

Philipp Martius

Psychosomatische Rehabilitation und psychosoziale Medizin

Ein praxisbezogenes Lehrbuch

Kohlhammer

Kohlhammer

Philipp Martius

Psychosomatische Rehabilitation und psychosoziale Medizin

Ein praxisbezogenes Lehrbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-021754-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-028383-1

epub: ISBN 978-3-17-028384-8

mobi: ISBN 978-3-17-028385-5

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	8
Vorwort	9
1 Grundlagen	13
1.1 Psychosoziale Perspektiven: das biopsychosoziale Modell und chronische Krankheit	13
1.2 Menschenbilder	17
1.2.1 Klinische Fallgeschichten	19
1.2.2 Die psychische Struktur und Beziehungsdynamik	21
1.2.3 Der psychotherapeutische Prozess	33
1.3 Funktionale Gesundheit: ICF statt ICD-10	41
1.4 Weitere Grundlagen der psychosomatischen Rehabilitation	49
1.4.1 Embodiment	49
1.4.2 Placebo- und Nocebo-Effekte	52
1.5 Strukturelle Rahmenbedingungen der Rehabilitation	54
1.5.1 Rehabilitation in der Rentenversicherung	54
1.5.2 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	56
1.5.3 Die medizinische Rehabilitation	58
1.5.4 Berufliche Rehabilitation und LTA	60
1.5.5 Leistungsbilanz	63
1.5.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderung und Berentung	65
1.5.7 Prävention als Aufgabe der Rehabilitation	68
1.6 Psychosomatische Rehabilitation	68
1.7 Gesundheitswissenschaften – Bevölkerungsmedizin: Politik, Gleichheit, Bildung	77
1.7.1 Gesundheitswissenschaften – ein kurzer Überblick	77
1.7.2 Begriffe der Gesundheitswissenschaften: Verwirklichungschancen	80
1.7.3 Gesundheitsökonomie: Kosten-Nutzen-Forschung	81
1.7.4 »Besser reich und gesund als arm und krank« – Einkommen und Gesundheit	82
1.7.5 Gesundheitswissenschaftliche Perspektive der psychischen Störungen	85
1.7.6 Chronische Erkrankung und Lebensqualität	91

2	Schnittstellen zu weiteren medizinischen und nichtmedizinischen Fachbereichen	93
2.1	Sozialmedizin	93
2.1.1	Die Begutachtung in der Rehabilitation	93
2.2	Arbeitsmedizin	101
2.2.1	Arbeitsmedizinische Grundlagen	103
2.2.2	Stigmatisierung – die »doppelte Krankheit« und ihre Folgen	104
2.2.3	Arbeitsbelastung und psychische Störung: Macht Arbeit psychisch krank?	105
2.2.4	Positive und negative Leistungsprofile im Zusammenhang mit psychischen Störungen	106
2.2.5	Prävention am Arbeitsplatz	107
2.3	Soziale Arbeit	112
2.3.1	Grundlagen der Sozialen Arbeit	112
2.3.2	Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation	115
2.3.3	Case Management (Fallbegleitung)	118
2.3.4	Exkurs: Psychische Gesundheit, Arbeit und CM	120
2.4	Akutmedizin	121
2.4.1	Medizinische Fächer	125
2.5	Adjuvante Therapieformen	127
2.5.1	Entspannungsverfahren	128
2.5.2	Ergotherapie	132
2.5.3	Körperpsychotherapie	134
2.5.4	Künstlerische Therapien	137
2.5.5	Epilog: Der Künstler als gesellschaftlicher Aufklärer	145
2.6	Psychotherapeutischer Konsil- und Liaisondienst: der sog. Psychologische Dienst (PCLS)	145
3	Arbeitsfeld Psychosomatische Rehabilitation	156
3.1	Psychische Krankheitsbilder nach ICD-10 unter rehabilitativen Gesichtspunkten	156
3.1.1	Klinische Fallgeschichten	171
3.2	Syndrome und Störungen von Krankheitswert	203
3.2.1	Suizidalität	203
3.2.2	Erschöpfungssyndrome: Krankheitsbilder ohne Krankheitswert? Das Beispiel Burnout	204
3.3	Therapieresistenz und Widerstand – zur Rolle des sekundären Krankheitsgewinns	209
3.4	Psychotherapeutische Konzepte in der Rehabilitation	214
3.4.1	Einleitung	214
3.4.2	Fokus Empowerment	215
3.4.3	Fokus Verhaltenstherapie	218
3.4.4	Psychodynamischer Fokus	221
3.4.5	Fokus Berufsbezogene Psychotherapie	227
3.4.6	Fokus Gruppe und Team	230

3.4.7	Supervision und Balint-Arbeit	234
3.4.8	Pharmakotherapie	236
3.5	Nachsorge	241
3.5.1	Grundlagen	241
3.5.2	Nachsorgemodelle	242
3.5.3	Ergebnisse der Nachsorgekonzepte	245
3.5.4	ZINA – neue Modelle für eine differenzierte psychosomatische Reha-Nachsorge	246
3.5.5	Klinische Fallgeschichten	250
4	Forschungsbedarf und offene Fragen	253
4.1	Ziele der Reha-Forschung	253
4.2	Versorgungsforschung	254
4.2.1	Patientenzufriedenheit	255
4.2.2	Sozialmedizinischer Verlauf nach der Rehabilitation	256
4.3	Behandlungsdauer, Behandlungsintensität und Behandlungserfolg	257
4.4	Kosten-Nutzen-Analysen – die Prognos-Studie	264
	Literatur	266
	Stichwortverzeichnis	277

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
ALG	Arbeitslosengeld
APSN	Ambulante Psychosomatische Nachsorge
BKK	Betriebskrankenkasse
BMW	Bayerische Motorenwerke
CM	Case Management
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GdB	Grad der Behinderung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit
ICIDH	Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
IPN	Individuelle Psychosoziale Nachsorge
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LTLG	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
MI	Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing)
NASW	National Association of Social Workers (Organisation zur Ethik Sozialer Arbeit)
PD	Psychodrama
PRN	Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge
RCT	Randomized controlled trial/randomisierte kontrollierte Studie
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
StWE	Stufenweise Wiedereingliederung (LTA-Maßnahme)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIGNA	Zielorientierte Gruppennachsorge
ZINA	Zielorientierte Nachsorge

Vorwort

Liebe Leserin und lieber Leser,
bitte stellen Sie sich folgende Kontaktanzeige vor:

»Nicht Frau, Alter keinesfalls unter 35, beruflich mäßig erfolgreich aber finanziell krisensicher, fischt gerne im Ungefähren, interessiert sich auch ein wenig für aktuelles medizinisches Wissen, überprüft seine Fitness und Gesundheit regelmäßig anhand der Länge seiner Achselhaare, wünscht Austausch mit Verwandten, ohne allzu viel von seiner Bequemlichkeit hergeben zu müssen.

Bei Interesse bitte angepasste Bewerbungen gemäß Formblatt K001 an Chiffre DRV...«

Nun, fühlen Sie sich »angemacht«? Nein? Schade, denn eigentlich verbirgt sich hinter der Anzeige ein interessanter (beruflicher) Partner. Aber tatsächlich, in etwa so präsentiert sich heutzutage die medizinische Rehabilitation. Und wundert sich, dass sie kaum Liebhaber findet.

Ich danke daher dem Verlag und insbesondere Herrn Dr. Ruprecht Poensgen sehr herzlich, dass sie mir das Angebot gemacht haben, ausgehend von einem Seminar anlässlich der Lindauer Psychotherapiewochen ein kleines Lehrbuch zu verfassen. Dass ich dieses Angebot nicht ausgeschlagen habe, hat folgende Gründe:

- Psychische Störungen nehmen deutlich zu und bilden die zweitgrößte Diagnosegruppe in der Rehabilitation. Entsprechend besteht ein deutlich erhöhter Kompetenz- und Versorgungsbedarf in der psychosomatischen Rehabilitation.
- Es gibt bisher kaum Bücher, die das für die psychosomatische Rehabilitation notwendige klinische Wissen gebündelt und aktuell zur Verfügung stellen.
- Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung besteht die Notwendigkeit, das eigene Tun transparent und systematisch darzustellen, auch wenn die stabilen institutionellen Strukturen den im System Tätigen manchmal etwas anderes suggerieren mögen.
- Es besteht eine bisher nicht bewältigte Herausforderung, die Schnittstellen zur Akutmedizin, insbesondere der Akut-Psychosomatik und Akut-Psychiatrie, zur Arbeits- und Sozialmedizin, zur Rentenversicherung sowie zu den Betrieben und Unternehmen unter klinischen Gesichtspunkten zu beschreiben und zu diskutieren.
- Der unbestrittenen Ressourcenknappheit der Rehabilitationseinrichtungen muss der Verweis auf die trotzdem geleistete Arbeit entgegengesetzt werden. Gleichzeitig bedarf es eines Einsatzes für eine vernünftige Verwendung der Mittel, wenn man die Erfolgsgeschichte der medizinischen Rehabilitation

unter den sich wandelnden Arbeits- und demographischen Bedingungen fortzuschreiben möchte.

