

ENGELTHALER

Rundschau

Nachrichten aus der Frankenalb-Klinik Engelthal

2015 / Ausgabe 29



Psychotherapie

- ▼ Verhaltenstherapie
- ▼ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ▼ Nonverbale und verbale psychotherapeutische Verfahren
- ▼ Psychoonkologie





5



Titelbild:
Lichtblicke

Künstlerin: Elke Jäger



12



21



25

Inhalt

▼ Grundlagen der Verhaltenstherapie	4–5
▼ Verhaltenstherapie bei Burn-out	6–9
▼ Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	10–11
▼ Psychotherapie und Kunsttherapie	12–13
▼ Gesprächspsychotherapie	14–15
▼ Psychoonkologie	16–17
▼ Musiktherapie	18–19
▼ Möglichkeiten und Grenzen der Hypnotherapie	20–21
▼ Achtsamkeit in der Psychotherapie	22–23
▼ Was ist Psychomotorik?	24–27
▼ Veranstaltungshinweise / Impressum	28

Die Bilder von den Seiten 1, 5, 7, 15, 21, 23 und 25 sind aus der Ausstellung „Die Suche geht weiter – nach vorn!“ der Künstlerin Elke Jäger, die im Sommer 2014 in der Frankenalb-Klinik Engelthal stattfand.

Hinweis: Der Begriff Patient, Mitarbeiter, Arzt und sonstige Funktionsbezeichnungen in dieser Broschüre stehen für beide Geschlechter gleichermaßen.

© Bezirkskliniken Mittelfranken

Liebe Leserinnen und Leser,

im Zusammenhang mit seelischen Erkrankungen tauchen immer wieder Fachbegriffe auf, die Betroffene und Angehörige verwirren. In dieser Ausgabe der Engelthaler Rundschau stellen wir verschiedene psychotherapeutische Verfahren vor. Die Auswahl konzentriert sich auf Methoden, die in Abteilungen der Frankenalb-Klinik angewendet werden. Durch die Vorstellung von Verfahren und Ansätzen sollen Orientierungshilfen im Therapie-dschungel gegeben werden.

Ich frage neue Patienten oft, ob sie schon in psychotherapeutischer Behandlung waren. Dabei denke ich an wöchentliche Sitzungen von 50 Minuten Dauer und an einen Umfang von 25 Stunden als Minimum. Der Patient spricht von psychotherapeutischer Behandlung, bei näherem Nachfragen wird deutlich, dass er eine psychiatrische eher medikamentös orientierte Behandlung, in deutlich niedriger Frequenz meint.

Psychotherapie ist die Behandlung seelischer Leiden durch einen Psychotherapeuten auf der Grundlage wissenschaftlich geprüfter Verfahren (Berufsbezeichnungen, siehe Artikel S. 4).

In Kliniken werden je nach Ausbildung der Mitarbeiter verschiedene wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren angeboten.

Im ambulanten Bereich beschränkt sich das Angebot, für das die Krankenkassen die Kosten übernehmen, im Wesentlichen auf Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren. Nur diese zwei psychotherapeutischen Verfahren werden aktuell als Richtlinienverfahren anerkannt, eine Änderung wird von verschiedenen Therapieverbänden immer wieder gefordert, aber erscheint nicht wahrscheinlich.

Da bei einem stationären Aufenthalt Veränderungen nur begonnen werden können, ist ein schwieriger Punkt der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung.

In vielen Fällen ist es nach einem Klinikaufenthalt sinnvoll, zusätzlich zur psychiatrisch ärztlichen Versorgung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anzuschließen. Die niedergelassenen Psychotherapeuten sind jedoch aufgrund der Gesprächsdauer und der Länge der Behandlungen oft so ausgebucht, dass es nicht einmal

Sinn macht, eine Warteliste zu führen. So gestaltet sich die Suche nach einem Psychotherapieplatz oft sehr schwierig. Zur Unterstützung gibt es in dieser Rundschau einen Infokasten mit Vermittlungsstellen in Bayern, die einen Überblick über freie Plätze haben und es werden Anlaufstellen zur Überbrückung genannt.

Zu Beginn einer ambulanten Behandlung sollen sich Klient und Psychotherapeut in Probesitzungen kennenlernen. Sie entscheiden dann, ob die Chemie stimmt, damit eine Behandlung erfolgreich sein kann. Danach wird eine Behandlungsvereinbarung geschlossen.

In diesem Zusammenhang erscheint mir wichtig zu betonen, dass Psychotherapie einigen Aufwand und Anstrengung erfordert und die Motivation zur Veränderung, auch schmerzhaft Themen anzugehen, vorhanden sein muss. Eine Fremdmotivation durch Angehörige, Behandler oder Vorgesetzte ist wenig Erfolg versprechend.

Ich hoffe, dass nach der Lektüre dieser Rundschau einige Fragen beantwortet sind, und sich im Dschungel einige gangbare Pfade zeigen.

Susanne Jeschke

Susanne Jeschke
Psychologische Psychotherapeutin,
Koordination der Redaktion der Engelthaler Rundschau

GRUNDLAGEN DER VERHALTENSTHERAPIE

ENGELTHALER
GESPRÄCHE AM
21. OKTOBER

In einer Krisensituation oder einer Phase von außergewöhnlicher psychischer Belastung ist manchmal professionelle Hilfe nötig, um sich

wieder stabilisieren zu können. Oftmals ist es aber gar nicht so einfach unter den vielen Berufsgruppen den richtigen Ansprechpartner zu fin-

den. Deshalb werden hier ganz kurz die wichtigsten Berufsgruppen vorgestellt.

▼ **Psychologen** (Diplom oder Master of Science – M.Sc.) haben ein Psychologiestudium abgeschlossen und sich dabei unter anderem intensiv damit beschäftigt, wie Menschen denken, fühlen, sich verhalten und mit körperlichen Empfindungen umgehen. Dabei sind oft die Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen besonders wichtig. Psychologen sind Experten bei seelischen Problemen und bilden sich oft zum **psychologischen** Psychotherapeuten weiter.

▼ **Psychiater** haben Medizin studiert und sind Experten in der medizinischen und medikamentösen Behandlung von psychischen Störungen. Sie haben also die Möglichkeit, Medikamente zu verschreiben. Allgemein „managen“ sie die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesamtstrategie. Gemäß der aktuellen Weiterbildungsordnung durchlaufen sie ebenfalls eine mehrjährige Ausbildung zum **ärztlichen** Psychotherapeuten.

▼ **Psychotherapeuten** sind Psychologen oder Ärzte, die eine mehrjährige Ausbildung an ihr Studium angeschlossen haben, in der es vertieft praxisorientiert um die Behandlung von seelischen Erkrankungen geht. Eine Methode zur Unterstützung bei psychischen Problemen in der Psychotherapie ist die Verhaltenstherapie.

Verhaltenstherapie beschäftigt sich sozusagen im Wortsinne mit dem Verhalten von Menschen. Die zugrunde liegende Theorie besteht darin, dass unser Verhalten, unsere Gefühle und unsere Gedanken eng miteinander verwoben sind. Das bedeutet, wenn sich in einem der drei Bereiche etwas ändert, wird das einen starken Einfluss auf die anderen beiden Bereiche haben. In der Verhaltenstherapie werden die Patienten also immer wieder dazu angehalten z.B. neue Verhaltensweisen auszuprobieren um, auch hinsichtlich der Gedanken und der Gefühle eine Veränderung zu bewirken. Außerdem hilft der Therapeut bei der Zielformulierung und der systematischen Problemlösung. Dabei sind die eigenen Werte, Ziele und Lebenseinstellungen des Patienten – innerhalb ethischer Grenzen – entscheidend und nicht die des Therapeuten. Somit wird ein Patient dabei unterstützt, möglichst

schnell wieder selbstständig und unabhängig vom Therapeuten sein Leben und künftige Herausforderungen zu meistern.

Die Verhaltenstherapie orientiert sich in der Arbeit am aktuellen Problem und was es zum jetzigen Zeitpunkt aufrechterhält. Dabei wird nicht immer nach dem allerersten Auslöser für ein Problem gesucht, da dieser manchmal nicht mehr genau ausmachen ist oder vielleicht mit dem heutigen Problem nicht mehr unmittelbar zu tun hat.

Entwicklung der Therapieform

Die Geschichte der Verhaltenstherapie ist stark durch Forschung geprägt. Einen wesentlichen Schritt machte dabei ein Forscher namens B. F. Skinner. Er führte Untersuchungen zur operanten Konditionierung durch und zeigte so eine lerntheoretische Basis für das Erlernen neuer

Verhaltensweisen, wie sie zur Veränderung von unerwünschtem Verhalten genutzt wird. Das Besondere an der operanten Konditionierung ist, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens gesteigert oder vermindert werden kann. Ein Prinzip, das besonders aus der Hundeerziehung bekannt sein könnte. Wenn der Hund wie gewünscht auf das Kommando „Platz“ hört, bekommt er ein Leckerli (Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht), und wenn er nicht wie gewünscht reagiert, wird er z.B. geschimpft (Auftretenswahrscheinlichkeit vermindert).

Problematisch dabei ist jedoch, dass viel von unserem Verhalten auch mit Gedanken, Gefühlen usw. zu tun hat. Also mit dem, was in der – damals sogenannten – „Black-Box“ (unserem Gehirn) stattfindet. Während alles, was im Geist passiert, bei Skinner's Behaviorismus als „unerforschbar“



„Stolz!“

Künstlerin und Foto: Elke Jäger

galt, rückt es nach der „kognitiven Wende“ in das Zentrum des Interesses. Es wurde nach Wegen gesucht, neben dem Verhalten auch unerwünschte Denkmuster verändern zu können. Einer der Vorreiter der kognitiven Verhaltenstherapie ist A. T. Beck, der unter anderem für seine kognitiven Ansätze zur Behandlung von Depressionen bekannt ist.

In den letzten Jahren gewinnen die Anwendung von achtsamkeitsbasierten Verfahren, die Bearbeitung von Sinn- und Wertefragen und die Methoden der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) immer mehr an Bedeutung. Damit hat sich das Spektrum der Behandlungsverfahren der Verhaltenstherapie – unter ständiger Wirksamkeitsbestätigung durch die Forschung – immer weiter entwickelt und verbreitert.

