

# Klinische Psychotherapie: Qualitative Bedeutung und Umsetzung integrativer Behandlungskonzepte in Akutkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

## Clinical Psychotherapy: integrating of psychiatric-psychotherapeutic and anthropologic approaches as strategy for mental hospitals and psychosomatic medicine

**Michael Purucker**

### Zusammenfassung

Klinische, psychodynamische und anthropologische Grundlagen ermöglichen die Integration von Psychotherapie in die Behandlung akuter psychischer Störungen. Die Orientierung an Biographie und Merkmalen der Persönlichkeit und der aktuell führenden Psychopathologie führt zu einer situativ adaptierten und individuell differenzierten Methodik, die relevante entwicklungs- und affektpsychologische Gesichtspunkte integrieren kann und auch bei schwerer Psychopathologie mit psychiatrischen Handlungsimplikationen die Integration zu einer am Subjekt orientierten Therapie ermöglicht. Aufgrund der komplexen Krankheitssituationen setzt die klinische Psychotherapie diagnostische und therapeutische Kompetenz und ausreichend dichte Behandlungsstrukturen mit entsprechender personeller Ausstattung voraus, um auch in krisenhaften Zuständen ein reflektiertes und handlungsorientiertes Behandlungs- und Beziehungsangebot zu ermöglichen.

**Schlüsselwörter** stationäre Psychotherapie – Psychopathologie – Psychodynamik – Anthropologie – Methodenintegration – Persönlichkeitsstruktur – Strukturqualität

### Summary

Clinical, psychodynamic and anthropological principles are the basis of a psychiatric-psychotherapeutic clinical integration approach for the treatment of acute severe mental and psychosomatic disorders. Considering individual life-history with psychodynamic personality traits (such as developmental, psychological and affective dynamic aspects) and current psychopathological aspects, a differentiated and personalized clinical psychotherapeutic management is possible. Due to complex disease profiles, diagnostic and therapeutic competence, adequate human resources and a structured, but flexible and not only symptomatic therapy program are required to facilitate in-patient psychotherapy. In treatment courses including severe emotional crises or psychopathological alterations, strategies showing a psychodynamically reflected and clinically focused attitude are of importance.

**Keywords** in-patient psychotherapy – psychopathology – psychodynamic – anthropological – psychiatric-psychotherapeutic – integration methods – clinical management

### Einleitung

Die Integration von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung gilt heute als Ziel für die Behandlung schwerer psychischer und psychosomatischer Störungsbilder, da die individuelle Krankheitsbewältigung biologische, psychische und soziale Dimensionen hat. Dieser Beitrag fokussiert theoretische Grundlagen und klinische Umsetzung integrativer Ansätze anhand der klinischen Psychotherapie von Störungen, für die zwar nicht die klassischen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie oder gezielten Rehabilitation vorausgesetzt werden können, die aber einer klinisch integrierten, modifizierten Psychotherapie zugänglich sind. Die stationäre Akutpsychotherapie stellt ein differenziertes Arbeitsfeld dar, dem in der gesamten Patientenversorgung eine zentrale Brückenfunktion zukommt (Wittmund, 2007) und das andererseits versorgungspolitisch von soziologischen und ökonomischen Faktoren beeinflusst wird (Eikermann et al., 2006; Purucker et al., 2007). Klinische Psychotherapie bedarf daher

einer eigenständigen Reflexion als Haltung und Methodik, um das Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Psychotherapie strukturell zu integrieren und dadurch einen individuell und klinisch tragfähigen Beitrag leisten zu können (Rüger, 2005), und setzt zur klinisch erfolgreichen Integration eine definierte Prozess- und Strukturqualität und entsprechende personelle Ausstattung voraus (Kunze und Kaltenbach, 2005).

### Das Handlungsfeld der klinischen Psychotherapie

Das Handlungsfeld „klinische Psychotherapie“ wird durch die epidemiologisch große, dabei stark heterogene Patientengruppe bestimmt, die aufgrund einer nichtpsychotischen Störung an erheblichen psychopathologischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen leidet und daher zur Akutbehandlung in einer Klinik bzw. Abteilung der psychiatrischen Regelversorgung oder einer akutpsychosomatischen Klinik aufgenommen wird: Patienten mit Anpassungsstörungen oder

Erstmanifestationen anderer Störungen wie Angst- und Panikstörungen sowie krisenhaften Zuspitzungen bei vorbestehender, teilweise chronifizierter Problematik (z. B. ängstlich-depressive Entwicklung mit Agoraphobie bei Persönlichkeitsstörung) sowie Patienten mit schweren Beeinträchtigungen durch Essstörungen, Zwangsstörungen oder autodestruktives Verhalten bestimmen den klinischen Alltag. Die akutpsychotherapeutische Behandlungssituation ist durch die mangelnde Ich-Stabilität der Patienten mit psychopathologisch relevanten Symptomen, offene diagnostische Fragen, initial unklare Behandlungsziele und ein häufig labiles Arbeitsbündnis unübersichtlich. Bei akuter Symptomatik bestehen Überschneidungen zum Arbeitsgebiet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisenintervention. Die Inanspruchnahme einer ambulanten oder stationären Behandlungseinheit (Abteilungspsychiatrie, Fachkrankenhaus, Akutpsychosomatik oder Kriseninterventionszentrum) wird dabei auch von den regionalen Versorgungsstrukturen bestimmt. Die besonderen Anforderungen der Akutpsychotherapie lassen sich aus ihrer Bedeutung im Versorgungssystem und im Einzelfall ableiten. Krisenhafte Dekompensation, Akuität und Schwere des Erkrankungsbildes erfordern eine umgehende Intervention, deren Zieldefinition sich aus der Behandlung des akuten Zustandes mit all seinen Risiken und zugleich der Bearbeitung des vorliegenden Grundproblems ergibt. Teilweise bestehen erhebliche Risiken durch Affektschwankungen, nichtpsychotische Ich-Störungen (schwere Depersonalisation bzw. Dissoziation) und Suizidalität, was besondere Anforderungen an die Integration psychotherapeutischer Techniken stellt. Bei den psychosomatischen Störungen im engeren Sinne beinhaltet der Behandlungsauftrag häufig erst die Erarbeitung eines entsprechenden Krankheitsverständnisses.