- Die psychosomatische Rehabilitation besitzt durch die Betonung und Ausgestaltung des biopsychosozialen Anspruchs ein potenzielles Alleinstellungsmerkmal. Dem gilt es Profil zu verleihen.

Ich hoffe sehr, durch dieses kleine Werk glaubhaft vermitteln zu können, dass die medizinische psychosomatische Rehabilitation ein interessantes, abwechslungsreiches und gut strukturiertes Arbeitsfeld mit vielfältigen Perspektiven bietet. Das Buch möge – um auf die eingangs aufgeführte fiktive Stellenanzeige zurück zu kommen – zum Verständnis beitragen, dass die medizinische psychosomatische Rehabilitation doch nicht wenig Sexappeal hat und für Liebhaber attraktiv sein kann.

Das Buch stellt gleichzeitig auch einen ersten Entwurf für eine Psychosoziale Medizin dar. Psychosozial gedachte Medizin ist dabei ähnlich der psychosomatischen Medizin im Grunde ein Querschnitts-, besser noch Grundlagenfach. Ihre gedanklichen Fundamente sind nicht ganz neu und waren v. a. in den 1970er Jahren und infolge der Psychiatrie-Enquête schon einmal modern. Die anhaltende Zunahme der chronischen Erkrankungen aber bedeutet, dass ein psychosozialer medizinischer Ansatz heute ein erneut notwendiges und zukunftsträchtiges Arbeitsgebiet der Medizin darstellt.

Zu meiner Arbeitsmethode: Dieses Buch ist kein Original, aber auch kein Plagiat. Die Rehabilitation muss zwangsläufig vorhandenes und fundiertes Wissen integrieren und für die eigenen Zwecke und Ziele anpassen. Ich habe mich daher darum bemüht, als Quellengrundlagen v. a. leicht erreichbare und allgemein verfügbare Standardwerke zu verwenden. Nur in Einzelfällen habe ich auch Spezialliteratur verwendet.

Es ist mir ein Bedürfnis, meinen Mitarbeitern Dank zu sagen für ihre Unterstützung. Teile meiner Überlegungen habe ich in klinikinterne Fortbildungsveranstaltungen eingebracht und mit meinen Mitarbeitern kritisch diskutieren dürfen. Ich bin insbesondere den Oberärztinnen und Oberärzten der Klinik, meinem Stellvertreter Dr. Thomas Leitz, den Oberärztinnen und Oberärzten Dr. Astrid Werner, Dr. Martina Korthals Altes und Dr. Daniel Gerlach, sowie dem Leitenden Psychologen der Klinik Dipl.-Psych. Reinhard Weber zutiefst zu Dank verpflichtet. Aber auch die Fragen und Anregungen der ärztlichen und psychologischen Assistentinnen und Assistenten, der Bewegungs- und der Kunsttherapeuten, der Pflegenden und der Sozialarbeiter haben mir geholfen, meine Positionen zu reflektieren und zu klären.

Die Geschäftsführung der Klinik, zunächst Achim Schäfer und später Robert Zucker, die Kollegen Dr. Christa Bongarth und Dr. Thomas Gottfried und ihre Vorgänger Prof. Dr. Gernot Klein, Prof. Dr. Bernhard Schwaab und Prof. Dr. Wolfgang Beyer haben mich immer ebenfalls dankenswerter Weise wohlwollend unterstützt.

Die Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd in den Personen der Direktorinnen und Direktoren Egon Mahn, Manfred Burmeister,

Elisabeth Häusler und Gerhard Witthöft sowie dem Leiter der Abteilung Kliniken Michael Zellner ebenso wie der Aufsichtsrat der Klinik Höhenried gGmbH mit ihren alternierenden Vorsitzenden Dr. Rainer Will und Fritz Schösser, Hubertus Råde und Klaus Pauli, Dr. Claudia Wöhler und Christiane Berger sowie Ivor Pavarnov und Dr. Verena di Pasquale waren immer für meine Anliegen aufgeschlossen. Auch ihnen gilt mein herzlicher Dank. Schließlich habe ich von Kolleginnen und Kollegen sowie Studentinnen der Hochschule München vieles lernen dürfen. Stellvertretend seien hier Dipl.-Soz.Päd. Magdalena Hahn-Ritzkat, Astrid Orban, B. A., und Prof. Dr. Peter Buttner genannt.

Von den Kollegen, die mich seit vielen Jahren beruflich begleiten und denen ich viel zu verdanken habe, möchte ich an dieser Stelle Prof. Dr. Peter Buchheim, Tutzing, Prof. Dr. Hans Lauter, München, dem leider kürzlich verstorbenen Prof. Dr. Michael von Rad, München, Prof. Dr. Otto F. Kernberg, New York, Prof. Flora von Spreti, München, Prof. Dr. Hans Förstl und Prof. Dr. Peter Henningsen, München, Prof. Dr. Thomas Löw, Regensburg, sowie besonders alle meine Kolleginnen und Kollegen des TFP-Instituts in München (Dipl.-Psych. Brigitte Blanke, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter, Dipl.-Psych. Petra Holler, Dr. Mathias Lohmer, Dr. Michael Rentrop, Dr. Agnes Schneider-Heine, Anne Seybold) nennen.

Der Mut und die unendliche Geduld des Kohlhammer Verlags haben dieses Buch erst möglich gemacht, und ich hoffe daher, dass es den Erfolg haben wird, den der Verlag ihm zudedacht hat. Herr Dr. Ruprecht Poensgen und im Schlusspurt Frau Anita Brutler waren immer für mich zu sprechen und stets freundliche »Antreiber«. Frau Margita Degenheit danke ich für einige umfangreiche Schreibarbeiten.

Besonders aber hat mich das Schicksal der Patienten und Versicherten in unserer Klinik immer wieder beschäftigt und dabei angespornt, nach Möglichkeiten zu suchen, ihre Betroffenheit und Bedürfnisse sinnvoll aufzunehmen und ihre Ressourcen und Rehabilitationsmöglichkeiten nachhaltig zu fördern. Deshalb gilt ihnen mein Respekt und Dank. Um sie zu schützen, habe ich die im Buch geschilderten Fallgeschichten unter Aufrechterhaltung der klinischen Aussagen durch Veränderung der Fakten so abgewandelt, dass eine konkrete Identifizierung einer Person nicht möglich ist.

Aus Gründen der Lesbarkeit bin ich oft im männlichen Sprachgebrauch geblieben, auch wenn Frauen und Männer gemeint sind; dafür bitte ich v. a. die Leserinnen um Verständnis.

Bernried, im Oktober 2014
Philipp Martius

1 Grundlagen

1.1 Psychosoziale Perspektiven: das biopsychosoziale Modell und chronische Krankheit

Die Rentenversicherung als Träger der medizinischen Rehabilitation verpflichtet sich in ihrem Ansatz einer biopsychosozialen Medizin in Anlehnung an die ICF-Klassifikation (DIMDI 2010, Schuntermann 2008). Dieser Ansatz leitet sich aus dem bekannten umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO (1948) ab, der Gesundheit mit »vollkommenem körperlichem, seelisch-geistigem und sozialem Wohlbefinden« gleich setzt. Es ist kritisch anzumerken, dass dieses Konzept gewissermaßen wohlfeil und damit wieder unverbindlich ist. Unter diesen Rettungsschirm passt jeder! Das heißt aber noch lange nicht, dass dadurch eine bessere Medizin oder Rehabilitation geschieht.

Was ist also dann das Machbare und was das Wünschenswerte an diesem Modell?

Bio: Der Anspruch auf eine biologische Begründung der Medizin bezieht sich auf die medizinisch-naturwissenschaftlichen Kompetenzen. Durch die strikte medizinische Ausrichtung der Rehabilitation ist dieser Bereich hinreichend abgedeckt. Die Strukturvorgaben der Rentenversicherung (Bernhard 2008) sehen z. B. fachärztliche Standards in der Leitung und Bemessungsgrundlagen für Ärzte (wie für Psychologen, künstlerische und Bewegungstherapeuten sowie Pflege) vor. Außerdem muss bald nach Aufnahme eine frühzeitige Sicht der Versicherten durch einen Facharzt erfolgen. Die medizinische Versorgung soll auf hohem Niveau gesichert werden. Gleichzeitig haben Rehabilitations-Einrichtungen enge Grenzen bezüglich einer umfassenden Diagnostik oder medizinischen Therapie. Insofern wird die biologisch-medizinische Kompetenz auch dafür benötigt, die Grenzen des Reha-Settings für eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit von klinischen Störungen rechtzeitig festzustellen.