Fallbeispiel

Herr K. kommt zum Psychotherapeuten, nachdem er sich seit einigen Wochen selbst nicht mehr wiedererkennt. Er fühlt sich dauerhaft sehr traurig, könne sich zu nichts mehr aufraffen und könne sich nicht mehr freuen, wenn etwas Schönes passiert. Mit seinen Freunden habe er sich schon lange nicht mehr getroffen, weil er sie nicht mit seiner Stimmung belasten wolle. In der Arbeit brauche er für die kleinsten Aufgaben viel länger als sonst, weil er sich nicht mehr konzentrieren könne. Die meiste Zeit grübele er darüber, ob er vielleicht gekündigt wird, weil er so lang für seine Arbeit braucht und darüber, dass er ja sowieso nicht gut genug für den anspruchsvollen Job sei.

In der Verhaltenstherapie würde bei einer solchen depressiven Episode mit der Aktivitätenplanung zur Tagesstrukturierung begonnen werden. Dabei sind vor allem für den Patienten angenehme Aktivitäten und Aktivitäten, die die soziale Interaktion fördern, wichtig. Außerdem werden die negativen Denkmuster und Grübelgedanken mithilfe des Patienten analysiert und verändert. Oft gibt es auch negative Überzeugungen, die schon lange bestehen und gewachsen sind, die so aber nicht hilfreich sind und die verändert werden sollten. Das wären die Hauptbestandteile bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen, die aber durch weitere Techniken individuell angepasst werden.

VERHALTENSTHERAPIE BEI BURN-OUT

Der Begriff **Burn-out** beschreibt einen **Zustand der völligen Erschöpfung**, die sich auf die Ebenen – geistig, körperlich und psychisch – bezieht.

Geschildert werden Beschwerden in Form von:

- ▼ Veränderter Stimmung wie Lustlosigkeit, Übellaunigkeit, Gereiztheit
- ▼ Gefühlen von Versagen, Angst, den gestellten Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein
- ▼ Erleben von Sinnlosigkeit
- ▼ Abnehmendem oder mangelndem Interesse am Beruf oder der Arbeitstätigkeit
- ▼ Andauernder Müdigkeit, Mattigkeit, Kraftlosigkeit und schneller Erschöpfbarkeit
- ▼ Schlafstörungen (Ein- und/oder Durchschlafstörungen)
- ▼ Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten
- ▼ Leistungsabfall, Fehlerhäufung am Arbeitsplatz
- ▼ Erleben von Verzweiflung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- ▼ (Chronischer) Motivationslosigkeit
- ▼ Körperlichen Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Herz-Kreislaufproblemen, häufigen Infekten, Hörstörungen (Tinnitus, Hörsturz)

Entwickelt hat sich dieser Zustand schleichend und über einen längeren Zeitraum hinweg. Betroffene gelangen erst nach einer langen Zeit an den Punkt, „wo nichts mehr geht“ und alle Kraftreserven aufgebraucht sind.

Die dann stattfindende psychische Dekompensation („der letzte Tropfen, der das Fass überlaufen lässt“) wird häufig ausgelöst durch eine „banale Alltagssituation“, wie z.B. die Entscheidung für ein bestimmtes Produkt im Supermarkt nicht mehr treffen zu können.

Nachdem **Burn-out keine anerkannte Krankheit** ist, wie z. B. die Depression oder eine Angststörung, gibt es auch keine Leitlinien für die Behandlung.

Burn-out wird im ICD 10 (Internationales Klassifikationssystem für psychische Störungen) als Zusatzdiagnose deklariert.

Zusatzdiagnosen stehen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ohne dass der Inanspruchnehmende im eigentlichen Sinn erkrankt ist.

Bei den Betroffenen, die stationär behandelt werden müssen, ist die Symptomatik so weit fortgeschritten, dass sie die Kriterien einer mindestens mittelschweren Depression (F32.1) oder die einer Angsterkrankung (F40 oder F41) erfüllen.

Die Übergänge von einem vorübergehenden Stresszustand zu einem anhaltenden Stresszustand im Sinne eines Ausgebranntseins („Burn-out“) und einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sind fließend. Die Grafik der Fachgesellschaft DG-PPN (siehe Bild) stellt eine Hilfe zu einer möglichen Abgrenzung dar.



„Hoffnung“

Künstlerin & Foto: Elke Jäger



Wie finde ich einen freien
Psychotherapieplatz?

**Vermittlung freier
Therapieplätze in Bayern**

▼ KVB Kassenärztliche
Vereinigung Bayern
Koordinationsstelle
Psychotherapie
www.kvb.de
Telefon 0921 787765-40410

▼ PTK Psychotherapeuten-
kammer Bayern
www.ptk-bayern.de

Hausärzte haben oft eine
Liste der Psychotherapeuten
in der Umgebung.

**Anlaufstellen zur
Überbrückung der Wartezeit**
(Adressen beziehen sich auf
das Nürnberger Land)

▼ Psychiatrische
Institutsambulanz
der Frankenalb-Klinik
Telefon 09158 926-2203

▼ Sozialpsychiatrischer
Dienst Nürnberger Land
Telefon 09151 2019

▼ Krisendienst Mittelfranken
Mo–Fr 18.00–24.00 Uhr
Sa–So 13.00–24.00 Uhr
Telefon 0911 4248550

Behandlung im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie

Grundlage unseres Behandlungsansatzes ist die kognitive Verhaltenstherapie, die davon ausgeht, dass Gedanken – Gefühle – Verhalten unmittelbar zusammenhängen.

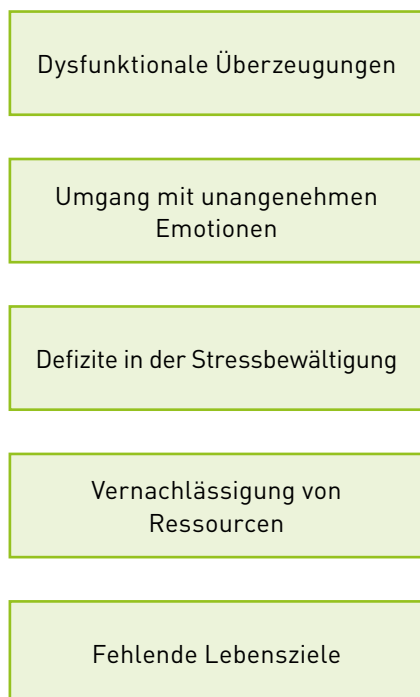
Zur Behandlung gehört die Auseinandersetzung mit den Themen: Akzeptanz der Realität, Ressourcenaktivierung, Eigenbestimmung, Lebenszufriedenheit, Kommunikation und Selbstsicherheit und Stresstoleranz.

Um allen Ebenen gerecht zu werden, arbeiten wir mit einem sogenannten Baukastenprinzip, indem verschiedene Module im Rahmen einer Gruppentherapie zum Einsatz kommen.

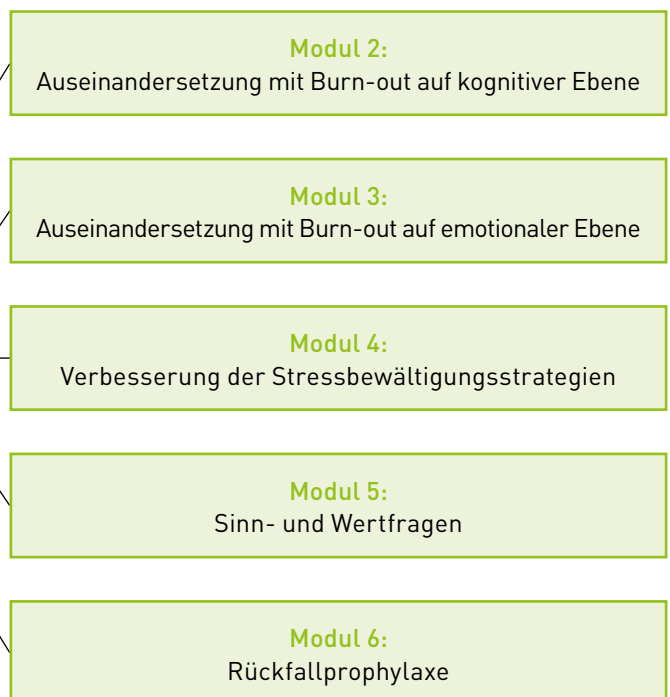


Ansatzpunkte in der Burn-out-Behandlung

Aufrechterhaltende Bedingung



Interventionen



M1

Das **Modul 1** vermittelt im Rahmen von **Psychoedukation** den aktuellen Stand der Wissenschaft „State of the Art“. Zudem erfahren die Teilnehmer Wissen über die diagnostische Einordnung und die Grenzen und Gemeinsamkeiten mit anderen psychischen Störungen (Depression, Angst). In der Gruppe erfolgt ein Austausch unter den Teilnehmern bezogen auf: persönliche Symptome, Krankheitsentwicklung und -verlauf, Warnzeichen und über die Reaktionen des Umfeldes. Ziel des Moduls ist, möglichst Kenntnisse zu vermitteln und zu ermöglichen, dass die erlebten Symptome kein „Einzelschicksal oder individuelles Versagen sind“, sondern Bestandteil der Störung.

M2

Im **Modul 2** setzen sich die Teilnehmer mit ihren **Einstellungen, Denkweisen, Überzeugungen und ihrem Verhalten** auseinander, die die Entstehung von Burn-out begünstigen können. Hier zeigen sich Eigenschaften wie: hohes Verantwortungs-bewusstsein, Pflichtbewusstsein, Perfektionismus, Angst vor Ablehnung, Angst vor Kontrollverlust, unrealistische Einschätzung der eigenen Leistungsgrenzen, mangelnde Selbstfürsorge zu-gunsten von Pflichterfüllung.

Ziel ist, lebenserschwerende Einstellungen zu erkennen und zu helfen, bestehende Einstellungen zu verändern.

M3

Im **Modul 3** lernen die Teilnehmer Grundlagen über die Entstehung und Funktionen von **Emotionen** kennen. Gemeinsam wird erarbeitet, welcher Umgang mit Emotionen stattfindet. Besonderes Augenmerk liegt auf der Auseinandersetzung mit dem Erleben von Kränkung, Hilflosigkeit und Ohnmacht und Ärger, da diese beim Thema Burn-out eine zentrale Rolle einnehmen.