Gerade in schwierigen Behandlungssituationen ist eine Integration von psychotherapeutischen und anthropologischen psychiatrischen Konzepten hilfreich, da diese das Moment der therapeutischen Begegnung anstatt das Ziel der Symptomremission betonen. Aus methodischer Sicht orientiert sich die Behandlungsplanung an den der Symptomatik zugrunde liegenden krankheitsspezifischen, psychodynamischen, kognitiv-behavioralen, psychosozialen und systemischen Bedingungsfaktoren und fordert daher klinische Erfahrung und methodische Flexibilität.

### **Klinische Relevanz der anthropologischen Psychiatrie und Psychoanalyse**

Psychotherapie meint unter methodischen Aspekten die Behandlung „von der Seele aus vor allem mit Mitteln der Sprache“ (Freud, 1905) und zielt auf die Beeinflussung der Symptomatik und Erweiterung des Handlungsspielraumes durch Förderung der psychischen Entwicklung. Diese individuelle und personale Dimension des Behandlungsauftrages erfordert eine diagnostische und therapeutische Orientierung, die die symptombezogenen Kategorien der aktuellen Klassifikationssysteme durch persönlichkeitsorientierte, d. h. anthropologische Dimensionen erweitert (Purucker, 2005).

Aus anthropologischer Sicht wird seit Langem die Problematik diskutiert, dass die Nominaldefinitionen der Störungsbilder

das innere Erleben des Kranken und den inneren Zusammenhang zwischen jeweiligem Zustandsbild und psychologisch relevanter Problematik nicht abbilden können, da „über eine Reihe wichtiger Aspekte psychischer Abnormalität in einer objektiven Beobachtungssprache nicht geredet werden [kann]“ (Glatzel, 1990). Das teilnehmende individuelle Verstehen lässt eine Beziehung zwischen Biographie, Lebenssituation, Selbsterleben und psychopathologischer Veränderung erkennen, womit die Grenzen empirischer Psychiatrie überschritten werden (Glatzel, 1990). Die aktuelle interdisziplinäre psychopathologische Forschung zeigt, dass sowohl der menschliche Organismus als auch das subjektive Leiberleben von Anfang an auf Intersubjektivität angelegt sind und diese Aspekte von einer kognitiv orientierten und störungsfokussierten Ein-Personen-Psychologie nicht abgebildet werden können (Fuchs, 2006). Durch die kategorial-deskriptive ICD-10-Diagnostik wird daher auch bei Beachtung der häufigen Komorbidität eine angemessene ganzheitliche Sicht erschwert, was in der akademischen und klinischen Ausbildung zu erheblichen Problemen (Mundt, 2006) führt. So weist die hohe Komorbidität von z. B. Panikstörungen mit Persönlichkeitsstörungen in 35 bis 95 % (Trautmann-Sponsel et al., 2003) auf die klinische Bedeutung der Persönlichkeitspsychologie und damit der anthropologischen Gesichtspunkte hin.

Die Frage nach dem individuellen Sinn der psychopathologischen Phänomene und deren Erleben im Betroffenen zielt über den Einzelfall hinaus: Aus phänomenologischer und anthropologischer Sicht spiegeln sich in der Psychopathologie Abwandlungen menschlichen Erlebens und Verhaltens wider, die aus dem Wesen des Menschen heraus verstehbar sind (Riemann, 1978), so dass durch die Störung interindividuell anthropologische Konstanten offenbar werden. Als Beleg für die Tragweite dieser Metatheorie gilt das nachvollziehende und psychodynamisch fundierte Verstehen bei schizophrenen Kranken, das einen Zugang zu dem krankheitsbedingt veränderten Selbst- und Weiterleben ermöglicht, ohne auf die Ebene der kausalen Erklärung zu wechseln (Benedetti, 1998). Phänomenologische Reflexionen, d. h. die Untersuchung des Wahrnehmbaren selbst in seiner ganzen Komplexität können das Verständnis für psychische Phänomene schulen, die einer nur naturwissenschaftlichen Betrachtung entgehen würden (Moldzio, 2004).

Die anthropologische Psychopathologie reflektiert theoretisch die Bedeutung des Subjektes für das Krankheits- und Behandlungsgeschehen (Heinze, 2006) und klinisch den in den Aussagen und Ausdrucksphänomenen der Betroffenen deutlich werdenden Verlust an Selbstbestimmung und das Leiden an dieser erlebten Einschränkung. Die individuelle klinische Situation, d. h. die auslösenden Bedingungen, der Verlauf, die Schwere, die psychosozialen Implikationen und die interaktionelle Bedeutung der Symptomatik sind unlösbar mit der Entwicklungsgeschichte, dem Beziehungsgefüge, den inneren Motiven und dem Selbstbild der Person verbunden. Eine dies berücksichtigende Auffassung der Krankheitssituation und die daraus abgeleitete hermeneutische (gemeinsam sinnverstehende) Gesprächsführung lässt die diagnostische und

therapeutische Situation als eine Begegnung mit dem Patienten gestalten, in der ein Verständnis seiner Lebenssituation möglich ist, die über die methodischen Grenzen der störungsorientierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Kategorien hinausgeht. Dies gelingt insbesondere, wenn der Therapeut in der Begegnung mit dem Patienten trotz der asymmetrischen Beziehung und individuell unterschiedlichen Lebensbedingungen die Bedeutung der (für beide wirksamen) anthropologischen und existenziellen Grenzen reflektiert. Von der hermeneutischen Frage, welche Selbst- und Welterfahrung sich in den Symptomen mehr oder weniger verschlüsselt darstellt, führt eine Brücke zur klinischen Bedeutung der psychodynamischen Betrachtung: Welche innerseelischen Gründe und welchen Sinn hat das individuelle Verhalten oder die Symptomatik?

