

Manfred Wolfersdorf und Eva Schaller

„Der narzisstische Input“ – eine Untersuchung zur therapeutischen Beziehungsdichte auf einer Depressionsstation

The „narcissistic input“ – a survey of the number of therapeutic contacts in so-called depression treatment unit

Depressionszentrum Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Zusammenfassung

Derzeit gibt es in Deutschland etwa 100 sogenannte Depressionsstationen, spezialisiert auf die Behandlung schwer kranker Menschen. In unserer Untersuchung wird die Häufigkeit von therapeutisch hilfreichen Kontakten während der Behandlung auf einer Depressionsstation beschrieben. Hintergrund ist der psychodynamische Ansatz einer Stabilisierung des Selbstwertgefühles durch empathische Unterstützung.

Schlüsselwörter

stationäre depressive Patienten – therapeutische Kontakte – „narzisstischer Input“ – Depressionsstation – Psychodynamik

Summary

Today, there exist about hundred so-called depression treatment units specialized in diagnostic and therapeutic procedures for severely depressed inpatients in Germany. In this paper we looked at the numbers of therapeutic contacts during inpatient treatment, especially for depressed patients depending on a high rate of helpful relationships with the staff of the depression treatment unit who is involved in their care. The background of our study is the psychodynamic concept of depression and the idea of an empathetic support to stabilize self-esteem.

Keywords

depressed inpatients – therapeutic contacts – “narcissistic input” – depression treatment units – psychodynamic concept

■ Kurze Historie von Depressionsstationen

„Spezialisierung“ bzw. „innere Differenzierung“ in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung schwer psychisch Kranker war ein bedeutsamer Schritt bei der Verbesserung der Versorgungsqualität seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Die damals berechtigte Klage über das Fehlen von Psychotherapie, Geronto-, Kinder- und Jugend- sowie forensischer Psychiatrie führte zur Entwicklung störungsbezogener Behandlungseinheiten, gerade in den Fachkrankenhäusern (z. B. Müller 1989; DGPPN, 1997). Unterstützt wurde dieser Prozess durch die Einführung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin bzw. des zweiten psychischen Heilberufes Psychologischer Psychotherapeut in den 1990er Jahren, durch Qualitätssicherung und Verbesserung des Hotelstandards, Konkurrenz auf dem „Psych-Markt“, durch ein sich veränderndes Patientenprofil mit Zunahme von F3-, F4-, F5-, F6-Störungen (ICD-10) und durch die Einführung neuer bzw. modifizierter Psychotherapiemethoden sowie neuerdings die Selbsthilfeachse bei depressiv kranken Menschen. Sogenannte „Depressionsstationen“ als multiprofessionell orientierte Stationen mit einem komplexen psychiatrisch-

psychotherapeutischen und pflegerischen Therapieprogramm auf der Basis eines klientenzentriert-verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepts wurden zu den ersten Bausteinen der Reintegration von Psychotherapie in die Fachkrankenhauspsychiatrie der 1970er Jahre.

1980 haben wir erstmals die Konzeption von Depressionsstationen beschrieben und darauf hingewiesen,

1. dass Pflegepersonal und Ergotherapeuten den häufigsten Patientenkontakt haben,
2. dass depressives Verhalten von Patienten auf therapeutischer Seite ein besonders geprägtes Umgehen in der Beziehung erfordert; dies wurde damals als „psychotherapeutisches Basisverhalten im Umgang mit Depressiven“ bezeichnet,
3. dass therapeutische Arbeit mit schwer Depressiven, Teamarbeit, Supervision und arbeitsbezogene Selbsterfahrung benötigt sowie
4. dass die individuelle Krankheitssituation des Patienten, die eine am aktuellen Krankheitsbild, an typischen depressiven Persönlichkeitscharakteristika und am Therapieziel orientierte Behandlung erfordert (Wolfersdorf et al., 1980, 1982, 2010).

Später kamen hinzu

5. ambulante und teilstationäre Angebote sowie
6. eine enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen (Rupprecht & Heindl, 2003; Schaller, Müller & Wolfersdorf, 2008; Wolfersdorf, 2010a,b).