Ziel ist, ein Verständnis für das jeweilige emotionale Befinden zu entwickeln und einen anderen Umgang mit den erlebten Emotionen zu finden. Zudem soll das Selbstwirksamkeitserleben gestärkt werden. Unterstützt wird dieses Anliegen durch Übungen aus dem Selbstsicherheitstraining.

M4

Im **Modul 4** beschäftigen sich die Teilnehmer mit dem Thema **Stress und Stressbewältigung**. Sie erwerben Kenntnisse über gängige Stressmodelle (Lazarus, Selye) und reflektieren ihren eigenen Umgang, ihr Verhalten bei erhöhten Belastungen. Mit Hilfe des sogenannten ABC-Schemas (Elis) wird der Aufbau alternativer Denk- und Verhaltensweisen unter Stress ausprobiert. Zudem spielt das Thema Ausgleich im Rahmen der Gesunderhaltung eine Rolle.

Ziel ist, eine Erhöhung der individuellen Stress-toleranz, eine Stärkung der eigenen Selbstwirksamkeit und eine verbesserte Work-Life-Balance.

M5

Im **Modul 5** beschäftigen sich die Teilnehmer mit ihren **persönlichen Lebenszielen**, ihren **eigenen Lebenswerten** und dem „**Sinn ihres Lebens**“.

Ziel ist, bestehende Werte zu reflektieren und Wünsche nach Veränderung durch positive Ziele zu begünstigen.

Literatur

- ▼ Burn-out – ein Behandlungsmanual, Stefanie Weimer, Maureen Pöll, 2. Auflage Stuttgart 2012

M6

Im **Modul 6** werden alle Ergebnisse der anderen Module zusammengefasst und zu einem Notfallplan – **Rückfallprophylaxe** – zusammengefasst.

Ziel ist dabei, mehr Bewusstsein über das eigene „Leistungsverhalten“ zu haben und schneller erkennen und handeln zu können, wenn sich „alte Verhaltensmuster“ wieder einstellen. Zudem beinhaltet der Notfallplan potenzielle Ansprechpartner, Ablenkungs- und Beruhigungsstrategien und Handlungsmöglichkeiten im Krisenfall.

DIE TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein von der Psychoanalyse abgeleitetes – oder anders formuliert – ein psychoanalytisch begründetes Psychotherapieverfahren. Der Begriff **tiefenpsychologisch** ist nur im deutschen Sprachraum geläufig, während international in der Regel von **psychodynamischen Therapieverfahren** gesprochen wird. Theoretische Basis ist die Persönlichkeits- und Behandlungstheorie der von Sigmund Freud und Josef Breuer vor etwas mehr als 100 Jahren begründeten **Psychoanalyse**, von der sie sich jedoch in ihrer Methodik unterscheidet. Das gemeinsame psychodynamische Verständnis legt die **Psychologie des Unbewussten** zugrunde, d.h. es wird ein teilweise unbewusstes Zusammenspiel von Beziehungsmustern, inneren Konfliktkonstellationen und Persönlichkeitsbedingungen, die sich hinter der Oberfläche der manifesten Symptome einer Erkrankung verbergen, angenommen. Das Wort „Tiefe“ verweist einerseits auf die zentrale Bedeutung der verborgenen Tiefe unbewusster Bedürfnisse, Gefühle, Impulse und Konflikte, zum anderen auf die Tiefe der Zeit (fortbestehende Einflüsse aus der Kindheit auf das Hier und Jetzt).

Die **Mutterwissenschaft der Psychoanalyse** entwickelte im Laufe der Jahre vier zentrale Paradigmen, welche heute die Grundlage unserer psychodynamischen (tiefenpsychologischen) Betrachtungen bilden: Das **triebpsychologische Paradigma**: Sigmund Freud postulierte einen Dualismus von Sexual- und Aggressionstrieb als motivierende Kräfte unseres Seelenlebens, denen auch heute noch – trotz Relativierung durch

die neuere Entwicklungsforschung – für das Verständnis von inneren krankmachenden Konflikten große Bedeutung zugeschrieben wird. Im daraus resultierenden Konfliktmodell gehen wir davon aus, dass verschiedene innere Anteile eines Menschen, so insbesondere seine Wünsche, Gefühle, Bedürfnisse und Normen, in einen unlösbaren Konflikt geraten können, wenn sie nicht miteinander vereinbar sind. So werden vor allem unangenehme Gefühle wie Wut, Hass oder Scham, die nicht dem persönlichen Idealbild entsprechen, gemäß dem Motto „Was nicht sein darf, ist nicht“ ins Unbewusste verschoben.

Das **Ich-psychologische Paradigma** (z.B. Blanck und Hartmann 1980): Hier steht nicht der innere Konflikt selbst, sondern die innerpsychischen Abwehrmechanismen, die versuchen, ihn ungeschehen zu machen, im Zentrum. Unter Abwehr verstehen wir ein inneres Filtersystem, das unangenehme Gefühle und Impulse (Angst vor dem Durchbruch aggressiver Handlungen, Schuldgefühle) ganz oder zumindest teilweise von unserem Bewusstsein fernhält.

Es gibt unterschiedliche **Abwehrmechanismen**, denen, auch wenn teilweise ihre Nachteile überwiegen (z.B. Ich-Schwächung durch massive Realitätsverzerrungen), zuerst immer eine wesentliche Schutzfunktion zukommt. Durch die Abwehr löst sich allerdings der interne Konflikt nicht auf, sondern kann stattdessen in Form eines späteren Symptoms (z.B. Lernstörung, auch körperliche Symptome, ...) einen kompromissartigen Ausdruck finden. Häufig werden in aktuellen Auslösesituatio-

nen (z.B. anstehendes Examen) lebensgeschichtlich überdauernde unbewusste Konflikte (Konflikt zwischen Gehorsam vs. Sich-Auflehnen gegenüber einem übermächtig erlebten Elternteil) aktualisiert.

Des Weiteren beschäftigt sich das Ich-psychologische Paradigma mit den sog. **Ich-Funktionen des Menschen**, einem Konglomerat an emotionalen, sozialen und gedanklich-kognitiven Fertigkeiten, die eine Person, abhängig von den kindlichen Entwicklungsbedingungen, unterschiedlich differenziert herausbilden konnte (z.B. Realitätswahrnehmung, Gefühlssteuerung und Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, ...).

Das **selbstpsychologische Paradigma**: Dieses ist vor allem mit dem Namen Heinz Kohut (1979/2012) verbunden, der postuliert, dass Veränderung in der Psychotherapie weniger eine Folge von zu vermehrtem Einsichtsgewinn führenden Deutungen des Therapeuten ist, sondern vielmehr durch Empathie entsteht.

Das **objektpsychologische Paradigma** (z.B. Bion 1990; Mahler et al. 2003): Frühe Erfahrungen mit Bezugspersonen werden als (bewusste oder unbewusste) Erinnerungen Bestandteil der Persönlichkeit eines Menschen, d.h., sie sind quasi auf seiner internen Festplatte abgespeichert und bilden sogenannte innerpsychische Repräsentanzen. Diese beeinflussen wiederum alle späteren Beziehungsgestaltungen eines Menschen, indem sie seine Erwartungen und Bewertungen in neuen sozialen Situationen maßgeblich bestimmen und auch ursächlich für verzerrte Personen- und Realitäts-

Foto: FRIENDS + PFLAUMER

wahrnehmungen im Hier und Jetzt sein können.

Während das klassisch analytische Standardverfahren eine sich oft über mehrere Jahre erstreckende, hochfrequente Behandlung mit dem Ziel einer Persönlichkeitsveränderung (über Einsicht in unbewusste Motivationen durch Betrachtung der Patient-Therapeut-Beziehung) vorsieht, steht bei der **zeitlich begrenzten** (sich in der Regel über 50 bis 80 Sitzungen erstreckenden) TP die **Symptomreduktion** und eine begrenzte **Verhaltensveränderung** im Vordergrund. Es werden **klare Behandlungsziele** formuliert (z.B. auf andere Menschen mehr zugehen lernen, ein positiveres Selbstbild entwickeln, Gefühle besser regulieren können), das Vorgehen des Therapeuten ist im Gegensatz zur in der Psychoanalyse geforderten Neutralität aktiver, direkter und konfliktzentrierter, sodass auch Elemente anderer Therapierichtungen (erklärend-edukative, psychoimaginative, gedanklich-kognitive Rollenspiele) einbezogen werden können. Während bei der Psychoanalyse der Fokus auf den frühkindlichen Entstehungsbedingungen liegt, kommt diesen bei der TP vornehmlich diagnostische Bedeutung zu. Inhaltlicher Schwerpunkt ist stattdessen die **Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auslösender Situation und aktuellen Beziehungen**.

Allen psychodynamischen Verfahren ist gemeinsam, dass Gesundung oder zumindest Symptombesserung über **Einsicht** (in innere Beziehungsmuster) und **positive Beziehungserfahrungen** im Hier und Jetzt (insbesondere auch in der Beziehung zum Therapeuten) erzielt wird.



In diesem Zusammenhang betonen alle tiefenpsychologischen Verfahren die Nutzung von **Übertragung und Gegenübertragung**. Der Begriff der Übertragung meint das Phänomen, dass jede, insbesondere auch die therapeutische Beziehung durch Gefühle, Erwartungen, Gedanken und Verhaltensweisen bestimmt wird, die nicht allein aus der aktuellen zwischenmenschlichen Interaktion erklärbar sind, sondern vielmehr als Wiederholung früher prägender Beziehungserfahrungen verstehbar sind (z.B. sich nicht ernst genommen fühlen wie in der Beziehung zum Vorgesetzten und zum Vater in der Kindheit). Auch in den Neurowissenschaften ist der Einfluss früherer Erfahrungen auf die Gegenwart zwischenzeitlich weithin anerkannt.

Die **Übertragungsanalyse** kann helfen, Auslöser für Übertragungsgefühle in der aktuellen Realität des Patienten zu identifizieren, diese vor dem Hintergrund früherer Beziehungserfahrungen verstehen zu lernen und damit neue und befriedigendere Möglichkeiten der sozialen Interaktion zu eröffnen.

