungsvermögens zu spüren bekommen. Darin ist ja auch Potenzial enthalten - aber in dieser Form leider

nicht produktiv eingesetzt. Der Wunsch, alles möge beim Alten bleiben - nur gesund möchte man werden - ist allzu menschlich, als dass wir uns darüber wundern und Ihren Auftrag vergessen könnten, Ihnen beim Gesundwerden behilflich zu sein. Wir werden Ihre Ängste, Zweifel, Bedenken und natürlich Ihre Meinung berücksichtigen - jedoch auch den gemeinsam festgelegten Kurs im Blick behalten.

07 **Behandlungsmodule**

Im Bereich der ambulanten, psychotherapeutischen Versorgung haben sich zwei Therapierichtungen durchgesetzt und sich bis zum heutigen Tag erhalten: die **tiefenpsychologischen Psychotherapien** (Analytische Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, Dynamische Psychotherapie) und die **Verhaltenstherapie**, die nach ihrer wissenschaftlichen „kognitiven Wende“

auch kognitiv-behaviorale Psychotherapie genannt wird und jüngst auch eine „emotionale Wende“ erfuhr.

Diese relativ einfache Unterscheidung trifft auf das multi-modale Therapiesetting einer Klinik oder Tagesklinik nicht zu. Es ist zu komplex, als dass es mit diesen beiden Begriffen ausreichend erfasst werden könnte.

7.1 **Einzeltherapie**

Am ehesten kann man diese Unterscheidung bei der Einzeltherapie im Rahmen der Tagesklinik beibehalten, aber auch hier nur bedingt. Die voll approbierten Mitarbeiter kommen aus unterschiedlichen Ausbildungsgängen. In der ARGORA Tagesklinik wird jedoch von den Psychotherapeuten verlangt, dass sie sich nicht nur in den Grundbegriffen der jeweils anderen Therapietradition auskennen, sondern - je nach Indikation - in gewissem Umfang auch

zu ihrer Anwendung in der Lage sind.

Ein als Verhaltenstherapeut ausgebildeter „Bezugstherapeut“, der die Einzeltherapie durchführt, muss mit den grundlegenden Tatsachen der intrapsychischen „Psychodynamik“ und einigen Beziehungskonzepten der Psychoanalyse (Übertragung) ebenso vertraut sein wie ein psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch ausgebildeter Therapeut etwas mit „Verhaltensanaly-

se“ und „Umstrukturierung“ anfangen können muss. Niemand darf Scheuklappen für die je andere Richtung haben. Ganz im Gegenteil: Es spricht nicht gegen eine erwünschte „Methodentreue“, wenn ein Therapeut kreativ in der Wahl seiner Mittel ist und souverän Abweichungen von orthodoxen Schulrichtungen zulassen kann. Hauptsache er weiß, was er tut!

Wir sehen in unterschiedlichen, fachlichen Ausrichtungen unserer approbierten Therapeuten einen großen Vorteil, weil sie einen größeren Spielraum bei der Zuordnung von Patienten ermöglicht.

Die Einzeltherapie als Modul einer tagesklinischen Behandlung hat andere Aufgaben und Zielsetzungen als im ambulanten Setting und ihr steht dazu noch viel weniger Zeit zur Verfügung. Sie ist der diskrete, vertrauensvolle, zentrale diagnostisch-therapeutische Ort, an dem die während der Behandlung neu gemachten Erfahrungen gewertet und in ein modifiziertes Selbstbild eingeordnet werden können. Die Einzeltherapeutin bzw. der Einzeltherapeut ist auch umfassend für die Führung der Behandlung verantwortlich.

7.2 Interaktionelle Gruppentherapie

Im starken Kontrast zu dem geschützten und diskreten „Raum“ der Einzeltherapie stellt die Interaktionelle Gruppentherapie gewissermaßen die (interne) „Öffentlichkeit“ dar. In ihr können unter Anleitung und im Schutz des Gruppentherapeuten jene Seiten des Denkens, Fühlens und Verhaltens der Teilnehmer zum Ausdruck kommen,

aus denen die Teilnehmer selbst und die Therapeuten ihre Schlüsse ziehen und worüber sie nachdenken können. Das Sprechen ist sicher für viele eine große Hürde. Diese lässt sich aber ebenso überwinden, wie die Scheu mancher Teilnehmer vor anderen, ungewohnten Ausdrucksmitteln.

