

N E X U S NEWS

Ohne Körper keine Seele?!

Zweifel an der Existenz eines kontinuierlichen Selbst Chefarzt Kollenbaum: Training verbessert subjektive Wahrnehmung interozeptiver Signale

Identität, Beziehungsgestaltung, Spiritualität und spezifische gesellschaftliche Fragestellungen sind ohne Körper und dessen Wahrnehmung nicht möglich, so Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Volker E. Kollenbaum, Chefarzt der NEXUS-Klinik während seines Vortrags im Juli 2011 zu den Teilnehmern der Fortbildungsveranstaltung „Moderne Psychotherapie“. Trotz der Relevanz der Körperwahrnehmung für viele Bereiche des menschlichen Lebens führe die Interozeptionsforschung unverständlicherweise ein Schattendasein. Dabei sei die Erkenntnis, ohne Körper keinen Geist, eine historisch alte.



Chefarzt Volker E. Kollenbaum, Leitender Arzt Henning Hager und Geschäftsführer Thomas Schindler zum Auftakt der Veranstaltung

Ohne Körper- keine Emotionswahrnehmung!

Diesen Zusammenhang formulierte bereits der Wissenschaftler Charles Darwin (1809 – 1882) im Rahmen seiner Expressionstheorie. William James vertrat 1884 in seiner Arbeit „What is an Emotion?“ die Meinung, dass Gefühle Begleiterscheinungen körperlicher Vorgänge seien. Er verstand Gefühle als Folge viszeraler Veränderungen, die bei der Wahrnehmung emotionsauslösender Reize auftreten. Der Physiologe Carl Lange vertrat eine ähnliche Emotionstheorie, weshalb beide Wissenschaftler den Namen der Theorie, James-Lange- oder Aktivierungstheorie, prägten.

Walter Cannon formulierte 1927 die „Theorie der zentralen neuralen Prozesse“, welche ein Jahr später von Philip Bard auf ähnliche Art und Weise postuliert wurde (Canon-Bard-Theorie). In Abgrenzung zur James-Lange-Theorie vertraten sie die These, dass verschiedene Emotionen von den gleichen körperlichen Sensationen begleitet werden können. Weiterhin spielen für die Emotionsentstehung zentralnervöse und nicht etwa periphere Prozesse eine entscheidende Rolle. Dabei finden zwei gleichzeitig ablaufende Reaktionen statt, die sich nicht gegenseitig bedingen. Zum einen setzt auf einen gegebenen Reiz eine physiologische Reaktion ein, zum anderen findet gleichzeitig die Wahrnehmung einer (emotionalen) Reaktion statt. Cannon und Bard gingen weiterhin davon aus, dass der Thalamus alle sensorischen Informationen umschaltet (außer dem Geruch) und dass diese Informationen erst in dieser Struktur ihre emotionale Tönung erhalten.

Die Zwei-Faktoren-Theorie von Schachter & Singer (1964) hingegen versteht Gefühle als eine Funktion von physiologischer Erregung und einer kontextabhängig zu dieser Erregung passenden kognitiven Bewertung. Als erstes werden körperliche Symptome wie Schwit-

zen oder Pulsbeschleunigung wahrgenommen. Dann wird versucht, hierfür die Ursache ausfindig zu machen. So kann je nach Situation die gleiche körperliche Sensation affektiv unterschiedlich interpretiert werden. Gemeinsam ist der Schachter-Singer-Theorie und neurobiologischen Ansätzen die Annahme, dass Körperwahrnehmung oft nicht zu klaren und eindeutigen Botschaften führt. Körperliche Signale sind häufig vielschichtig und erhalten ihre konkrete Interpretation erst in Abhängigkeit des Kontextes.

Beziehung, Gesellschaft und Spiritualität

Interozeption und die Fähigkeit hierzu spielt in vielen Lebensbereichen eine wichtige Rolle. So lösen Beziehungen stets körperliche Reaktionen aus. Ohne Körperwahrnehmung können als erfüllend erlebte Beziehungen dauerhaft nicht gelebt werden. Vielen spirituellen Ansätzen ist zudem eine körperliche Komponente inhärent. Religionen nutzen beispielsweise Atem- oder Körperwahrnehmungsübungen, um über den Bezug zum eigenen Körper einen Weg zum Transzendentalen, zum Jenseitigen zu schlagen. Aber auch bei volkswirtschaftlichen Fragestellungen kann die (Art der) Wahrnehmung des eigenen Körpers eine relevante Größe einnehmen. So werden Beratungen eher aufgrund gerichteter Symptome als aufgrund erhobener Befunde über den Funktionszustand beschieden (Myrtek, 1998).

Neurobiologie

Körpersignale werden vor allem über „vagale“ Affenzen geleitet. Diese Informationsvermittlung entlang den Vagus-Fasern wurde für alle Organe, mit Ausnahme der Milz, nachgewiesen. Weiterhin spielen verschiedene Botenstoffe wie z. B. Glutamat und Serotonin 5-HT (2A) eine Rolle.

Ein bereits lange diskutiertes Modell ist die Theorie der „Competition of cues“ (Pennebaker, 1977). Hiernach besteht eine Konkurrenz zwischen intero- und exterozeptiven Reizen. Da das Gehirn eine begrenzte Verarbeitungskapazität hat, entscheidet sich das Gehirn im Zweifel für exterozeptive Reize.