In dem Spannungsfeld von Soziologie, Psychologie und Biologie hat die Psychoanalyse als individuell zentrierte Entwicklungs- und Erlebniswissenschaft zahlreiche Befunde zusammengetragen, die die Abhängigkeit des Menschen von biologischen und psychosozialen Determinanten sowie von innerseelischen und zwischenmenschlichen Prozessen zeigt (Lorenzer, 1974). Die Fortschritte der Entwicklungspsychologie und Neurobiologie haben den grundlegenden Zusammenhang der biologischen mit der sozialen Natur des Menschen auf neue Weise in den Vordergrund gerückt (Fuchs, 2006; Mundt, 2006). Unbestreitbar hat Freuds Konzept der psychischen Substrukturen Ich, Es und Über-Ich den Grundstein gelegt für ein sich immer weiter differenzierendes Strukturmodell der Persönlichkeit, das zahlreiche klinische Implikationen hat (z. B. Bedeutung des Traumas, Wechselwirkungen von Konflikten und Struktur, klinische Ich-Psychologie, Objektbeziehungen). Die klassischen und modernen Beiträge der Psychoanalyse zu Depression, Suizidalität, Dissoziation, Konversion, Narzissmus und Boderline-Störungen sind daher von großer klinischer Relevanz (Kernberg, 2004; Kind, 2000).

Die heute verbreiteten Störungsmodelle beruhen auf einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell mit Zusammenwirken von biologischen und Persönlichkeitsmerkmalen, psychosozialen Aspekten sowie auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren. Die Krankheitsentwicklung wird z. B. bei der sozialen Phobie oder Depression unter Bezugnahme auf die Lerntheorie und kybernetische Systemtheorie (z. B. verstärkungstheoretisches Modell der Depression nach Lewinsohn) als gestörtes oder defizitäres Verhalten beschrieben, das durch verschiedene fehlgesteuerte Regulationssysteme und negative kognitive Schemata bedingt wird (Borgart und Meermann, 2004; Hautzinger, 2003, 2005). Übergeordnete anthropologische Dimensionen wie der Zusammenhang von Biographie und Auftreten der Symptomatik, Bedeutungserleben der Krankheit, zentrale Beziehungserfahrung, Identität, Selbstwert, Selbstkongruenz, soziale Rolle oder das Bedeutungsfeld individueller Wertsysteme werden in störungsspezifischen Therapiemanualen nicht thematisiert (vgl. Stangier et al., 2003; Voderholzer und Hohagen, 2006). Aktuelle Therapiestudien lassen jedoch Zweifel an der Wirksamkeit manualisierter Therapieverfahren aufkommen und weisen durch die nachgewiesene hohe Effekt-

stärke der allgemeinen therapeutischen Erfahrung auf die Bedeutung der personalen Kompetenz des Therapeuten hin (Kächele, 2006). Aktuelle Beiträge der Verhaltenstherapie relativieren die primäre Therapiefokussierung auf die Verhaltensänderungen (Symptomveränderung oder Elimination problematischer Verhaltensweisen) und betonen die Reflexion des Patienten über seine innere Haltung und damit verbundene Probleme als eigenständiges Therapieziel (Hauke, 2006). Dabei spielt die durch begleitende reflexive Bewusstseinsbildung ermöglichte Förderung der Wahrnehmung von Affekt-, Körper- und Selbstzuständen eine zentrale Rolle, wobei methodisch dezidiert auf anthropologische Grundlagen, in diesem Fall meditative buddhistische Traditionen, Bezug genommen wird.

Zusammenfassend führen die Anforderungen der Akutpsychotherapie und die anthropologischen Ausgangspunkte zu einer Diskussion über einen differenzierten und methodisch integrativem Einsatz von symptomorientierten, störungsspezifischen und persönlichkeitspezifischen Therapieverfahren. Dabei kommt der emotionalen und technischen Flexibilität des Psychotherapeuten, d. h. seinen Fähigkeiten, sich auf die Patienten und deren durch ihre Defizienzen, zentralen Fragen, Anliegen und Ressourcen jeweils individuellen Therapiesituationen einzustellen, ein zentraler Stellenwert zu (Kächele, 2006). Die Bedeutung dieser integrierten Zugangsweise erschließt sich am Beispiel von psychosomatisch Erkrankten, die sich während der klinischen Psychotherapie erstmals bewusster mit ihrer Person und der Entwicklung ihrer Problematik auseinandersetzen (Schauenburg, 2007) oder am Beispiel der Psychosenbehandlung anhand der zunehmend empirisch gesicherten Bedeutung von individueller Psychotherapie (Hartwich und Grube, 2003) und psychoedukativer Verfahren.

## **Integrative Konzepte in der Praxis der klinischen Psychotherapie**

### **Allgemeines**

Das Behandlungsspektrum der klinischen Psychotherapie reicht von der krisenhaften Erstmanifestation einer nicht diagnostizierten bzw. nicht vorbehandelten psychischen Störung mit Dekompensation der Persönlichkeit über die akute oder verfestigte neurotische Störung mit Affektkonversion bis hin zur ich-strukturellen Störung mit basalen Störungen im Bereich der Selbstwertregulation, Affekttoleranz und Beziehungsfähigkeit. Ein individueller und entwicklungsorientierter Umgang setzt in diesen komplexen klinischen Situationen eine multiaxiale psychiatrische und psychodynamische Diagnostik voraus. Konzeptuell sind die Funktionalität der Symptomatik, die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung mit spezifischen Therapiephasen und die Kombination von hermeneutisch orientierter, psychodynamischer sowie ziel- und störungsorientierter Verhaltenstherapie (wie bei Angst, Zwang oder Essstörungen) unter Einbeziehung adaptierter Psychoedukation zu reflektieren, um wirksame kognitive und affektiv-emotionale Impulse zur Umstrukturierung dysfunktionaler Muster zu setzen. Die grundlegen-

