



NE XUS NEWS

2 | 2010



Neue Chefin in der Nexus-Klinik: Stabwechsel am Neujahrstag Sigrid Krause folgt auf Friedhelm Lamprecht

Mit Ablauf der Interimstätigkeit von Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht wird Dr. Sigrid Krause zum Jahresbeginn Chefin der Nexus-Klinik. Sie wird sich am 26. Januar 2011 mit dem Thema „Update AD(H)S – eine Kinderkrankheit wird erwachsen“ im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Nexus-Klinik vorstellen.

Sigrid Krause ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärztin für Psychiatrie, Verhaltenstherapie und Sozialmedizin. Sie war zuletzt als Leitende Oberärztin der Abteilung für Psychosomatik und Verhaltensmedizin an den MediClin Deister Weser Kliniken, Bad Münder, in Niedersachsen tätig. Sie wurde von der Ärztekammer Niedersachsen zur Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt, ist EMDR-Therapeutin und hat sich im Rahmen ihres beruflichen Werdeganges u. a. schwerpunktmäßig mit Psychoonkologie und dem ADH-Syndrom bei Erwachsenen befasst.



Im Auswahlverfahren gab letztlich die profunde, weit gefächerte psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Kompetenz, die praktische klinische Organisations- und Führungserfahrung wie auch die konstruktive, kreative wie auch verbindliche Art, ihre Auffassung zu vertreten, den Ausschlag für die Niedersächsin, die sich auf die berufliche Herausforderung in ihrer neuen badischen Heimat freut.

Für ein Jahr hatte Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht Anfang 2010 mit wissenschaftlicher und praktisch-klinischer Souveränität die Leitung der Nexus-Klinik übernommen. Sein Interregnum gab dem Unternehmen ausreichend Zeit für die qualifizierte Neubesetzung der Chefarztposition, für die eine Vielzahl höchst kompetenter Bewerbungen einging.

Mit dem Dank an Prof. Dr. Lamprecht für seine erfolgreiche Arbeit in der Nexus-Klinik verbindet die Geschäftsführung alle guten Wünsche für dessen Nachfolgerin. „Wir sind uns sicher, dass Sigrid Krause auch das Vertrauen der niedergelassenen Fachkollegen, die mit unserer Klinik kooperieren, gewinnen wird.“

INHALT

**Neue Chefin in der Nexus-Klinik:
Stabwechsel am Neujahrstag**

1

**Psychotherapie nicht „ekklesial“
organisieren**

2

Zeit für einen Paradigmenwechsel

3-4

Psychischer Stress und Immunsystem

4-5

**Nichts ist so laut wie ein Geräusch,
das ich nicht hören will**

6-7

**Biofeedback bei dekompensiertem
Tinnitus in der Nexus-Klinik**

7

**Dr. med. Dieter Kallinke, Heidelberg,
zum aktuellen Gutachterverfahren**

8

Lärm macht krank

8

**Ankündigung der
Fortbildungsveranstaltungen für 2011**

8



Psychotherapie nicht „ekklesial“ organisieren

Aktuelle Trends in der Psychotherapie

Professor Dr. Jürgen Margraf, aktueller Inhaber der Humboldt-Professur und seit 2010 an der Ruhr-Universität Bochum tätig (wir berichteten in 01/2010), fesselte die Zuhörer in seinem Vortrag über aktuelle Entwicklungen innerhalb der Psychotherapie. Mit informativen Querbezügen zwischen Forschung und Praxis sowie einer Vielzahl von aktuellen Studienergebnissen untermauerte er seine Aussagen. Dies führte bei den Teilnehmern zu einer lebhaften Diskussion über diagnostische Möglichkeiten im klinischen Alltag.

Nach der Definition des DSM-IV-TR handelt es sich bei einer psychischen Störung um ein klinisch auffallendes Verhalten, ein psychisches Syndrom oder ein Merkmalsmuster einer Person, welches einhergeht mit unangenehmen Symptomen (Beschwerden) oder Leistungseinbußen. Da soziale Abweichung im Gegensatz zu früheren Zeiten nicht mehr als Störung definiert wird, darf die Auffälligkeit nicht nur die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft betreffen.

Grenzen des aktuellen Verständnisses

Problematisch an diesem Störungskonzept ist zweierlei. Zum einen überlappen sich eine Vielzahl an Störungen und treten häufig gemeinsam auf (Korbiditätsproblem). Zum anderen sind manche Störungen innerhalb einer Diagnosegruppe sehr unterschiedlich (Heterogenitätsproblem). So unterscheidet sich die Posttraumatische Belastungsstörung von einer spezifischen Phobie in vielen Kriterien deutlich, wenngleich beide Störungen zu den F4-Diagnosen zählen. Deshalb braucht das DSM-V eine neue Struktur, so Margraf, und die störungsspezifische Behandlung benötigt pragmatische Lösungen für die Praxis. Störungswissen muss ebenso eingearbeitet werden wie der Einsatz von empirisch abgesicherten Verfahren. Weiterhin ist eine breite Palette verschiedener Therapieansätze erforderlich sowie die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen.

Hohe Rate an Fehldiagnosen im klinischen Alltag

Bruchmüller & Meyer (2009) konnten in ihrer Untersuchung zur Diagnostik bipolarer Störungen durch heuristisches Vorgehen zeigen, dass es zu einer Rate an Fehldiagnosen in Höhe von 62 % kommt. Dem stünden an sich strukturierte Interviews als probates Hilfsmittel gegenüber, um die diagnostische Treffgenauigkeit zu erhöhen. Strukturierte Interviews sind reliable und valide Instrumente, die in den therapeutischen Alltag jedoch kaum Eingang finden. Während in einer Studie 77 % der befragten Behandler angaben, dass sie strukturierte Interviews entweder „gar nicht“ oder nur „ein wenig“ kannten, konnten nur 23 % „ziemlich gute“ bis „sehr gute“ Kenntnisse aufweisen. Genauso enttäuschend sind die Ergebnisse hinsichtlich des Einsatzes von strukturierten Interviews. Bei nur 15 % der Patienten wurden strukturierte Interviews für die Diagnose verwendet (Bruchmüller et al., eingereicht). Entgegen der Befürchtung mancher Therapeuten, die Patienten würde den Einsatz eines operationalisierten Verfahrens nicht akzeptieren, zeigen aktuelle Studienergebnisse wiederum, dass dies nicht nur eine Fehleinschätzung seitens der Behandler ist, sondern die Patienten auch noch sehr zufrieden mit der Anwendung derselben sind (Suppiger et al., 2008).

Korbidität ist die Regel, nicht die Ausnahme

Benötigen komplexe Probleme komplexe Therapien? Genauso wenig wie viele Zutaten eine Suppe automatisch besser machen, genauso wenig bedarf es bei komplexen Problemen vieler verschiedener Bausteine, so Margraf. Erfolgsversprechender sei vielmehr ein konkreter Hebel für das Gesamtsystem durch Störungsdiagnostik und funktionale Analyse. So verglich Schulte (1991) den Behandlungserfolg von maßgeschneiderten Therapien versus Standardtherapie in der Behandlung von Angststörungen (v. a. Phobien). Der Anteil der weitgehend oder vollkommen geheilten Patienten lag mit 66,6 % bei einem standardisierten Verfahren deutlich über dem des individualisierten Herangehens (39,4 %).



Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

These I: Es gibt keine automatische Entwicklung zum Besseren: Psychotherapie kann gedeihen oder verkümmern: Negative Rahmenbedingungen wie Schulenstreit oder Berufspolitik, eine mangelhafte Information der Fachleute z. B. über neue Störungsdefinitionen oder Behandlungsstrategien, unzureichende Qualitätssicherung, aber auch die Abkoppelung der Praxis von der Forschung fördern Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und irrationale Indikationen.

These II: Die Aufgabe der Aufklärung ist im Bereich der Psychotherapie noch nicht abgeschlossen: Per definitionem soll die Aufklärung von Traditionen, Konventionen, Normen und Institutionen befreien. Vernunft, Rationalität und Empirie stellen die aufklärerische Tradition der wissenschaftlichen Psychotherapie dar. Deshalb müssen Heilbehandlungen den Anforderungen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Unbedenklichkeit gerecht werden.

These III: Wir brauchen keine Einheitstherapie, wohl aber ein gemeinsames wissenschaftliches Fundament. Psychotherapie als wissenschaftlich begründetes Handeln umfasst in der Regel drei Standbeine: Alltagserfahrung, Berufserfahrung und Wissenschaft. Alle drei Standbeine haben verschiedene Funktionen und sind nicht gegeneinander austauschbar, jedoch wird in der Praxis häufig die individuelle Erfahrung überbetont.

Wohin in Zukunft?

Nach Margraf dürfe Psychotherapie weder „ekklesial“ organisiert noch das Selbstbild über die „Kirchenzugehörigkeit“ definiert werden. Vielmehr gelte es schulenspezifische Ansätze zugunsten wissenschaftlich fundierter Therapien hin zu überwinden. Empirie statt Ideologie hinsichtlich des Störungs- und Veränderungswissens sowie der Wirkungs- und Qualitätssicherung sei die anstehende Aufgabe. Maßgeschneiderte Therapieprogramme und individuelle Anpassung auf der Basis eines gemeinsamen evidenzbasierten Wissenschaftsverständnisses sei die Aufgabe der Zukunft.

In der sich anschließenden Diskussion wurde lebhaft darüber diskutiert, wie standardisierte Interviews in der Praxis eingesetzt werden könnten. Margraf erläuterte den interessierten Zuhörern, dass es für den praktischen Gebrauch verschiedene Varianten gibt. Von vollstandardisierten Verfahren über strukturierte Interviews bis hin zu Checklisten. Allerdings empfehle er für den Praxisgebrauch strukturierte Interviews.



Zeit für einen Paradigmenwechsel

Prof. Dr. Matthias Berger fordert evidenzbasierte Psychotherapien

Im Rahmen der Gutachter- und Obergutachtertagung plädierte Professor Dr. med. Matthias Berger vom Universitätsklinikum Freiburg im Breisgau am 27.04.2010 für die Notwendigkeit einer grundlegenden Umorientierung in der psychotherapeutischen Behandlung. Anstelle einzelner Psychotherapieschulen müsse eine Ausrichtung auf störungsspezifische, evidenzbasierte Strategien im Rahmen einer Allgemeinen Psychotherapie erfolgen.

Schulenorientierte Psychotherapie: ein Auslaufmodell

Aus Sicht von Matthias Berger kann der bestehende „Universalitätsanspruch“ von Theorie und Behandlungsmethode einzelner Psychotherapieschulen als überholt betrachtet werden. Zu oft fehlt der Bezug von Behandlungstechniken zu den spezifischen Anforderungen konkreter Krankheitsbilder. Nicht nachvollziehbar ist außerdem der häufige Widerstand gegen die Integration verfahrens- und schulenfremder Therapiemethoden wie z. B. Pharmakotherapie oder Soziotherapie in die Krankheitsbehandlung. Eine ungünstige Dominanz der Schulen findet sich zudem in der ärztlichen und psychologischen Weiterbildung, in der Ausrichtung von Kliniken, von universitären Lehrstühlen und schlägt sich dementsprechend auch in der kassenärztlichen Versorgung nieder.

Surrogat-Trugschlüsse aufgrund plausibler Theorien

Bei Therapieverfahren, die auf der Grundlage plausibel erscheinender Schulen-Theorien entwickelt werden, besteht die große Gefahr, dass die outcome-Variablen an der plausiblen Theorie und nicht an ihrer klinischen Relevanz (Morbidity, Mortalität, Lebensqualität) gemessen werden. Nach den Grundprinzipien der EBM (evidence based medicine) hingegen ist eine plausibel erscheinende Theorie keinerlei Rechtfertigung zur unüberprüften Anwendung einer Therapie. Entscheidend ist der Effekt auf Morbidity und Lebensqualität in RCTs (randomized controlled trials). Als ein Beispiel hierfür gelten die von Wessely (1999) gezeigten, inzwischen gut bekannten Konsequenzen einer signifikanten Verschlechterung von PTBS als Folge einer Traumanachsorge im Rahmen des „critical incident stress debriefing“ nach Mitchell, nach deren Erhalt sich Betroffene zunächst gut versorgt gefühlt haben. Des Weiteren sind auch Therapeuten von der Plausibilität der Theorien der von ihnen favorisierten Psychotherapieschule oft so überzeugt, dass sie empirische Evidenzen durch RCTs nicht adäquat in der Behandlung berücksichtigten. So konnte Jürgen Margraf bei der Behandlung von Angst und Depression für die Schweiz zeigen, dass nachgewiesene effektive Verfahren wie z. B. die Kognitive Verhaltenstherapie bei diesen Krankheitsbildern sehr viel seltener zur praktischen Anwendung kommen als Verfahren mit weniger guten Erfolgsaussichten.

Gesetzmäßigkeiten von Krankheitsbildern zu wenig beachtet

Einen weiteren Kritikpunkt sieht Matthias Berger in einem vornehmlich idiographischen therapeutischen Vorgehen, welches den meisten Psychotherapie-Schulen immanent ist. Eine idiographisch dominierte Psychotherapie missachtet häufig die Gesetzmäßigkeiten von

Krankheitsbildern und die sich daraus ableitenden allgemeinen Therapieprinzipien. Dies sei wiederum mit einer nomothetischen Sichtweise von Erkrankungen und einer darauf basierenden evidenzbasierten Therapie schwer vereinbar.

Ein neuer Weg: Störungsspezifische, evidenzbasierte Psychotherapien

Mit Bohus (2009) fordert Matthias Berger deshalb eine „Abkehr vom pseudokausalen Denken“ und eine Ausrichtung von Behandlungen als störungsspezifische, evidenzbasierte Psychotherapien. Dies könne im Sinne eines „Baukastensystems“ mit unterschiedlichen Modulen und Techniken z. B. für die Bereiche Beziehungsaufbau, Problemanalyse, Akzeptanz- und Veränderungsorientierte Techniken, Motivationsarbeit und Evaluation geschehen. Für den Bereich der Essstörungen ist dies bereits in Ansätzen umgesetzt worden.