7.3 Kunst- und Gestaltungstherapie

Die Kunst- und Gestaltungstherapie bietet die Möglichkeit, sich in einer kreativen, geistigen und handwerklichen Verfassung auf das gewählte Werkstück zu konzentrieren und dabei einmal von den eigenen Nöten, Sorgen und kreisenden Gedanken frei zu fühlen. Das ist für die Erholung wichtig. Mit Kunst hat das zwar auch etwas zu tun, Kunst ist aber hier nicht beabsich-

tigt, auch wenn dabei zum Teil ästhetisch wunderschöne Dinge entstehen. Man muss auch keine künstlerischen Fähigkeiten mitbringen, sondern nur die Bereitschaft, sich einmal auf ein kleines Selbsterfahrungsexperiment einzulassen. Die Therapeutin versteht sich darauf, auch dem sehr befangenen Teilnehmer die Überwindung der Hemmungen zu erleichtern. Nicht

selten kommen im Gespräch mit der Therapeutin Themen zur Sprache, auf die man ohne dieses Ausdrucksmittel so schnell oder vielleicht auch niemals

kommen würde. Kunsttherapie ist damit auch ein sehr wirksames, psychotherapeutisches Ausdrucksmittel.

7.4 Musiktherapie

Die Musiktherapie nutzt zwar ein gänzlich anderes Medium, hat aber ähnliche Funktionen. Anders als beim bildnerischen Gestalten sind die meisten Menschen ansprechbar für Musik. Kein noch so faszinierendes Bild kann eine so starke innere, emotionale Berührung hervorrufen wie Musik. Sie ist „vegetativer“ in der Wirkung, weil das Gehör evolutionär älter ist als der Gesichtssinn. Wenn man Musik in der Gruppe einsetzt, kommt ein weiteres Moment hinzu, das in der Gestalttherapie weniger unmittelbar zustande kommt: eine allmähliche Einstimmung

auf ein Gruppenthema, sei es in Harmonie, sei es in Disharmonie, sei es als Ausdruck anderer Gruppenstimmungen. Auch hier wird ein Gruppenerlebnis eingesetzt, in welchem sich der Einzelne mehr oder weniger wiederfinden, sich musikalisch ausdrücken und Verhaltensänderungen erproben kann.

Damit haben wir die sprachlichen, die verbalen und die nichtsprachlichen, a-verbalen Behandlungsmodule besprochen und wenden uns nun dem Körper zu.

7.5 Körper- und Entspannungstherapien

Die Körpertherapien unterscheiden zwischen Aktivierung und Entspannung, zwischen Fitness und Schonung, zwischen Verbesserung der Körperwahrnehmung und Abschwächung einer ängstlichen Fixierung auf den Körper. Sie bedienen sich dazu unterschiedlicher Mittel. Auch achten sie auf unsere unwillkürliche Körperhaltung und können uns wichtige Hinweise auf „Fehlhaltungen“ im Verhalten geben, die im Körper zum Ausdruck kommen.

Einige Menschen haben ihren Körper vernachlässigt, leiden unter Bewegungsmangel oder Über- bzw. Untergewicht. Die Frage einer gesunden

Ernährung sollte daher nicht erst bei Essstörungen gestellt werden.

Die **Atemtherapie** ist inzwischen so differenziert, dass sie auch als eigenständige Behandlung ambulant durchgeführt werden kann. Bewährte Entspannungsübungen wie **Progressive Muskelrelaxation** (PMR nach Jacobson) sind von jedem schnell erlernbar.

Das aus dem asiatischen Kulturkreis stammende **Yoga** ist in modifizierter Form bekannt und beliebt. Es ist aus dem kulturellen Kontext gelöst und säkularisiert als Yogatherapie anwendbar.

