



KV 1

Spezielle Neurosenlehre: Depressive Patienten verstehen

Matthias Franz, Düsseldorf

Dieser Kurs richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die am Beginn ihrer psychosomatischen / psychotherapeutischen Weiterbildung stehen und an klinischen Grundlagen interessiert sind. Die häufigsten psychoneurotischen Störungen (diesmal: depressive Störungen) werden aus psychoanalytischer und bindungstheoretischer Sicht vorgestellt. Wichtige Inhalte und Themen: Häufigkeit, klinisches Bild (Video-Demonstrationen), neurowissenschaftliche Aspekte, zugrundeliegende psychosexuelle Entwicklungskonflikte inkl. bindungstheoretischer Aspekte, Psychodynamik der Auslösung und des Krankheitsverlaufes, typische Übertragungs-/ Gegenübertragungsprobleme, Differentialdiagnostik und Indikationstellung. Ziel ist ein psychoanalytisch, bindungstheoretisch und neurowissenschaftlich basiertes Gesamtverständnis dieser Störungen.

KV 2

Bindung – wo ist das Problem?

Jörg Rademacher, Düsseldorf

Die Behandlung „schwieriger Patienten“ ist ein Problem. Es ist bekannt, dass diese Menschen, unabhängig von der psychiatrischen Diagnose, oft unter einer Bindungsstörung leiden, die ständig an unpassender Stelle dafür sorgt, dass ihr Bindungssystem aktiviert wird, wodurch ihr Verhalten oft wesentlich beeinträchtigt wird. Wo genau liegt also das Problem? Die Bindungstheorie ist in ihren Grundzügen gut bekannt (Bowlby). Ebenfalls bekannt ist, dass gute Beziehungen und unsere Fähigkeit, diese einzugehen und aufrechtzuerhalten, eine salutogenetische Bedeutung haben. In der Bindungstheorie geht es zunächst einmal um die Mutter-Kind-Beziehung bzw. die Beziehungen zu den frühen primären Bindungspersonen und ihre Störungen. Der sichere Hafen (Objekt Konstanz) in der empathischen dyadischen Beziehung garantiert, dass es in der sicheren Bindung auch Rettung in gefährlichen Stresssituationen gibt. Die Fähigkeit oder Unfähigkeit eines Menschen zu erkennen, wann eine andere Person vertrauenswürdig ist, kann also darüber entscheiden ob eine für beide Seiten stabile Beziehung daraus entstehen kann. Dieses

System beinhaltet einen interaktiven reziproken Regulationsprozess aus dem sich nicht nur die eigenen Bindungen und Bindungserfahrungen entwickeln, sondern auch die individuellen Bindungserwartungen. Diese frühen Bindungserfahrungen unterlaufen einen Reifungsprozess bis hin zum Erwachsenen, abhängig vom Bindungsmuster, dem aktuellen Bindungsstress sowie weiteren externen Stressoren. Im Resultat verfügen wir alle über unterschiedlich kompetente Mechanismen zur Selbstberuhigung, die aber jederzeit auch unterbrochen werden können. Darin liegt für die Betroffenen ein alltagsrelevantes Problem.

In diesem bindungsbasierten Rahmen, der Vergangenheit und Gegenwart verbindet, setzt nun das Interesse am Mentalisierungskonzept der psychotherapeutisch-psychoanalytischen Britischen Schule (Fonagy) an, um Bindungsprozesse für die klinische Arbeit im Hier und Jetzt zu nutzen. Das ist naheliegend, denn unsere Mentalisierungsfähigkeit entwickelt sich innerhalb der für den Einzelnen wesentlichen Bindungsbeziehungen. Dabei gilt, dass die Fähigkeit über die mentale kognitiv-emotionale psychische Verfassung zu reflektieren, abhängig von diversen variablen Faktoren bleibt. Wenn die maßvolle Systemaktivierung „nervös überflutet“ wird, reduziert sich unsere Mentalisierungsfähigkeit. Traumata, Schmerzen, psychische Erkrankungen, Trennungs- oder Verlusterfahrungen sowie Rollen- oder Identitätsdiffusion können das verursachen. Im Fall solcher Störungen kommt es vorhersagbar zu erhöhtem

psychischen Stresserleben, weil die Grundlage dafür gestört ist, sich in der sozialen Realität zu verankern und in bindungsrelevante Beziehungen mit anderen zu treten. Es soll dargestellt werden, welche Anforderungen ein kontinuierlich mentalisierungsgestütztes Vorgehen an den Therapeuten stellt, im bindungsrelevanten Kontext von Annäherung und Distanz, Übertragung und Gegenübertragung, Missverstehen und Affektabstimmung.

Die Nutzung bindungstheoretisch/-pragmatisch fundierter Interventionen speziell zur Stärkung der Mentalisierung in der Behandlung „schwieriger Patienten“ soll dafür vertieft werden. Um diese Wechselwirkungen zu durchdringen werden u.a. auch solche psychoanalytischen, psychosomatischen und neurobiologischen Faktoren diskutiert, die sich bereits in funktionellen cMRT-Untersuchungen (Fachliteratur) abbilden ließen.