Hier erfolgt häufig ein integrativer Zugang mit Modulen zur Behandlung der Körperschemastörungen, zur Ernährungsberatung und zur Analyse und Bearbeitung zugrundeliegender Probleme und Konflikte. Bei der weiteren Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungstechniken sollten zunächst monosymptomatische psychische Erkrankungen und dann zunehmend auch komplexere Störungsbilder wie z. B. Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt werden.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Ein sehr gutes Beispiel für eine evidenzbasierte, störungsspezifische Psychotherapie stellt die Interpersonelle Psychotherapie depressiver Störungen (IPT) nach Klerman und Weissman (1984) dar. Dieser Behandlungsansatz gilt als unideologisch und orientiert sich ausschließlich an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu interpersonellen Beziehungen und evidenzbasierten Problembereichen. Eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit (Elkin et al. 1989) zeigte eine Überlegenheit dieses Behandlungsansatzes bei schweren Depressionen gegenüber alternativen Ansätzen (z. B. KVT). Die „Lebendigkeit“ einer evidenzbasier-

ten Ausrichtung kommt hier außerdem gut zum Ausdruck: als weitere Studien zeigten, dass die Symptome von Depression und Angst durch eine Behandlung mit IPT abnahmen, aber Trauersymptome im engeren Sinne bestehen blieben, erfolgte eine Erweiterung und Modifikation des Vorgehens um exposure-Elemente. Infolgedessen konnte eine deutliche Reduktion der Trauersymptome erzielt werden. Auch im Hinblick auf komorbide Störungen ist ein Vorgehen im Sinne evidenzbasierter Psychotherapie sinnvoll, wie eine Studie von Stangier und Schramm (in Vorbereitung) zeigt. Zwar erwies sich die Behandlung der sozialen Phobie durch Kognitive Therapie bei vorliegender Monosymptomatik der Behandlung mit IPT als überlegen, aber bei Komorbidität mit einer depressiven Erkrankung sei eindeutig die Behandlung mit IPT erfolgversprechender im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptome.

CBASP

Andererseits sind auch Studien zu berücksichtigen, die eine deutliche „Ernüchterung“ bez. der Behandlung chronischer Depressionen durch IPT belegten. Hier erwies sich die „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) von James P. McCullough als eine spezifische Therapie bei chronischen Depressionen als weitaus besser. Die diagnostischen und therapeutischen Elemente beim CBASP sehen im Gelingen einer komplementären therapeutischen Beziehung, in der meist durch frühe Traumatisierungen geprägten Beziehungen chronisch Depressiver, der Analyse dieser prägenden Beziehungen, der Formulierung proaktiver Übertragungshypothesen, in interpersonellen Diskriminationsübungen zusätzlich zur Situationsanalyse mit Fertigkeitentraining und Verhaltensmodifikationen die erforderlichen Behandlungsschritte. Die zentrale Bedeutung des Gelingens eines komplementären Beziehungsaufbaus bei chronischen Depressionen mit dieser Vorgehensweise zeige außerdem noch einmal sehr deutlich, wie fraglich eine Übertragung eines schulenorientierten Vorgehens auf alle Patienten und Störungsbilder sei.



Die Rolle der Neuropsychotherapie:

Matthias Berger nimmt an, dass sich die Neuropsychotherapie vornehmlich entlang der Störungsbilder entwickeln wird. Dabei könnten auch neue, neurowissenschaftlich begründbare Entitäten entstehen. Dies kann bereits am Beispiel für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nachvollzogen werden, für die es ein psycho-neurobiologisches Erklärungsmodell gibt. Hier hätten sich aus neuropsychologischer Sicht in der Behandlung immer wieder Expositions- und Habitationsmaßnahmen, die Veränderung der kognitiven Bearbeitung traumatischer Gedächtnisinhalte und ein Abbau von Vermeidungsverhalten als zielführend erwiesen, um eine Veränderung der entsprechenden neuronalen Verarbeitung zu erreichen.

Zeit für Paradigmenwechsel

Basis einer störungsspezifischen, evidenzbasierten Psychotherapie ist eine Allgemeine Psychotherapie-Lehre. Diese erforscht und lehrt auf dem Boden wissenschaftlicher Psychologie und Psychopathologie bestimmte

Themenbereichen wie z. B. Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung, Motivations- und Widerstandsbearbeitung, allgemeinen Wirkfaktoren, Plananalysen. Darauf aufbauend werden störungsorientierte Psychotherapien mit spezifischen Krankheitslehren (z. B. störungsspezifische Therapiestrategien in der Akut- und Erhaltungstherapie, Rückfallbehandlung) implementiert.

Notwendige Konsequenzen

Um diesen Ansatz erfolgreich umsetzen zu können, müsse allerdings eine Veränderung in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Psychologen erfolgen. Neben der Vermittlung einer evidenzbasierten Allgemeinen Psychotherapie-Lehre sollten evidenzbasierte, störungsorientierte Psychotherapieverfahren für die einzelnen Krankheitsbilder gelehrt werden. Des Weiteren müsste eine Loslösung der KBV-Richtlinien von den Psychotherapie-Schulen und eine zukünftige Orientierung an einer Evidence Based Medicine (EBM) erfolgen. Auch müssten sich niedergelassenen Therapeuten und Kliniken auf bestimmte Störungsbilder spezialisieren, da nicht erwartet werden kann, dass „jeder ALLES gut könne“. Ferner sei der Aufbau regionaler Versorgungsnetze mit einem Radius von 50 km für die Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Therapien für alle relevanten Störungsbilder erforderlich. Und zuletzt werde eine Intensivierung der Forschung bez. schulübergreifender Allgemeiner Psychotherapieforschung mit evidenzbasierter Entwicklung und Überprüfung störungsorientierter Psychotherapien analog der Phasen 1 bis 4 in der Pharmakazulassung als notwendig angesehen. Mit einem konkreten Ausblick, wie es nun gelingen könne, wissenschaftlich entwickelte und belegte Verfahren in der klinischen Praxis der einzelnen niedergelassenen Therapeuten zu etablieren, schließt Matthias Berger seine Überlegungen ab: So brauche es mehr internes Qualitätsmanagement, bessere Fortbildungen, mehr Katamnesen, eine Minderung des Gruppendrucks der Psychotherapieschulen und eine konsequente Ausrichtung der Psychotherapie-Richtlinien an Evidenzen.

bilder spezialisieren, da nicht erwartet werden kann, dass „jeder ALLES gut könne“. Ferner sei der Aufbau regionaler Versorgungsnetze mit einem Radius von 50 km für die Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Therapien für alle relevanten Störungsbilder erforderlich. Und zuletzt werde eine Intensivierung der Forschung bez. schulübergreifender Allgemeiner Psychotherapieforschung mit evidenzbasierter Entwicklung und Überprüfung störungsorientierter Psychotherapien analog der Phasen 1 bis 4 in der Pharmakazulassung als notwendig angesehen. Mit einem konkreten Ausblick, wie es nun gelingen könne, wissenschaftlich entwickelte und belegte Verfahren in der klinischen Praxis der einzelnen niedergelassenen Therapeuten zu etablieren, schließt Matthias Berger seine Überlegungen ab: So brauche es mehr internes Qualitätsmanagement, bessere Fortbildungen, mehr Katamnesen, eine Minderung des Gruppendrucks der Psychotherapieschulen und eine konsequente Ausrichtung der Psychotherapie-Richtlinien an Evidenzen.