Autogenes Training entstammt unserer abendländischen Neigung zur „Vertiefung“ und Verinnerlichung. Es beruht auf der autosuggestiven Wirkung verbalisierter Formeln und Vorsätze in entspannter Körperhaltung.

Es hat eine alte Tradition, bedarf jedoch einer individuellen Indikation.

Die Körpertherapien dienen auch der Förderung der Achtsamkeit mit dem eigenen Körper.

7.6 Seminar zur Stressbewältigung

Und schließlich muss auch das Wissen um gesundheitsschädliche Stressfaktoren erweitert werden. Dieses wird in

Seminarform als Stress- und Bewältigungstraining vermittelt.

7.7 Physiotherapie

Bei psychischem Stress treten leider sehr häufig schmerzhaft Reaktionen des Muskelsystems auf. Krankengymnastik und Massage ermöglichen es,

individuell auf Schmerzzustände einzugehen. Bei Bedarf wird eine physiotherapeutische Mitbehandlung verordnet.

08 Behandlungsqualität

Die Beschreibung unserer Behandlungsform wäre unvollständig, ohne eine ausführliche Würdigung der **Teamarbeit** und der **internen Supervision** als Funktion der **Selbstregulation** des therapeutischen Teams.

Da wir in der Tagesklinik selbst keine Psychotherapeuten ausbilden, sondern ausschließlich approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie beschäftigen, ergibt sich bereits aus diesem Umstand ein entsprechend **hohes Qualitätsniveau**. Das ist vergleichbar mit einer Klinik, in

der ausschließlich Fachärzte beschäftigt wären, was bekanntlich selten der Fall ist. Auch alle nicht-akademischen Spezialtherapeuten verfügen über eine langjährige Erfahrung in ihrem Fach.

Dennoch bedarf auch das beste Team einer laufenden Sicherung der Prozessqualität. Dazu dienen ein wöchentliches Visitingespräch bei der Ärztlichen Leitung mit jedem einzelnen Patienten, eine wöchentliche Besprechung im kleinen Team der Psychotherapeuten und eine unter ärztlicher Leitung stattfindende wöchentliche Sitzung des Gesamtteams unter Einschluss der psychotherapeutischen Kranken-

schwester.

Die Funktion einer **psychotherapeutischen Krankenschwester** hat sich im Laufe der Zeit sehr differenziert entwickelt, so dass sie gesondert erwähnt werden soll:

Systemisch gesprochen ist sie die Koordinatorin des gesamten Behandlungsgeschehens; psychologisch gesehen die „Schaltstelle“ im psychotherapeutischen Beziehungs- und Informationsgeflecht; medizinisch die Anlaufstelle für alle relevanten Vorkommnisse und Zwischenfälle; und rein menschlich ist sie der „Gute Geist der Klinik“.

Die Teambesprechungen erfüllen die notwendige Funktion der Selbst-Kont-

rolle und Selbst-Regulation. Ein psychotherapeutisches Team funktioniert als soziales Diagnose- und Behandlungsinstrument und verfügt über eine gute Informationsstruktur, die auf Vertrauen und gegenseitigem Respekt basiert. Dennoch sind bei einem so komplexen Zusammenwirken von persönlichen, sachlichen und emotionalen Einflüssen, wie es bei einem psychotherapeutischen Team der Fall ist, innovative, strukturierende, regulierende, korrigierende und Hilfe und Vorbild gebende Funktionen unverzichtbar. Ein eingespieltes Orchester kann auch einmal ohne Dirigent wunderbare Musik hervorbringen. Auf Dauer kommt es aber ebenso wenig ohne Dirigent aus, wie eine Klinik ohne Ärztliche Leitung, die die Aufgabe der Supervision übernimmt.