Psycho: Der Einsatz psychologischer Behandlungsmethoden definiert die Psychosomatik und rechtfertigt damit die Wortwahl. Im Rahmen dieses Buches kann die aktuelle Psychotherapie-Debatte über die Wirkung allgemeiner und/oder spezifischer Faktoren nicht nachgezeichnet werden. Auf entsprechende Literatur wie Wampolds spannende »Great Psychotherapy Debate« (2001) wird verwiesen. Definitiv hat sich in den Reha-Kliniken eine hoch kompetente und auf den eigenen Arbeitsbereich spezialisierte psychotherapeutische Kompetenz entwickelt. Kritisch ist anzumerken, dass die eingesetzten Psychotherapie-Verfahren

unter Reha-Bedingungen bisher nur rudimentär evaluiert worden sind (z.B. Arbeitskonflikt-bezogene Psychotherapie: Hillert, Koch und Edlund 2007). Vergleichsstudien oder randomisierte klinische Studien als methodischer Goldstandard fehlen. So sind zwar die großen Psychotherapieschulen in der Rehabilitation vertreten, aber ihre kontextbezogene Wirksamkeit müssen wir erst noch nachweisen. Die qualitätssichernden Maßnahmen der Rentenversicherung helfen dabei nicht, weil sie nur die Erfüllung der Strukturen, nicht aber die Umsetzung der Inhalte belegen. Hier wäre zu wünschen, dass die Rentenversicherung als Träger und Motor der Rehabilitationswissenschaften mehr steuernde Funktionen übernimmt. Als Charakteristika der Reha-spezifischen Konzepte könnte man ohne Anspruch auf Vollständigkeit nennen:

- Kompetenz im Einsatz psychotherapeutischer Techniken bei bildungs- und psychotherapiefernen Schichten und im Umgang mit primär nicht introspektions- und verbalisierungsfähigen oder -willigen Patienten: Menschen, die mit ihren persönlichen Voraussetzungen und Herausforderungen in keiner psychosomatischen Akutklinik aufgenommen würden;
- die Ausrichtung auf die Arbeitswelt und die Integration der sozialmedizinischen Perspektive in den psychotherapeutischen Prozess;
- indikative Gruppenkonzepte, die sowohl störungsspezifisch als auch bezogen auf berufliche Herausforderungen entwickelt wurden;
- Patientenschulung durch den umfangreichen Einsatz psychoedukativer Maßnahmen in sog. »Vorträgen«;
- die Fokussierung auf Ressourcen und Resilienz auch bei erheblichen psychischen Defiziten; die Ausarbeitung von Reha-Therapiestandards in Anlehnung an Leitlinien der Fachgesellschaften (DRV 2011) sowie – bei aller gebotenen Kritik – die umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger.

Alle diese Aspekte begründen die Feststellung, dass in der psychosomatischen Rehabilitation besondere, herausfordernde, reizvolle Arbeitsbedingungen vorzufinden sind.

Sozial: Es ist eine Kernaussage dieses Buches, auch als Ausdruck der eigenen Erfahrungen in der psychosomatischen Rehabilitation, dass der Bezug auf die Arbeitswelt und die berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten, der in diesem sozialen Kontext als »Versicherter« angesprochen wird, ein Spezifikum dieses Fachbereiches darstellt. Während psychosomatische Akutkliniken praktisch ganz auf die psychische Gesundheit abheben, stehen in der Rehabilitation Aspekte der Teilhabe und Aktivität, der Anpassung an die Lebensverhältnisse bzw. deren Modifikation, der Arbeitsfähigkeit bzw. der Abwendung längerfristiger beruflicher Leistungseinschränkungen im Vordergrund. Der Fokus auf den sozialen Bereich prägt in besonderer Weise die Rehabilitation psychischer Störungen. Die Orientierung an der ICF statt der ICD verweist in besonderer Weise auf die Berücksichtigung von funktionellen, aktivitätsbezogenen und partizipativen Dimensionen des Krankseins. Zwangsläufig werden dadurch auch Aspekte der Kontext- und Personfaktoren zum Gegenstand der professionellen Arbeit.

Daraus ergibt sich, dass die psychosomatische Rehabilitation als eigener Bereich im Sinne einer Psychosozialen Medizin innerhalb der medizinischen Psycho-Fächer beschrieben und neben die »großen Schwestern« psychosomatische Medizin bzw. Psychiatrie und Psychotherapie gestellt werden kann. Das bisherige Selbstverständnis als »Wurmfortsatz der Psychiatrie« oder als »Hinterstube der Psychosomatik« wird weder der aktuellen und zukünftigen Bedeutung noch den spezifischen Herausforderungen der Rehabilitation psychischer Störungen gerecht. Es ist paradox, dass ca. achtmal so viele Rehabilitations-Behandlungsplätze vorgehalten werden wie in der Akutpsychosomatik, aber die Rehabilitation im Mainstream der sog. Psycho-Fächer kaum wahrgenommen wird – und wenn doch, dann allenfalls um sich über die Fehlallokation von Versicherungsgeldern zu beklagen zuungunsten psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten. Dieser Vorwurf ist auch deshalb nicht berechtigt, als es ja glücklicherweise eine reichhaltige, hoch differenzierte und seit Jahrzehnten gewachsene *psychiatrische* Rehabilitation mit erheblicher Durchlässigkeit des Systems gibt (Rössler 2004) – wovon der Psychosomatiker nur träumen kann. Denn auch in der Psychosomatik gibt es Menschen, für die längerfristige schützende und stützende Lebensräume wünschenswert wären. Die akut psychosomatischen Kliniken sind darauf im Sinne der Lebens- und Alltagsorientierung oft nicht zureichend ausgerichtet und fokussieren tendenziell auf die Symptomatik und die intrapsychischen Konflikte. Die psychiatrischen Reha-Einrichtungen sind aber häufig emotional wie kognitiv unterfordernd, weil sie ein anderes, deutlich mehr bzw. anders leistungsgewandeltes Publikum haben. So bleiben der psychosomatischen Reha oft nur Maßnahmen, die aus der beruflichen Rehabilitation oder der fachspezifischen Nachsorge abgeleitet werden können, eine Tatsache, deren Veränderung eine der zukünftigen Herausforderungen der psychosomatischen Rehabilitation darstellt.

Als eigenes Gebiet im Bereich der Psycho-Fächer definiert eine als Psychosoziale Medizin verstandene psychosomatische Rehabilitation jedenfalls spezifische Perspektiven, die dieses Arbeitsgebiet durchaus »sexy« machten (s. Vorwort).

An dieser Stelle soll auch kurz die Debatte um Konzepte zum Verständnis chronischer Erkrankungen dargestellt werden, wie sie z.B. von Schaeffer (2009) zusammengefasst wird. Danach wurden in einer sehr fruchtbaren Diskussionsphase in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in Erweiterung eines medizinischen Bezugs einige wichtige Theorien entwickelt, die im Prinzip bis heute fortwirken, ohne dass es zu einer relevanten Annäherung oder gar Integration kam: Es handelt sich um eine interaktionstheoretische, eine stresstheoretische und eine gesellschaftstheoretische Position.

Die interaktionsspezifische Perspektive stellt das Krankheitserleben und die Bewältigung der Krankheitssituation in den Mittelpunkt und ist mit den Namen z.B. von Erving Goffman und Anselm Strauss verbunden. Fokus ist hier, wie eine als soziales Konstrukt verstandene Krankheit im gesellschaftlichen Kontext ausgehandelt und bewältigt wird. Dabei wurde den Kranken als Akteuren des Geschehens (und nicht nur als Kranken und Leistungsempfängern) erstmals Aufmerksamkeit geschenkt. Deren subjektive Realität und Handeln sei von der Besonderheit geprägt, dass »chronic illness is here to stay« (Schaeffer 2009,

S.19). Damit sind Probleme der Bewältigung, der Phasen der Krise und Rekonvaleszenz, und ständig wechselnder Anpassungsleistungen verknüpft. Diese müssen zwangsläufig zu Störungen der Biographie, der Identität und des Alltags- und Familienlebens führen. Die Autoren betonen, dass von diesen Herausforderungen nicht nur die Kranken, sondern auch die Angehörigen und professionellen Helfer betroffen sind und zwar in Form von Rückkopplungs-Prozessen, die derselben Instabilität unterliegen und eine hohe Flexibilität erfordern. Im weiteren Verlauf der Theorieentwicklung traten die Berücksichtigung biographischer Gesichtspunkte als Variablen im Krankheitsprozess – »chronic illness as biographical disruption« (Bury in Schaeffer 2009) – hinzu. Auch die Gegebenheiten der jeweiligen Lebensphasen und ihrer Übergänge (Transitionen) wurden diskutiert. Auf der Handlungsebene schließlich wurden die Patienten als »Ko-Produzenten« verstanden und untersucht bezüglich ihrer Ressourcen, den Selbststeuerungserfordernissen und dem verfügbaren sozialen Netz. Zuletzt wurden zunehmend Resilienzaspekte in die Debatte eingeführt.