Psychotherapie bei der Behandlung schwererer Krankheitsbilder (Quelle: Berger, 2010)

Psychischer Stress und Immunsystem Aktuelle Erkenntnisse zur Psychoneuroimmunologie

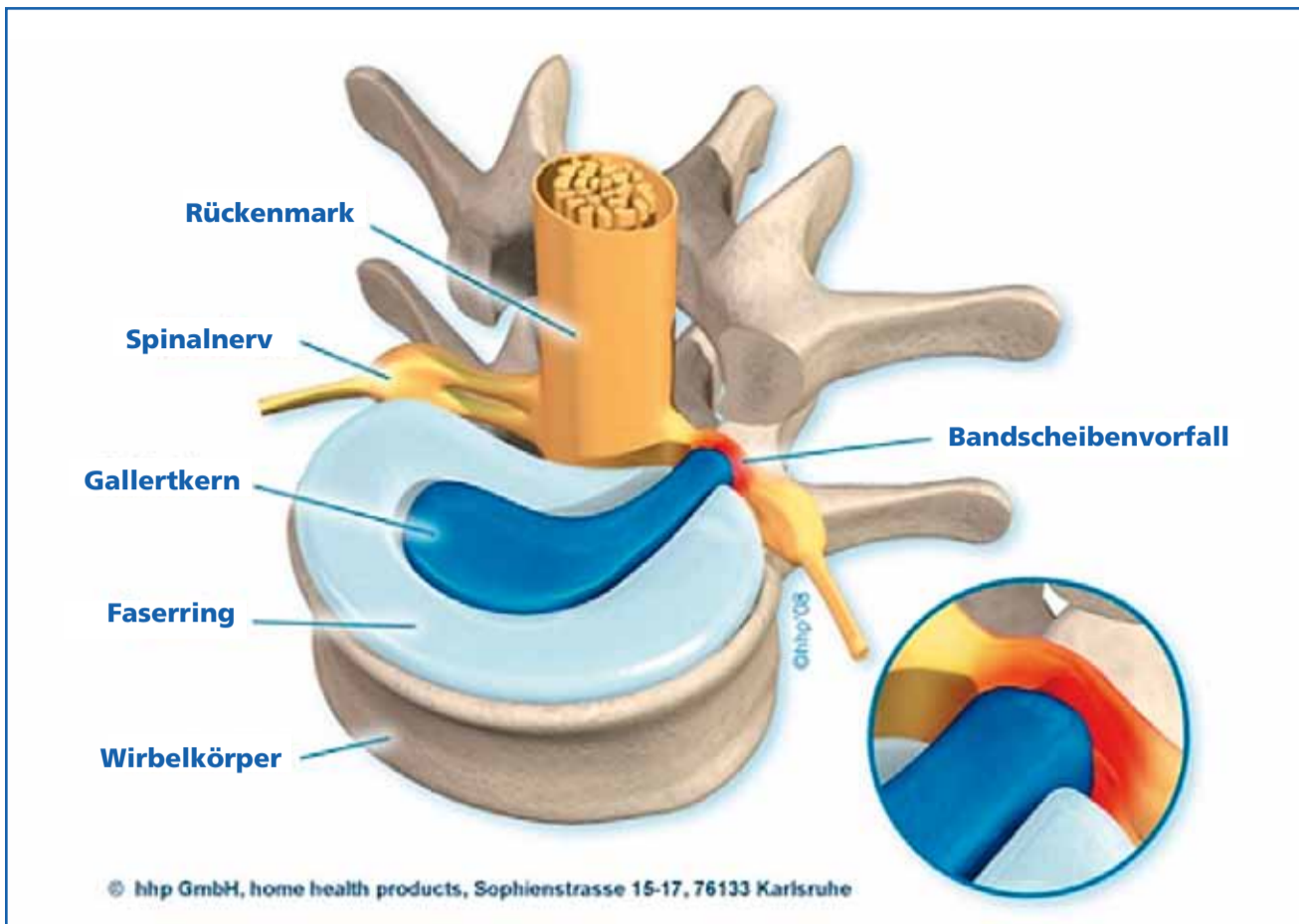
Unbeirrt vom anstehenden WM-Halbfinalspiel der deutschen Fußball-Mannschaft und heißer Temperaturen fanden sich knapp 40 fachkundige Zuhörer in der Nexus-Klinik ein, um PD Dr. med. Markus Bassler zum Thema Psychoneuroimmunologie zu hören. Markus Bassler gab zunächst eine Einführung in die grundlegenden Strukturen des Immunsystems mit seinem dreifach gestaffelten Schutzsystem aus „mechanischen“ bzw. anatomischen Abwehrstrategien (z. B. durch die Haut oder durch Niesen), aus unspezifischen, angeborenen Immunreaktionen (zelluläre und humorale Immunabwehr) und spezifischen, d. h. gelernten, Reaktionen des Immunsystems (z. B. durch Antikörperbildung).

Diese Schutzmechanismen helfen dem Organismus, sich gegen verschiedenste „Angreifer“ zu verteidigen, wie z. B. Pilze, Viren, Bakterien, Parasiten ... und eben auch Stressoren. Hierbei kommt es zu einer Wechselwirkung und einem Austausch zwischen zentralem Nervensystem (ZNS) und Immunsystem. Der Kontakt zwischen diesen beiden Subsystemen des Organismus, so Markus Bassler, bestehe entwicklungs geschichtlich schon lange, so dass es nicht verwunderlich sei, dass es eine rege Interaktion gebe.

Rolle des ZNS

Im Folgenden erläuterte Markus Bassler das Zusammenwirken von Stress und Immunreaktion anhand verschiedener Erkrankungen, wie z. B. Asthma, chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa, oder rheumatoide Arthritis. In allen Fällen führt die Ausschüttung von Stresshormonen (z. B. Katecholamine und Cortisol) zu einer Veränderung des Gleichgewichtes zwischen entzündungshemmenden und -fördernden Zellen und letztlich zu einer überschießenden Reaktion des

Immunsystems. Ein immunologischer Prozess wird seit einiger Zeit in der Forschung auch als mitverursachend für die starken Schmerzen bei Bandscheibenvorfällen angenommen. Demnach reagiere das Immunsystem auf den bei einem Bandscheibenvorfall austretenden Gallertkern als einen körperfremden Stoff, was zu einer Entzündungsreaktion und damit zu starken Schmerzen an den Nervenwurzeln führe.



schädlich ist für den Organismus, sondern vielmehr eine lebenserhaltende Funktion darstellt, die hilfreich und notwendig ist für die Anpassung an neue Umweltbedingungen. Zum Problem wird Stress allerdings, wenn er über einen langen Zeitraum anhält und somit chronisch wird. Beispielsweise erhöht psychosozialer Stress das Herzinfarktrisiko um den Faktor 2,6, womit Stress das Risiko in etwa so stark erhöht wie Rauchen und Diabetes.