09 Behandlungsrisiken

Anders als beispielsweise bei einer Operation unter Narkose oder partieller Betäubung bleiben Sie während der Psychotherapie in der Tagesklinik bei vollem Bewusstsein. Das klingt trivial, wird aber sehr real, wenn jemand bei einer Entspannungsübung einschläft und vielleicht sogar schwer erweckbar ist. Das ist möglich und kann im Einzelfall sogar erwünscht und ein gutes Zeichen für eine sich neu entwickelnde Entspannungsfähigkeit sein. Wir setzen jedoch keine psychologischen Techniken zur Veränderung des Bewusstseins oder alleinige Hypnose

ein und verabreichen auch keine das Bewusstsein verändernden Medikamente.

Es kann jedoch passieren, dass Sie in eine stärkere Gefühlsregung geraten und ihr Körper mitreagiert. Das geschieht gewöhnlich in einer Art und in einem Ausmaß, wie Sie das auch aus Ihrem Alltag kennen.

Eine Psychotherapie kann aber wegen der stärkeren Gefühlsbeteiligung auch körperliche Reaktionen mit sich bringen, wie z.B. Schwindel und Kopfschmerz.

In der Tagesklinik ist immer ein Arzt anwesend. Er veranlasst im Notfall die medizinisch erforderlichen Maßnahmen. Wir verfügen jedoch nicht über eine Abteilung für Notfallmedizin. In akuten Fällen nehmen wir die allen Ärzten zur Verfügung stehenden Notfallmaßnahmen in Anspruch.

Die Risiken, die nicht vom Körper, sondern von Ihnen selbst ausgehen, sind nicht weniger wichtig: Eine Angst- und Panikattacke kann in einer der Therapiemodule „getriggert“ und ausgelöst werden. Sie ist in der Regel durch beruhigende und unterstützende Maßnahmen unserer Krankenschwester oder anderer Mitarbeiter reduzierbar. In besonders stark ausgeprägten Fällen kann auch die Einnahme eines Beruhigungsmedikaments hilfreich sein. Sie sollten in solchen Fällen auf unsere Erfahrung vertrauen und eigene Bedenken gegen ein hilfreiches Medikament zurückstellen.

Wir müssen auch daran denken, dass manche Patienten wegen starker Depressionen zu uns kommen und in psychischen Krisen von Sehnsüchten nach Erleichterung erfasst werden. Dann können sich Suizidphantasien einstellen. In diesen und in allen anderen Fällen ist es absolut wichtig, dass Sie uns gegenüber Ihre Stimmungen und Phantasien äußern, wenn wir sie nicht bemerken sollten. Notfalls sollten sie sich einer gerade anwesenden Person anvertrauen.

Eines der häufig vorkommenden Gefühle, die Sie dazu veranlassen

könnten, sich zurückzuziehen, sind Enttäuschungen, Schuld- und Schamgefühle. Achten Sie, so gut Sie können, in dieser Hinsicht auf sich und Ihre seelische Verfassung! Wir können Sie hier leider nicht aus der Mitverantwortung entlassen. Wir möchten Sie aber ermutigen, in der Therapie darüber zu sprechen.

Wie Sie sich außerhalb der Tagesklinik verhalten sollten, werden Sie mit Ihrem Bezugstherapeuten besprechen.

Andere Risiken liegen im Bereich von Verhaltensänderungen und Entscheidungen, zu denen Sie sich subjektiv durch die Therapie ermuntert fühlen könnten - auch wenn es sich um ein Missverständnis handelt. Daher unsere Empfehlung, vor lebenswichtigen Entscheidungen in der Therapie darüber zu sprechen. Dazu können partnerschaftliche Entscheidungen oder geschäftliche Transaktionen gehören, deren Tragweite nicht ausreichend oder noch gar nicht bedacht worden sind. Hier kommt Ihnen die alleinige Verantwortung für Ihr Handeln zu.

10 Besonderheiten und Hinweise

Psychotherapie beruht auf **Vertrauen**. Vertrauen verlangt nach **Diskretion**. Psychotherapie erfordert aber auch Offenheit. Wir müssen also einen guten Kompromiss finden und unterscheiden:

Im Kontext der Tagesklinik ist die Einzeltherapie diskret, die Gruppentherapie ist intern jedoch „öffentlich“. In der Gruppentherapie sollten Sie offen, nach außen jedoch verschwiegen sein. Das heißt, es liegt in Ihrem eigenen Interesse, wenn Sie es mit der Diskretion gegenüber ihrem privaten Umfeld sehr genau nehmen und persönliche Tatsachen, die Sie über Ihre Mitpatienten erfahren, für sich behalten. Sie fördern damit die Bereitschaft, sich zu äußern - auch die eigene.