Die stresstheoretische Debatte fokussiert auf das Bewältigungsgeschehen und ist im Wesentlichen mit dem Copingkonzept von Lazarus verbunden. Danach ist die Frage des Stresses durch Krankheit v. a. eine Frage der individuellen und subjektiven Bewertung der Situation, und die Zielrichtung des Copings besteht in der Belastungsreduktion. In Anwendung auf die chronischen Krankheiten wird die Bedeutung der »Ereignisaufschichtungen« durch den komplexen und variablen Krankheitsprozess betont (Schaeffer 2009, S.29f.). Es muss danach zwischen verschiedenen negativen Stressoren durch die chronische Störung unterschieden werden, den alltäglichen, den chronischen und den kritischen Ereignissen. Auch für sie gilt, dass sie sich in subjektiven Krankheitsvorstellungen niederschlagen, denen als kognitiven Repräsentationen insbesondere für die Art möglicher Interventionen von innen und außen zentrale Bedeutung zukommt.

Der gesellschaftstheoretische Ansatz schließlich betrachtet chronische Krankheit unter dem Aspekt sozialer Veränderungen. Im Rahmen der modernen Risikogesellschaft hat der Einzelne demnach erheblich an Freiheit, aber eben auch an Verantwortung gewonnen. Das »frei gesetzte Individuum« muss sich seine eigene Normalität schaffen. Der chronisch Kranke muss sich analog selbst »managen«. Das »persönliche Budget« der Sozialgesetzgebung findet sich z. B. hier wieder. Kritischen Widerspruch findet dieser Standpunkt in der sozialepidemiologischen Ungleichheitstheorie, auf die an anderer Stelle im Buch ausführlicher eingegangen wird (► Kap. 1.7). Diese betont die sozial-strukturellen Determinanten, zu denen z. B. gehört, dass untere soziale Schichten durch eine höhere Krankheitslast und eine reduzierte Lebenserwartung, durch einen relativen Ressourcenmangel und vermehrte gesundheitliche Risikoverkettungen gekennzeichnet sind, sodass nicht von einer vollkommen zufälligen Verteilung von Potenzialen und Ressourcen ausgegangen werden kann. Deshalb, so lautet die Konsequenz, muss auch die Bewältigung chronischer Krankheit immer individuumorientiert und gleichzeitig strukturorientiert sein.

In einer aktuellen Bewertung der Situation kommt Schaeffer zu der Einschätzung, dass die vergangenen 30 Jahre für diese Debatte verlorene Jahre waren.

Trotz intensiver Forschungen sei es bei einem theoretischen »Flickenteppich« geliebt: Aspekten wie der Patientenperspektive oder dem Langzeitverlauf chronischer Krankheit werde kaum Beachtung geschenkt, generalisierende Meta-Studien fehlen ebenso wie Vorschläge zur Integration der sich ja z. T. ohnehin überschneidenden Theorien. Auch bilde die Diskussion kaum ab, dass es in den letzten Jahrzehnten zu einem massiven Wandel im Bereich chronischer Krankheiten gekommen sei. Viele früher tödlich verlaufende Erkrankungen wie Mukoviszidose, HIV-Infektion oder Karzinomerkrankungen verlaufen heute chronisch progredient oder lassen sich mit bleibenden Einschränkungen heilen, was zu neuen Formen der »sick role« führe. Dadurch ergeben sich Notwendigkeiten, Lebenslauf- und Krankheitsbewältigungs-Theorien miteinander zu verknüpfen. Und auch im Spektrum der Interventionen und Unterstützungsbedarfe und -möglichkeiten ergeben sich daraus neue Fragen und Antworten.

1.2 Menschenbilder

Wer in der Rehabilitation arbeitet, muss sich im Zusammenhang mit dem Fachgebiet Gedanken über das eigene Menschenbild, über das die Reha tragende Menschenbild und über sein Rollenverständnis machen. Diese Thematik der medizinischen oder ärztlichen Anthropologie beschreibt Hahn (1988, S. XIII) folgendermaßen:

»Die Frage nach [...] den Eigenarten, Möglichkeiten und Grenzen des Menschen in einem weiteren Sinne schließt auch für den Arzt die Reflexion der genannten und ungenannten Voraussetzungen ein, die den sozialen Stellenwert des ärztlichen Denkens und Handelns ausmachen.«

Kaum ein Lehrbuch bezieht solche Inhalte heute noch in Betracht. Unsere Leitbilder sind heute weitgehend auf die Begriffe Patienten- (gleich Kunden-)Orientierung, wissenschaftliche Goldstandards und Rationalisierungsgebote beschränkt.

Frühere Stimmen, die über diese Engführung hinausweisen, werden kaum mehr wahrgenommen. So diskutierten der Mediziner und Schriftsteller C. Emmrich (alias P. Bamm) und die Naturphilosophin H. Conrad-Martius schon vor Jahrzehnten (Conrad-Martius und Emmrich 1951), dass »die allgemeinen Erklärungsversuche, die die experimentelle Naturwissenschaft bisher unternommen hat, ähnlich gescheitert sind wie die spekulativen Systeme früherer Naturphilosophien« (a. a. O., S. 21). In ihren Disputen kommen sie zum Ergebnis, dass physiko-chemische Gesetzmäßigkeiten zwar die Erfolge der modernen Medizin begründen, dass aber zum Verständnis der Lebensvorgänge in Organismen weitere Dimensionen wie beispielsweise »Wachstum, Fortpflanzung, Heilungstendenz« (a. a. O., S. 31) erklärt werden müssten. Wünschenswert sei daher, »[...] dass gerade Philosophen Entwürfe aufstellten, die sich hinterher empirisch bewahrhei-

ten ließen [...]« (a. a. O., S. 27). In der Neurobiologie sehen wir dies in den letzten Jahren in Ansätzen erfüllt, wenn abstrakte psychotherapeutische Konzepte wie das Bindungssystem (Buchheim et al. 2008) oder komplexe Wahrnehmungsphänomene wie der Schmerz (Lieberman und Eisenberger 2009) mit bildgebenden Verfahren untersucht und reproduzierbare »biologische« Ergebnisse erzielt werden. Wenn Conrad-Martius und Emmrich auch feststellen, dass gelten sollte: »Was sich im Naturwissenschaftlichen als empirisch erwiesen herausgestellt hat, muss auch im philosophischen Bereich verbindlich sein – und umgekehrt« (a. a. O., S. 24), dann verweist das darauf, dass sich geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Betrachtungsweisen ergänzen und nicht in ausschließende Konkurrenz treten müssen. Immerhin zeigen die Einrichtung eines Lehrstuhl für Spiritual Care an der Ludwig-Maximilians-Universität München oder studentische Initiativen zu »Medizin und Menschlichkeit« (www.medizinundmenschlichkeit.de), dass diese anthropologische Tradition der Medizin nicht völlig verloren geht.

Worin liegt der Gewinn? Im Rahmen dieses Buches und unter Beachtung des Handlungsrahmens der Rehabilitation soll betont werden, dass ein stabiles und umfassend anthropologisches Wertegebäude dazu beitragen kann, medizinische, therapeutische und für Gesunde wie Kranke relevante soziale Entscheidungen jenseits aktueller partei- und finanzpolitischer Gegebenheiten danach zu treffen, wie »dem Menschen in unserer Gesellschaft« am besten geholfen wird und geholfen werden soll. Zur Verdeutlichung mag der folgende Bericht dienen (Brensell 2012):

»Und in einem meiner Seminare an der Hochschule Ludwigshafen berichtete eine ehemalige Krankenschwester von Veränderungen in ihrer Arbeit. Sie und ihre Kolleginnen waren von einer Unternehmensberatung freundlich aufgefordert worden, eine Liste mit allen »versteckten« Tätigkeiten anzufertigen. Diese seien dann gelistet und zugunsten von Einsparungen und Effizienz aus dem täglichen Arbeitsablauf verbannt worden. Dazu gehörte zum Beispiel, die Zeitung aus dem Briefkasten zu holen und einer Heimbewohnerin zu bringen, die das selbst nicht mehr konnte. Was taten die Pflegerinnen fortan [...] Sie taten es weiter. Nur zusätzlich, heimlich, verdeckt und auf ihre Kosten. Das zeigt, wie Effizienz gesteigert wird. Es geschieht auf Kosten derer, die noch mit den Menschen direkt zu tun haben, nicht nur mit Zahlen. Die Arbeiten und Realitäten verschwinden nicht, sie werden aus den Kostenrechnungen herausgelöscht.«

Und weiter:

»Schon 1995 beschrieb [...] R. W. Connell [...]: Die technokratische Tagesordnung der Manager verallgemeinert sich zum gesellschaftlichen Leitbild, »sie besetzt das Terrain des Sachverständigen« und ersetzt Argumente und Begründungen durch Kennziffern und Zahlen. Sie verschließt damit systematisch die Räume für andere Anliegen, für ihre Versprachlichung und für eine Verständigung [...] [Es bekommt in dem obigen Bericht die Aussage] der indischen Aktivistin Metha Patka [...] noch mal mehr Gewicht, [...] dass diejenigen, deren Geld auf dem Spiel steht, mehr zählen als diejenigen, deren Leben auf dem Spiel steht [...]«.