Gegenübertragung nun bedeutet die Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen des Therapeuten, die im Kontakt mit einem Patienten entstehen. Während die Gegenübertragung früher primär als Störquelle für den therapeutischen Prozess gesehen wurde, erfuhr sie im Laufe der Zeit den Stellenwert eines diagnostisch bedeutsamen Instruments (z.B. Therapeut reagiert innerlich auf den Patienten wie aktuelle und frühere Bezugspersonen).

TP kann als Einzeltherapie ebenso wie in der Gruppe zur Anwendung kommen. Sie ist dann **indiziert**, wenn bei zeitlicher Begrenzung, mit den Mitteln der **Einsichtsförderung**, der **positiven Beziehungserfahrung** (auch wenn eine längerfristig Halt gebende therapeutische Beziehung sinnvoll erscheint) und der **Ressourcenaktivierung**, gegebenenfalls unter Einbezug begleitender Techniken, eine nennenswerte Besserung der Symptomatik erzielt werden kann. Bei massivem Widerstand gegen ein einsichtsförderndes Verfahren und starker Fixierung beispielsweise auf eine körperliche Symptomatik kann hingegen ein verhaltensorientierter Ansatz erfolgreicher sein.

PSYCHOTHERAPIE UND KUNSTTHERAPIE



Kunsttherapie als psychotherapeutisch wirksame Behandlungsmethode

Gefühle, Erfahrungen und Befindlichkeiten, die oftmals nicht sprachlich benannt werden können, werden in Bildern häufig sichtbar. Im Gestalten finden unbewusste Inhalte einen Ausdruck und können bewusst gemacht und be- bzw. verarbeitet werden.

Der Zusammenhang von Bildnerischem und Unbewusstem wurde schon sehr bald von S. Freud und C. G. Jung erkannt. Gegenwärtig werden in psychotherapeutischen Sitzungen gemalte Bilder durchaus miteinbezogen. Im Zentrum stehen dabei laut SCHMEER (1999, S. 63) die inhaltliche Aussagekraft der Bilder sowie „die Symbolisierungsfunktion der Bildinhalte für psychisches Geschehen“.

In der Kunsttherapie kann traumatisches Geschehen konkret oder symbolisch erkennbar werden. Entscheidend dabei ist, die kunsttherapeutische Arbeit „traumasensibel“ zu handhaben. Traumasensibel bedeutet, Sicherheit und Orientierung für den jeweiligen Patienten zu gewährleisten.

„Die äußere Sicherheit führt zu innerer Sicherheit. Traumatisierte Patienten profitieren besonders von der Kunsttherapie, wenn sie dort eine durchgehend verlässliche therapeutische Unterstützung sowie einen Halt und Orientierung gebenden äußeren Rahmen vorfinden“ (GROMES, 2008, S.94).

Themenzentriertes und ressourcenorientiertes Arbeiten ist ein wichtiger

Bestandteil der kunsttherapeutischen Arbeit und kann wesentlich zur Stabilisierung der Patienten beitragen.

REDDEMANN (2012) versteht Stabilität als Fähigkeit der Patienten, auch mit schwierigen Themen und Erlebnissen einen Umgang zu finden, ohne dabei zu dekompensieren.

Der sichere innere Ort

Die Begrifflichkeit „sicherer Ort“ scheint eine etwas ungenaue Übersetzung aus dem Englischen zu sein. „Safe“ wird nicht nur mit Sicherheit, sondern auch mit Geborgenheit übersetzt. In der kunsttherapeutischen Arbeit wird oft deutlich, worum es beim sicheren Ort geht – nämlich vor allem um Geborgenheit. Daher sollte auch viel Wert auf Geborgenheitswünsche gelegt werden. Eine Möglichkeit be-

steht darin, von einem Wohlfühlort zu sprechen (REDDEMANN, 2012).

Die Fotomontagen zeigen ein Werkstück einer ambulanten Patientin der Kunsttherapie. Um den Schutz der Patientin zu gewährleisten, ist ein Einblick in das Innere des Werkstücks nicht möglich. Es ist ein individuell eingerichteter und ausgestalteter Wohlfühlort/sicherer Ort. Er entstand aus Pappmaché, Gips, Holz, Tonerde, Filzwolle, Acrylfarbe, Draht und Stoffen. Die Patientin wählte die Materialien sowie inhaltliche Elemente selbst aus. Bei der Bearbeitung wurde darauf geachtet, dass dieser Ort ausschließlich für die Patientin zugänglich ist. Sie hat die Möglichkeit, sich bei Bedarf dorthin „zurückzuziehen“.

Sie beschrieb ihren sicheren Ort/ Wohlfühlort mit folgenden Worten:

„Er hilft mir zu erinnern, einen Platz zu haben, wo ich Ruhe und Frieden habe, an dem mir keiner was kann. Wo mir niemand etwas tut und wo ich mir auch nichts tue. Das überträgt sich in die Wohnung, dass die Wohnung mein sicherer Ort sein kann. Er ist immer gedanklich präsent – auch wenn ich ihn mal nicht vor Augen habe.“

Sie gestaltete einen Ort, der mit einem Steuer versehen ist: einen fliegenden Ort, der in ihrer Vorstellung ausschließlich von ihr selbst gelenkt werden kann und der im Inneren alles hat, was ihr Herz begehrt – wie in einem Schlaraffenland: Es gibt hinreichend zu essen und zu trinken; sie hat dort sogar ihr eigenes Wetter!

Literatur

- ▼ **Gromes, B.** (2008). Ressourcenorientierte Kunsttherapie mit traumatisierten Menschen. In Ph. Martius et al. (2008). Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Urban & Fischer.
- ▼ **Reddemann, L.** (2012). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ▼ **Schmeer, G.** (1999). Psychotherapie und Kunsttherapie. In R. Bader et al. (1999). Kunst und Therapie. Nürtingen: Verlag der Stiftung für Kunst und Kunsttherapie Nürtingen GmbH.



Fotos: Sonja Schwarz/Fotolia

GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

Unter dem Begriff personenzentrierte oder klientenzentrierte Psychotherapie oder auch Gesprächspsychotherapie versteht man ein Verfahren, das ab den 1930er-Jahren von Carl R. Rogers (1902–1987) in Amerika entwickelt wurde. Es zählt zu den humanistischen psychotherapeutischen Verfahren. Die Entwicklung aus der Praxis heraus wurde durch wissenschaftliche Forschung fundiert. Vor allem war Rogers der Erste, der ganze Therapieverläufe auf Tonband aufnahm und zu Forschungs- und Weiterbildungszwecken benutzte.

Carl Rogers hat die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie bis ins hohe Alter weiterentwickelt und geforscht. Er hat auch die ständige Weiterentwicklung der Person bis ins hohe Alter vorgelebt. Rogers ging davon aus, dass jeder Mensch die Fähigkeit besitzt, sich konstruktiv zu entfalten, diesen Prozess nannte er Selbstaktualisierung (Selbsterfahrung). Wenn dieser Prozess durch negative Einflüsse oder Erlebnisse gestört wird, kann die Lebensbewältigung erschwert werden oder es können seelische Erkrankungen entstehen. Die Arbeit findet im Hier und Jetzt statt.

Im Mittelpunkt steht nicht das Problem, sondern der Mensch, der dabei unterstützt wird, sich zu entwickeln. Diese Idee beinhaltet aber auch die Überzeugung, dass jeder Mensch die Fähigkeit besitzt, sich selbst zu verstehen und sich zu verändern. Im klientenzentrierten psychotherapeutischen Prozess versteht sich der Therapeut als Unterstützer, der aber keine Ratschläge gibt, oder sagt, wo

es langgeht. Der Klient und der Therapeut sitzen sich als gleichberechtigte Personen gegenüber.

Die zentrale Frage ist, wie kann eine therapeutische Beziehung gestaltet werden, dass sie hilfreich ist und den Menschen in seiner Entwicklung auf einen Weg zu Heilung, Verbesserung und Linderung führt und die Reorganisation des Selbstkonzepts fördert. Es handelt sich dabei nicht um eine Technik, sondern um eine Haltung. Es wird versucht, durch einführendes Verstehen dem Probanden die eigenen Gefühle besser spürbar und damit auch besser ausdrückbar zu machen. In einer Beziehung, die nach bestimmten klientenzentrierten Grundsätzen gestaltet ist, wird es dem Therapeuten möglich, dem Klienten zu helfen, seinen eigenen Weg zu finden. Es wird davon ausgegangen, dass das Streben nach Reife jedem Menschen innewohnt.

Carl Rogers formulierte 3 Bedingungen, die die klientenzentrierte Grundhaltung ausmachen, diese sind notwendig, aber auch ausreichend.

Empathie – Einführendes Verstehen

Der Behandler bemüht sich die innere Erlebniswelt vor allem im Bezug auf die Gefühle so genau wie möglich zu erfassen und einführend zu verstehen, um in diesem Dialog die Selbsterforschung des Klienten zu fördern und zu entwickeln. Der Therapeut versucht sich in die Schuhe des Gegenübers zu stellen.

Bedingungsfreies Akzeptieren

Das Erleben des Klienten wird vorurteilsfrei und wertfrei angenommen.

In einer so geschaffenen angstfreien Atmosphäre kann sich der Betroffene auch schwierigen Themen zuwenden. Es soll ein Prozess entstehen (anerkennen, solidarisieren, bestätigen).

Echtheit – Kongruenz und Vertrauen

meint, dass der Therapeut sein eigenes Erleben wahrnimmt und in die Beziehung einbringt, der Therapeut versteckt sich nicht hinter einer Maske, wenn es nötig ist, kommt es zur Beziehungsklärung, Selbsteinbringung oder der Klient wird konfrontiert. Aber auch hier soll die Intervention so formuliert werden, dass Wertschätzung und Respekt darin zum Ausdruck kommt.

Im Zentrum steht die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, jede Therapie entwickelt sich individuell mit dem Klienten. Die heute oft übliche Nutzung von Manualen und Techniken ist aus klientenzentrierter Sicht nicht notwendig. Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist die entscheidende Kraft zur Veränderung.

Die Gesprächspsychotherapie ist ein in Deutschland weit verbreitetes Verfahren, das wissenschaftlich anerkannt ist. Als Richtlinienverfahren wird von den Krankenkassen die Anerkennung immer noch verweigert. Es gibt Anwendungsmöglichkeiten für verschiedene Zielgruppen und Krankheitsbilder als Verfahren der Psychotherapie und Beratung. In der Arbeit mit alten Menschen, die an Depressionen, Psychosen und beginnenden Demenzen leiden, hat sich der geschäftspsychotherapeutische Ansatz in meiner Arbeit sehr bewährt.