Interozeption kann sowohl als Sammelbegriff als auch speziell für die Wahrnehmung der inneren Organe verwendet werden. Weitere Teilgebiete sind die Propriozeption (Bewegungsapparat), die Viszerozeption (innere Organe), die Nozizeption (Schmerzwahrnehmung) und die Gravizeption (Wahrnehmung von Schwerkraftfeldern).

Ein weiteres bedeutsames Teilgebiet stellt die Chemozeption dar: Die Wahrnehmung bestimmter gestörter Chemikalien wie z. B. Blutzuckerschwankungen. Ziel ist es, den Patienten darin zu schulen, seine Wahrnehmung dahingehend zu verbessern, dass er z. B. eigenständig Blutzuckerschwankungen wahrnehmen und frühzeitig auf diese reagieren kann.

Klinische Bedeutung

Die verbesserte Selbstwahrnehmung der Herzfrequenz oder des Blutdrucks kann gerade für Herzpatienten (überlebens-)wichtig sein, diskutiert Volker Kollenbaum. So erhielten in einer Studie zur Selbstwahrnehmung der Herzfrequenz etwa 700 Patienten mit einer Koronaren Herzerkrankung über einen Zeitraum von vier Wochen tägliche Übungen. Etwa 50 % der Teilnehmer gelang es, ihre Herzfrequenz gut einzuschätzen. 43 % unterschätzten zu Beginn ihre Herzfrequenz und überlasteten sich anfangs. Zwar erreichten sie nie die Ergebnisse der „Richtigschätzer“, jedoch verbesserten sie im Verlauf des Trainings ihre Werte deutlich. Eine dritte Gruppe, häufig ängstliche Patienten, überschätzten hingegen zu Beginn der Maßnahme ihre Herzfrequenz und verhielten sich zu vorsichtig bezüglich ihres Belastungsniveaus. Auch hier konnte nach etwa 3 Wochen die Wahrnehmungsfähigkeit der Herzfrequenz so weit verbessert werden, dass sie die Ergebnisse der „Richtigschätzer“ erreichten.

Vielfältige klinische Anwendungsfelder

- Koronare Herzkrankheiten
- Asthma Bronchiale
- Diabetes Mellitus
- Essstörungen
- Angststörungen
- Stoffgebundene Süchte

Gibt es ein überdauerndes Selbst?

Der portugiesischstämmige Neurologe **Antonio Damasio** versteht das Selbst als rein irdisches Phänomen, welches auf die komplexen biochemischen Regelkreise des Körpers zurückzuführen ist. Der menschliche Geist hängt vom Funktionieren (oder dem Ausfall) einzelner Hirnbereiche, der Existenz eines Körpers und dessen Wahrnehmung ab. Dabei unterscheidet er mehrere Formen: In der einfachsten Form existiert nur ein „Proto-Selbst“ (ein interozeptives Selbst), dessen Vor-

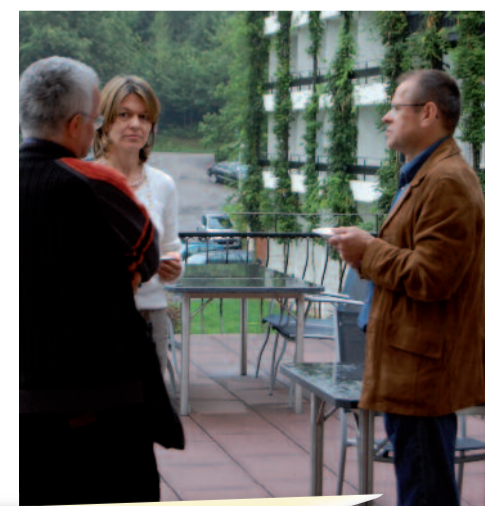
handensein von interozeptiven Signalen abhängig ist. Daneben existiert ein „Kern-Selbst“. Dieses vermittelt dem Organismus ein integriertes Bild seiner selbst und der Umgebung und steuert den Überlebenstrieb. Hierüber verfügen viele Tiere mit einfachem Nervensystem. Darauf baut sich das „autobiografische Selbst“ auf, welches neben Kern-Selbst zusätzlich über ein Gedächtnis verfügt.

Darüber hinaus gibt es das „erweiterte Bewusstsein“: Dieses verknüpft die Wahrnehmungen eines Organismus mit seiner individuellen Geschichte und erschafft damit seine eigene Autobiografie. Für diese Form des Bewusstseins, die typisch für den Menschen ist, ist unter anderem ein ausgeprägtes Gedächtnis erforderlich. Bewusstsein entsteht nach Damasio allerdings erst dann, wenn das Gehirn die Entwicklung dieses Wechselspiels zwischen Kopf und Körper dokumentiert.

Gibt es ein stabiles Selbst?

Der amerikanische Neurologe **Rodolfo Llinás** von der Universität New York formuliert ein Selbst, dessen Fähigkeit zum Bewusstsein abhängig von Bewegung, und damit von interozeptiven Signalen ist. Rodolfo Llinás versteht das Selbst als eine zeitlich kohärente Repräsentation interner und externer Signale. Charakteristisch sind dabei Vorhersage-Funktionalitäten. Es findet eine diskontinuierliche Steuerung und Überwachung der Motorik statt, da interozeptive Signale in einer 10 Hz-Frequenz, generiert durch die unteren Olivenkerne, über Fasern ins Cerebellum geleitet werden. Das Bewusstsein generiert sich seinem Verständnis nach in einer Interaktion zwischen Thalamus und Kortex und kann eher als ein sequentielles Muster im Gehirn verstanden werden.