Eine interessante Verbindung zwischen Verhalten und Stressphysiologie konnte in einem Tierexperiment von Meany et al. (2005) nachgewiesen werden: hier zeigte sich, dass nachlässiges Verhalten von Muttertieren gegenüber ihren Jungen zur Blockade eines Antistressgens führt und somit über eine veränderte Entwicklung des Stresssystems eine erhöhte Furchtsamkeit und eine verstärkte Vulnerabilität gegenüber Stress nach sich zieht. In Übertragung dieses Ergebnisses auf den Menschen (vgl. Maunder & Hunter, 2001) kann man schlussfolgern, dass Vernachlässigung und unsichere Bindungserfahrungen zu einer reduzierten Fähigkeit zur Stressregulation führen und somit auch zu großen Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Stress zahlreiche Auswirkungen auf das Immunsystem hat. Je länger anhaltend, also chronischer die Stressbelastung ist, umso globaler ist die Immunsuppression, d. h. umso mehr Bereiche des Immunsystems sind betroffen (angeborene, zelluläre und humorale Immunreaktionen), was sich auch in einer Veränderung der Entzündungsreaktionen niederschlägt und somit verschiedene Erkrankungen beeinflusst (z. B. Multiple Sklerose und rheumatische Arthritis). Die Befunde belegen also deutlich, welche zentrale Rolle die Reduktion der Stressbelastung bei der Behandlung von psychischen, aber eben auch bei primär somatisch anmutenden Erkrankungen, wie z. B. der rheumatoiden Arthritis oder der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen spielt.

Den Zusammenhang zwischen ZNS und Immunsystem verdeutlichte der Vortragende an einem eindrücklichen Tierexperiment (vgl. King & Husband, 1996): in Form eines klassischen Konditionierungsprozesses lernten Ratten auf die Gabe von Saccharin hin (CS: konditionierter Reiz) mit einer Suppression des Immunsystems (CR: konditionierte Reaktion) zu reagieren, nachdem ihnen zuvor gleichzeitig mit der Saccharingabe der immunsupprimierende Stoff Cyclophosphamid (UCS: unkonditionierter Reiz) verabreicht worden war.

Damit konnte gezeigt werden, dass Immunreaktionen über Konditionierungsprozesse gelernt werden können, was – in Übertragung auf den Menschen – für den therapeutischen Kontext von großer Bedeutung ist (Beispiel: MCS/Multiple Chemical Sensitivity).

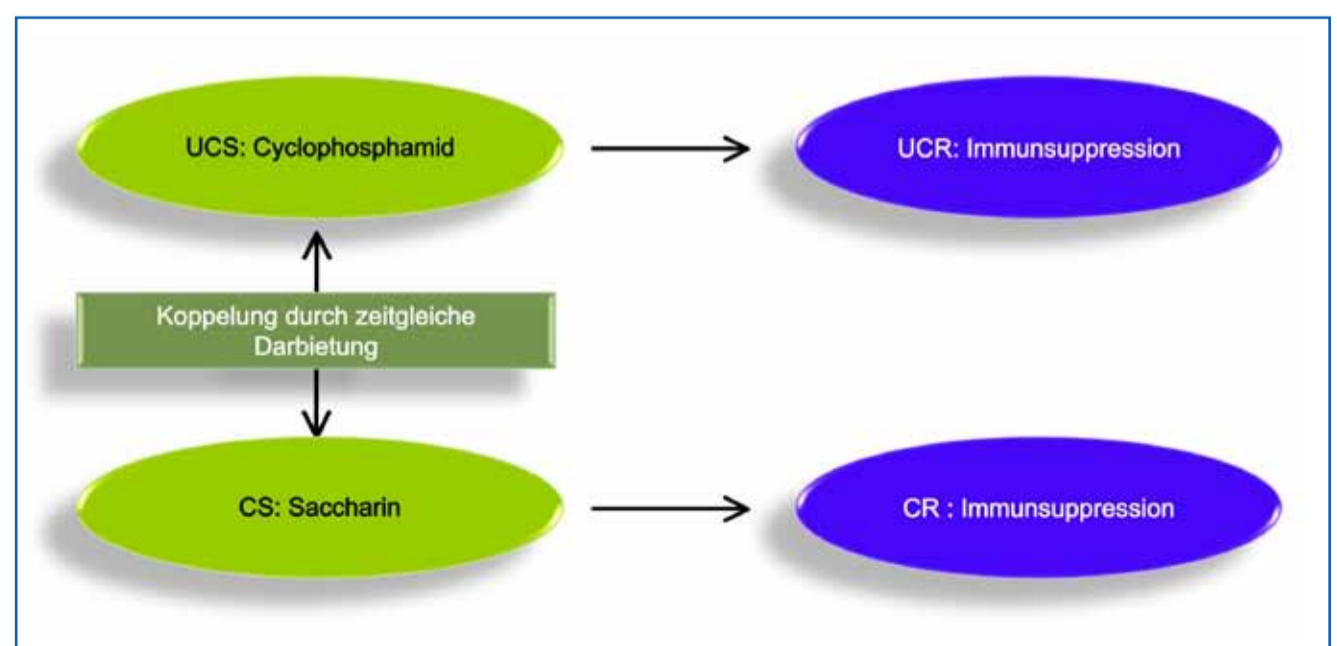
Gehirn nicht „immunprivilegiert“

Im weiteren Verlauf des Vortrags ging Markus Bassler speziell auf die Wechselwirkungen zwischen Immunsystem und Gehirn ein. Entgegen früherer Auffassungen finden im Gehirn durchaus immunologische Prozesse statt, so dass man das Gehirn nicht als „immunprivilegiertes Organ“ ansehen kann. So ist es z. B. bemerkenswert, dass die immunkompetenten Mikrogliazellen, die von den Monozyten des Knochenmarks abstammen, immerhin 2–5 % der Zellen im Gehirn ausmachen. Zudem reagieren alle Zelltypen des ZNS auf Zytokine, die in erster Linie von Leukozyten produziert werden, die ihrerseits Rezeptoren für Adrenalin und Noradrenalin haben. Zytokine dienen als Mediatoren der Kommunikation zwischen Zellen und regen z. B. andere Zellen an, Proteine zur Infektionsabwehr zu bilden. Physiologisch wirkt sich Stress u. a. in einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aus, die zur Ausschüttung von Cortisol führt, und einer Aktivierung der Sympathikus-Nebennierenmark-Achse, die zur Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin führt. Im Sinne einer Rückkopplungsschleife wird nachfolgend über die Zytokine wiederum Einfluss auf das Gehirn genommen. Chronischer Stress führt nun zu einer Über-

steuerung des Systems, was zum einen zu einer übermäßigen Ausschüttung an Stresshormonen und zum anderen einer verstärkten Bildung von Zytokinen durch die Leukozyten führt. Neueren Forschungsergebnisse zufolge scheinen Zytokine auch eine Rolle zu spielen bei der Pathogenese von Depressionen (z. B. Dantzer et al., 2008) und bei der Entstehung von Schizophrenien (z. B. Brown, 2006) und PTBS (z. B. Baker et al. 2003), womit sie – auf der physiologischen Ebene – ein Bindeglied zwischen Stressbelastung und der Entstehung einer psychischen Störung darstellen. Generell scheinen Zytokine einen Einfluss auf Lernen und Gedächtnis zu haben (vgl. Stellwagen, 2006).