„Synthese“

Künstlerin & Foto: Elke Jäger

Beispiel für klientenzentriertes Arbeiten:

Eine 66-jährige Patientin, erste Behandlung einer depressiven Episode.

Im 4. Gespräch äußert die Patientin, dass sie im Kontakt mit Mitpatienten das Gefühl hat, dass sie sich nicht mehr spüren kann. „Alles nehme ich in mich auf. Wenn es dem anderen schlecht geht, fühle ich mich schwer und ohne Schwung, bekomme kaum noch Luft.“ Diese Schwierigkeit sich abzugrenzen wird näher angeschaut. Im nächsten Gespräch entwickelt die Klientin im Dialog mit der Therapeutin die Idee, dass sie sich einen imaginären Brustharnisch zulegen will. Dieses „Rüstzeug“ fühlt sich für die nächste Zeit im Kontakt mit anderen Menschen gut an und erlaubt ihr sich besser selbst zu spüren. Es wird der Klientin auch deutlich, dass sie den Brustharnisch besonders im Kontakt mit dem dominanten Ehemann braucht, um eigene Standpunkte zu spüren und zu behaupten. Dies ist natürlich nur ein Aspekt, der in der Behandlung eine Rolle spielte. Nach 10 Wochen stationärer Behandlung findet sie zum Glück relativ schnell einen ambulanten Therapieplatz. Nach einem Jahr meldete sie sich jetzt zurück, dass sie sich auf einem guten Weg befindet. In der stationären Anwendung psychotherapeutischer Verfahren kann immer nur ein Weg angeregt werden, der mit ambulanter Unterstützung noch weitergegangen werden muss.



PSYCHOONKOLOGIE

„Ich hab den Tod gespürt, er saß in mir. Ich habe gekämpft. Es werden wahrscheinlich noch einige Kämpfe folgen. (...) Daher muss es darum gehen, in eine gute seelische Verfassung zu kommen und die auch zu erhalten, zu schauen, dass es viele gute Momente gibt. Und es geht darum jemanden zu finden, der mir kurzfristig die schlechten Momente erklärt und mich in der Selbstliebe stärkt.“

Aus Christoph Schlingensief

„So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein!“

Foto: Ursula Bierschenk

Die vorwiegende Aufgabe der Psychoonkologie ist es, Tumorkranken bei der Verarbeitung der Diagnose, sowie bei der Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Lebensqualität zu unterstützen.

Die 2014 veröffentlichte Leitlinie zur psychosozialen Versorgung von Krebspatienten in Deutschland fordert das Vorhalten psychoonkologischer Angebote. An zertifizierten Tumorzentren (Comprehensive Cancer Center/CCC) sind psychoonkologische Dienste angegliedert, die die Betroffenen und ihre Angehörigen in der Klinik betreuen. Im ambulanten Bereich gibt es an Kliniken angegliederte Ambulanzen und spezialisierte Psychotherapeuten sowie die Beratungsstellen der Deutschen Krebsgesellschaft DKG.

Methodisch ist die Psychoonkologie ein klientenzentriertes Vorgehen, also ein Vorgehen, das den Bedürfnissen, der Bereitschaft und den Fähigkeiten der Patienten Rechnung trägt.

Patienten sind oft in Sorge um ihre Angehörigen und Freunde, um ihren Arbeitsplatz – es ist daher wichtig, das Umfeld in die Behandlung einzubeziehen.

Krebspatienten leiden unter spezifischen Beschwerden, v.a. Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung,

Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Ängsten und stressbedingten vegetativen Beschwerden wie Schlafstörungen, Verspannungen, Verdauungsbeschwerden u.a. Psychiatrische Erkrankungen sind nach Studienlage nicht häufiger als beim Bevölkerungsdurchschnitt.

Es werden eine Vielzahl therapeutischer Methoden angewendet: Beratung und Information zu Krankheit und Behandlung, Entwickeln von Copingstrategien/Bewältigungsstrategien (Psychoedukation), Verbessern der Selbstfürsorge, Einüben von Entspannungsverfahren und imaginativen Verfahren. In der 1. Phase ist neben Krisen- und Angstbewältigung Ermutigung und Anerkennung der persönlichen Bewältigungsversuche wichtig. Es wird ein Raum zur Verfügung gestellt, in dem Emotionen wie Angst, Ohnmacht, Enttäuschung, Wut und Schuldgefühle Platz haben, wo die Geschichte erzählt werden kann, wo die Erschütterung gewürdigt wird, die die Diagnose beinhaltet. Es werden existenzielle Themen angesprochen: Leben und Sterben, Würde, Grenzen, Sinn.

Voraussetzung ist eine vertrauensvolle und verlässliche Beziehung, die ermutigt und bei der Orientierung hilft. Die Behandlung fokussiert auf die Gegenwart und stärkt die Hoffnung auf er-

reichbare Ziele. Um die Verunsicherung in Selbstbild und Selbstwert zu bearbeiten, müssen die Veränderungen und Beschädigungen des Körpers, der Leistungsfähigkeit und der Identität integriert werden. Intakte Persönlichkeitsanteile müssen unterstützt und darin bestärkt werden, das Leben außerhalb der Erkrankung im Blick zu behalten.

Eine Besonderheit ist die palliative Situation, die Auseinandersetzung mit dem Sterben, mit der „verbleibenden Zeit“. Da kann es um Fragen gehen wie: Was möchte ich in der mir verbleibenden Zeit noch tun/erleben, was möchte ich noch klären?

Das themenzentrierte Gruppengespräch bietet die Möglichkeit der gemeinsamen Erarbeitung von Coping- und Lösungsstrategien und verständnisvolle Gegenüber.

Für mich als Psychotherapeutin ist die Arbeit mit Krebspatienten eine besondere Herausforderung – sie macht betroffen – es kann ja jede/n treffen. Die existenziellen Themen gehen emotional nah, wobei gleichzeitig eigene Grenzen und Grenzen von Psychotherapie deutlich werden. Hilfe bedeutet nicht Lösung und Lebensverlängerung, sondern v.a. Präsenz, Bereitschaft, Flexibilität, Respekt für den persönlichen Weg mit dem Krebs. Die Förderung von Selbstbestimmung

ENGELTHALER GESPRÄCHE AM 23. SEPTEMBER

und Selbstständigkeit angesichts der schweren Krankheit ist ein wesentlicher Therapiefokus.

Die Diagnose Krebs ist für Betroffene meist ein Schock. „Es hat mich umgehauen, ich dachte, das wird alles nichts mehr“, sagt W., 58, der mich ½ Jahr nach der Diagnose Prostatakarzinom, nach der Operation und während laufender Chemotherapie und Strahlentherapie aufsucht. Am Anfang sei er nur negativ drauf gewesen, habe sich in die Arbeit gestürzt, um seine Letargie und Verzweiflung zu überdecken. Krankheitstage gab es nur wenige. Er habe den gleichförmigen Alltagsablauf gebraucht. Nach Abschluss der onkologischen Therapie hat er inzwischen einige Kontrolltermine ohne Auffälligkeiten überstanden. Zum Jahreswechsel erlaubt er sich erstmals wieder vorsichtig Pläne zu machen. Vielleicht eine Urlaubsreise. Der Patient wird dabei unterstützt, den Schock der Diagnose zu verdauen, Emotionen zuzulassen und gut für sich zu sorgen.

Frau D., 45, kommt wegen Unruhe und Erschöpfung in die Therapie. Sie könne nicht mehr. Früher habe sie alles unter Kontrolle gehabt, Familie und Beruf. Jetzt sei ihr alles zu viel. Vor 2 Jahren hatte die Frauenärztin einen Knoten ertastet – 10 Tage später ist sie bereits operiert. Sie sei auf der Intensivstation aufgewacht: Ein bösartiger Tumor in der linken Brust, von der nicht mehr viel übrig ist, einige Lymphknoten sind weg. Sie hat Todesangst, weint die ganze Zeit. Den Kindern habe sie das nicht zeigen wollen, die sollten keine Angst haben. Nach einem Jahr Behandlung wolle sie jetzt auf sich selbst schauen, wisse ja nicht, wie lange sie noch hat. Wenn sie etwas unternehme, frage sie sich oft „Ist es jetzt das letzte Mal?“. Der Zukunftshorizont reicht nur bis zur nächsten Kontrolluntersuchung. Frau D. wünscht sich in den therapeutischen Gesprächen einen Raum, in dem sie sich sortieren kann und abwägen lernt, wie sie sich in Familie und Beruf einbringt bzw. abgrenzt.

Zahlen 2010

▼ In Deutschland erkrankten 477 300 Menschen neu an Krebs, insgesamt leben 1,52 Millionen mit dieser Diagnose. Es sterben 218 258 Menschen – womit Krebs nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland ist. Da diese Krankheit so viele Menschen betrifft und um die Anstrengungen aller an der Krebsvorsorge und -bekämpfung Beteiligter zu koordinieren, wurde seit einigen Jahren ein Nationaler Krebsplan entwickelt, der besonders auf die Patientenzentriertheit und Qualität Wert legt.

▼ Psychosoziale Unterstützung wünschen sich ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen. Durch ein Curriculum „Psychoonkologie“, das von der Deutschen Krebsgesellschaft in Zusammenarbeit mit medizinischen und therapeutischen Fachkräften entwickelt wurde, sollen Fachkräfte darin weitergebildet werden, Tumorkranke sozialpsychologisch und therapeutisch besser zu versorgen.

Foto: Ursula Bierschenk

In der PIA Engelthal wird im Sommer 2015 eine Psychoedukationsgruppe für Frauen mit Brustkrebs angeboten. Es geht dabei um Krankheitsverarbeitung und Gesundheitsförderung – mit einbezogen sind regenerative Yogaübungen.

Bei Interesse wenden Sie sich an das Sekretariat: 09158 926-2203.

MUSIKTHERAPIE

Musik wird schon seit Urzeiten in der psychosozialen Hygiene und zur Heilbehandlung eingesetzt. Quellen für den Einsatz von Musik als therapeutisches Mittel können in der Antike bei Pythagoras, im Mittelalter bei Thomas von Aquin oder während der Aufklärung bei Descartes gefunden werden.