In der sich anschließenden Diskussion wies Volker Kollenbaum das Auditorium darauf hin, dass es wahrscheinlich kein kontinuierliches Selbst gibt, was wiederum durch die diskontinuierliche Überwachung und Steuerung der Motorik erklärbar ist. Fruchtbar zu nutzen seien die Ergebnisse der Interozeptionsforschung, so Volker Kollenbaum weiter, für viele psychosomatische Krankheitsbilder wie beispielsweise die Schulung von Diabetikern. Diese könnten mit Hilfe einer verbesserten Wahrnehmung ihre Blutzuckerschwankungen früher erkennen und adäquat darauf reagieren.



+++ Wenn Beziehungs- und Rollenkonflikte depressiv machen (Seite 2) +++ Pädagogen als Beziehungskünstler +++
Neue Welle, dritte Welle: wird nun alles gut? (Seite 3)...



Wenn Beziehungs- und Rollenkonflikte depressiv machen

Moderne Therapie antwortet mit Interpersoneller Psychotherapie

Dr. Dipl. Psych. Eva-Lotta Brakemeier, Universitätsklinikum Freiburg, stellte im Rahmen des Kolloquiums „Moderne Psychotherapie“ das störungsspezifische Verfahren **Interpersonelle Psychotherapie (IPT) der Depression**, vor. Dieses wird bei Patienten mit akuten oder episodischen Depressionen erfolgreich angewendet. Der Behandlungsfokus liegt auf der Analyse und Bearbeitung von Belastungsfaktoren im interpersonellen oder psychosozialen Kontext.



Referentin Eva-Lotta Brakemeier

Theoretischer Hintergrund

Die IPT wurde in den 60iger Jahren von Gerald Klerman und Myrna Weisman in den USA als manualisiertes Verfahren entwickelt und ursprünglich in der Forschung zur Schaffung einer Vergleichsbedingung zur Pharmakotherapie eingesetzt. 1984 wurde ein erstes IPT-Manual in den USA publiziert. 1996 erschien die deutsche Übersetzung durch PD Dr. Elisabeth Schramm, Uniklinik Freiburg. Die Ansätze dreier Wissenschaftler beeinflussten die Theoriebildung der IPT maßgeblich: Harry Stack Sullivan mit seinem Konzept der „Interpersonal School“, Adolf Meyers „Psychobiological Approach“ sowie John Bowlbys „Attachment Theory“.

Merkmale

Die IPT konzeptualisiert Depression als multifaktoriell bedingte, psychiatrische Erkrankung (medical model), die sich in einem interpersonellen Kontext entwickelt. Belastungen innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen wie auch Unklarheiten/Brüche in der sozialen Rollenerfüllung sind häufig auslösende oder aufrechterhaltende Bedingung

Interpersonelle Foki der IPT:

- Rollenwechsel (z. B. nach Trennung oder Berentung)
- Konflikte in zentralen sozialen Beziehungen (z. B. mit dem Partner)
- Pathologische Trauer
- Interpersonelle Defizite mit der Konsequenz von Isolation und Einsamkeit

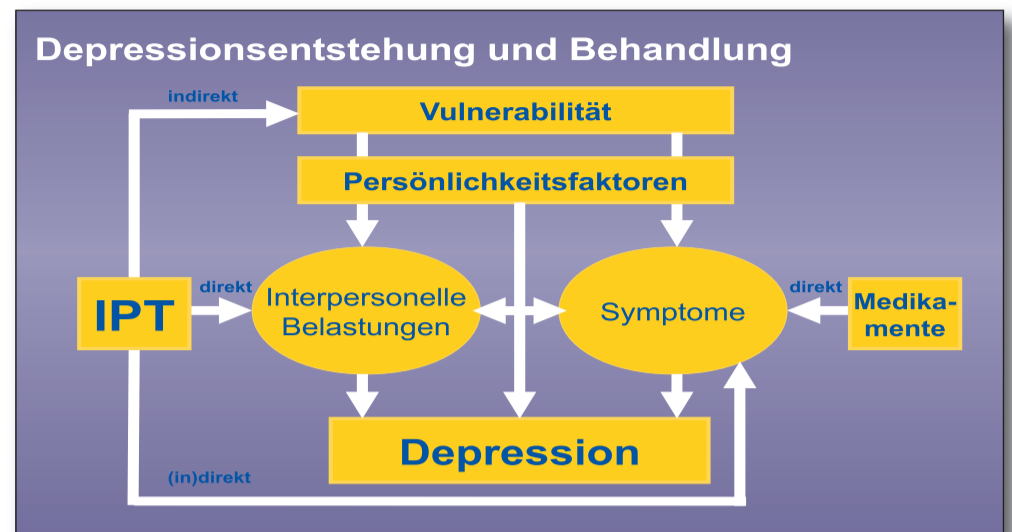
einer Depression. Bedeutsam für die Remission der Krankheitssymptome ist die Bearbeitung des interpersonellen und psychosozialen Kontextes. Das Therapieziel besteht sowohl in der Linderung der depressiven Symptomatik als auch in der Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, wobei primäres Ziel nicht die tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur ist.

Die IPT ist als störungsspezifische Kurzzeittherapie (12–20 Sitzungen) für Patienten mit unipolaren Depressionen konzipiert. Das Krankheitsmodell ist zwar medizinisch orientiert, wird aber keiner Therapieschule zugeordnet. Zahlreiche empirische Studien belegen ihre gute und auch katamnestic stabile Wirksamkeit gegenüber anderen Psychotherapien. Ihre empirische Basis bezieht die IPT von Forschungsergebnissen zur sozialen Unterstützung, zur Entwicklung von Kindern, zum Konzept der „Expressed Emotion“ sowie aus tierexperimentellen und epidemiologischen Daten. Die zur Anwendung gebrachten Techniken sind nicht spezifisch und beinhalten z. B. Strategien zur Gefühlsexploration, der Ressourcenaktivierung oder Techniken zur Verhaltensmodifikation.