den Therapieziele umfassen bewusste Selbstwahrnehmung, begleitete Symptombewältigung und zunehmende Autonomieentwicklung. Diese Prinzipien bilden wichtige Grundlagen für die Führung des Patienten und für die Supervision des Teams, da die reflexionsfördernde Begleitung den Erwartungsdruck auf eine baldige Symptombeseitigung relativiert. Bei den häufig ich-strukturell labilen Patienten ist bei tieferen Therapieanforderungen in allen Behandlungsphasen die Möglichkeit zu regressiver Dekompensation mit z. T. ausgeprägter psychopathologischer Einschränkung (im Sinne der negativen therapeutischen Reaktion) zu berücksichtigen. Die Bewältigung solcher Krisen erfordert angesichts einer Mischung aus krankheitsspezifischer und situativ bedingter Psychopathologie diagnostische Kompetenz zur Erfassung der situativ herrschenden Leiteffekte, um differenziert psychiatrisch und psychodynamisch intervenieren zu können. Entsprechende Schritte müssen die Bearbeitung z. B. der Suizidalität oder dissoziativer Krisen (auch durch engmaschige fachpflegerische Betreuung) ebenso umfassen wie Pharmakotherapie mit niederpotenten konventionellen oder niedrig dosierten, leicht sedierenden modernen Antipsychotika, um z. B. innere Distanzierung von ausgeprägtem ängstlich-depressivem Grübeln zu ermöglichen. Im Falle einer agitiert-ängstlichen Symptomatik (z. B. als Ausdruck starker Ambivalenzspannung) und der Notwendigkeit einer raschen Anxiolyse ist bis zum Aufbau einer tragfähigen Behandlungsbeziehung und eines wirksamen Plasmaspiegels der adjuvanten Antipsychotika die Komedikation mit einem modernen Benzodiazepin indiziert.

### Diagnostik in der klinischen Psychotherapie

Die aktuelle Krankheitsklassifikation nach ICD-10 ist aufgrund der an Nominaldefinitionen orientierten Systematik für die klinische Psychotherapie trotz deren Verbindlichkeit kein zureichendes diagnostisches Verfahren. So werden z. B. Persönlichkeitsstrukturen nach deskriptiven, symptomzentrierten Merkmalen kategorisiert, obgleich die Symptomatik abhängig von der zugrunde liegenden Psychodynamik völlig unterschiedliche innerpsychische Bedeutungen haben kann (Kernberg, 2004). Analoge Probleme bestehen bei den Kategorien der Kapitel F3 und F4 (Mundt, 2006). Aus moderner verhaltenstherapeutischer Sicht ist z. B. für die Behandlung von Patienten mit Ängsten die Berücksichtigung ihrer Persönlichkeitsstruktur von zentraler Bedeutung (Trautmann-Sponsel et al., 2003). Diese inhärenten Probleme könnten die von Mestel und Heymann (2005) bei der psychosomatischen ICD-10-Diagnostik gezeigten erheblichen Einschränkungen der Interraterreliabilität erklären. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2006) kann dagegen durch halbstrukturierte Interviews zur biographischen Anamnese mit Fragen zur Qualität der Selbst- und Objektwahrnehmung und Beziehungsdynamik die zur Symptomatik führende Psychodynamik (wie intrapsychische oder interpersonelle Konflikte, Strukturniveau oder subjektives Krankheitserleben) und daraus abzuleitende Therapiefokusse und -motivation erfassen (Rudolf, 2004).

Die klinische Psychotherapie beginnt daher mit einer zweidimensionalen Diagnostik mit phänomenologisch-deskriptiver Psychopathologie als „Grundlage für eine Werdegeschichte,

die sich nicht im Spekulativen verliert“ (Scharfetter, 2002) und einer an der OPD orientierten erweiterten Befund- und Anamneseerhebung, die durch beobachtungs- und erlebensnah formulierte psychodynamische Items zu einer systematisch reflektierten Beschreibung therapierelevanter persönlicher Merkmale und dadurch zu einer Formulierung eines Behandlungsfokus führt (Arbeitskreis OPD, 2006). Das Verhalten der Patienten in der klinischen Psychotherapie lässt sich als eine Überlagerung von komplexer Krankheitssituation und eine in der stationären Therapie stark intensivierete Übertragungsneigung darstellen, so dass sich dort ihre psychodynamischen und psychopathologischen Merkmale zusammen mit ihren dysfunktionellen Beziehungsmodi bzw. Selbst- und Objektrepräsentanzen reinszenieren (Köllner et al., 2007). Aufgrund dieser Komplexität sollten für eine psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch wirksame Therapie alle Aspekte der Behandlungssituation in der Eingangsphase erhoben und überschlägig den Kategorien „Nosologie der primären Störung“, „biologische und psychosoziale Bedingungen“, „individuelle Krankheitsentwicklung“, „Traumatisierung, lerntheoretische Bedingungen, neurotisch konflikt-hafte bzw. strukturell gestörte Persönlichkeitsentwicklung, familiensystemische Aspekte“, „psychosoziale Folgen der Erkrankung“ und „bisheriger Behandlungsverlauf, fehlende Krankheitsbewältigung bzw. sekundärer Krankheitsgewinn“ zugeordnet werden (Schweitzer et al., 2005).