Bedeutung der Kognitionen

Zur Sprache kamen im weiteren Verlauf des Vortrags auch verschiedene Modelle und Konzeptionen zum Verlauf einer Stressreaktion, wie z. B. das Stressmodell von Lazarus. Dieses Modell betont die Bedeutung der kognitiven Komponente in der Stressreaktion: Erst wenn der Organismus sich (subjektiv) nicht in der Lage sieht, die Anforderungen einer Situation (Stressor) zu bewältigen, reagiert er mit Stress. Zu bedenken ist allerdings, dass akuter und zeitlich begrenzter Stress keineswegs



Klassischer Konditionierungsprozess (Quelle: King & Husband, 1996)

„Nichts ist so laut wie ein Geräusch, das ich nicht hören will“

„Das Leiden am Tinnitus hat insbesondere in den letzten Jahren progredient zugenommen, sowohl in der Steigerung der Inzidenz als auch – weit darüber hinaus – in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit“. Mit diesen Worten eröffnete **Dipl. Psych. Sascha Wendler** seinen Vortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Moderne Psychotherapie“. Aktuelle Erklärungsansätze als auch moderne psychologische Behandlungsmethoden des dekompenzierten Tinnitus standen dabei im Fokus.

Ohrgeräusche sind kein seltenes Phänomen. 35–45 % aller Erwachsenen haben zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens ein Ohrgeräusch erlebt. Knapp 3 Millionen sind in Deutschland von chronischem Tinnitus betroffen, was einer Punktprävalenz von ca. 3,9 % entspricht. Davon leiden 1,5 Millionen (2 %) unter mittelschweren bis unerträglichen Belastungen. Der Altersgipfel liegt dabei zwischen dem 40.–60. Lebensjahr. Und jährlich kommen ca. 340.000 Tinnitus-Neuerkrankungen hinzu, davon werden 250.000 chronisch.

Tinnitus ist ...

... laut Definition ein subjektiver Höreindruck, der nicht auf der Stimulation durch einen äußeren Schallreiz beruht, aber als solcher empfunden wird. Die fehlende Objektivierbarkeit schließt weder sein Vorhandensein noch eine erhebliche Beeinträchtigung des Betroffenen aus. Somit entspricht der Schweregrad des Tinnitus dem subjektiven Leidensdruck und nicht den messbaren Tinnitusparametern. Ferner korreliert der Leidensdruck und die Folgen des Tinnitus nicht mit der subjektiven Lautheit oder anderen audiologischen Messungen. Ohrgeräusche unter drei Monaten werden als akuter Tinnitus, zwischen drei bis sechs Monaten als subakuter und ab 12 Monaten als chronischer Tinnitus bezeichnet. Um sich über das Leidensausmaß zu verständigen, wird ferner die Einteilung in „kompensierter Tinnitus“ (= nicht störend) und „dekompenzierter oder komplexer Tinnitus“ (= störend, mit erheblicher psychischer Problematik) verwendet.

Tinnitus kann eine psychosomatische Bedeutung gewinnen, wenn er ohne organische Ohrerkrankung als psychogenes Phänomen auftritt, wenn eine inzwischen abgeklungene Erkrankung des Hörorgans überdauert und chronifiziert oder wenn als Folge des Ohrgeräusches psychoreaktive Störungen von Krankheitswert auftreten.

Diagnostik

Beim akuten Tinnitus steht zunächst die ausführliche medizinische Diagnostik im Vordergrund. Kommt der Betroffene dann zur psychotherapeutischen Behandlung, erfolgt des Weiteren eine ausführliche (Tinnitus-) Anamneseerhebung und Feststellung des Belastungsgrades. Neben dem Einsatz gängiger testpsychologischer Verfahren (z. B. BDI, SCL-90-R) sollten auch spezifische Testverfahren wie der Tinnitusfragebogen (Goebel & Hiller, 1998) oder das Strukturierte Tinnitus-Interview (STI) eingesetzt werden.

Komorbidität des Tinnitus mit psychiatrischen Störungen:

- *Affektive Störungen: 85 %*
- *Klinisch relevantes Schmerzsyndrom: 58 %*
- *Angststörungen: 31 %*
- *Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen (Alkohol, Tranquilizer): 23 %*