Empfohlene Literatur:

Brisch, Karl Heinz: Die Macht von Gruppenbindungen.

Klett-Cotta, Stuttgart 2018.

Buchheim, Anna: Bindung und Exploration.

Kohlhammer, Stuttgart 2016.

Kirsch, Holger u. a.: Praxis des Mentalisierens.

Klett-Cotta, Stuttgart 2018.

Strauß, Bernhard / Schauenburg, Henning. Bindung in Psychologie und Medizin. Kohlhammer, Stuttgart 2016.



KV 3

Psychosomatische Diagnostik und Behandlung bei somatoformen Störungen

Nina Sauer, Hannover

Somatoforme Störungen treten mit einer Prävalenz von ca. 10% in der deutschen Bevölkerung auf, bis zu 30% der Besuche in Allgemeinpraxen werden durch somatoforme Symptome verursacht. Die Diagnostik und Differenzialdiagnostik stellen in der Primärversorgung wie in spezialisierten Abteilungen eine Herausforderung dar. Das Leiden der Patienten ist hoch. Chronizität, ein hoher Grad an Komorbidität und Funktionseinschränkung bis zur Berentung machen Diagnostik und Behandlung notwendig. Um den betroffenen Patienten die indizierte Therapie zur Verfügung stellen zu können, bedarf es der Arbeit an Krankheitsverständnis und Therapiemotivation. Das Verstehen der interaktionellen Fallen und der sensible Umgang mit diesen sind dabei von großer Bedeutung.

In der klinischen Vorlesung werden die Themen: Definition, Epidemiologie, Verlauf und Prognose, Störungstheorie und -modelle inkl. der psychischen Aspekte, Diagnostik und Indikation sowie Therapie besprochen. Grundlage stellt die S3 Leitlinie für funktionelle Körperbeschwerden dar. Es wird darum gebeten Fallbeispiele zur Diskussion einzubringen.

KV 4

Gibt es den therapie-resistenten Patienten? Und wie können wir ihn dennoch behandeln?

Wolfgang Tress, Düsseldorf

Vorgestellt wird ein bindungstheoretisch fundierter Ansatz speziell für die Behandlung solcher schwierigen Patienten mit komorbiden Syndromen der Wut, Angst, Suizidalität, Depression und Sucht, die bisher weder auf Medikation noch auf Psychotherapie angesprochen haben. Wir greifen dabei sowohl auf das Fokusmodell des cyclisch-maladaptiven Musters nach Strupp und Binder (1991) wie auf die interpersonelle rekonstruktive Therapie (IRT) nach Lorna Smith Benjamin zurück. Zugrunde gelegt ist ein Modell, welches Persönlichkeitsstörungen als Ergebnis maladaptiver Interaktionsmuster versteht. In diesen wiederum sind internalisierte Repräsentationen von Beziehungen zu geliebten Personen der Vergangenheit zu erkennen.

Die unbewusste, aber überragende Bedeutung jener Beziehungen ist weit stärker als Geschehnisse des gegenwärtigen Lebens und reduziert auch die Möglichkeit therapeutischer Einflussnahme. Der Schlüssel für eine effektive Behandlung liegt daher in der Veränderung jener Beziehungswünsche, die das unbewusste Problemverhalten aufrechterhalten. Dieser interpersonelle Ansatz erlaubt es, für den individuellen Patienten eine spezifische Fallformulierung zu finden. Daraus können wir ein spezifisches psychotherapeutisches Vorgehen

ableiten, womit wir eindeutige Techniken an die Hand bekommen, um auch therapieresistente, 'sehr schwierige' Patienten zu behandeln.

Solche Fallformulierungen geben uns und den Patienten einen Begriff davon, wie und warum die Einsichten des Patienten von einer aufrichtigen therapeutischen Beziehung getragen und begleitet sein müssen. Übertragung und Gegenübertragung zeigen sich dabei mit größtmöglicher Evidenz.

Die Teilnehmer sind eingeladen, eigene Anamnesen vorzustellen oder aus laufenden Behandlungen zu berichten. Optimal wären dazu mit Tonband aufgezeichnete Interview- oder Therapiepassagen, um das hier empfohlene Vorgehen selbst zu erproben und Anregungen für die weitere Therapie zu erhalten.

Empfohlene Literatur:

Strupp H.H. und Binder J. L. (1991): Kurzpsychotherapie, Klett-Cotta Stuttgart.

Tress W. et al. (1996): Das Modell des cyclisch-maladaptiven Beziehungsmusters und der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens. Psychotherapeut.

Tress, W. et al. (2003): Spezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut.

Lorna Smith Benjamin (2001): Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. CIP-Medien.

KV 5

Klinische Vertiefung der Plenarvorträge P 2 - P 5

diverse

Die Referentinnen und Referenten der Plenarvorträge P 2 - P 5 werden sich jeweils im Anschluss an ihren Vortrag Ihren Fragen stellen und auf weiterführende und spezielle Aspekte ihres Vortrages eingehen.