Nach diesem Exkurs, der die Leser zu eigenen Positionsbestimmungen anregen soll, beschränken wir uns aber im Folgenden auf die Erörterung eines Menschenbildes, wie es sich aus der klinischen Erfahrung in der Rehabilitation und aus psychotherapeutischen Konzepten ergibt.

1.2.1 Klinische Fallgeschichten

Ausgangspunkt der Überlegungen zum Menschenbild sind einige kurze Fallgeschichten. Es geht dabei um therapeutische Situationen und Prozesse, die sich erfahrungsgemäß als Herausforderung für die Helfer erweisen. Es kann nicht genug betont werden, dass der Großteil der Patienten in der Rehabilitation die therapeutische Arbeitsbeziehung als hilfreich erlebt und profitiert. Die hier vertretene Hypothese ist aber, dass sich die Qualität und Kompetenz der Therapie in den Grenzsituationen zeigt, in den Prozessen, die intensive Affekte hervorrufen, durch die das eigene Selbstverständnis herausgefordert und Vorurteile aktiviert werden.

Frau T., 41 Jahre

Frau T. stammt aus einer vielköpfigen griechischen Mehrgenerationenfamilie, in der das Füreinanderdasein eine wesentliche Maxime darstellt. Mit 10 Jahren kommt sie nach Deutschland. Sie integriert sich sprachlich und sozial sehr gut, macht eine Ausbildung und ist erfolgreich berufstätig. Sie heiratet einen Landsmann, der sich nach einigen Jahren sehr dysfunktional entwickelt, mit langer Arbeitslosigkeit und wenig verantwortlichem Verhalten gegenüber der Familie mit inzwischen zwei Kindern, die zum Zeitpunkt der Reha im präpubertären Alter sind. Frau T. ernährt als technische Assistentin die Familie und versorgt auch noch weitere Verwandte. Als sie von einer außerehelichen Beziehung des Mannes erfährt, bricht ihr inneres Leitbild der intrafamiliären Aufopferung zusammen. Nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit kommt sie auf Betreiben der Krankenkasse zur Reha. Der psychische Befund ergibt ein depressiv-ängstliches Syndrom und eine Schmerzstörung. Im klinischen Alltag imponiert ihre beständige Klagsamkeit über klinisch wenig objektivierbare Beschwerden im Sinne einer erlernten Hilflosigkeit. Außerdem äußert sie beständig Wünsche, für ihre Probleme Hilfen aus dem Sozialversicherungssystem zu akquirieren. Hintergrund dafür sind vorrangig ihre Klagen, dass ihre Kinder Entwicklungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Auch an den Arbeitgeber hat sie Forderungen, die aber aus Sicht des Klinikteams selbstschädigend sind, weil sie die materielle Sicherheit der Familie gefährden. Bei einem Hausbesuch findet die Sozialarbeiterin eine Eigentumswohnung in einem sozialen Problemviertel, in der alles wie in einem Hochglanz-Magazin für den gehobenen Lebensstil arrangiert ist. Außerhalb des stationären Settings berichtet die Patientin von ihren Wünschen, dass ihre Kinder sich sehr anstrengen müssten, um es einmal besser zu haben als sie. Es wird auch aus der Interaktion mit den Kindern deutlich, dass die geklagten Auffälligkeiten vorwiegend dem Zweck zu dienen scheinen, Hilfen beanspruchen zu können. Frau T. stellt sich vor, dass ihre Kinder so eine bessere Förderung erfahren. Die Pathologisierung der Kinder nimmt sie nicht wahr.

Herr B., 56 Jahre

Herr B. ist ein Beamter im einfachen Dienst, verwitwet nach einer Krebserkrankung der Ehefrau. Eigenheim, 25 Jahre über Südtirolurlaub, Ehren-

amt im örtlichen Schützenverein belegen seine Neigung zur Beständigkeit. Er kommt zur Reha zur Einstellung seines Hypertonus und wegen Schwindelanfällen, als deren Hintergrund vom Hausarzt Panikattacken vermutet werden. Herr B. berichtet ausführlich und beharrlich, minutiös von einer Vielzahl von Einschränkungen, die in ihrer Morosität an Gerhard Poltsches Kabarett denken lassen. Dabei steht im Vordergrund wie sehr er sich durch alltägliche Ärgernisse in dem ruhigen Fluss seines beständigen Lebens beeinträchtigt fühlt. Dahinter wird deutlich, dass er sich – abgesehen von der nachvollziehbaren Trauer um seine Frau – sehr geschickt eingerichtet hat, damit die Belastungen ja nicht überhandnehmen. So grenzt es für ihn schon an »Mobbing«, wenn er mittags durch einen sich verzögernden Dienstgang um 7 Minuten zu spät in die geplante Mittagspause kommt. Im stationären Setting bleiben die Beschwerden vage, im Ergometer tritt der Patient 175 Watt ohne Probleme, er hat normotensive Blutdruckwerte, der Schwindel ist insbesondere in Gruppensituationen »nicht der Rede wert«. Immerhin kommt eine Berentung nicht in Frage, weil er sich sonst zuhause langweilen würde. Wäre die Frau noch am Leben, wer weiß?

Herr S., 48 Jahre

Herr S. ist alleinlebend. Er kommt zur Reha, weil ein erster Rentenantrag negativ beschieden und eine Rehabilitation empfohlen wurde. Anlass für den Rentenantrag ist eine Kombination von Rückenschmerz nach abgelaufenem Bandscheibenvorfall, schädlichem Gebrauch von Alkohol, depressivem Syndrom mit Insuffizienzgefühlen, Antriebslosigkeit und Reizbarkeit. Die Leberwerte sind mäßig erhöht, was sich Herr S. gar nicht erklären kann. Sozial gibt es ein paar Freunde in der Gaststätte um die Ecke, mit denen er gelegentlich zu Fußballspielen des drittklassigen Vereins im Stadtviertel pilgert. Dann hat er seinen Spaß, andere Zuschauer aus der Gruppe heraus zu beschimpfen und zu provozieren. Im Setting wirkt er in der Gruppe gut integriert, ist auch ausgesprochen zuvorkommend gegenüber einigen Mitpatientinnen mit Migrationshintergrund. In der sozialmedizinischen Beurteilung gibt es zwar eine Leistungsminderung bezüglich schweren Hebens und Tragens, damit bleibt er aber für seine letzte Tätigkeit als Arbeiter in einem Autozulieferbetrieb arbeitsfähig. Bei der Besprechung des Befundes beschwert sich Herr S. lautstark über diese Schikane, während »den Russen und Türken alles geschenkt« wird. Mit Mühe kann eine Verständigung erzielt werden. Herr S. kündigt an, es bei »jeder Gelegenheit« so zu machen wie »die ganzen Ausländer« und sich arbeitsunfähig zu melden.