Der Begriff „Musiktherapie“ ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie (Definition Musiktherapie DMtG).

Das Anliegen der musiktherapeutischen Intervention ist die Aktivität des Patienten. Die Instrumente sind in der Musiktherapie immer nur Medien zur Inangangsetzung therapeutischer Prozesse, nicht aber Werkzeuge zur Schaffung künstlerischer Produkte. In der Musiktherapie werden aktuelle Themen bearbeitet.

Die Ziele der aktiven/rezeptiven Musiktherapie sind:

- ▼ differenziertes Wahrnehmen
- ▼ sich ausdrücken mit Musik
- ▼ Selbstbewusstsein aufbauen
- ▼ Aktivieren von Körper, Gefühlen und Gedanken
- ▼ Freude vermitteln – Lebensfreude empfinden
- ▼ Beziehung gestalten

Im Musikspiel spiegelt sich das eigene Sein und Handeln wider. Dadurch werden Erkenntnis- und Selbstreflexionsprozesse angeregt. Durch Musik gelingt es, die Augen für die Mitwelt zu öffnen. Aufmerksamkeit und Neugierverhalten werden geweckt. Musik kann tiefe Empfindungen und Gefühle auslösen.

Musiktherapie ist besonders geeignet für die Bearbeitung psychischer Prozesse, die durch Worte nicht erfasst werden können oder wenn Worte nicht im geeigneten Maß zur Verfügung stehen. Mithilfe von Musik ist es möglich, dass ein tief verletzter und verunsicherter Mensch kreative und gesunde Anteile bei sich wiederentdeckt. Die traurigen und verletzenden Erlebnisse haben Raum, aber eben auch fröhliche und gesunde Erlebnisse fließen in die Musik ein.

Im Musikspiel spiegelt sich das eigene Sein und Handeln wieder.

Durch das Spielen von Musik werden Erkenntnis- und Selbstreflexionsprozesse angeregt.

Durch gemeinsames Musizieren wird es möglich, den Klienten zu begegnen und auch innerhalb der Musik aufzufangen. Als Pufferzone schützt Musik den Klienten vor direktem Kontakt und trotzdem findet in **unterschiedlicher Intensität Kontakt** statt.

Musik bietet den Raum für den „ureigenen“ Ausdruck und bildet dafür ein Halt gebendes Gefäß, in das die Gefühle fließen dürfen und wo sie empathisch beantwortet werden. Musikalisch dienen ostinate Harmoniefolgen dem Getragensein, über die der Klient Neues ausprobieren und entwickeln

kann und auch schwierige Gefühle darstellen kann. Auch Lieder mit vertrauten Melodien können Verlässlichkeit und Sicherheit bieten, mithilfe derer Schwieriges ausgedrückt werden kann.

Musik kann helfen, den Ausdruck von Affekten zu filtern. Dadurch lässt sie diese nicht mehr so gefährlich oder bedrohlich erscheinen. Sie verhilft auch tabuisierten, angestauten oder blockierten Gefühlen in Erscheinung zu treten. Dabei geht es auch um **differenzierte Affekte**. Musik kann helfen, diese zu differenzieren.

Somit besteht weniger die Gefahr, von heftigen Gefühlen übermannt zu werden. Die Musik dient als akzeptabler Rahmen, der Schutz geben kann.

Mithilfe von Musik können Klangreisen zu einem sicheren Ort unternommen werden. Bilder, die durch geführte Klänge in der Fantasie entstehen, können im Alltag als Hilfsmittel und Stütze dienen.

Im Musikspiel findet ein Wechsel des Realitätsbezugs statt, dadurch können die Grenzen zur Alltagsrealität durchbrochen und neue Fähigkeiten entwickelt werden. Das Musikspielen in der Musiktherapie ist prozesshaft und gestaltet sich den jeweiligen Empfindungen und Entwicklungsbedürfnissen entsprechend.

Musikinstrumente oder das Produzieren von Musik können auch als Stellvertreter oder Hilfs-Ich dienen. Dabei haben die Instrumente selber schon hohen Symbolwert und Aufforderungscharakter, da sie allein durch ihre Präsenz Gefühle aufkommen oder sich Rollen zuschreiben lassen.



Foto: FRIENDS + PFLAUMER

Der offene und intermediäre Raum beim Musikspielen kann für Kreativität und die Entwicklung der Persönlichkeit genutzt werden.

Klänge können Erinnerungen an frühere Klänge, Geräusche oder Signale auslösen. Viele Menschen müssen zunächst zum Spielen hingeführt werden.

Viele Patienten sind zunächst verunsichert, wenn sie zu einem Improvisationsspiel aufgefordert werden. Trotzdem hat die Improvisation eine große Bedeutung, um den Menschen die Möglichkeit zu bieten, Neues zu erfahren und zu erleben.

Die Grundlage von Improvisation ist Kreativität. Kreativität ist ein Ausdruck des Menschen für Lebendigkeit und trägt in sich heilende Kräfte. In der Improvisation geht es dabei nicht um falsch oder richtig.

Improvisation beinhaltet, dass Unvorhersehbares passieren kann und gleichzeitig wird Neues geschaffen.

Die musiktherapeutische Improvisation ist intimer und persönlicher und findet in einem geschützten Raum statt, der als „symbolischer Selbst erfahrungsraum“ betrachtet wird. Im Vordergrund steht nicht die Klangästhetik, sondern die Persönlichkeits-

entwicklung, die der Patient während des Spiels machen kann.

Im Gruppenspiel kann die Improvisation unterschiedliche Formen annehmen. Einerseits ein scheinbar nicht aufeinander bezogenes Nebeneinander, andererseits ein lustvolles Experimentieren mit Instrumenten oder Stimme bis hin zum achtsamen Mit einanderspielen und Aufeinandereingehen. Auch in Momenten, in denen jeder für sich spielt, werden die entstehenden Klänge, Geräusche und Rhythmen gehört, vermischen sich und beeinflussen sich gegenseitig.

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER HYPNOTHERAPIE

Hypnotherapie als psychotherapeutisches Verfahren

Noch immer umgibt die Hypnotherapie eine Aura des Magischen. Umso wichtiger ist es, hervorzuheben, dass es sich bei der Hypnotherapie um eine wissenschaftlich fundierte psychotherapeutische Methode handelt, die sich bei der Behandlung verschiedenster Störungsbilder bewährt hat. Dies ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt.

Anwendungsgebiete

Die Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose sind sehr vielfältig. Da Hypnose bei der Veränderung von Symptomen hilfreich ist, die durch das bewusste Denken im Wachzustand nicht oder nur schwer zu verstehen sind, bekommt die Hypnotherapie gerade in der Psychosomatik vielfältige Einsatzmöglichkeiten. Zu den psychosomatischen Störungen zählen z.B. Reizdarmsyndrom, Tinnitus, Migräne, Schmerzsyndrome. Auch bei Angsterkrankungen, affektiven Störungen oder Sucht wird Hypnotherapie erfolgreich angewandt. Darüber hinaus bestehen Wirksamkeitsnachweise bei Phobien, Essstörungen, Schlafstörungen und Sexualstörungen. In der Hypnose wird die Tiefenentspannung dazu genutzt, problematische Denkmuster und Verhaltensweisen zu ändern und emotional belastende Ereignisse zu restrukturieren. Hypnose kann eigenständig oder in Kombination mit anderen Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischen Verfahren eingesetzt werden.

Praktisches Vorgehen

In der Hypnose wird ein Zustand der Tiefenentspannung eingeleitet. Dies kann mit unterschiedlichen Methoden erfolgen, z. B. mittels autogenem Training, Pendel etc. Hierbei wird die

menschliche Fähigkeit genutzt, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren und nach innen zu richten. Dadurch kann ein Zugang zu dem unbewusst vorhandenen Wissen des Patienten über die Lösung seiner Problematik gefunden werden. Dies bedeutet, dass der Patient dem Prozess nicht passiv ausgeliefert, sondern vielmehr aktiv beteiligt ist, denn die Lösung der Problematik steuert den therapeutischen Prozess. Der Patient setzt sich unbewusst und bewusst mit den Hintergründen seiner Probleme und Symptome auseinander. Im Gegensatz zu den oftmals bestehenden Befürchtungen der Patienten, dass sie in der Hypnose nicht mitbekommen, was geschieht und sich nicht mehr erinnern können, was sie dem Therapeuten erzählt haben, behält der Patient somit jederzeit die Kontrolle über das Geschehen, bekommt alles mit und gibt nur Inhalte preis, die er selbst auch berichten möchte.

Das Erleben dieser Tiefenentspannung kann man sich wie einen Tagtraum vorstellen, bei dem man an ein bestimmtes Ereignis denkt. Man kann sich dabei sehr umfassend und an viele Einzelheiten erinnern, z. B. an Landschaften, Farben, Gerüche, Temperatur etc. Die Eindrücke sind somit um ein Vielfaches intensiver als bei einem Tagtraum. Der Patient ist mit seiner Aufmerksamkeit und seinem Erleben in einer anderen Raum-Zeit-Dimension. Hypnose hat nichts mit Schlaf zu tun. Der Patient ist jederzeit wach und kann das Geschehen steuern. In sehr tiefer Entspannung kann der Patient verschiedene Phänomene wahrnehmen, z. B. Entspannung, Schmerzunempfind-

lichkeit, Veränderung des Erinnerungsvermögens oder des Denkens.

Grenzen

Bei Patienten, die unter einer akuten Psychose leiden oder akut suchtmittelabhängig sind, sollte Hypnose aufgrund der Gefahr, Wahnsymptome auszulösen oder zu verschlimmern, nicht angewendet werden. Auch für Patienten, die zu Dissoziationen (Abdriften aus der Gegenwart und der Alltagswelt) neigen, ist die Methode nicht geeignet, da Hypnose zu einer Verstärkung und Häufung der dissoziativen Zustände führen könnte. Die Indikation zur Hypnotherapie wird nach ausführlicher Anamnese- und Befunderhebung gestellt.