Drei Behandlungsphasen

IPT ist ein sehr strukturiertes Verfahren. In der **initialen Phase** (Sitzung 1 bis 3) stellen Entlastung des Patienten durch Zuschreibung der Krankenrolle, Aufklärung, Vermittlung von Hoffnung und Informationsgewinnung Schwerpunkte dar. Depressive Symptome werden u. a. mit Hilfe von Psychoedukation bewältigt. Weiterhin erfolgt eine Beziehungsanalyse mit Klärung des sozialen Netzwerks. Am Ende der Initialphase steht

der schriftlich fixierte Behandlungsvertrag. In diesem werden symptombezogene Ziele ebenso fixiert wie die Identifikation interpersoneller Problemfoki und den damit verbundenen Änderungszielen. Auch die Patient-Therapeuten-Beziehung sowie deren gegenwärtige Rollenerwartungen wird geklärt, da die thera-



peutische Beziehung einen Prototyp für andere Beziehungen darstellt.

In der **mittleren Phase** (Sitzung 4 bis 13) wird dann die interpersonelle Belastungsproblematik vertieft bearbeitet. Zunächst werden die identifizierten Problembereiche genauer exploriert, die Wahrnehmungen und Erwartungen des Patienten an seine Beziehungen hinterfragt und alternative Verhaltensweisen in den Problembereichen aufgebaut. Für Probleme im Zusammenhang mit **Rollenwechseln** wie sie z. B. nach der Geburt eines Kindes, im Rahmen von Berentung oder durch Arbeitsplatzwechsel entstehen können, wird in einem ersten Schritt der Prozess des Betrauens und Akzeptierens des Verlusts der alten sozialen Rolle (z. B. durch Verlust an persönlicher Freiheit) gefördert. Desweiteren soll gelernt werden, die mit dem Rollenwechsel verbundenen Veränderungen nicht als persönliches Versagen, sondern als normatives Geschehen zu bewerten und auch positive Aspekte der neuen Rolle zu identifizieren. Bei Bedarf müssen soziale Fertigkeiten wie sie zur Bewältigung der neuen Rolle nötig sind, entwickelt und neue zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut werden.

Bei **interpersonellen Konflikten**, die die häufigste Ursache von Depressionen im Sinne der IPT darstellen, werden die Konflikte über unterschiedliche Erwartungen und Einstellungen sowie das aktuelle Konfliktstadium identifiziert, ein Handlungsplan generiert und gestörte Kommunikationsprozesse modifiziert. Dies geschieht unter Einbeziehung von Bezugspartnern in Paargesprächen und im Rahmen von Rollenspielen.

Bei der **Pathologischen Trauer** wird das Durchlaufen des Trauerprozesses im Sinne der vier Trauerphasen nach Elisabeth Kübler-Ross gefördert und eine Aufnahme von Interessen und neuen Beziehungen nach dem Verlust als zentrale Ziele angestrebt. An Strategien kommen z. B. Beziehungsrekonstruktion, Gefühlsexploration und das gemeinsame Nachdenken über den Verlust zur Anwendung.

Interpersonellen Defiziten mit der Folge sozialer Vereinsamung begegnet die IPT mit der Abklärung von wichtigen Aspekten und sich wiederholenden Problemen in früheren Beziehungen und in der Beziehung

zum Therapeuten. Im Rahmen von Kommunikationsanalysen und Rollenspielen werden soziale Defizite abgemildert. Da dieser Personenkreis oft chronisch erkrankt ist, sind Kurzzeitbehandlungen besonders schwierig durchzuführen. Hier sollte die Zielsetzung darin liegen, dass überhaupt begonnen wird, an interpersonellen Defiziten zu arbeiten. Unrealistisch ist in der Regel bereits die Lösung der Probleme.

Die **Beendigungsphase** (Sitzung 14 bis 16) dient der Vorbereitung der Zeit nach Therapieende und der Rückfallprophylaxe. Das Beenden der Therapie wird als Prozess verstanden, in dem auch Gefühlen wie z. B. Abschiedsschmerz und Zukunftsängsten Raum gegeben wird.

Rolle des IPT-Therapeuten

- **Advokat des Patienten, d. h. nicht neutral, sondern ermutigend, wohlwollend, unterstützend**
- **Aktive Grundhaltung**
- **Keine Übertragungsinterpretation (nur bei Stagnation/Misserfolg)**
- **Keine Freundschaft (jedoch bei Bedarf als Modell fungierend, dann persönliches Einbringen)**

Stationär und ambulant anwendbar

IPT ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting anwendbar. Für den stationären Rahmen gibt es mittlerweile Ergänzungen für spezifische Gruppensitzungen. Ferner liegen auch gute Wirksamkeitsnachweise für den stationären Einsatz bei schweren Depressionen vor. Hinsichtlich chronischer Depressionen jedoch verliert die IPT als Therapieverfahren an Plausibilität, da sich diese Patienten oftmals nicht mehr in Beziehungen befinden, die einen aktuellen Bezug zur depressiven Problematik aufweisen. Hier wird als störungsspezifisches Verfahren Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James McCullough, dessen Überlegenheit gegenüber IPT für dieses Erkrankungsfeld 2010 durch Schramm et al. gezeigt werden konnte, empfohlen.