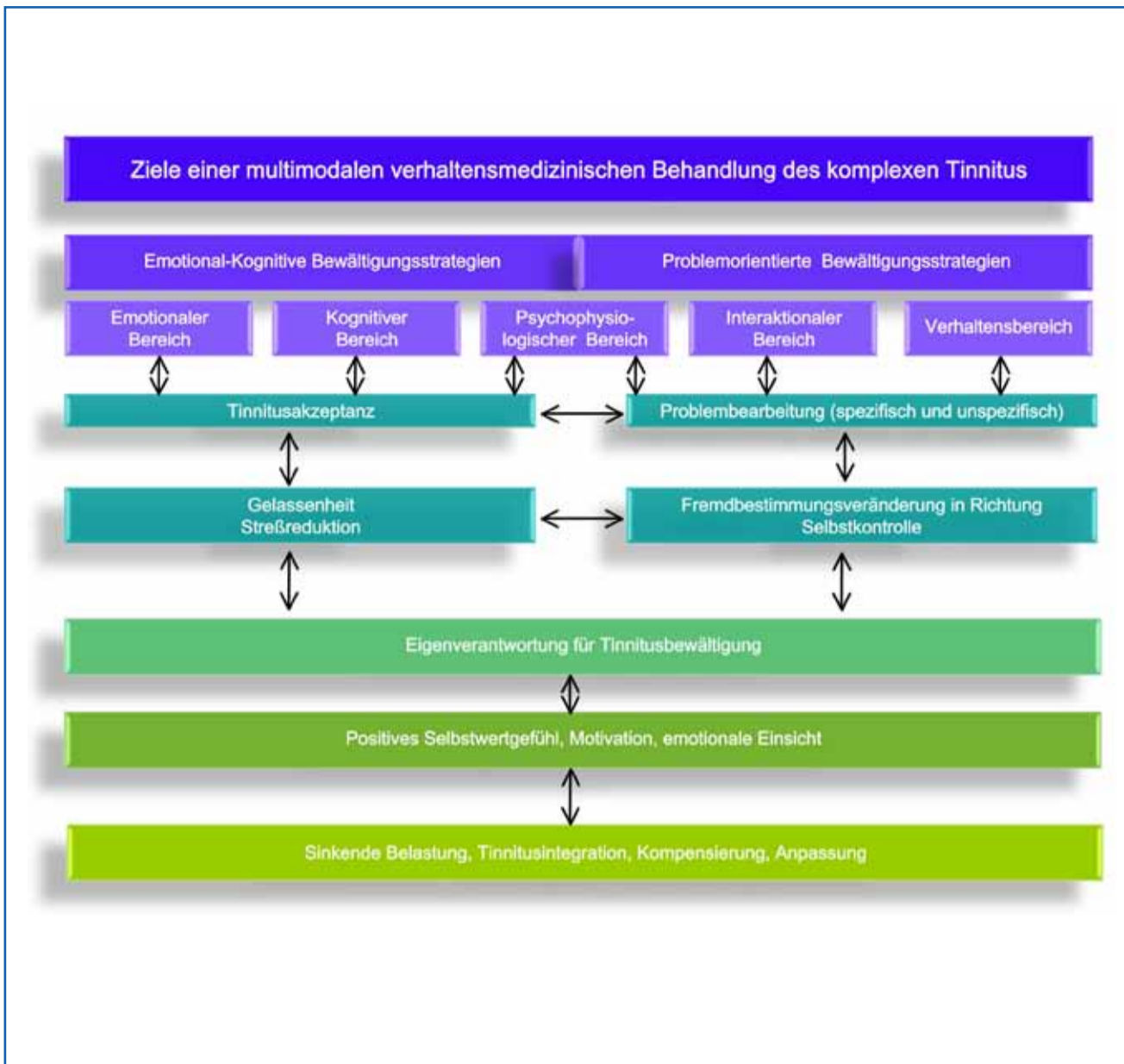
Neurophysiologisches Erklärungsmodell

Das sich auf tierexperimentelle Studien stützende neurophysiologische Modell von Jastreboff (1999) postuliert, dass Tinnitus allein aus der Störung der Innenohrfunktion nicht ausreichend erklärbar ist. Tinnitus hat zwar eine organische Ursache, verselbstständigt sich aber in der Folge. Dabei werden im Laufe der Chronifizierung zentralnervöse Prozesse immer wichtiger. Tinnitus entsteht über einen dreistufigen Prozess, in dem jede Etage der Hörbahn und wesentlich auch das limbische System beteiligt sind. Auf der untersten Ebene wird das akustische Umweltsignal von den Haarzellen in elektrische Signale umgewandelt. Im nächsten Schritt werden auf der Hirnstammebene die vom akustischen System ausgelösten Reflexe gesteuert (z. B. Fluchtreflex beim Hören einer Autohupe) und parallel dazu die Signale im limbischen System eingeschätzt. Dadurch werden bedeutungslose akustische Signale auf der subkortikalen Ebene „herausgefiltert“. Dies wird als Habituation bezeichnet, z. B. werden auf einer belebten Straße die Straßengeräusche nicht mehr bewusst wahrgenommen. Gemäß dem Jastreboff'schen Modell ist diese Filterfunktion bei Tinnitus-Patienten gestört und dem Ohrgeräusch wird ein großes Maß an akustischer Aufmerksamkeit zuteil. Hält dieses über einen längeren Zeitraum an, so wird es im limbischen System mit negativen Assoziationen und in der Folge mit körperlichen Stressreaktionen verbunden, was wiederum zu Beeinträchtigungen in der normalen Lebensgestaltung führen kann. Aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns sind diese Prozesse der Theorie zufolge jedoch wieder verlernbar, weswegen eine ausschließliche therapeutische Fokussierung auf das Innenohr alleine, häufig kaum eine Linderung der Beschwerden bewirken kann, da keine Beeinflussung der zentralen Prozesse erfolgt.

Biopsychosoziales Tinnitusmodell

Chronisch dekompenzierter Tinnitus wird als Resultat wechselseitiger Einwirkungen von körperlichen Prozessen, seelisch-geistiger Reaktion/Verarbeitung sowie psychosozialen Faktoren verstanden. Dieses Modell ersetzt Kausalität durch Funktionalität und die Tinnitusbelastung wird funktional im Zusammenhang mit organismischen, psychischen und sozialen Kontextfaktoren erfasst. Zu Beginn verursachen zwar somatische Faktoren ein Ohrgeräusch, welches im Fall von irreversiblen Schädigungen als chronisches Symptom fortbestehen kann. Beim dekompenzierten Tinnitus jedoch kommen als zusätzliche Belastungen psychische und Umgebungsfaktoren hinzu. Über Aufmerksamkeitslenkung, Krankheitsängste oder Schlafstörungen kann ein Teufelskreis mit einer psychischen Sekundärproblematik entstehen, der wiederum erhebliches Krankheitsverhalten bewirkt und somit den dekompenzierten Tinnitus aufrechterhält.





Therapieschwerpunkte und Ziele einer multimodalen Behandlung (Quelle: Goebel, 2003)

Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)

Diese Therapieform besteht aus der Kombination einer apparativen Therapie (Hörgerät oder Masker, Geräuschtherapie) mit einer psychologischen Beratung oder Psychotherapie. Dabei gewöhnen sich die Betroffenen an das relativ leise Geräusch des Maskers bzw. reduzieren durch die verbesserte Hörfähigkeit mit einem Hörgerät die Wahrnehmung des Tinnitus. In Folge dessen wird die Wiedererkennung des Tinnitusignals erschwert. Im Rahmen der psychologischen Beratung/ Therapie („Counseling“) erfolgt über Informationsver-

mittlung und Motivationsaufbau die Steigerung der Krankheitsakzeptanz.

Kognitive Verhaltenstherapie

Allgemeines Therapieziel ist die Krankheitsbewältigung durch Steigerung der Krankheitsakzeptanz. Spezifische Ziele sind die Förderung der Lebensqualität, die Wiedergewinnung bzw. Sicherung der Arbeitsfähigkeit bzw. allgemeinen Leistungsfähigkeit, die Reduktion der körperlichen und emotionalen Anspannung, die Aufmerksamkeitsumlenkung sowie eine erfolgreiche Einstellungsänderung.

Dabei sollte ein multimodaler Therapieansatz angewandt werden, der die Komponenten Informationsvermittlung, Steigerung der Entspannungsfähigkeit, Verbesserung der Stressreduktionsmöglichkeiten, Förderung der kommunikativen Fähigkeiten, Aufmerksamkeitsumlenkung, Training der Genussfähigkeit, kognitive Umstrukturierung sowie die Behandlung der psychischen Sekundärproblematik umfasst.

Biofeedback und Relaxation

Bei der Biofeedbacksitzung kann der Patient erleben, wie physiologische Prozesse, die dem autonomen Nervensystem angehören, durch psychische Einflüsse modulierbar sind. Auch eine direkte Beeinflussung der tinnitusverstärkenden Muskelanspannung der Kopf- und Halsmuskulatur kann geübt werden. Infolgedessen kann durch Biofeedback ein verbesserter Umgang mit dem Symptom Tinnitus erreicht werden. Allerdings ist eine Biofeedback-Behandlung nur dann sinnvoll, wenn Biofeedback nicht als isoliertes Verfahren, sondern im Rahmen einer multimodalen Therapie integriert und individuell auf den Betroffenen zugeschnitten wird.