Frau M., 53 Jahre

Bei Frau M. werden nach 5 Jahren der Heilungsbewährung nach einem Mammakarzinom mit Operation, Chemotherapie und Bestrahlung die Leistungseinschränkungen als nicht mehr behindernd eingeschätzt werden und die Schwerbehinderung soll wegfallen. Aufgrund ihres Einspruchs wird eine Rehabilitation bewilligt. Frau M. hat bei den Gutachtern schmerzhaft

Bewegungseinschränkungen, schwere Schlafprobleme, Erschöpfung und Ängste vor einem Rezidiv geltend gemacht. Im stationären Alltag fällt vor allem auf, dass nichts auffällt. Frau M. ist die »Mutter der Gruppe«, immer guter Laune und aktiv, beim Sport die erste und ehrgeizig. In den Visiten und in den Einzelgesprächen ergibt sich ein völlig anderes Bild: Die Patientin berichtet von unerträglichen Schulter- und Armschmerzen auf der Seite der operierten Brust, die sie nicht schlafen lassen und ihr Alltagshandgriffe erschweren. Medikamente lehnt sie ab, weil sie »nicht abhängig« werden will und die bisher auch nichts genutzt hätten. Mit dem widersprüchlichen Verhalten konfrontiert, gibt sie ihre Verbitterung darüber preis, dass ihre Bemühungen um »Anpassung« nicht gewürdigt werden und niemand in der Lage oder willens sei, hinter die Maske zu schauen. Zum ersten Mal nach Jahren nähert sie sich einem Mitpatienten an, ihr Mann hatte sie infolge der Krebserkrankung verlassen. Als sich dieser Patient vertrauensvoll an sie wendet, um ihre Hilfe bei der »Eroberung« einer anderen Mitpatientin zu erbitten, bricht die Fassade zusammen und eine tatsächlich ausgeprägte depressive Störung ist explorierbar, die allerdings keine Neueinschätzung der Leistungsfähigkeit bedingt, da sie psychotherapeutisch zugänglich wirkt.

Diese Fallgeschichten sind kein wissenschaftlich begründeter repräsentativer Querschnitt durch die Klientel der Versicherten in der stationären Rehabilitation. Aber sie stellen eine Zusammenfassung der Erfahrungen von Mitarbeitern in einer Reha-Klinik dar. Die durch die Berichte beim Leser ausgelösten Emotionen sollen verdeutlichen, dass der Verweis auf »Fango und Tango« und die Klagen psychiatrischer Berufsverbände über die »Vergeudung von Ressourcen« in der Psychosomatik an scheinbar Gesunde nicht zutreffend sind. Vielmehr haben wir es mit Patienten zu tun, die den Rehabilitations-Psychosomatiker in erheblichem Maße fordern und die einer qualifizierten und engagierten Arbeitsweise bedürfen.

Das psychotherapeutisch bedeutsame Menschenbild hat drei wesentliche Säulen: die Binnen-Perspektive, also die Sicht auf das psychische Gefüge des Patienten, seine *psychische Struktur*; die *Beziehungsperspektive*, das interaktionelle Geschehen und Bindungsverhalten; die therapeutische Perspektive, das Übertragungsgeschehen und der *psychotherapeutische Prozess*.

1.2.2 Die psychische Struktur und Beziehungsdynamik

Zum »Weltbild« der psychosomatischen Rehabilitation gehört eine theoretisch fundierte Vorstellung von den psychischen Funktionen des Menschen, anders ausgedrückt, von seiner psychischen Struktur. Dabei ist ein besonderer Aspekt der psychosomatischen Rehabilitation, dass sich psychische Störungen und psychische Strukturen in der Bewältigung von Belastungen in der Arbeitswelt manifestieren. Die psychosomatische Rehabilitation erfasst eben nicht nur den psychopathologischen Befund, sondern auch dessen funktionale Auswirkungen im Leben des Patienten. Insofern kann aus den Copingstrategien eines Patienten im

gewissen Umfang auf seine psychische Struktur zurück geschlossen werden. Das ist von erheblicher prognostischer Bedeutung. Im Folgenden orientiert sich die Darstellung am objektbeziehungpsychologischen Konzept, wie es z. B. von Rudolf (1996) bzw. Rudolf und Henningsen (2008) beschrieben wird. Das Konzept beschreibt als psychosomatische Perspektive(n) von Persönlichkeit und Krankheit zunächst die biologische, die personale, die interaktionelle und die soziokulturelle Ebene, die letztlich nur didaktisch auseinander gehalten werden, da sie mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten gleiche oder ähnliche Erscheinungen zu erfassen versuchen. Auf der Ebene der psychischen Struktur stellen Rudolf und Henningsen das Subjekt der Welt der Objekte, der »Anderen« entgegen: »Das Subjekt ist dadurch ausgezeichnet, dass es selber denkt, meint, empfindet, Absichten hat, Wertungen vornimmt; es hat Kognitionen und Emotionen, die auf seinen Erfahrungen basieren« (Rudolf und Henningsen 2008, S. 4). Als Subjekt hat es eine Lebensgeschichte, eine zeitliche und intentionale Ausrichtung, bewusste und unbewusste Regungen, es verfügt über Symbolisierungsfähigkeiten und eine Identität, die strukturgebend wirkt. Insofern es sich mit sich selbst beschäftigt, ist es reflektierend.

Es ist u. a. das Verdienst von Otto F. Kernberg, dass er diese psychoanalytisch begründete Systematik mit klinisch fassbaren Verhaltensweisen von Patienten in Psychotherapie in einen nachvollziehbaren Zusammenhang gestellt hat (Kernberg 1997). So verfügen wir heute über ein Wissen, das erlaubt, von der Gestaltung einer Beziehung auf zugrunde liegende psychische Strukturen zu schließen. Kernberg selbst beschreibt seine klinischen Erfahrungen bei Patienten (mit Persönlichkeitsstörungen) anschaulich so:

»Bei diesen Patienten äußerten sich abwechselnd komplementäre Seiten eines Konfliktes, wie [...] das Ausagieren eines Impulses [...] oder die kontraphobischen Reaktionen gegen diesen Impuls zu anderen Zeiten. Diese Patienten waren sich des eminenten Widerspruchs in ihrem Verhalten bewusst [...] und zeigten einen erstaunlichen Mangel an Betroffenheit in Bezug auf die »Segmentierung« ihrer Psyche. [...] Meine nächste Beobachtung war, dass jeder dieser wechselseitig nicht akzeptierbaren, »abgespaltenen« Ichzustände eine spezifische, recht auffällige Übertragungsdisposition des Patienten repräsentierte. [...] Ich stellte allmählich fest, dass diese Phänomene mit beeindruckender Regelmäßigkeit auftraten [...] frühe, konflikthafte Objektbeziehungen werden in der Übertragung vorzeitig und in Verbindung mit voneinander abgespaltenen Ichzuständen aktiviert. [...] [Sie] können als die schwankende Aktivierung dieser Ichzustände aufgefasst werden, die »unverdaute« internalisierte Objektbeziehungen repräsentieren.« (Kernberg 1997, S. 14–16).

Kernberg stellt so dar, wie in Arzt-Patient-Beziehungen durch einen klaren theoretischen Bezug ein zunächst kaum nachvollziehbares zwischenmenschliches Verhalten als Ausdruck von Beziehungserfahrungen und psychischer Struktur verständlich und letztlich einer therapeutischen Behandlung zugänglich wird (s. a. Veit 2010; ► **Tab. 1.2**).

Die Objektbeziehungpsychologie i. S. Rudolfs charakterisiert die psychische Struktur unter Rückgriff auch auf Kernbergs Arbeiten, der wiederum Erkenntnisse anderer Psychoanalytiker integriert hat. Dieser Ansatz beschreibt den Begriff Objektbeziehung als einen psychischen Innenraum, gestaltet von früheren und aktuellen Erfahrungen und getragen von der Intentionalität des Subjek-

tes (Rudolf und Henningsen 2008, S.67). Dabei charakterisiert er zunächst die Eigenschaften des reifen autonomen Subjektes und beschreibt dann Abweichungen (»Regression«), die sich klinisch auswirken können. Dieses Konzept bildet auch die Grundlage des Strukturbegriffs der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD (Arbeitskreis OPD 2006), dessen Dimensionen im Folgenden skizziert werden.

Objektwahrnehmung. Eigenständige Objekte werden als abgegrenzt erlebt, verfügen über eigene Interessen und Handlungsabsichten. Das Selbst kann sich in Objekte einfühlen und mit dem Gegenüber auseinandersetzen. Dabei reguliert es in angemessener Weise Nähe und Distanz zum Anderen. Auf einem regressiven Organisationsniveau sind Objekt und Selbst nicht eindeutig voneinander unterschieden, verdeutlicht durch eine asymmetrische Beziehungsgestaltung beispielsweise zwischen einem hilflosen, bedürftigen Selbst und einem mächtigen, im positiven Sinne spendenden, im negativen Sinne bedrohlichen Anderen. Damit geht eine Schwäche des Selbst einher, sich in das Objekt einzufühlen. Der intensive Wunsch nach Nähe, danach, im anderen aufzugehen und die Distanz zu überwinden (Symbiose), oder im Gegenteil die Angst vor dieser intensiven Nähe (Distanzierung und Kontrolle) bestimmen, wie das Wechselspiel von Nähe und Distanz geregelt wird.

Ebenso können normalerweise eigenständige, autonome Objekte in ihrer Widersprüchlichkeit mit positiven und negativen Eigenschaften wahrgenommen werden, während im regressiven Zustand Andere nur in Teilen und meist einseitig verzerrt wahrgenommen werden.