Wir **dokumentieren** den Behandlungsablauf nicht nur, weil wir dazu gesetzlich verpflichtet sind, sondern auch, um Krankheits- bzw. Urlaubsvertretungen zu ermöglichen. Fachlich jedoch aus einem noch anderen Grund: Jede Dokumentation erfordert vom Therapeuten eine sachliche Überprüfung und fachliche Rechtfertigung seines eigenen Tuns vor sich selbst. Jede Dokumentation ist eine Supervision in eigener Sache.

Was den Umgang mit Krankengeschichten angeht, sind wir den gesetzlichen Bestimmungen für Krankenhäuser unterworfen. Sie erhalten bei der Entlassung einen **Kurzbericht** für Ihren einweisenden Arzt und Therapeuten.

Ein ausführlicher **Entlassungsbericht** wird mit Ihnen besprochen, so dass Sie selbst darüber verfügen können. Diese Handhabung schützt beide Seiten vor (späteren) Missverständnissen, bedeutet jedoch auch, dass die Therapeuten sich allgemeinverständlich ausdrücken (müssen), was wir als Vorteil sehen, weil sich darin der Fortbestand der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Therapeut widerspiegelt. Der Patient bleibt als Person innerer Adressat des Schreibers und wird nicht zum „Objekt“ einer distanzierten Beschreibung, die den ehemaligen Therapeuten gewissermaßen persönlich „nichts mehr angeht“.

Die ARGORA Tagesklinik kann sich eine Besonderheit zugute halten: die Möglichkeit zu einer **Fortführung der Einzeltherapie als ambulante Weiterbehandlung bei dem ehemaligen Bezugstherapeuten**. Das ist in Kliniken im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich. Die therapeutischen Mitarbeiter sind dort dazu gewöhnlich nicht lizenziert. Unsere Therapeuten sind hingegen alle approbiert und zur Durchführung ambulanter Behandlungen berechtigt. Diese Möglichkeit ist im Einzelfall ein großer Vorteil, wird aber nicht routinemäßig realisiert, weil die Frage der Nachbehandlung aus verschiedenen Gründen komplex ist.

Patienten, die sich vor der tagesklini-

schen Behandlung bereits in einer ambulanten Psychotherapie befunden haben, kehren zu ihrem Therapeuten zurück.

Externe ambulante Psychotherapien können während der laufenden tagesklinischen Behandlung nicht beibehalten werden.

Die **Einbeziehung von Partnern** oder weiteren Familienmitgliedern ist vom Einzelfall abhängig und wird zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten ausgehandelt und entschieden. Dabei gilt es manches zu bedenken:

Wir können nicht davon ausgehen, dass Ihre Angehörigen uns genau so gut kennenlernen, wie Sie das tun werden. Manche fragen sich, was wir - und damit Sie - hier eigentlich machen. Manche haben auch Vorurteile. Eifersucht ist auch nur allzu menschlich. Und „Kurschatten“ gibt es nicht nur in Romanen...

Andererseits kann die Einbeziehung eines Partners sehr hilfreich und erhellend sein - für beide Seiten: für den Patienten und auch für den Therapeuten. Welcher Therapeut hätte sich nicht schon gewundert beim Kennenlernen der Partnerin oder des Partners seines Patienten, hatte er sich doch bisher einzig und allein aufgrund dessen subjektiver Schilderung ein Bild von ihm bzw. von ihr machen müssen - mit allen Einseitigkeiten der emotional gefärbten Wahrnehmung.