### Phasen der stationären Psychotherapie

Zu Beginn der stationären Therapie werden häufig Ambivalenzkonflikte und Bindungsängste aktiviert, so dass der Patient trotz entsprechender Störungen in der Problembewältigung aus Gründen der Autonomie und Abwehr scheinbar kompetent auftritt. Ausführliche Explorationen fokussieren daher die Symptomatik, deren lebensgeschichtlich eingebettete Entwicklung und die wesentlichen Persönlichkeitsmerkmale. Bei ich-strukturell schwachen Patienten sollte der Aufbau der therapeutischen Beziehung mit psychoedukativ orientierten und motivational klärenden Gesprächen verbunden werden, die den Sinn der Symptome (z. B. zur Spannungsbewältigung bei narzisstischer Leere oder posttraumatischer Intrusion) oder ihre interpersonelle Bedeutung validieren und gleichzeitig die störungsspezifische Ambivalenz gegenüber Veränderungsnotwendigkeiten, -wünschen oder -hoffnungen bearbeiten. Aus dem gegenseitigen Dialog über die Veränderungsmotivation und notwendigen Behandlungstechniken kann sich dann das notwendige Behandlungsbündnis entwickeln.

Das empathische Milieu einer Psychotherapiestation fördert die Regressionsneigung der Patienten, so dass gerade in der Behandlung von Borderline-Patienten die Bereitschaft zu negativen Übertragungen und die fehlende Integration von intrapsychischen Selbst- und Objektrepräsentanzen massiv zutage tritt. Gleichzeitig aktiviert das emotional nahe therapeutische Beziehungsangebot unbewältigte Konflikte in den Bereichen von Bindung und Autonomie sowie aufgrund der Borderline-typischen strukturellen Defizite Ängste vor Nähe, Abhängigkeit, Verlassenwerden. Die Externalisierung intrapsychischer Spannungen kann zu heftigen, auch interaktionell

motivierten autoaggressiven Verhaltensweisen führen. Psychodynamische Konzepte der klassischen Neurosenpsychologie bieten einen fundierten Erfahrungsschatz zum Verständnis und zur Bearbeitung der entsprechenden Interaktionen (Kernberg, 1997; Rudolf, 2004; Schauenburg 2007; Grande, 2007). Die strukturell orientierte Psychodynamik kann bei strukturellen Störungen die Beeinträchtigung von Affektdifferenzierung und -toleranz sowie Beziehungsfähigkeit klinisch relevant erfassen (Rudolf, 2004).

Beim Vorliegen von ich-strukturellen Einschränkungen der Patienten erfordert die Behandlung neben einer symptomorientierten Vorgehensweise eine strukturelle Stabilisierung der Persönlichkeit (Rudolf, 2004) durch aktive interaktionelle Techniken, die auf Bearbeitung des Affekt- und Selbsterlebens fokussieren. Aus behandlungstechnischer Sicht können verschiedene Ziele von Beginn einer Behandlung miteinander verschränkt sein. Das jeweils führende Verhältnis von symptomfokussierenden bzw. strukturellen Behandlungszielen wird dabei jedoch von der jeweils aktuellen Behandlungssituation bestimmt. Bei einer Erstbehandlung wird eher eine Verbesserung der Gesamtentwicklung, d. h. eine strukturelle Entwicklung, im Vordergrund stehen als bei einem stark chronifizierten Verlauf oder einem vital bedrohlichen Handlungsmuster. Die psychodynamischen Konzepte von Abwehr und Widerstand ermöglichen ein besseres Verständnis der typischen Konflikte zwischen Patient und therapeutischem Team oder auch innerhalb des Teams sowie der negativen therapeutischen Reaktionen, also eine Verschlechterung bei Bearbeitung relevanter Problembereiche.

Zur Steuerung der unterschiedlichen psychodynamischen und kognitiven Entwicklungsschritte wechselt das therapeutische Gesprächsangebot von einer initial teilnehmenden, aber diagnostisch orientierten Beobachtung, ggf. situativ direktiven Haltung zu einer reflexionsorientierten Haltung, die die Entwicklung innerer Autonomie und Motivation des Patienten (z. B. zur Bewältigung von Konflikten oder ich-strukturellen Problemen) durch das Angebot zur anteilnehmenden Begleitung ohne Verletzung der technischen Neutralität fördert. Die nicht wertende Haltung fördert im Patienten eine Aufmerksamkeitslenkung auf wertfreies aktives Akzeptieren von belastenden Situationen oder Beeinträchtigung und unterminiert automatische Haltungstendenzen (Hauke, 2006), was bei den klinisch oft gegebenen Vermeidungstendenzen relevant ist. Der therapeutische Prozess zeigt häufig kontinuierliche Übergänge zwischen diesen Phasen, wobei die klinische Situation bei schwierigem Verlauf und zunehmender Behandlungsdauer in kurzer Abfolge alle Phasen erneut durchlaufen kann. Aus psychodynamischer Sicht entspricht dies einem Wechsel zwischen den verschiedenen Stufen bzw. Ebenen der Regression oder im anderen Fall der zunehmenden Stabilität der Ich-Funktion und des Selbsterlebens.

### **Integrative Behandlung am Beispiel krisenhafter Patienten**

In der stationären Therapie ist wegen der häufigen Patienten mit ängstlich-depressiver, autodestruktiver oder narzisstischer Psychodynamik mit komplexen Krisensituationen zu rechnen. Hier können nur einige therapeutische Strategien erwähnt

werden, die sich vor dem Hintergrund einer humanistisch-psychiatrischen und methodisch-integrativen psychotherapeutischen Grundeinstellung auch in Krisensituationen bewährt haben (Purucker et al., 2001). Insbesondere in schwierigen Therapiesituationen ist es hilfreich, die jeweils führende Gestimmtheit sowie die Einstellungen und Handlungen nicht nur in Bezug auf die zugrunde liegende Störung, sondern auch in Zusammenhang mit der jeweiligen Behandlungs- und Interaktionssituation zu bearbeiten. Dabei ermöglicht die situationsorientierte interaktionelle Befunderhebung, die subjektiven Einschränkungen im Spannungsfeld zwischen psychodynamisch verankerter Abwehr, aktivierten Ängsten, strukturell bedingtem Unvermögen und Widerstandsphänomenen einzuordnen und dadurch mögliche Veränderungsspielräume oder auch psychopathologisch nicht auflösbare Krisen zu differenzieren (Purucker et al., 2001).