Dauer der Therapie

Je nach Zielsetzung können die Dauer und die Abstände zwischen den Sitzungen individuell stark variieren. Eine Sitzungseinheit dauert 50 Minuten. Meist haben Symptome für die Patienten eine unbewusste Funktion oder Bedeutung, daher wird die Hypnotherapie zumeist in einen laufenden Therapieprozess eingebaut, um in diesem Rahmen dauerhaft Veränderungen in der Lebenssituation eines Patienten zu verankern. Eine längerfristige Behandlung kann somit empfehlenswert sein.

Hypnosesitzungen können bei uns an der Klinik nach entsprechender Indikationsstellung im Rahmen einer stationären Therapie auf der psychosomatischen B-Station angeboten werden.

„Am alten Kanal“

Künstlerin & Foto: Elke Jäger



Literatur

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, Sitzung vom 27. März 2006:
Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie.

ACHTSAMKEIT IN DER PSYCHOTHERAPIE

„Die wichtigste Stunde in
unserem Leben ist immer der
gegenwärtige Augenblick.“
L. Tolstoi

Mittlerweile ist unübersehbar, welchen Raum und welchen Stellenwert Achtsamkeit im Bereich des Gesundheitswesens eingenommen hat. Beiträge, Vorträge, Seminare, Kurse über Achtsamkeit vermehren sich. Es steht sehr viel Fachliteratur, aber auch Artikel, Bücher und CDs für Laien zur Verfügung.

Die konkrete Anwendung der Übungen und der Programme im Rahmen von medizinischen Rehabilitationsprogrammen und in der Psychotherapie sind nicht mehr wegzudenken und sind zu einem festen Bestandteil geworden. Einige Autoren sprechen aus diesem Grund von einer „Achtsamkeits-Revolution“, deren Auswirkung noch nicht abzusehen ist.

Achtsamkeit findet ihren Ursprung in Ländern Ostasiens in engem Zusammenhang mit spirituellen Traditionen und hat eine jahrtausende alte Geschichte. Es ist das Herz der buddhistischen Tradition. In den 1970er-Jahren wurde im psychosozialen Bereich der westlichen Kulturen der Ansatz der Achtsamkeit durch Therapeuten wie J. Kabat-Zinn, S. Hayes oder M. Linehan übernommen. Dank Ihnen sind mehrere psychotherapeutische Konzepte entstanden, die auf verschiedene Krankheitsbilder abzielen. Die Anwendungen der Übungen und der spezifischen Programme werden bezüglich ihrer Effektivität wissenschaftlich kontinuierlich evaluiert. Hier fallen fernöstliche spirituelle Aspekte leider weg, da diese sich

schwer mit der empirischen Forschung in Verbindung bringen lassen.

Allzu häufig wird Achtsamkeit als eine „Entspannungsmethode“ missverstanden. Entspannungseffekte stellen sich mit den Übungen leicht ein, sind dennoch nicht das angestrebte Ziel, das man erreichen möchte. Ebenso leicht verwechselt man Achtsamkeit nur mit Stressreduktionsübungen oder mit einer Methode zur Entschleunigung von der Alltagshektik. Dabei sind diese angenehmen Effekte als „Nebenwirkungen“ zu betrachten und nicht das wirkliche Ziel der Übungen.

Achtsamkeit ist sehr viel mehr. Achtsamkeit ist in erster Linie eine „Haltung“ sich selbst und der eigenen Erfahrung gegenüber. Achtsamkeit ist der Wunsch, in seinem eigenen Leben „anwesend“ zu sein, im „Hier und Jetzt sein“, in diesem Augenblick so wie dieser Augenblick gerade ist, ohne ihn verändern oder anders haben zu wollen. Es ist der Wunsch, präsent zu sein, im einzigen Moment, der einzige, den wir überhaupt besitzen, um sich liebevoll und einfühlsam zu begegnen. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf das reine Erleben des gegenwärtigen Moments gerichtet, um eine wohlwollende Toleranz gegenüber sich selbst und den Dingen so wie sie sind zu entwickeln.

Es findet ein Wechsel zu unserem Konzept der Heilung statt, da es in erster Linie darum geht, „mit sich zu sein“, um heilen zu können und nicht darum „Aversives (Störendes, Ungelebtes, Unangenehmes) wegzumachen“, weil es uns „stört und hindert“. Das Aversive wird „angenommen“ als ein Teil von uns, von unserer Erfahrung im Hier und Jetzt.

Es gibt zahlreiche Übungen, um Achtsamkeit zu schulen: Formelle und informelle Übungen, bei denen aber die oben beschriebene Grundhaltung den Kernpunkt zur Entfaltung der Wirksamkeit darstellt. In diesem Zusammenhang spricht J. Kabat-Zinn von folgenden Grundprinzipien: Nicht-Beurteilen, Geduld, den Geist des Anfängers bewahren, Vertrauen, Nicht-Greifen, Akzeptanz, Loslassen. Dabei sind diese Grundprinzipien zugleich Voraussetzung und Ziele der Achtsamkeitsübungen.

Die formellen Übungen, die zur Praxis der Achtsamkeit gehören sind die Sitzmeditation, der Body-Scan und die Yogaübungen. Zu den informellen Übungen gehören alle Tätigkeiten, bei denen man Achtsamkeit walten lässt. Da die Achtsamkeit ihre Wirkung nur in einer konstanten Übungserfahrung entfalten kann, ist das disziplinierte Praktizieren der Übungen der Preis dieser Form der Selbstfürsorge.

Achtsamkeit wurde in der psychotherapeutischen Behandlung unterschiedlich integriert. So verändern sich zum Teil die Übungen, wenn es um die Behandlung von Depressionen, Angststörungen oder krankhaftem Grübeln geht, oder wenn stattdessen die Förderung der Emotionsregulation oder der Stressabbau im Vordergrund steht.

„Die Vergangenheit ist schon
vorüber und die Zukunft ist noch
nicht da. Nur im gegenwärtigen
Augenblick können wir das
Leben wirklich berühren.“
Thich Nhat Hanh

Achtsamkeit, die heilsame Kunst im Augenblick zu verweilen.

„Weise Schwermut“

Künstlerin & Foto: Elke Jäger



Die heilenden Aspekte in verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen und Programmen sind Prozesse, die durch das Üben aktiviert werden. Es zählt nicht so sehr wie gut und wie lange man sich auf den Augenblick oder auf ein Meditationsobjekt im Hier und Jetzt konzentrieren kann. Es zählt vielmehr die Fähigkeit, sich die inneren Ablenkungen bewusst zu machen und sich geduldig wieder auf den Augenblick zu besinnen. Auch kommt es darauf an, die inneren Prozesse als solche und nicht als Tatsachen zu betrachten.

Trotz der unterschiedlichen Beweislage der Effektstärken helfen Achtsamkeitsansätze in vielerlei Hinsicht, sodass die Anwendung nur empfohlen werden kann.

Die Popularität dieses Ansatzes zeigt andererseits, dass viele Menschen das Bedürfnis verspüren, selbst aktiver für den Erhalt der eigenen Gesundheit zu werden.

„Dem Atmen begegnen“ – hier eine beispielhafte Übung:

Nehmen Sie eine angenehme, würdige Sitzhaltung ein. Lehnen Sie sich nicht an. Überprüfen Sie, ob Sie von einem Kleidungsstück, einem Gürtel oder von den Schuhen eingeengt sind. Falls dem so ist, schaffen Sie Abhilfe. Sitzen Sie aufrecht und legen Sie Ihre linke Hand auf die Bauchdecke in der Bauchnabelgegend, die rechte Hand legen Sie über die linke, sodass sich die Daumen berühren. Nehmen Sie das Heben und Senken der Bauchdecke wahr, ohne den Atem zu beeinflussen. Nur wahrnehmen und beobachten. Wenn Sie bemerken, dass Ihre Achtsamkeit immer wieder verloren geht, können Sie ihre Atemzüge zählen. Immer von eins bis zehn, und folgen Sie dabei dem natürlichen Atem. Greifen Sie nicht ein, machen Sie Ihren Atem nicht zu Besonderem.

Diese Übung können Sie mehrmals am Tag durchführen. Halten Sie einfach inne, nehmen Sie den Atem bewusst wahr, ziehen Sie Ihre Aufmerksamkeit aktiv von der Außenwelt ab.

(Aus: A. Burkhard. Ein Meditationshandbuch für Therapeuten und Klienten. CIP-Medien)

WAS IST PSYCHOMOTORIK?

Um den Begriff „Psychomotorik“ zu verstehen, muss man auf unterschiedliche Quellen zurückgreifen. In den medizinischen Lehrbüchern wird die Psychomotorik als die Gesamtheit, der durch psychische Vorgänge geprägten Bewegungsabläufe, definiert. Aus entwicklungspsychologischer Sicht bezeichnet derselbe Begriff eine im kindlichen Vorschulalter stattfindende Entwicklungsphase, in der sich Psyche und Motorik zu einer untrennbaren Einheit der Persönlichkeit entwickeln.

Schon bei den Philosophen der griechischen Antike existiert die Vorstellung einer engen Verbindung von Körper und Seele. Für sie war es unmöglich körperliche Handlungen unabhängig von der psychischen Befindlichkeit zu betrachten.

In unserer Zeit beginnt man immer mehr zu begreifen, dass Körper und Psyche nur zwei unterschiedliche sprachliche Begriffe für die unteilbare Ganzheit des Menschen sind. Motorische Auffälligkeiten, Wahrnehmungs- und Handlungsschwie-

rigkeiten sind fast immer mit psychischen Problemen verbunden. Anfang der 60er-Jahre hat die amerikanische Ergotherapeutin A. Jean Ayres die Zusammenhänge zwischen menschlicher Wahrnehmung, Bewegungshandlung und Emotionalität erforscht. Bewegungsprogramme wurden als therapeutische Mittel bei motorischen und seelischen Störungen eingesetzt. Nach ähnlichen Prinzipien hat hierzulande der Diplom Sportlehrer E. J. Kiphard die ersten psychomotorischen Übungsangebote für Jugendliche im klinisch-psychiatrischen Bereich entwickelt. Kiphard fasste seine funktions- und erlebnisorientierten Bewegungsübungen unter dem Begriff Mototherapie und Motopädagogik zusammen und gilt als Gründungsvater der praktizierenden Psychomotorik in Deutschland.

Basierend auf Erkenntnissen der Bewegungswissenschaft/Sportmedizin, unterstützt durch entwicklungspsychologische Grundlagen und dem praktischen Erfahrungsgut der klinischen Psychiatrie, hat sich aus dem psychomotorischen Grundgedanken

eine moderne Methode für die Praxis – die Psychomotorik entwickelt.