Objektkonstanz. In der reifen Form bildet das Selbst das stabile innere Bild Anderer ab und kann auch bei deren Abwesenheit einen inneren Bezug aufrechterhalten. Im regressiven Zustand gelingt dies nicht, frei nach der Redewendung: aus den Augen, aus dem Sinn.

Beziehungsdynamik. In der Beziehungsgestaltung laufen viele entwicklungspsychologische Linien zusammen, z.B. Erfahrungen mit der Bedürfnisbefriedigung, mit der Autonomie und dem Selbstwert, aber auch die Entwicklungsgeschichte von den Beziehungserfahrungen mit Anderen im Allgemeinen. Diese beeinflussen z.B. die Wahrnehmung, angenommen oder abgelehnt zu werden. Damit ist die Vorstellung von einer Beziehung zu einem Anderen zwangsläufig mit Gefühlen verbunden. Das Subjekt richtet sich also als Selbst an Objekte, antizipiert deren Reaktionen oder bemüht sich, welche hervorzurufen, und muss mit der Reaktion der Anderen selbst wieder fertig werden.

In der Folge schwieriger Entwicklungsbedingungen und gestörter Entwicklung resultieren Beziehungskonflikte: Aus schmerzlichen, enttäuschenden, ängstigen und beschämenden Erfahrungen des Selbst mit den Objekten entwickelt sich eine unbewusste Vorstellung und Erwartung bezüglich der Resonanz, die man selbst bei anderen hervorruft. So ist ein typisches Beispiel dafür die Einstellung von in ihrem Leben misshandelten Menschen: »Ich muss immer misstrauisch sein, weil ich damit rechne, dass der Andere unvermutet zuschlägt«. Dadurch entsteht nicht nur ein Bild vom Gegenüber, sondern ein Gesamteindruck der Beziehungsgestaltung zwischen Selbst und Objekt mitsamt den zugehörigen Wünschen, Ängsten und Stimmungen. Aus der Säuglingsforschung ist bekannt, dass

diese Eindrücke tatsächlich als episodisches Gedächtnis gespeichert werden. Je nach Lebensalter entsteht so eine Vielzahl eher anmutungshaft emotionaler und sensorischer Erinnerungen beim Kleinkind bis hin zum szenischen Gedächtnis mit gespeicherten vegetativen Reaktions- und Funktionsmustern, Körperhaltungen und Bewegungsimpulsen beim Jugendlichen und Erwachsenen. Man kann davon ausgehen, dass diese inneren Aufzeichnungen des Beziehungsgeschehens auf alle späteren aktuellen Ereignisse projiziert werden und den Ausschlag dafür geben, wie Beziehungen wahrgenommen und erlebt werden. Dabei unterliegt das Selbst einem Wiederholungszwang. Das alte »Stück« muss immer wieder aufgeführt werden, wobei das Selbst seine angestammte Rolle spielt und alle neuen Objekte drängt, solche Positionen einzunehmen, die ihm von früheren Beziehungserfahrungen her vertraut sind. Das ist die Grundlage für das so genannte Übertragungsgeschehen, in der Einzel- und in der Gruppentherapie.

Dieses Konzept macht plausibel, warum ein Überwiegen negativer Beziehungserfahrungen in der Kindheit zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen kann.

Identifizierung. Patienten reagieren meist befremdet bis abwehrend, wenn sie in der Psychotherapie entdecken, wie sehr sie von elterlichen Beziehungserfahrungen geprägt sind, im positiven wie im negativen Sinn: »Ich bin meinem Vater viel ähnlicher, als mir lieb ist!« Dieser Identifizierung genannte Prozess kann ebenfalls regressiv und progressiv gestaltet werden. Im regressiven Sinne wird dadurch der Verlust eines Anderen symbolisch ausgeglichen, wie es z. B. bei der Herzangstsymptomatik nach dem Herztod naher Menschen gelegentlich zu beobachten ist. Eine progressive Bedeutung erhält der Prozess, wenn von der Person Grundeinstellungen und Zielsetzungen identifizierend übernommen werden: »Ich will so sein wie [...]«. Dieser Effekt kann gelegentlich genutzt werden bei Lebensstiländerungen, wenn die Therapeuten als positive identifikatorische Modelle fungieren. Es kann aber auch heißen: »Geradeso wie [...] will ich nie werden!« Typische Beispiele dafür sind die Reifungsschritte Jugendlicher in der Pubertät. Interessant ist, dass solche Identifizierungen bis in Gestik und Mimik gehen können – soweit es nicht ohnehin genetisch vorgegeben ist.

Frühe Beziehungserfahrungen sind mit Erziehungsmaßnahmen verbunden. Relevant ist in diesem Zusammenhang die Verinnerlichung all jener Regeln, Normen und Sanktionen, die an das Kind in einem förderlichen oder massiven Ton herangetragen werden. Im besten Fall ist die kommentierende Stimme des Erwachsenen später kaum mehr als Stimme eines anderen erkennbar. Die Stimme des Gewissens, das Über-Ich, bleibt aber meist vom Ich unterscheidbar; sie begleitet den Erwachsenen in einem ständigen inneren Dialog unterschiedlicher Ausprägung und Strenge. Für die psychotherapeutische Arbeit bedeutsam ist es, wenn das Gewissen besonders streng und unerbittlich wirkt. So ist das Ich bei ausgeprägten Depressionen vollkommen und leidvoll damit identifiziert.

Bei neurotischen Störungen entspricht übrigens die Reife bzw. das Organisationsniveau des Über-Ich ebenfalls dem Niveau des Selbst und dem seiner Objektvorstellungen, da es ja letztlich einen Aspekt der inneren Objekte darstellt. Insofern ist die Wahrnehmung, wie ein Patient mit Geboten und Verboten umgeht, auch diagnostisch relevant.

In der Beziehung zu Anderen kommen Triebregungen, Wünsche und Grundbedürfnisse zum Tragen. Deshalb stellt für psychodynamische Psychotherapieverfahren die tatsächlich gelebte Intimität und Sexualität einen weiteren Gradmesser für die psychische Struktur dar und sollte immer erfragt werden – nicht aus Voyeurismus, sondern eben als Diagnostikum. Dafür ist relevant, ob die prägenitalen Befriedigungsmöglichkeiten aus frühen Entwicklungsphasen an Bedeutung die libidinösen, d. h. zärtlich-erotisch-sexuellen Befriedigungsformen überragen oder nicht. Wo z. B. (jenseits kultureller Besonderheiten) Dominanzstreben auch in intimen Beziehungen einseitig ausgelebt wird, statt sich der Zärtlichkeit hingeben zu können, kann von strukturellen Beeinträchtigungen ausgegangen werden, die für andere zwischenmenschliche Bereiche (nachteilig) relevant werden können.

Die wesentlichen Beziehungsmodalitäten aus psychoanalytischer Sicht hat auch Riemann schon früh sehr anschaulich beschrieben (Riemann 1961), indem er die schizoide, die depressive, die zwanghafte und die hysterische Persönlichkeit darstellte (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Beziehungsdynamik bedingt »Grundformen der Angst« (Riemann 1961)

Persönlichkeit und Grundangst	Klinische Beschreibung (Zitate aus Riemann 1961)
Schizoid: Angst vor Hingabe	Bei den schizoiden (= gespaltenen) Persönlichkeiten ist der sinnvolle und integrierte Zusammenhang der seelischen Erlebnisse und Reaktionen in verschieden hohem Maße zerrissen, eben gespalten. Bei ihnen ist die ganzheitliche Entwicklung und Integration der verschiedenen Persönlichkeitsschichten gestört, und sie sind gewissermaßen seelisch ungleichmäßig gewachsen. Vor allem zwischen Gefühl und Verstand besteht ein großer Unterschied des Reifegrades: Gefühl und Verstand laufen gleichsam getrennt, sind ganz ungleich entwickelt, widersprechen sich, so dass solche Menschen sehr schroff gegensätzlichen Impulsen unterliegen.
Depressiv: Angst vor Ungeborgenheit	Ein solcher Mensch wird danach streben, alle Distanz zu vermindern oder soweit wie möglich aufzuheben. Ihn quält die trennende Grenze zwischen Ich und Du [...]. Jede Distanz, jede Entfernung und Trennung wird hier mit Angst erlebt, und es wird sofort mit allen Mitteln versucht, sie wieder aufzuheben. Abhängigkeit wird ersehnt, entweder in der direkten Form, von andern abhängig zu sein, oder indirekt, in dem man andere von sich abhängig zu machen versucht. Ferne, Distanz wird [...] als Alleingelassenwerden, Verlassenwerden erlebt und kann zu tiefen Depressionen und zur Verzweiflung führen. [...] Zuvor will ich noch eine andere Möglichkeit aufzeigen, wie die Angst vor der Ich-Werdung vermieden werden kann. Dabei wollen wir uns nochmals vor Augen halten, dass die Ich-Werdung so gescheut wird, weil sie isoliert und dadurch die Angst vor der Ferne auslöst. [...] Man kann auch versuchen, die trennende Distanz zwischen Ich und Du dadurch aufzuheben oder wenigstens zu verringern, dass man den Partner gleichsam aufzufressen, ihn in sich aufzunehmen, ihn sich gleichsam einzuverleiben und nun ihn von sich abhängig zu machen versucht. [...] Bei den depressiven Persönlichkeiten ist also die Verlustangst die dominierende, als Angst vor Trennung, Ferne, Distanz erlebt.