Die Antizipation von Krisen dient dabei der Reflexion über dysfunktionale Handlungsweisen, der Verbesserung des Selbstmanagements und der Heranführung des Patienten an die zu erwartenden therapeutischen Reaktionsweisen, so dass er für sich ein berechenbares Bild vom Umgang mit Krisen im Therapieprozess gewinnt. Während der Krisen ist es unerlässlich, die einzelnen Behandlungsschritte plausibel darzustellen und einen Bezug zur psychologisch-psychodynamischen Problematik zu schaffen. Ein psychodynamisches Krisenverständnis ermöglicht ein flexibles Beziehungsangebot mit dem Ziel, die Spannung zwischen Sicherheitsaspekten und Verständnis für und Hilfe zu autonomer Bewältigung („containment“) dieser Krisen zu fördern – dies ist insbesondere deswegen wichtig, weil in solchen Krisen ein zentraler psychodynamischer Konflikt, ein Strukturdefizit und/oder ein Übertragungs-Gegenübertragungs-Muster zum Ausdruck kommt und sich diese daher häufig und mehrfach wiederholen können (Purucker et al., 2001).

Um die psychodynamischen Strukturdefizite und die damit verbundene affektive Labilität einer Veränderung zugänglich zu machen, wird der Therapieprozess in zentraler Weise durch folgende Prinzipien strukturiert (Dammann et al., 2000): Aufbau eines stabilen Beziehungsrahmens, Vermeiden einer passiven therapeutischen Haltung, Containing für aggressives Erleben und Agieren, Setzen und Einhaltung von Grenzen, konfrontativer Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten, Herstellen einer Verbindung zwischen Gefühlen und Handlungen, Wahrnehmung und diagnostische Reflexion der Gegenübertragung, Interventionen im Hier und Jetzt unter Bezugnahme auf biographisch geprägte Reaktions- und Interaktionsmuster. Bei Patienten mit Selbstverletzungen oder rezidivierender Suizidalität wird in der ersten Behandlungsphase die Selbstexploration durch Selbstbeobachtungsfragebögen – begleitend zu den Einzelgesprächen – gefördert und das Vorgehen für das Auftreten von Phantasien für Selbstverletzungen oder suizidalen bzw. parasuizidalen Handlungsdruck verabreitet. Ein erstes Therapieziel besteht in der Entkoppelung von affektiven Krisen mit autoaggressiven Gestimmtheiten von entsprechendem Handlungsdruck. Die Bearbeitung der innerpsychischen Motivation für autoaggressive Gedanken oder

Handlungen erfordert eine wiederholte differenzierte Exploration der spannungsauslösenden Situationen und innerseelischen Motive. Die Selbstbeobachtung des Patienten kann mithilfe des Konzeptes der verschiedenen Ich-Zustände mit z. T. stark regressivem Charakter (Watkins, 2003) gefördert und bearbeitet werden. Dabei sind insbesondere die Labilität des Selbstwertgefühles und des Selbstbildes mit Neigung zu dissoziativer Dekompensation zu fokussieren. Bei Krisen mit Ruhewünschen oder Suizidphantasien ist es notwendig, die Suizidalität durch halbstandardisierte Explorations mit konkreten Fragen nach Handlungsdruck, Möglichkeiten zur Distanzierung und Tragfähigkeit eines suizidverhindernden Therapievertrages genauer einzuschätzen (Lehle et al., 2005). Abhängig vom Handlungsdruck erfordert die Bewältigung dieser Krisen häufig Interventionen, die methodisch den Rahmen der autonomicorientierten teilnehmenden Reflexion überschreiten und Sicherheit gebendes Handeln in den Vordergrund stellen. Entsprechende direktive Behandlungsmaßnahmen (wie sedierende Medikation oder Einschränkungen der Handlungs- und Bewegungsfreiheit) werden als ambivalent erlebt oder als eingreifend-fremdbestimmend abgelehnt. Diese Situationen können jedoch dann therapeutisch genutzt werden, wenn durch den Therapeuten eine Reflexion über die mit der Krise verbundenen Handlungsmuster erreicht wird. Psychodynamisch werden diese Krisen meist durch typische innere Einstellungsmuster induziert und im Verlauf durch Übertragungs- und Gegenübertragungsinteraktionen bestimmt, die sich in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln und daher dort bearbeitet werden können.

### **Struktur- und Prozessqualität als Voraussetzung für klinisch integrierte Psychotherapie**

Die Umsetzung der beschriebenen integrativen Methodik erfordert für die klinische Psychotherapie neben der kombinierten psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz eine angemessene Struktur- und Prozessqualität, um im klinischen Alltag die Anforderungen aus Psychopathologie, Psychodynamik und Besonderheiten des Behandlungssettings zu bewältigen und individuell zentrierte Behandlungsstrategien mit Qualitätssicherung zu verbinden. Psychotherapie ist in den deutschen Fachkrankenhäusern als Haltung und Methode in das mehrdimensionale Behandlungskonzept der Gesamthäuser integriert (Purucker und Wolfersdorf, 2005).