FORTBILDUNGEN 1. HALBJAHR 2012

Mittwoch, 18.01.2012 um 18:30 Uhr:

Müssen es immer Medikamente sein? Nicht medikamentöse Behandlungsformen der essentiellen Hypertonie · Referent: Prof. Dr. med. Dr. Phil. Dipl.-Psych. Volker E. Kollenbaum, NEXUS-Klinik

Mittwoch, 14.03.2012 um 18:30 Uhr:

Schmerzchronifizierung am Beispiel von Rückenschmerzen · Referentin: Prof. Dr. Monika Hasenbring, Ruhr-Uni Bochum

Mittwoch, 09.05.2012 um 18:30 Uhr:

Der Mann in der Psychotherapie – eine Herausforderung! · Referent: Dr. med. Henning Hager, NEXUS-Klinik

Mittwoch, 18.07.2012 um 18:30 Uhr:

Die Modus-Arbeit in der Schematherapie · Referent: Prof. Dr. Dipl. Psych. Heinrich Berbalk



Kolloquium „Moderne Psychotherapie“



Bindungs- und Beziehungsfähigkeit von Pädagogen auf dem Prüfstand Lehrer als Beziehungskünstler zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Auch 2011 war die NEXUS-KLINIK wieder federführend bei der Gestaltung des 9. Gesundheitstages der Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (GEW) in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Pädagogik und Medien (LPM) im Saarland tätig. Im Rahmen des eintägigen Fortbildungstages wurden Vortrag und verschiedene Workshops zum Thema „Lehrer als Beziehungskünstler“ angeboten.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Volker E. Kollenbaum stellte in seinem Hauptvortrag „Pädagogen als Beziehungskünstler zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ Konzepte zur Bindungsfähigkeit des Menschen vor und diskutierte die Auswirkungen des individuellen Bindungsverhaltens auf Schüler-Lehrer-Beziehungen.

In dem sich anschließenden Workshop zum Thema „Distanz und Nähe im Verhältnis Lehrer und Schüler“ ging **Volker Kollenbaum** zunächst auf die besondere Faszination, die vom Lehrerberuf ausgeht, ein. Im Umgang mit jungen Menschen ist der Lehrer an deren Weg in das Leben sehr unmittelbar beteiligt, gleichzeitig ist dies eine mögliche Quelle für außerordentliche Belastung. Sowohl eine besonders enge positive wie auch

eine negativ gefärbte Beziehung zu den jungen Menschen bringt – jeweils andere – Belastungsmomente mit sich, auf die in der Berufsausbildung nur ungenügend vorbereitet wird. Neben der Identifikation dieser Belastungsmomente und der Erarbeitung von Strategien zur Belastungsreduktion wurden auch vorbeugende Maßnahmen diskutiert und praktisch erprobt.

Dr. med. Henning Hager, leitender Oberarzt der NEXUS-KLINIK, zeigte in seinem Workshop auf, dass das Burnout-Syndrom überdurchschnittlich oft Menschen in sozialen Berufen und Tätigkeitsfeldern betrifft. Der ständige Kontakt mit Menschen, zu denen man eine emotionale Bindung aufbaut, und die eigenen sowie die systembedingten Anforderungen führen bei Lehrern

häufig zu einem Gefühl der Überforderung, der seelischen und körperlichen Erschöpfung und zu Unzufriedenheit. Umso schwerer fällt es den Betroffenen dann, einen interessanten und lebendigen Unterricht zu gestalten, was die Unzufriedenheit und die Problematik wiederum verschärft und aufrechterhält. Henning Hager vertiefte in seinem Workshop die spezifischen Hintergründe des Burnout und zeigte konkrete Lösungsmöglichkeiten auf.

Im Rahmen eines weiteren Workshops beleuchtete **Dipl.-Psych. Christine Ait-Mokhtar**, Leitende Psychologin der NEXUS-KLINIK Baden-Baden, professionelle Weiterbildungsmöglichkeiten für beziehungsorientierte Berufe, die primär dem Erhalt der eigenen

Gesundheit dienen. Neben der Vorstellung der „Lehrercoaching-Gruppen nach dem Freiburger Modell“, einem präventiven und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg geförderten Projekts, ging Christine Ait-Mokhtar auf die Bedeutung kommunikationspsychologischer Faktoren beim Erhalt der eigenen Gesundheit ein. Mit Hilfe von Übungen konnten die Teilnehmer ihren eigenen Kommunikationsstil und deren Fallen identifizieren und im Rahmen von Videodemonstrationen Verbesserungsmöglichkeiten beim Einsatz der Stimme und der Körpersprache kennenlernen.

Neue Welle, dritte Welle: wird nun alles gut? Prof. Dr. Jürgen Margraf: Die perfekte Therapie gibt es nicht

Jürgen Margraf, Inhaber der Humboldt-Professur und des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum, ist ein sehr gern gesehener Gastredner der NEXUS-KLINIK und unterstützt diese durch seine Begleitung des wissenschaftlichen Konzeptes und der Qualitätssicherung. Auch im Oktober hielt er einen fesselnden Vortrag über die Entwicklung der Verhaltenstherapie.