In den 1970er Jahren waren in den USA die ersten „Affective Disorders Units“ entstanden (Gitlin, 1982; Rydman, 1992), Gordon Parker baute in Sydney, Australien, seine bekannte Depressionsabteilung auf (Brodaty, Boys, Wilhelm, Mitchell & Parker, 1987), in USA die ersten „Mood Clinics“, z. B. in Houston, Texas (Laux, 1989). Kielholz, Pödlinger und Hole stellten in Basel die erste europäische „Depressionsstation“ als Forschungseinheit 1967 vor. Am 15. Sept. 1976 wurde im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weißenau bei Ravensburg am Bodensee, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, die erste „Depressionsstation“ in Deutschland eröffnet (Wolfersdorf, 1997, 2002, 2010a). Vor nun über 25 Jahren, 1984, wurde der bis heute bestehende „AK Depressionsstationen“ von den Depressionsstationen in Weißenau, Reichenau, Hirsau, Zwiefalten, Günzburg und Weinsberg gegründet, im Dezember 2010 wurde in Berlin im Vivantes Humboldt Klinikum „25 Jahre AK Depressionsstationen Deutschland/Schweiz“ und „35 Jahre Depressionsstationen in Deutschland“ gefeiert (Bräunig, 2010, Wolfersdorf, 2010b).

Was war und ist bis heute das „Bedeutsame“ am Konzept „Depressionsstation“ (Wolfersdorf, 2002)? Eine Übersicht ist in Tabelle 1 gegeben. Das „Neue“ und „Gemeinsame“ aller Depressionsstationen war damals bereits, neben der Zusammenfassung aller primär depressiv Kranken auf offenen, gemischtgeschlechtlichen Behandlungseinheiten, die heute als Standard der Depressionsbehandlung geltende Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, aktivierenden und Selbstwert stärkenden ergo- und körpertherapeutischen Angeboten, von Psychoedukation, von Angehörigenarbeit und Selbsthilfegruppen sowie einem beziehungsorientierten, Selbstwert fördernden und schützenden Milieu. Theoretischer Hintergrund waren und sind bis heute psychodynamische tiefenpsychologisch-klientenzentrierte und lerntheoretische Konzepte zur Depression.

■ Zum psychodynamischen Verständnis von Depression

Bei allen psychodynamisch-tiefenpsychologischen sowie auch kognitiv-verhaltenstherapeutischen (insbesondere neueren) Überlegungen spielt der Beziehungsaspekt und insbesondere die hohe Beziehungsbedürftigkeit („Hyper-Oralität“ im tiefenpsychologischen Sprachgebrauch) und die oftmals exklusive duale Bezogenheit depressiv Kranker auf ihre Therapeuten eine große Rolle (Wolfersdorf, 2008; Wolfersdorf et al., 2009). In diesem Zusammenhang wird Prof. Dr. Heinz Henseler (1989), Psychoanalytiker und Emeritus Lehrstuhl für Psychotherapie der Universität Tübingen, der Ausspruch zugewiesen: „Die therapeutische Wirksamkeit der Depressionsstation kommt aus dem massiven narzisstischen Input einer ganzen Station für einen Patienten.“

Vor dem Hintergrund der Klage über aktuellen Beziehungsverlust durch Personalmangel und dann der von uns vor Jahren geforderten Beziehungsdichte im Umgang mit depressiv Kranken (Wolfersdorf et al., 1982) sind wir dieser Frage nachgegangen.

■ Untersuchungsgruppe und Methode

Kognitiv-verhaltenstherapeutische, klientenzentrierte und tiefenpsychologische Konzepte der Depressionsgenese und -psychodynamik stimmen hinsichtlich der Bedeutung von „Beziehung“ überein. „Psychotherapeutisches Basisverhalten“ als spezifische, vom gesamten Behandlungsteam im Umgang mit depressiv Kranken zu verwirklichende Form der Beziehung und des Umganges (Wolfersdorf et al., 1980, 1982) meint nicht nur die systematische positive Verstärkung nichtdepressiven Verhaltens, sondern setzt auch empathisch vertieftes Verstehen depressiven Krankseins und eine hohe Beziehungsdichte voraus. Rahn (1996) hatte „ein hohes Maß an Fürsorge und Zuwendung“ als eine der Besonderheiten von Depressionsstationen genannt und im Vergleich Depressionsstation versus offene Station eines allgemeinen Landeskrankenhauses eine signifikant deutlichere Wahrnehmung von Anteilnahme und von Ordnungsstruktur bei den Patienten der Depressionsstation gefunden.

■ Eigene Untersuchung zur Beziehungshäufigkeit

In einer eigenen Untersuchung am Bayreuther Depressionszentrum (Tab. 2) haben wir die konzeptuell vorgegebene Kontakthäufigkeit bei therapeutisch-pflegerischen Aktivitäten auf einer unserer Depressionsstationen (hier A1) untersucht.