Medikamente sind allgegenwärtig und

leider leicht zugänglich. Mit psychisch wirksamen Stoffen geht der Mensch seit jeher um. Wir finden sie in der Natur. Chemisch hergestellte Medikamente (**Psychopharmaka**) sind den natürlichen Stoffen oft nur „nachgebaut“. Der Körper kann nicht unterscheiden, ob ein Molekül aus der Natur, aus dem Kräutergarten oder aus einer Fabrik stammt. Wir sollten auf ihre hilfreichen Wirkungen nicht leichtfertig oder aus unbegründeten Vorurteilen heraus verzichten nach dem Motto: „Chemie ist schlecht, Natur ist gut“, „Medikamente machen abhängig“, oder „das muss auch ohne (Medikament) gehen, da muss ich durch!“.

Bei allem Verständnis für einen vorsichtigen Umgang mit Medikamenten, die abhängig machen könnten, wie z.B. Schlaf- und Schmerzmittel, begegnen uns paradoxer Weise viele Patienten, denen dringend die vorübergehende Einnahme eines Schlaf- oder Beruhigungsmittels anzuraten wäre. Nicht selten sind bei ihnen jedoch starke Bedenken auch in einem Vertrauensverhältnis nicht zu überwinden. Das kann dann sogar ein Aspekt der psychischen Problematik (Abwehr von Hilfe) sein, die es therapeutisch zu bearbeiten gilt.

Die Gründe für die Einnahme von Psychopharmaka während einer psychotherapeutischen Behandlung sind recht übersichtlich:

- Eine schwere Schlafstörung kann gelindert und damit einer Erschöpfung vorgebeugt werden. Hierzu stehen nicht nur Schlafmittel zur

Verfügung, die missbraucht werden könnten, sondern schlafanstoßende Antidepressiva ohne Abhängigkeitspotential.

- Panikattacken können vorgebeugt oder kurzfristig abgemildert werden. Hierzu stehen niedrig dosierte Beruhigungsmittel (Neuroleptika) zur Verfügung.
- Schwere depressive Verstimmungen und Antriebsstörungen reagieren mittelfristig gut auf die Kombination von Psychotherapie und Medikamenten.

Dazu ein kleiner Exkurs:

Eine frühere psychotherapeutische Haltung, in der die Anwendung von

Psychopharmaka generell verpönt war, ist veraltet. Der vernünftige Kern dieser früheren Haltung war die Befürchtung, dass der unter Medikamenten zu schnell abnehmende „Leidensdruck“ auch die Motivation zu einer Psychotherapie schwächen könnte. Dann käme es, so diese Denkart weiter, nicht zu der kausalen Behandlung unbewusster Konflikte, was zum baldigen Wiederauftreten der gleichen oder auch anderer Symptome führen würde. Bei allem Respekt vor der Rationalität dieser Einstellung unserer Lehrer und Vorgänger geben wir heute einer Erfahrung den Vorzug, die besagt, dass ein ausgeruhter Patient besser zu einem Gespräch über sich in der Lage ist, als ein Patient, der sich am Rande der Erschöpfung befindet oder nicht mehr aus dem Bett kommt.

11 Formalitäten (u.a. Einweisung, Kostenübernahme, Krankschreibung)

Die **Einweisung** muss von einem Facharzt mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation oder einem Facharzt für Psychosomatische / Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen werden.

Wir gleichen die extern gestellte Indikation in einem **Vorgespräch** mit unseren Eindrücken, den internen Möglichkeiten und Bedingungen ab und bestätigen gegenüber Ihrem Kostenträger die Indikation. Im Bedarfsfall fügen

wir eine erweiterte Begründung der medizinischen Notwendigkeit hinzu und setzen uns im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit Ihrer Versicherung in Verbindung.

Wenn Sie wünschen, erledigen wir für Sie die **Beantragung der Kostenübernahme**. Für uns ist das tägliche Routine. Mit Ihrer Beihilfestelle müssen Sie keinen Kontakt aufnehmen, wir berechnen nur die beihilfefähigen Kostensätze.

Kosten für Zusatzleistungen, wie

„Chefarztbehandlung“, fallen nicht an.

Während der tagesklinischen Behandlung sind Sie arbeitsunfähig. Gewöhnlich nehmen wir die **Krankschreibung** vor. Sie können aber auch eine Krankschreibung von Ihrem behandelnden Arzt erbitten.