Während die Strukturqualität früher durch die Psychiatrie-Personalverordnung gesichert war, zwingt die Diskrepanz von Anforderungen durch zunehmende Leistungsverdichtung und die von der Gesundheitspolitik (z. B. via Bundespflegegesetzverordnung) vorgegebenen Budgetierungen zu neuen versorgungspolitischen Diskussionen (Kunze und Kaltenbach, 2005). Am BKH Bayreuth hat die seit 1997 entwickelte innere Differenzierung zu eigenständigen Abteilungen für Akut- und Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Depressionsbehandlung und Klinische Sozialpsychiatrie geführt. Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst 18 stationäre und 4 teilstationäre Behandlungsplätze sowie ein begrenztes Angebot zur poststationären Nachbe-

handlung, das von den Therapeuten der Abteilung über die psychiatrische Institutsambulanz vorgehalten wird (Purucker und Wolfersdorf, 2005). Ihre Personalausstattung umfasst 1,3 doppelqualifizierte Fachärzte (0,3 Chefarzt: Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Arzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin; 1,0 Oberarzt: Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt für Neurologie, Psychotherapie), 1,5 Ärzte in fortgeschrittener psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung (nach abgeschlossener erster Weiterbildung in einem somatischen Fach), einen internistischen Konsiliardienst, eine psychologische Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch), eine klinische Psychologin in verhaltenstherapeutischer Ausbildung sowie mit jeweils 0,5 Stellen Ergo- und Kunsttherapie bzw. Sporttherapie, 0,5 Sozialpädagogin sowie 6,0 qualifizierte Pflegekräfte, wobei die Station in den Nachtstunden durch einen stationsübergreifenden pflegerischen Bereitschaftsdienst besetzt ist. Die Kontinuität des Behandlungsteams ermöglicht ein multimodales Therapiekonzept mit verbalen Therapien (Gesprächsgruppe, Einzelpsychotherapie, psychiatrische Visiten, Psychoedukation), ausdrucksorientierten Verfahren (z. B. Gestaltungs- und Körpertherapie) sowie Milieuthérapie und sozialpädagogischer Betreuung. Für den Behandlungsverlauf ist es wesentlich, dass das Behandlungsteam aufgrund seiner spezialisierten Erfahrung ausreichend Kompetenz, Offenheit und Geduld für eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufbringen kann. Die strukturierte fallbezogene Kommunikation zwischen den Berufsgruppen erfordert Zeit, um die vielschichtigen diagnostischen Aspekte und oft intensiven Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen zu reflektieren und therapeutisch zu nutzen (Purucker et al., 2001; Janssen, 2004). Eine fall- und teambezogene externe Supervision ermöglicht Weiterentwicklung der einzelnen Mitarbeiter bzw. des Teams und sollte insbesondere zur Bewältigung schwerwiegender Komplikationen wie z. B. unerwartete Suizidversuche bzw. Suizide einer Patienten, genutzt werden (Purucker et al., 2001). Der fallbezogenen Qualitätssicherung kommt nicht nur wegen der Weiterbildungsanforderungen für Pflegemitarbeiter, angehende Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten sowie der Notwendigkeit, angesichts der krisenträchtigen Behandlungsverläufe haftungsrechtliche Risiken zu tragen, und auch zur Dokumentation gegenüber den Kostenträgern besondere Bedeutung zu. Explorations, Befunde und Verläufe sollten in der Krankengeschichte individuell dokumentiert werden und sich die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychodynamische Diagnostik aus dem Gesamtbild von Störungsbild, Psychopathologie, Krankheits- und Lebensentwicklung ableiten lassen und in strukturierte Behandlungsziele auf psychosozialer, störungsspezifischer und persönlichkeitsstruktureller Ebene münden. Die Problematik der differenzierten Aufnahmeindikation und der Ausleitung der Behandlung stellen besondere Anforderungen, die abhängig von dem Versorgungsumfeld zu lösen sind. Ist die psychotherapeutische Versorgungsdichte im regionalen Umfeld gering ausgeprägt, ist mit einem hohen Aufnahmepressur durch unselektionierte Zuweisungen und längeren Behandlungszeiten zu rechnen. In dieser Situation ist eine ausreichende Personalausstattung für den vermehrten diagnostischen und

therapeutischen Aufwand sowie ein integriertes tagesklinisches Setting zur Förderung extramuraler Anpassungsschritte günstig.

## Zusammenfassung

Die dargelegten klinischen und anthropologischen Ausgangspunkte eröffnen ein komplexes Diskussionsfeld zur methodisch differenzierten Integration von Psychotherapie in die Behandlung akuter psychischer Störungsbilder. Die vielschichtigen Dimensionen einer subjektorientierten Auffassung der Krankheitsentwicklung (Rudolf, 2000) führen zu einer Differenzierung der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur, des psychischen Störungsbildes und der jeweils bestimmenden Psychopathologie, da die Kapazität zur Krankheitsbewältigung von allen drei Faktoren bestimmt wird. Die Orientierung an Biographie und Merkmalen der Persönlichkeit und der aktuell führenden Psychopathologie führt zu einer situativ adaptierten und individuell differenzierten Methodik, die relevante entwicklungs- und affektpsychologische Gesichtspunkte integrieren kann und trotz oft vorliegender schwerer Psychopathologie mit psychiatrischen Handlungsimplicationen die Integration zu einer individuellen, personalorientierten Therapie ermöglicht. Aufgrund der psychopathologisch komplexen Krankheitssituation ist die klinische Psychotherapie an diagnostische und therapeutische Kompetenz und ausreichend dichte Behandlungsstrukturen mit entsprechender personeller Ausstattung gebunden. Eine wichtige therapeutische Variable liegt in der Fähigkeit des multiprofessionellen Behandlungsteams zu einer zielführenden fachlichen und emotionellen Reflexion, um über die Bewältigung der Gegenübertragung auch in krisenhaften Zuständen ein reflektiertes, ggf. aber auch handlungsorientiertes Behandlungs- und Beziehungsangebot zu ermöglichen.

**Danksagung:** Dieser Text beruht auf der intensiven klinischen Zusammenarbeit mit G. Schröder (Stationsleitung), Dr. M. Ernst (Stationsarzt), Dipl.-Med. B. Karl (Stationsärztin), St. Setzepfand (Psychologische Psychotherapeutin), M. Hanke (Psychologische Psychotherapeutin i. A.), H. Hümpfner (Dipl.-Sozpäd.), Ch. Meuche (Ergo- und Gestaltungs-therapeutin) und F. Orbach (Sporttherapeut). Frau Hanke ist für die englische Übersetzung zu danken.

## Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber, S. 32

Benedetti G (1998): Todeslandschaft der Seele. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht: S. 13-48

Borgart E-J, Meermann R (2004): Stationäre Verhaltenstherapie – Behandlungskonzepte und Therapiemanuale. Bern: Hans Huber, S. 37 ff.

Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (2000): Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 701-730

Eikermann B, Harter C, Reker T (2006): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme, S. 133-138

Freud S (1905): zit. nach Senf W und Broda M: Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In: Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systematische Therapie. Stuttgart: Thieme, S. 2

Fuchs T (2006): Der Leib – vom natürlichen zum sozialen Subjekt: Nervenarzt 77( Suppl. 3 - DGPPN-Kongress):486

Glatzel J (1990): Die Abschaffung der Psychopathologie im Namen des Empirismus. Nervenarzt 61: 276-280

Grande T (2007): Wie inszenieren sich dysfunktionale Beziehungsmuster in der Therapeut-Patient-Interaktion? Psychother Psycho Med 57:61-69

Hartwich P, Grube M (2003): Psychosen-Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff-Verlag

Hauke G (2006): Mit Achtsamkeit und Akzeptanz auf dem Weg zur wertorientierter Identität. Psychotherapeut/Psychotherapeutin, Person – Persönlichkeit – Funktion. Psychotherapie 11. Jhrg., Bd. 11, Heft 2:203-230

Hautzinger M (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen – Behandlungsanleitungen und Materialien. Weinheim: Beltz, 12

Hautzinger M (2005): kognitive Verhaltenstherapie. In: Bauer M, Berghöfer Adli M (Hrsg.): Akute und therapieresistente Depressionen: Pharmakotherapie – Psychotherapie – Innovation. Heidelberg: Springer, S. 433-444

Heinze M (2006): Aspekte von Subjektivität: Sich-verhalten-Können und Assoziativität: Nervenarzt Bd. 77(Suppl. 3 –DGPPN-Kongress):486

Janssen PL (2004): Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. Psychotherapeut 3(49):217-226

Kächele H (2006): Psychotherapeut/Psychotherapeutin. Person-Persönlichkeit-Funktion. Psychotherapie 11 Jhrg., Bd. 11, Heft 2:138

Kernberg OF (1997): Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta

Kernberg OF (2004): Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung – Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 29

Kind J (2000): Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 27-44

Köllner V, Schauenburg H, Senf W (2007): Stationäre Psychotherapie: effektiv und notwendig. Psychother Dialog 8(1):85-86

Kunze H, Kaltenbach L (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart: Kohlhammer

Lehle B, Grebner M, Neef I et al. (2005): Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“: Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Krankenhauspsychiatrie 16 (Sonderheft 1):51-54

Lorenzer A (1974) nach Kutter P (2000). Moderne Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 73 f.

Mestel R, Heymann v F (2005): Ein empirischer Vergleich der Schwierigkeiten mit der ICD-10-Psychodiagnostik in zehn psychosomatischen Kliniken. Psychodyn Psychother 4:7-17

Moldzio A (2004): Philosophie der Psychosen – vom Symptom zum Phänomen. In: Bock T, Dörner K, Naber D (Hrsg.): Anstöße – zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 72-83

Mundt C (2006): Das Selbst als soziales Organ: Nervenarzt 77(Suppl. 3 –DGPPN-Kongress):507

Purucker M (2005): Psychosomatische Medizin: Historische Entwicklung und heutige Bedeutung in der Medizin. In: Wolfersdorf M, Ettl M, Moos M, Purucker M (Hrsg.): Psychiatrie in Bayreuth – 200 Jahre Psychische Heilanstalt in Bayreuth. Regensburg: Roderer, S. 147-166

- Purucker M, Weishaupt-Langer G, Franke C, Wolfersdorf M (2001): Chronische Suizidalität bei schwerer depressiver Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau und ihr Verlauf während einer über zweijährigen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Suizidprophylaxe* 28:62-67
- Purucker M, Wolfersdorf M (2005): Psychotherapie in der klinischen Versorgung – Entwicklung und heutige klinische Praxis. In: Wolfersdorf M, Ettle M, Moos M, Purucker M (2005): *Psychiatrie und Bayreuth – 200 Jahre Psychische Heilanstalt in Bayreuth*, Regensburg, Roderer: S. 147-166
- Purucker M, Wolfersdorf M, Adler L (2007): Rolle und Situation der Psychotherapie in den bayerischen Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychiatr Prax* 34(Suppl. 1):33-34
- Riemann F (1978): *Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie*. 13. Aufl. München: Reinhardt
- Rudolf G (2000): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme, S. 2
- Rudolf G (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Rüger U (2005): Historische und konzeptuelle Anmerkungen zu Psychotherapie in der Psychiatrie. *Psychother Dialog* 6(3): 239-245
- Scharfetter C (2002): *Allgemeine Psychopathologie – Eine Einführung*. Stuttgart: Thieme, S. 3
- Schauenburg H (2007): Stationäre psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie. *Psychother Dialog* 8(1):16-20
- Schweitzer J, Engelbrecht D, Schmitz D, Borst U, Nicolai E (2005): *Systematische Akutpsychiatrie: Ein Werkstattbericht*. *Psychother Dialog* 3:255-263
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M (2003): *Soziale Phobien*. Einheim: Beltz, S. 22
- Trautmann-Sponsel RD, Tominschek I, Zaudig M (2003): *Differenzielle Diagnostik und Verhaltenstherapie von Ängsten bei Persönlichkeitsstörungen*. *Persönlichkeitsstörungen* 7:205-64
- Voderholzer U, Hohagen F (2006): *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. München, Jena: Urban & Fischer
- Watkins JG (2003): *Ego-States-Theorie und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Wittmund B (2007): Stationäre Psychotherapie – über unerwünschte Wirkungen und andere Katastrophen. *Psychother Dialog* 8(1):67-70

**Kontaktadresse:**

Dr. med. Michael Purucker

Leiter der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik • Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf  
Nordring 2 • 95445 Bayreuth • Tel.: (0921) 283-3012 • michael.purucker@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de