■ Ergebnisse

Unsere Fragestellung war, ob und in welchen Häufigkeiten die oben genannten „Besonderheiten einer Depressionsstation“ angesichts der heute vielfach beklagten Versorgungsrealität (Personalprobleme, konzeptuelle Probleme, Konkurrenz privater Träger, Veränderung des Patientenprofils usw.) umgesetzt sind. Dazu wurden die konzeptuell vorgeschriebenen therapeutischen Kontakte der verschiedenen Berufsgruppen auf der Station A1 gezählt.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 3, 4 und 5 anhand eines anonymisierten Beispiels zusammengestellt. Die Mindestanzahl therapeutischer Kontakte pro Woche (Montag bis einschließlich Samstag) ist den Tabellen zu entnehmen. Das theoretische Maximum beträgt 38,5 Kontakte pro Woche, im Fallbeispiel sind es 31 Kontakte mit insgesamt 17,5 Std. Umfang.

■ Diskussion

Wie häufig konzeptuell vorgegebene Kontakte mit depressiven Patienten theoretisch stattfinden sollen/müssen, ist unseres Wissens nicht definiert. Aus diesem Grunde ist die

Fragestellung, ob Patienten einer Depressionsstation mehr als „üblich“ Kontakte erhalten, nicht zu beantworten. Der Kliniker kennt depressive Patienten, die Zuwendung „wie ein Fass ohne Boden“ ununterbrochen aufnehmen können, in Anspruch nehmen (Hyperoralität im tiefenpsychologischen Sinn) und doch unzufrieden und „zu kurz gekommen“ bleiben (narzisstische Objektbeziehung) und depressive Patienten, die dankbar sind für 1-2 Gesprächskontakte pro Woche mit dem von ihnen als subjektiv bedeutsam erwähnten Therapeuten/der Bezugsperson (Wolfersdorf et al., 2009).

Wir verstehen die Untersuchung als Hinweis, dass Depressionsbehandlung eines hohen Inputs an „narzisstischer Gratifikation“ bedarf, wie theoretisch aus tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Konzepten ableitbar gefordert, und dass diese in einem versorgungsorientierten Krankenhaus wohl auch gelingen kann, betrachtet man das Gesamt der hilfreichen Kontakte und nicht nur die im engeren Sinn ärztlichen.