Für die Entwicklung der Verhaltenstherapie ist keine „Gründerfigur“ verantwortlich, sondern es zeigte sich vielmehr eine breite Bewegung, die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts begann. Thorndike, Pawlow und Watson formulierten Lerngesetze, die sie in verschiedenen Versuchsreihen entdeckt haben. Mitte 1950 wurde in England (Eysenk, Shapiro, Jones), in Südafrika (Wolpe, Lazarus) und in den USA (Lindsay, Skinner, Mowrer) über das Lernen von Verhalten geforscht. 1958 wird von Arnold Lazarus im South African Journal of Medicine das erste Mal der Begriff der Verhaltenstherapie erwähnt. Von da an konnte man eine rasante Weiterentwicklung beobachten.

Aktueller Stand

Viele Wissenschaftler haben sich mit der Frage beschäftigt, welche Auswirkungen verhaltenstherapeutische Verfahren auf das menschliche Erleben haben. Vergleicht man z. B. allgemeine Psychotherapieverfahren mit der Herzchirurgie, so werden nur etwas höhere Effektstärken (0.88 vs. 0.80) und Erfolgswahrscheinlichkeiten (0.73 vs. 0.71) beobachtet. Die Effektstärke von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren liegt dagegen deutlich höher (1.21) (Graw et al., 1994).

Verhaltenstherapeutische Behandlungen zeigen sich

nisse von verhaltenstherapeutischen Verfahren mit anderen Therapieverfahren, so sind die Zahlen nicht ganz so eindeutig. Bei der Angststörung zeigt sich eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie mit einer Effektstärke von 0.44, bei der Depression von 0.21 und bei Suchterkrankungen von 0.01 (Tolin, 2010). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Verhaltenstherapie zwar gute Effekte erzielt, aber noch nicht perfekt ist. Aus diesem Grund versuchen Wissenschaftler die Verhaltenstherapie immer weiter zu optimieren.

Dritte Welle in der kognitiven Verhaltenstherapie

Die bisherige Entwicklung der Verhaltenstherapie lässt sich in drei sogenannten Wellen beschreiben. Die erste Welle wird auch als behaviorale Welle bezeichnet. Diese findet ihre Verwurzelung in der Lerntheorie und betrachtet den Organismus als „stimulus- und konsequenzengetrieben“. Mit der kognitiven Wende der 60er und 70er Jahre kam die zweite Welle der Verhaltenstherapie, welche einen direkten Zugang zur kognitiven Ebene suchte. Mit der dritten Welle wird weniger auf den Inhalt der Kognitionen sondern mehr auf die Funktion dieser Wert gelegt. Der Mensch wird als emotionsgetrieben, bindungs- und interaktionsabhängig gesehen. Damit werden Wert- und Sinnesfragen sowie auch fernöstliche meditative Perspektiven mit in die Verhaltenstherapie integriert.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Die MBCT ist ein achtsamkeitsbasierter Ansatz. Achtsamkeit bedeutet nach Kabat-Zinn (1994), dass die Aufmerksamkeit absichtsvoll, im gegen-

wärtigen Augenblick und nicht wertend ausgerichtet wird. In der MBCT soll somit gelernt werden, achtsam zu sein, zu akzeptieren und loszulassen und dabei keinen besonderen Zustand (wie z. B. Glück, Entspannung) erreichen zu wollen. Zusätzlich werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente einge-



Chefarzt Volker E. Kollenbaum und Jürgen Margraf, Referent des Abends und Wissenschaftlicher Beirat der NEXUS-Klinik

setzt, wie Psychoedukation, Umgang mit Kognitionen (aber keine gezielte Veränderung der Gedanken) und Hinweise zur Veränderung des Verhaltens.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Die ACT sieht als zentrale Behandlungsprinzipien die Akzeptanz gegenüber eigenen Erfahrungen sowie engagiertes Handeln im Sinne eigener Ziele und Werte (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999). Sie verbindet Verfahren auf der Basis des Achtsamkeits-Konzeptes mit Methoden der Verhaltenstherapie (Verhaltensanalyse, kognitive und behaviorale Interventionen). Die Annahme der so genannten gesunden Normalität wird abgelehnt. Stattdessen wird postuliert, dass psychisches Leiden im Sinne unangenehmer innerer Erlebnisse grundsätzlich Teil des normalen Lebens ist und bei ungünstigen Lösungsversuchen pathologisch werden kann. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass man versucht die Leidenserfahrung durch Rückzug, Betäubung oder übertriebenes Sicherheitsverhalten zu vermeiden. Dadurch ergeben sich massive negative Konsequenzen für die Lebensführung. Nach Annahme der ACT ist der Versuch der Veränderung „schwieriger“ Gedanken und Gefühle kontraproduktiv. Stattdessen werden in der Therapie die bedeutsamen Kontextbedingungen verändert. So versucht man die Funktion der Gedanken zu verändern, indem man eigene Gedanken gleichmütig („achtsam“) betrachtet, ohne daran zu glauben oder danach zu handeln. Weiterhin

soll achtsame Akzeptanz eingeübt werden, welche vor allem auf der Unterscheidung zwischen Veränderbarem und Unveränderbarem basiert, um dadurch Kräfte für mögliche und gewollte Veränderungen zu generieren. Auch besteht ein wesentlicher Teil der ACT darin, existentielle Werte und Lebensziele zu erarbeiten und diese durch engagiertes Handeln umzusetzen.