Amtsärztliche Untersuchungen sind bei Beamten im Falle längerer Dienstunfähigkeit beamtenrechtlich vorgeschrieben. Es kann vorkommen, dass wir zu einer Verschiebung der amtsärztlichen Untersuchung raten, oder dass Sie selbst um eine solche bitten, wenn Ihr Gesundheitszustand diese noch nicht zulässt. Wir attestieren Ihnen dann Ihre Gründe für eine Verschiebung des Termins.

Abschließend noch ein rechtlicher Hinweis über dieses Informationsblatt:

Dieser **Leitfaden** ist Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärung über medizinische Behandlungen und deren Risiken. Er wird Ihnen im Vorgespräch ausgehändigt. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie ihn vor Beginn der Behandlung erhalten haben und lesen werden.

Der Leitfaden ist fachbezogen verfasst. Die Inhalte entsprechen unseren ärztlichen Erfahrungen und sind insoweit auch Ausdruck der wissenschaftlichen Ausrichtung des Behandlungsprogramms. Bitte informieren Sie sich auch andernorts in geeigneter Weise.

Im Text wurde auf eine geschlechter-spezifische Trennung zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

12 Anhang

12.1 „Lehrergesundheit“: Stressprävention für Lehrkräfte

„Schule“ ist in Deutschland leider schon seit vielen Jahren ein gesellschaftlich hoch politisiertes Konfliktfeld. Die kontroverse Debatte um die richtige Schulform kommt nicht zur Ruhe. Von Deutschland entsteht das Bild einer bundesweiten, ideologisierten Verunsicherung in Politik und Bevölkerung bei der Bewertung von Schule für die psychische Entwicklung von Kindern.

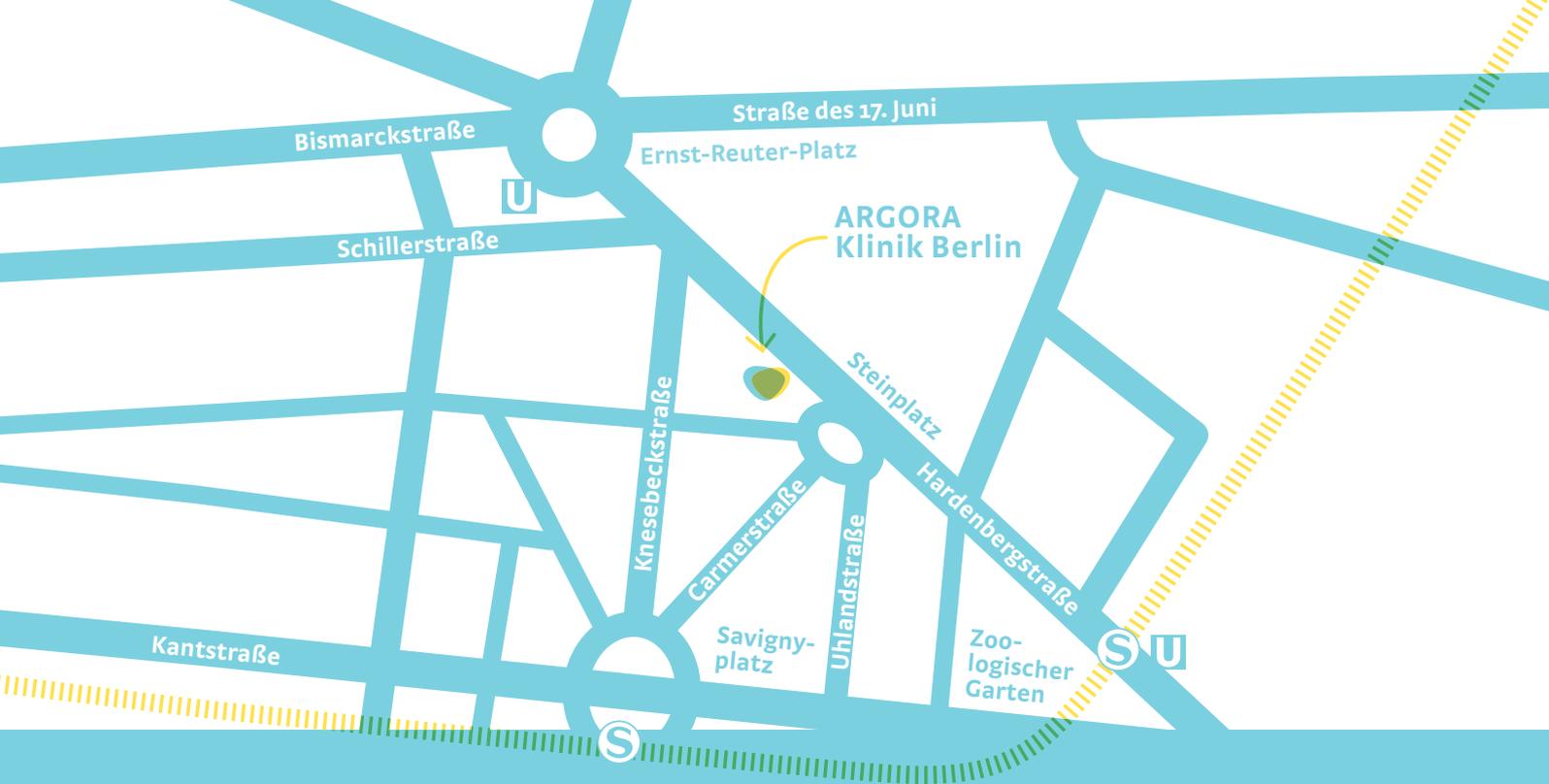
Die ARGORA Klinik Berlin wurde als Privatklinik früh auf die zum Teil prekären Arbeitsbedingungen von Lehrerinnen und Lehrern und deren