■ Literatur

- Bräunig, P. (2010). Begrüßung zu „25 Jahre Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz“. Vivantes Humboldt Klinikum, Berlin, 12.11. 2010. Unveröffentlichtes Manuskript
- Brodsky, H., Boys, P., Wilhelm, K., Mitchell, P. & Parker, G. (1987). The establishment of a mood disorders unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 375-381.
- DGPPN (1997). Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gitlin, M.J. (1982). Lithium clinics: Clinical practices. In K.R. Jamison (Ed.), *Lithium clinical considerations* (pp. 25-32). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Henseler, H. (1989). Persönliche Anmerkung im Rahmen eines Vortrages von M. Wolfersdorf an der Universität Tübingen zu „Depressionsstationen“. Tübingen.
- Laux, G. (1989). Probleme bei der Einrichtung der Depressionsstation am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg. In M. Wolfersdorf, R. Wohlt & G. Hole (Hrsg.), *Depressionsstationen* (S. 32-45). Regensburg: Roderer.
- Müller, C. (1989). Wandlungen der psychiatrischen Institutionen. In K.P. Kisker et al. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* 9 (S. 339-368). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Rahn, E. (1996). Depressionsstationen im Urteil der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 23, 172-174.
- Rupprecht, U. & Heindl, A. (2003). Die Selbsthilfegruppe für depressiv kranke Menschen am Bezirkskrankenhaus Bayreuth. In M. Wolfersdorf, J. Kornacher & U. Rupprecht (Hrsg.), *Stationäre Depressionsbehandlung heute* (S. 148-157). Regensburg: Roderer.
- Rydman, L. (1992). The affective disorder clinic. A specialized setting. In E.R. Vahl, F.M. Garviria & J.A. Flakerty (Eds.), *Affective disorders* (pp. 345-359). Chicago, London: Year Book Medical Publ.
- Schaller, E, Müller, B. & Wolfersdorf, M. (2008). AK Depressionsstationen. *Depressionsstationen in Deutschland. Nervenheilkunde*, 27 (Suppl 1), S 128-129.
- Wolfersdorf, M. (Hrsg.) (1997). *Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Wolfersdorf, M. (2002). Inpatient treatment of depression: The significance of special units for patients with depressive diseases. Survey, conception and current state of experience. In W.P. Kaschka (Ed.), *Perspectives in affective disorders* (pp. 8-24). *Advances in Biological Psychiatry*, Basel: Karger.
- Wolfersdorf, M. (2008). Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression. *Psychotherapie*, 13 (1), 87-98.
- Wolfersdorf, M., unter Mitarbeit von E. Schaller und U. Rupprecht (2010a). *Depression. Die Krankheit bewältigen*. Bonn: Balance buch und medien. Psychiatrie-Verlag.
- Wolfersdorf M. (2010b). „25 Jahre Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz – 35 Jahre Depressionsstationen Deutschland – der Wiedereinstieg in die klinische Psychotherapie“. Festvortrag anlässlich der 25. Jahrestagung des AK Depressionsstationen am 12.10.2010 in Berlin (Veranstalter Prof. Dr. P. Bräunig, Vivantes Humboldt Klinikum). Berlin (als pdf abrufbar).
- Wolfersdorf, M., Schaller, E., Kornacher, J., Rupprecht, U., Schuh, B., Küfner, W. & Götz, B. (2009). „Der narzisstische Input“ – Zur Frage der therapeutischen Kontaktdichte auf Depressionsstationen. Poster beim VII. Forschungskongress der neurologischen und psychiatrischen Fachkrankenhäuser Bayerns 2009. Irsee.
- Wolfersdorf, M., Schaller, E., Kornacher, J., Rupprecht, U., Schuh, B., Küfner, W. & Götz, B. (2011). „Der narzisstische Input“ – Zur Frage der therapeutischen Kontaktdichte auf Depressionsstationen am Beispiel des „Depressionszentrums Bayreuth“. *Online J. Psychiatrische Forschung* 1, S 15-21
- Wolfersdorf, M., Straub, R., Hole, G., Kopittke, W., Metzger, R. & Schinkel, A. (1980). Die stationäre Behandlung depressiv Kranker nach einem gesprächs- und verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept. In M. Hautzinger & W. Schulz (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Bd. 3): *Depression, Psychosomatik* (S. 163-177)., Tübingen, Köln 1980: DGVT/GwG.
- Wolfersdorf, M., Straub, R., Kopittke, W. et al. (1982). Psychotherapeutisches Basisverhalten als wesentlicher Bestandteil eines Therapiekonzeptes für stationäre depressive Patienten. In H. Helmchen, M. Linden & U. Rüger (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin New York: Springer.

■ Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
 Depressionszentrum Bayreuth
 Bezirkskrankenhaus Bayreuth
 Nordring 2
 95445 Bayreuth
manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Tabelle 1: Was zeichnet „Depressionsstationen“ bis heute aus? Was war das „Neue“ am Konzept der „Depressionsstationen“?

1. Herausnahme und Zusammenfassung aller schwer depressiv Kranken in einer auch räumlich definierten Behandlungseinheit mit einem multiprofessionellen Team und einem depressionsspezifischen Konzept
2. Betonung eines „beziehungsorientierten“, Beziehung und Selbstwertgefühl herstellenden sowie Aktivität fördernden Milieus, hohe Beziehungsdichte zu allen therapeutisch-pflegerischen Mitarbeitern
3. Akzeptanz depressiven Erlebens, des Wahrnehmens und Sichäußerns/Verhaltens als Krankheitssymptom
4. Offener, direkter und fürsorglicher Umgang mit Suizidalität eines Patienten
5. Fokussierung der Wertschätzung eines gesamten Teams auf einen Patienten („narzisstischer Input“)
6. Vorgabe von Tagesstruktur und Gestaltung
7. Aktivierung zu Eigenaktivität und Selbstverantwortung
8. Symptombesserung durch biologische Behandlungsmaßnahmen
9. Einzel- und Gruppenpsychotherapie von Anfang der stationären Behandlung an
10. Förderung jeder Form von Selbsthilfe
11. Entwicklung und Förderung eines Krankheits- und Behandlungskonzeptes für die akute Depression und den Langzeitverlauf