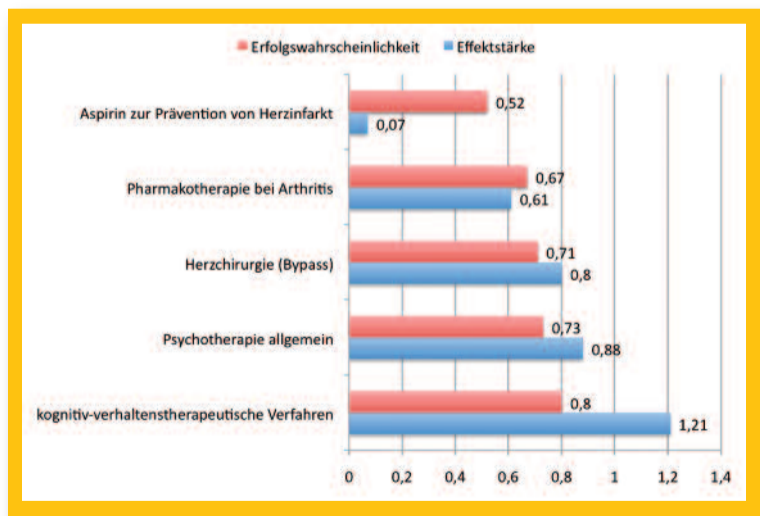
Funktional-analytische Psychotherapie (FAP)

Die FAP ist ein integrativer Ansatz, der sich auf behavioristische (operante Steuerung des Verhaltens durch Konsequenzen), psychodynamische (v. a. Objektbeziehungen) sowie auch kognitive Methoden beruft (Kohlenberg & Tsai, 1991). Psychische Störungen werden hier als interpersonelle Konflikte begriffen, welche im Rahmen der therapeutischen Beziehung behandelt werden sollen, z. B. durch eine differentielle Verstärkung in Abhängigkeit der dominanten Motive des Patienten.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR ist eine von Francine Shapiro (1989) entwickelte Methode, die vor allem bei der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen eingesetzt wird. Die Verarbeitung des Traumas erfolgt durch den Fokus auf das traumatische Erleben und die damit verbundenen emotionalen, kognitiven und somatischen Erfahrungen sowie durch die gleichzeitige

(Forts. S. 4)



vor allem im Bereich der akuten Belastungsstörung (Effektstärke = 1.31) und der Zwangsstörung (Effektstärke = 1.37) deutlich effektiver als Behandlungen mit einem Placebo. Die Effektstärken der Panikstörung liegen dagegen mit 0.35 im unteren Bereich (Gloaguen et al., 1998). Vergleicht man die Ergeb-

+++ Das Team der Nexus-Klinik wird verstärkt (Seite 4)... +++

Neue Welle, dritte Welle ... (Forts.)

Stimulierung verschiedener Gehirnareale, indem die Patienten aufgefordert werden, mit den Augen den rhythmischen Fingerbewegungen des Therapeuten zu folgen. Alternativ können auch beide Hände bzw. Beine rhythmisch berührt oder beide Ohren wechselseitig beschallt werden.

Schematherapie

Die Schematherapie nach Jeffrey Young (1990) ist ein Verfahren, welches die kognitive Therapie mit der Gestalttherapie (insbesondere Erlebnisaktivierung) und der Objektbeziehungstheorie (introjierte Beziehungsformen aus der Sozialisation) verbindet. Sie nimmt an, dass maladaptive, in früher Kindheit erworbene Gedächtnis-Schemata die zentrale Ursache für dysfunktionale Konfliktbewältigungsstile sind. Schemata entstehen in der Kindheit und Jugend durch Lernprozesse, Erfahrungen und Identifikationen und können hilfreich oder hinderlich sein. Hilfreiche Schemata haben wichtige Funktionen. Sie geben Struktur für das Leben, orientieren über Beziehungen zwischen Person und Umgebung, haben Auswirkung auf die Partnerwahl und Beziehungsgestaltung und haben den Charakter einer Weltanschauung. Hinderliche Schemata hingegen können ursprünglich realitätsgerecht gewesen sein, führen jedoch beim Erwachsenen zu einer Realitätsverzerrung und er-

schaffen Barrieren für die Bedürfnisbefriedigung. Aufgrund des menschlichen Bedürfnisses nach Konsistenz werden die Schemata aufrechterhalten, selbst wenn sie Leiden verursachen.

Bisher wurden 19 Schemata festgestellt, die fünf Schemadomänen zugeordnet werden (z. B. Abgrenztheit und Ablehnung). Problematische Verhaltensweisen entstehen als Reaktion auf ein Schema. Diese zeigen drei Erscheinungsformen: Erdulden, Vermeiden und Kompensieren. Diese Verhaltensstile dienen zwar in der Kindheit dem Überleben unter frustrierenden Bedingungen, erhalten jedoch beim Erwachsenen hinderliche Schemata aufrecht. Das Ziel der Therapie besteht somit darin, die hinderlichen Schemata zu schwächen, indem neue Erfahrungen integriert werden und bisher deprivierte Kernbedürfnisse ganz oder auch nur zum Teil befriedigt werden. In Abhängigkeit von der Art der Schemaktivierung werden verschiedene Techniken eingesetzt. Analog zum Prinzip der Achtsamkeit können innere Zustände beobachtend abgespalten werden. Dadurch soll eine realistische Kontrolle des Erwachsenen-Ichs über das kindliche Ich und das Über-Ich ermöglicht werden. Weitere wichtige Techniken sind Schematagebücher, erlebnisaktivierende Rollenspiele, Imagination, körperorientierte Verfahren und kognitive Verfahren.

Ergebnisse kontrollierter Therapiestudien

In der Literatur finden sich 29 kontrollierte Therapiestudien bezüglich der Verfahren der dritten Welle (Öst, 2008). Die Studien hatten im Vergleich eine längere Therapiedauer, mehr Therapiesitzungen und kürzere Katamnesen.