berufliche Stressbelastung aufmerksam. Sie entwickelte als Beitrag zum Bemühen der Berliner Senatsverwaltung um eine „Gute, gesunde Schule“ ein psychosomatisch orientiertes Curriculum, in welchem die Teilnehmer lernen, die systembedingten, psychosomatisch relevanten Stressfaktoren von persönlichen Fehlhaltungen in der Arbeitshaltung zu unterscheiden und bisher ungenutzte, eigene Ressourcen zu nutzen. Der angestrebte positive, gesundheitliche Effekt einer günstigeren Arbeitshaltung soll indirekt auch den Kindern zugutekommen.

12.2 Fortbildung: Zertifizierung durch die Ärzttekammer Berlin

Die ARGORA Klinik Berlin ist daran interessiert, dass ihre Leistungen auch im ambulanten, ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich bekannt werden. Aus diesem Grund lädt sie die interessierten, niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten zu **wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen** ein, die von der **Berliner Ärztekammer** zertifiziert werden. Dabei achtet sie darauf, dass sich die nationalen und

internationalen Referenten nicht allein durch größtmögliche Prominenz auszeichnen, sondern durch innovative und interessante Ansätze in ihren jeweiligen Forschungsbereichen.



ARGORA Klinik Berlin
Hardenbergstraße 9A
10623 Berlin-Charlottenburg

T: (030) 369 969 70
F: (030) 369 969 799
info@argora.de
www.argora.de

Anfahrt mit dem **PKW**:

- kostenfreie Parkmöglichkeiten rund um die Straße des 17. Juni
- kostenpflichtige Parkmöglichkeiten in den umliegenden Seitenstraßen

Anfahrt mit **öffentlichen Verkehrsmitteln**:

- U** U2: Bahnhof Zoo / Ernst-Reuter-Platz
U9: Bahnhof Zoo
- S** S3 / S5 / S7 / S9: Bahnhof Zoo
- DB** RE1, 2, 7, RB14, 21, 22: Bahnhof Zoo
- BUS** M45, 245: Steinplatz

Ärztliche Leiterin: Dr. med. Barbara Mildenerger
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Berthold Peters
ARGORA Institut für Präventivmedizin GmbH & Co. KG