Tabelle 2: DEPRESSIONSZENTRUM Bayreuth

Depressionsstation (Station A5) 20 Betten, offen: Männer, Frauen von ca. 18-65 Jahre; nur primäre Depression; integrierte Tagesklinik, Ambulanz
Gerontopsychiatrische Depressionsstation (Station G3) der Abteilung Gerontopsychiatrie und -psychotherapie 20 Betten, offen; nur depressiv Kranke; integrierte Tagesklinikplätze, Ambulanz; Männer, Frauen ab ca. 60.-65. Lebensjahr
Schwerpunktstation Depression (Station A1) 18 Betten, offen; Depressionsschwerpunkt, Männer, Frauen von ca. 18 aufwärts, Tagesklinik, Ambulanz
Depressionsambulanz Teil der PIA, Besetzung 0,75 Vollkräfte Diplom-Psycholog(inn)en

Tabelle 3: Schwerpunktstation Depression A1
Therapeutisches Angebot: Häufigkeit pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	6x (3x vormittags, 2x nachmittags, 1xSamstag)
Einzelgespräch	1x
Gesprächsgruppe	1x
Achtsamkeitsgruppe	1x
SKT (Soziales Kompetenztraining)	1x
Psychoedukation	2x
Entspannungsgruppe	3x
ATL – Gespräch (Aktivitäten des täglichen Lebens)	0,5 x
Morgenrunde	5x
Pflegevisite	1x
Körperwahrnehmung	2x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Gemeinsame Aktivität	1x
Sozialpädagogische Beratung	nach Absprache
Bewegungsbad	bis zu 2x
Bewegungstherapie auf Station	1x
Kochgruppe	nach Absprache 1x
Ergotherapie	2x
Bürotherapie/ kognitives Training	nach Absprache, täglich möglich
Rückenschule	5x
Krafttraining	nach Absprache, täglich möglich
Walking-Gruppe	nach Absprache, täglich möglich
Krankengymnastik	nach Absprache
Massagen	nach Absprache
Fangopackungen, Schlingentisch etc.	nach Absprache
Kunsttherapie	bis zu 2x
Volley-, Basketball, Badminton	nach Absprache, täglich möglich

Tabelle 4: Schwerpunktstation Depression A1
Mindestzahl therapeutischer Kontakte pro Patient pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	6x
Einzelgespräch	1x
Entspannungsgruppe	3x
ATL – Gespräch	0,5x
Morgenrunde	5x
Pflegevisite	1x
Rückenschule	5x
Körperwahrnehmung	2x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Gemeinsame Aktivität	1x
Bewegungstherapie auf Station	1x
Ergotherapie	2x

Maximalzahl therapeutischer Kontakte pro Patient pro Woche Aufenthaltsdauer

Σ 38,5 Kontakte + x

[aufgrund zeitlicher Überschneidungen sowie organisatorischer Rahmenbedingungen, z.B. zeitgleiches Angebot aller Gruppen nicht möglich, handelt es sich hierbei um ein „theoretisches Maximum“ aller vorhandenen Angebote]

Tabelle 5: Schwerpunktstation Depression A1		
Therapieplan von Herrn H. (geb. 1952)		
Diagnosen: F33.2, F34.1		
Auslöser der aktuellen Episode: depressive Dekompensation nach Konfliktsituation am Arbeitsplatz		
Soziale Situation: verheiratet, lebt mit Ehefrau in gemeinsamem Haushalt; zwei erwachsene Töchter, vollzeitberufstätig als Lehrer am XY-Gymnasium		
ärztlich/psychologische Kontakte/ Woche	(fach-)pflegerische Kontakte/ Woche	therapeutische Kontakte mit anderen Berufsgruppen/ Woche
<ul style="list-style-type: none"> - Soziales Kompetenztraining (ca. 90min) - Gesprächsgruppe (ca. 60min) - Psychoedukation (ca. 60min) - Einzelgespräch (ca. 50min) - Visite (davon 1x samstags) (6x ca. 5min) - Medizinische Sprechstunde (ca. 10min) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morgenrunde (ca. 15min) - Entspannungsgruppe (ca. 30min) - Hypnose (ca. 60min) - Gemeinsame Aktivität (ca. 120min) - ATL - Gespräch (ca. 50min) - Nachbesprechung Wochenende (sonntags) (ca. 10.min) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsbad (ca. 60min) - Rückenschule (ca. 30min) - Ergotherapie (ca. 180min) - Körperwahrnehmung (ca. 30min) - Bewegungstherapie (ca. 90min)
Σ ca. 5 Std.	Σ ca. 4,5 Std.	Σ ca. 8 Std.
Σ Gesamtzeit therapeutischer Kontakte: 17,5 Std.		
Σ Kontakte: 31		