Durch Entspannungsverfahren (z. B. Progressive Muskelentspannung, Tai Chi, Atementspannung), Schwimmen (v. a. Rückenschwimmen) oder Segment- und Extensionsmassagen können ergänzend pathologische Muskelverspannungen und deren tinnituspezifischen Folgen gemindert und durch das Erzielen eines niedrigeren allgemeinen Anspannungsniveaus größere Ruhe und Ausgeglichenheit erzielt werden.

Imaginative Verfahren wiederum sollen von Sinnesempfindungen ablenken und diese durch innere Bilder verändern. Dabei wird die Geräuschqualität des Tinnitus explizit in die angenehmen Vorstellungsbilder integriert (z. B. Tinnitusgeräusch als Rauschen eines Wasserfalls erleben). Durch die Verknüpfung der Geräusche mit positiven Erlebnissen können diese ihre negative Qualität verlieren.

Biofeedback bei dekompensiertem Tinnitus in der Nexus-Klinik

Patienten mit komorbidem dekompensiertem Tinnitus können in der NEXUS-KLINIK eine tinnituspezifische Behandlung auf der Basis eines multimodalen Therapieansatzes erhalten. Dabei wird die Therapie desselben in den Gesamtbehandlungsplan integriert. Zentrale Behandlungselemente stellen neben Informationsvermittlung, Übungen zur Wahrnehmungssteuerung und Aufmerksamkeitslenkung, der Steigerung der Entspannungsfähigkeit und der Verbesserung der Stresscopingstrategien auch die Förderung der kommunikativen Fähigkeiten sowie der Genussfähigkeit dar. Ein weiterer zentraler Baustein ist die Veränderung der Bewertung der wahrgenommenen Geräusche. Hierbei kommen neben Techniken der kognitiven Therapie auch imaginative Verfahren zum Einsatz. Zur Reduktion des Anspannungsniveaus sowie zur fortgeführten Aufmerksamkeitslenkung finden ergänzend Biofeedbacksitzungen statt. Speziell Patienten mit Vorbehalten gegenüber einer psychotherapeutischen Herangehensweise können häufig über den apparativen Zugang des Biofeedbacks sowie der optischen Darstellung von An- und Entspannungsprozessen auf dem Bildschirm für eine weiterführende verhaltensmedizinische Behandlung motiviert werden.





Dr. med. Dieter Kallinke, Heidelberg, zum aktuellen Gutachterverfahren: Ein für die Psychotherapie sinnvolles Instrument?

Im Südwesten tagt seit einigen Jahren ein größerer Gutachter-Qualitätszirkel mit regelmäßigen Weiterbildungsveranstaltungen und kontinuierlicher Reflexion aktueller Fragen aus der laufenden Arbeit. Im Oktober war das Gutachterverfahren an sich Gegenstand der Überlegungen. Als viel geschmähtes, aber zugleich zu optimierendes peer-review-Modell der Qualitätssicherung könne es beispielhaft auch für andere Bereiche der Medizin sein, so Dr. med. Dieter Kallinke. Es sei last not least in seiner vertraglich vereinbarten Funktion als vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Garant für günstige Punktwerte und die Freiheit von den üblichen Regressorgen.

Von vornherein sei klar gewesen, dass die von der Kassenseite immer wieder geforderte höhere Ablehnungsquote ins Leere gehen müsse, so Dieter Kallinke. Es unterliegen nur noch ein Viertel der für ambulante Psychotherapie ausgegebenen 1,2 Milliarden Euro pro Jahr der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung (Begutachtung). Auch hätten Studien an zufällig ausgewählten laufenden Fällen gezeigt, dass ein Großteil der gutachterlichen Tätigkeit die Verhinderung von Ablehnungen zum Ziel habe. Dies schlage sich in den Statistiken jedoch nur ungenügend nieder. Im Vorabbericht über ein größeres Forschungsprojekt konnte Prof. Stephan Mühlig, TU Chemnitz, bei der Tagung zeigen, wie nützlich das Gutachterver-

fahren für Versicherte und Therapeuten sei. Zugleich wurde deutlich, dass den Krankenkassen noch nicht hinreichend bewusst sei, welches politische Potenzial in den Daten des Gutachterverfahrens enthalten sei. So seien z. B. diskrepante Angaben zum Schweregrad der Diagnosen zwischen PTV 2 und im Bericht aufzufinden. Dies könne für den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen von höchster Bedeutung sein. Zum Abschluss der Tagung habe Dr. Uhlemann als Vertreter des Spitzenverbandes der Krankenkassen den relativen Stellenwert der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Gutachterverfahren im Vergleich zu großen ungelösten Problemen bei der Bedarfsplanung wie z. B. erhöht erscheinende Leistungsangebote beleuchtet.

+++ Lärm macht krank +++ Lärm macht krank +++ Lärm macht krank +++

Pädagogischer Tag in der Anne-Frank-Schule/Karlsruhe in Kooperation mit der Nexus-Klinik

Nachdem sich das Kollegium der Anne-Frank-Schule, eine Grund-, Haupt- und Werkrealschule in Karlsruhe, bereits im Rahmen einer Selbstevaluation mit dem Thema Lärm und dessen Auswirkungen auf Schüler und Lehrkräfte beschäftigt hatte, war das Interesse erwacht, sich vertieft mit diesem Themenkomplex aus medizinischer und psychotherapeutischer Sicht auseinanderzusetzen. Als kompetenter regionaler Ansprechpartner gestaltete deshalb die Nexus-Klinik im Juni einen Pädagogischen Tag, an dem sich das Kollegium unter fachlicher Begleitung der Leitenden Ärztin, Dr. med Astrid Klein, sowie der Leitenden Psychologin, Christine Ait-Mokhtar mit den medizinischen Hintergründen und Folgen wie auch mit möglichen präventiven Ansätzen zur Stressbewältigung beschäftigte.

ANKÜNDIGUNG DER FORTBILDUNGS-VERANSTALTUNGEN FÜR 2011

• Mittwoch, 26.01.2011 um 18:30 Uhr:

*Update AD(H)S – eine Kinderkrankheit wird erwachsen.
Referentin: Dr. med. Sigrid Krause, Nexus-Klinik, Baden-Baden*

• Mittwoch, 23.03.2011 um 18:30 Uhr:

*Keiner ändert sich allein: Der Werkzeugkasten der systemischen Therapie.
Referent: Dr. med. Christian V.H. Schoor, Nexus-Klinik, Baden-Baden*

• Mittwoch, 25.05.2011 um 18:30 Uhr:

*Interpersonelle Psychotherapie (IPT),
Referentin: Dr. Dipl. Psych. Eva-Lotte Brackemeier, Universitätsklinik Freiburg im Breisgau*

IMPRESSUM

© 2010 Baden-Baden
Herausgeber V.i.S.d.P.:
NEXUS-KLINIK – Privatkrankenhaus
Träger Medexpert GmbH
Hermann-Sielcken-Straße 80 • 76530 Baden-Baden

Geschäftsführer: Thomas Schindler, Dr. Jochen Sturm
Redaktionsleitung: Christine Ait-Mokhtar

Bilder: Nexus-Klinik, Privat

Gestaltung und Gesamtherstellung:
Heinz W. Holler – Druck und Verlag GmbH, Karlsruhe
www.holler-druck.de