In der Frankenalb-Klinik ist die psychomotorische Übungsbehandlung Teil der Sport- und Bewegungstherapie. Das Hauptprinzip der Psychomotorik ist die ganzheitliche Betrachtungsweise des menschlichen Wesens. Unabhängig von seiner Erfahrung, Alter oder Krankheitsbild versucht die Psychomotorik den Patienten in seiner Einheit zu stärken, ihm die Sicherheit zu geben, dass er durch Bewegung seine Erkrankung lindern, sogar bewältigen kann. Wir gehen davon aus, dass die psychomotorischen Prinzipien bei der Behandlung von Erwachsenen genauso greifen wie im Kindes- und Jugendalter, trotz unterschiedlicher Vorgehensweise und Behandlungsthemen.

In der psychomotorischen Stunde werden Themen, hauptsächlich aus der Körperwahrnehmung, Bewegungs- und Handlungskompetenz bearbeitet.

In der Regel ist die psychomotorische Stunde in 3 Phasen gegliedert.

1. Anfangsphase

In dieser Phase wird bei den Teilnehmern eine allgemeine somatisch-funktionelle Aktivierung bewirkt.

Die Patienten sollen Laufvarianten, rhythmische Bewegungen, Gleichgewichts- oder Lockerungsübungen machen. Widerstand und Körper-

kraft erleben, indem sie mit gebotem Körpereinsatz Tritt- und Stoßhandlungen ausführen. Auch kann die Übungsstunde mit Koordinations- und Reaktionsspielen beginnen, die bei der Gruppe zu einer schnellen psychomotorischen Aktivierung führen. Egal mit welchen In-

halten die „Aufwärmphase“ beginnt, sie ist immer sehr behutsam, so dass auch ungeübte Patienten sich nicht überfordert fühlen. Dem Patienten wird bewusst, dass eine aktive, aufmerksame Bewegungsführung Veränderungen in seinem Körperbefinden zur Folge haben.



„Wahnsinn“

Künstlerin & Foto: Elke Jäger

Elke Jäger '08

2. Hauptphase

In der Hauptphase wird ein Thema behandelt.

Hier wird der Patient aufgefordert bestimmte Körperwahrnehmungsübungen oder Bewegungshandlungen durchzuführen, Kommunikation zur Gruppe aufzubauen und seine Aufmerksamkeit auf die entstandenen Gedanken, Körperempfindungen oder Emotionen zu richten.

Beispiele:

▼ **Körperwahrnehmung:** Die Patienten versuchen Verbindungen mit einzelnen Körperteilen zum Boden herzustellen oder aus dem Stand verschiedene Bewegungen auszuführen. Wie reagiert der Körper? Die Sequenz kann erweitert werden: Auf einem Bein stehen, Augen schließen, was passiert?

▼ **„Führen und Folgen“:** Die Patienten begleiten sich abwechselnd mit geschlossenen Augen durch den Raum oder versuchen sich alleine zu orientieren. Wie reagiert mein Partner auf meine „Führungsrolle“ oder wie kann ich „blind“ im Raum meinen Weg finden? Die körpernahe Arbeit zielt somit auf den Erwerb von generalisierbaren und auf Handlung übertragbare psychomotorische Kompetenz. Indem der Patient seinen Körper wahrnimmt, lernt er im Alltag achtsamer, verantwortungsvoller damit umzugehen.

▼ In der **Gruppe oder bei Partnerübungen** in spielerischer Form, durch den Einsatz von Bewegungsmaterialien und Sportgeräten haben Patienten die Möglichkeit ihr **Bewegungspotenzial und**

Körperbewusstsein zu erweitern. Sie können Selbstvertrauen auf- oder Ängste abbauen, aber lernen auch sich besser einzuschätzen.

Die Patienten lernen gemeinsam oder individuell Verantwortung zu übernehmen, erweitern gestellte Übungsaufgaben, stellen Spielregeln auf oder bestimmen ihre Handlungen selbst.

▼ In anderen Stunden sollen die Teilnehmer über **Bewegung ein Gefühl ausdrücken, zeigen, zulassen oder provozieren.** Unterschiedlich eingenommene Körperhaltungen und Gangvarianten wahrnehmen.

Mit welchen Gefühlen reagiere ich auf meine Körperhaltung/Bewegung und umgekehrt?

▼ **Geräteübungen verlangen Mut und Körpereinsatz:** Auf verschiedene Geräte klettern (Kletterseil, Kletterwand), balancieren, schwingen, auf dem Trampolin springen und dabei die Aufmerksamkeit auf Körperkraft und Koordination fokussieren oder konfrontativ seine Kräfte beim Tauziehen einsetzen.

Die Spannweite der psychomotorischen Übungsthemen reicht von einem passiven/aktiven Einsatz der Bewegung über die dynamische, konfrontative und verhaltensbeeinflussende Form der Übungen im Spielbetrieb, in der die Erlebnis- und Kontaktfähigkeit gefördert werden sollen, bis zu einer intensiven Gefühls- und konzentrierten Körperwahrnehmung mit einem aufdeckenden Charakter im emotional-kognitiven Bereich.





Foto: FRIENDS + PFLAUMER



Foto: FRIENDS + PFLAUMER

3. Endphase

Zum Abschluss wird der Patient angeregt über das Erlebte zu reflektieren und sich mit Therapeut und Gruppe auszutauschen.

Für uns Therapeuten ist dieser Austausch ein wichtiger Anhaltspunkt für die weitere Körperarbeit. Wenn wir den Patienten auffordern seinen Körper im „Hier und Jetzt“ zu erleben, ihn zu stärken oder seine inneren Blockaden durch Bewegung zu lockern, dann wird der Körper immer in seiner Einheit verstanden, mit all seinen Erfahrungen, Möglichkeiten, Affekten und gedanklichen Einstellungen.

Folglich bietet die psychomotorische Arbeit dem Patienten die Möglichkeit, sich seinem Körper in einer sicheren Umgebung zu nähern und seine Körperfunktionen kennenzulernen. Den Körper mit all seinen Stärken und Schwächen zu akzeptieren und über die Bewegungswahrnehmung seine momentane Befindlichkeit zu verbessern. Durch das Fühlen, Spüren und Bewegen wird über den Körper eine stabile Grundlage für eine harmonische Selbstwahrnehmung vorbereitet und eine Brücke zum emotionalen Erleben aufgebaut.

Die Methode eignet sich auch für Patienten, die ihre körperlich-seelischen Probleme nicht so leicht ausdrücken können. Daher wird im Therapeuten-Patientendialog das emotionale Erleben über das Prinzip der „Körper-Seele-Geist-Einheit“ besprochen, ohne dass vom Patienten verlangt wird, detailliert auf seine persönlichen Probleme einzugehen.

Auch wenn der Zugang zu Körper und Seele mittels Bewegungshandlung nicht immer leichtfällt, so kann die Psychomotorik neue Wege in der Behandlung von seelischen Störungen eröffnen.

In den letzten 2 Jahrzehnten hat sich der Einsatz von nonverbalen-körperorientierten Behandlungen in der stationären Therapie von der Freizeitgestaltung zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der klinischen Behandlung weiterentwickelt.

Veranstaltungshinweise

➤ Engelthaler Symposium

20. Juli 2015, 9.30 Uhr

*Die dritte Welle der Verhaltenstherapie –
neue Ansätze in Therapie und Beratung*

Referenten:

Kelly G. Wilson, PhD
Professor für Psychologie, University of Mississippi

Norbert Schneider,
Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut, Fürth

Prof. Matthias Berking,
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Psychotherapie der Universität Erlangen

➤ Engelthaler Gespräche

23. September 2015, 18.00 Uhr

Psychoonkologie

Referentinnen:

Ursula Bierschenk,
Psychologische Psychotherapeutin,
Psychoonkologin

Dr. Heike Mrachacz-Ramscheck,
Fachärztin für allgemeine Chirurgie

➤ Engelthaler Gespräche

21. Oktober 2015, 18.00 Uhr

Grundlagen der Verhaltenstherapie

Referenten:

Julia Rode,
M. Sc. Psychologie

Prof. Dr. Thomas Kraus

➤ Bündnis gegen Depression

08.10.2015, 18.30 Uhr, Hersbruck/Selnecker Haus

12.11.2015, 18.30 Uhr, Altdorf/Wichernhaus

Sozialforum Nürnberger Land, Nachfolgeveranstal-
tung Hersbrucker Sozialforum zum Thema
Überforderung – Depression – Sucht

VORANKÜNDIGUNGEN:

➤ 2. Vernissage im Klinikfoyer

Anfang/Mitte November 2015

➤ Weihnachtsbasar

auf dem Klinikgelände

**29. November 2015 (1. Advent),
13.00–16.30 Uhr**

IMPRESSUM

Verantwortlich:
Frankenalb-Klinik Engelthal
Prof. Dr. Thomas Kraus
Reschenbergstraße 20
91238 Engelthal
Telefon 09158 926-0
Telefax 09158 926-3101
frankenalb.klinik@
bezirkskliniken-mfr.de

www.bezirkskliniken-mfr.de

Herausgeber:
Bezirkskliniken Mittelfranken
Feuchtwanger Straße 38
91522 Ansbach
Ansprechpartner:
Stabsstelle Marketing und Kommunikation
Dr. Ariane Peine
Telefon 0981 4653-3005
pressestelle@bezirkskliniken-mfr.de

Koordination:
Susanne Jeschke

Redaktion:
Ursula Bierschenk, Susanne Jeschke,
Prof. Dr. Thomas Kraus, Susanne
Rissmann, Christine Schuster, Klaus
Wenzel, Julia Rode

Die Bezirkskliniken Mittelfranken sind das
Kommunalunternehmen des Bezirks Mittelfranken
Vorsitzender des Verwaltungsrates:
Bezirkstagspräsident Richard Bartsch
Vorstand: Helmut Nawratil

Gestaltung und Produktion:
Winkler Werbung
Werbeagentur GmbH
Albrecht-Dürer-Platz 4
90403 Nürnberg
Telefon 0911 204251
Telefax 0911 204255
info@winkler-werbung.de
www.winkler-werbung.de

Druck:
Druckerei Carl Hessel GmbH