Die Forschungsmethodik war signifikant schwächer. Es zeigten sich moderate Effektstärken für ACT (0.68) und DBT (0.58) bei Vergleich gegen „treatment as usual“. Gegenüber der Warteliste zeigten sich starke Effekte.

Schematherapie zeigte sich vor allem bei Borderline-Patienten signifikant besser als Therapien nach dem Kernberg-Ansatz. Die MBCT zeigt robuste und moderate Effekte bei Angststörungen (0.63) und robuste und starke Effekte bei komorbider Angst und Depression (0.97 bzw. 0.95). EMDR zeigte sich besser als Verfahren ohne Konfrontation, jedoch zeigte sich kein zusätzlicher Effekt zur Konfrontation. Somit scheinen die Augenbewegungen keinen zusätzlichen Effekt zu erzielen.

Erfolgreiche Behandlungen weisen folgende Charakteristika auf:

- eher kurz
- gut strukturiert
- haben ein klares Rational
- setzen an gegenwärtigen Problemen an
- Problemkonfrontation
- Ermöglichung von korrekiven Erfahrungen

Potenziale und Risiken

Jürgen Margraf sieht in der „dritten Welle“ sowohl Potenziale als auch Risiken. Die Potenziale liegen in der Ergänzung der einseitig auf Veränderung ausgerichteten Orientierung. Bisher vernachlässigte Inhalte, wie z. B. Lebensorientierung oder diffuses Leiden, werden be-

rücksichtigt. Auch wertet Jürgen Margraf positiv, dass Prinzipien mit einer langen Tradition integriert werden. Achtsamkeitsbasierte Verfahren sind eine wichtige Weiterentwicklung, benötigen jedoch noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen.

Das Risiko ist hingegen in der Abkopplung von wissenschaftlicher Basis zu sehen. Auch muss kritisch gewertet werden, dass von vielen Autoren die neue Entwicklung als „perfekte Welle“ bezeichnet wird. Somit birgt es die Gefahr, dass auch die Patienten nach perfekten Therapien für sich suchen, die sich aber in dieser Form nicht finden lassen. Die Grenzen der Veränderbarkeit müssen von beiden Seiten akzeptiert werden.



Das Team der Nexus-Klinik wird verstärkt

Natalie Baranksi

Seit Juni 2011

Diplom-Psychologin,
Psychologische Psychotherapeutin,
Verhaltenstherapeutin



2001-2006

Studium der Psychologie an der Universität Trier

2007-2011

Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapie am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie e.V. in Mannheim (IVT)

Berufserfahrung

Bezugstherapeutin im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (Wiesloch) und psychologische Mitarbeiterin des perinatalen Präventionsprojektes „Hand in Hand“ von 2007 bis 2011 und unterstützte damit in einem multiprofessionellen Kompetenznetz psychisch belastete und jugendliche Mütter sowie deren Kinder nach der Geburt. Seit 2009 lag der Schwerpunkt in der videogestützten Interaktionstherapie im Rahmen der Mutter-Kind-Behandlung.

Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen in der Behandlung von postpartalen Erkrankungen, psychotischen Störungen, Depressionen und Angststörungen.

Christian Landmann

Seit Oktober 2011

Diplom-Psychologe, Psychologischer
Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut

2000-2006

Studium der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

2006-2011

Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie Bad Dürkheim e.V. (IFKV)

Berufserfahrung

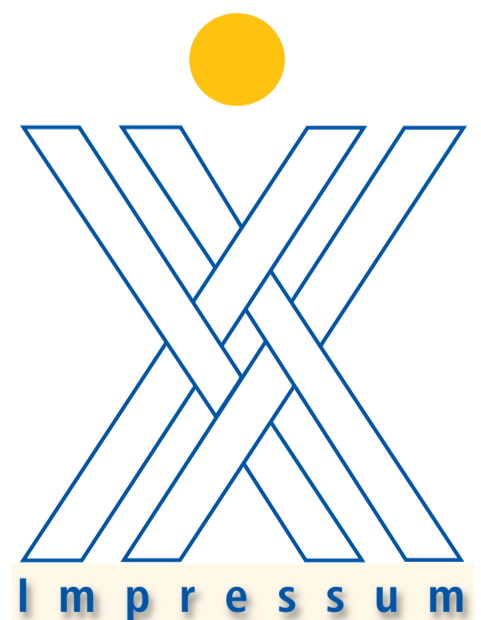
Bezugstherapeut in der Median-Klinik Moselhöhe, Stationspsychologe



in der RHM Klinik Sonnenwende. Des Weiteren tätig beim psychosozialen Dienst im Kontext beruflicher Rehabilitation psychisch vorerkrankter Menschen im SRH Berufstrainingszentrum (BTZ) Rhein Neckar in Wiesloch

Tätigkeitschwerpunkte:

Behandlung von Angststörungen, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.



© 2011 Baden-Baden

Herausgeber V.i.S.d.P.:

NEXUS-KLINIK – Privatkrankenhaus

Träger: Medexpert GmbH

Hermann-Sielcken-Str. 80 · 76530 Baden-Baden

Geschäftsführer: Thomas Schindler, Dr. Jochen Sturm

Redaktionsleitung: Christine Ait-Mokhtar

Bilder: Nexus-Klinik, Privat

Gestaltung und Gesamtherstellung:

Späth Media GmbH · Schwarzwaldstr. 60

76532 Baden-Baden · www.spaethmedia.de