Tab. 1.1: Beziehungsdynamik bedingt »Grundformen der Angst« (Riemann 1961) – Fortsetzung

Persönlichkeit und Grundangst	Klinische Beschreibung (Zitate aus Riemann 1961)
Zwanghaft: Angst vor Wandlung	Er wird immer wieder das Gleiche, schon Bekannte und Vertraute vorfinden oder wiederherstellen wollen; er fühlt sich gestört, beunruhigt, ja beängstigt, wenn etwas sich ändert, und er wird die Neigung haben, alle solchen Veränderungen zu unterbinden, zu verhüten, einzuschränken oder zu bekämpfen, wo immer sie ihm begegnen. [...] Wie kann ein solcher Versuch überhaupt aussehen? Man wird etwa an Meinungen, Erfahrungen, Einstellungen und Gewohnheiten krampfhaft festhalten, sie zum Gesetz, zur Regel machen wollen, neuen Erfahrungen entweder ausweichend, oder gewaltsam versuchend, sie an das schon Gewusste, Bekannte anzupassen, anzugleichen. [...] So können wir das Grundproblem der zwanghaften Persönlichkeiten als überwertige Sicherung, Vorsicht und Voraussicht, als das Eingestelltsein auf Dauer beschreiben; oder, von der anderen Seite aus gesehen, als die Angst vor Risiko, Vergänglichkeit und Wandel. Das kann wieder alle möglichen Schweregrade annehmen und sich in den seltsamsten Formen äußern. [...] Die gleiche Methode Vermeidung der Angst vor der Vergänglichkeit, dem Wandel, können wir erkennen in allem unelastischen Festhalten am Überkommenen, Gelernten, Gewohnten auf allen möglichen Gebieten.
Hysterisch: Angst vor Endgültigkeit	Sie streben nach Freiheit bis zur Willkür, bejahen alles Neue, ihnen ist die Möglichkeit die große Chance, und dementsprechend fürchten sie alle Einschränkung, Einengung, alle Gesetzmäßigkeit und alles Festgelegtwerden, [...] mit einem Stichwort ausgedrückt: sie leben nach dem Schema »einmal ist keinmal« – d. h., nichts ist letztlich verpflichtend und verbindlich, alles so relativ, austauschbar sein und im Bereich des Möglichen bleiben. [...] Das würde bedeuten, dass man gleichsam immer nach vorn blickt, auf die Zukunft ausgerichtet ist, aber nicht mit festen Plänen und klaren Zielen, sondern immer in der Erwartung von etwas Neuem, auf der Suche nach neuen Reizen, Eindrücken, Abenteuern. Vor allem möchte man das Gefühl der Freiheit haben, weil alle Ordnungen und Gesetzmäßigkeiten die Angst vor dem Festgelegtwerden, vor dem Nicht-ausweichen-Können konstellieren, vor dem Annehmenmüssen gültiger, allgemein verpflichtender, verbindlicher Ordnungen, die als Einschränkung der Freiheit und der Möglichkeiten erlebt und gemieden werden. Die hier erstrebte Freiheit ist aber mehr eine Freiheit von etwas als für etwas. [...] Man lebt dann wie in einer Gummiewelt, die beliebig und willkürlich dehnbar und nachgiebig zu sein scheint, die man letztlich nicht ernst zu nehmen braucht, und in der man immer [...] ein Hintertürchen finden kann, um sich etwaigen Konsequenzen zu entziehen. [...] Naturgemäß müssen die Dinge am meisten gefürchtet und gemieden werden, die uns [...] begrenzen: biologische Gegebenheiten wie das Altern und die verschiedenen Geschlechtsrollen von Mann und Frau; Gesetze aller Art, das Umgehen mit Zeit und Geld – kurz, wenn wir all dies unter einem Hauptbegriff zusammenzufassen versuchen: man fürchtet am meisten die unvermeidlich einschränkenden und festlegenden Seiten des Lebens,

Tab. 1.1: Beziehungsdynamik bedingt »Grundformen der Angst« (Riemann 1961) – Fortsetzung

Persönlichkeit und Grundangst	Klinische Beschreibung (Zitate aus Riemann 1961)
	die wir als »Realität« zu bezeichnen pflegen, [...] Damit erlangt man eine Scheinfreiheit, die mit der Zeit immer gefährlicher wird. [...] So wird die Welt der hysterischen Persönlichkeit mehr und mehr zu einer [...] Pseudowirklichkeit, man lebt in einer illusorischen Wunschwelt, die umso mehr vor Zusammenstößen mit der eigentlichen Wirklichkeit bewahrt werden muss, je tiefer man in jene verstrickt ist, je mehr man sich von der Realität schon entfernt hat. Denn nun bezahlt man diese illusorische Scheinfreiheit unter anderem damit, dass man sich in der Wirklichkeit, die man als zu festlegend und einschränkend mied, immer weniger auskennt, mit ihr nicht umzugehen vermag, wodurch sie enttäuscht, beängstigt und nun in einem circulus vitiosus sekundär gemieden werden muss.

In einer modernen Fassung leitet Veit (2010) daraus dysfunktionale Beziehungsmuster für die Arzt-Patient-Beziehung ab, die wegen ihrer Anschaulichkeit hier tabellarisch und weiter ausformuliert wieder gegeben werden (► Tab. 1.2). Es ist zu betonen, dass solche Muster auch funktional gestaltet werden können, zur gegenseitigen Zufriedenheit. Dann ergibt sich daraus aber zwangsläufig weniger Reflexionsbedarf.

Tab. 1.2: Dysfunktionale Beziehungsmuster in der Arzt-Patienten-Beziehung (modifiziert nach Veit 2010)

Patient	Arzt
<i>im ängstlichen Beziehungsmuster</i>	
äußert anklammernde Wünsche nach Sicherheit und Nähe	setzt keine Grenzen – Patient wird bald als »lästig« empfunden
äußert ängstliche Symptombeobachtung und ängstliche Erwartungen; fordert mehr Diagnostik ein	reagiert aus Angst, etwas zu übersehen, mit vermehrter technischer Diagnostik und zusätzlichen Leistungen
vermeidet Konflikte und Belastungen	vermeidet durch Krankschreibung, statt die Angst zu thematisieren (Konkordantes Handeln)
unterdrückt Wut über die eigene Abhängigkeit bzw. den unnachgiebigen/mitagierenden Arzt	erlebt entweder die Angst vor dem Verlassenwerden oder möchte Schuldgefühlen ausweichen
<i>im depressiven Beziehungsmuster</i>	
fordert Versorgung und Nähe	nimmt die Überforderung an, reagiert zunehmend erschöpft und genervt

Tab. 1.2: Dysfunktionale Beziehungsmuster in der Arzt-Patienten-Beziehung (modifiziert nach Veit 2010) – Fortsetzung

Patient	Arzt
zeigt Non-Compliance als Ausdruck unbewusster Entwertung, vermittelt Hilflosigkeit	spürt die vom Patienten nicht gelebte Aggression bzw. agiert sie aus
idealisiert den Arzt, bleibt selbst passiv	nimmt die Idealisierung an, findet Lösungen und versagt trotzdem (s. o.)
reagiert leicht kränkbar	nimmt die Entwertung an und zweifelt an sich selbst

im narzisstischen Beziehungsmuster

schmeichelt, verführt; erwartete Anerkennung führt zur Überforderung des Arztes	lässt sich verführen, fühlt sich zum Retter berufen
überschätzt sich selbst, tut als wäre »nichts«, leugnet; setzt selbstschädigenden Lebensstil fort	vermeidet Konfrontation, übersieht, bagatellisiert (konkordantes Handeln) oder wird zum Detektiv, der überführen will (komplementäres Handeln)
fordert Wiedergutmachung durch das medizinische System	reagiert ernüchtert, abwehrend, entwertend oder mit weiterer Selbst-Überforderung
reagiert leicht kränkbar und ggf. mit Beziehungsabbruch	ist enttäuscht und entwickelt Selbstzweifel

im zwanghaften Beziehungsmuster

ist bereit zur (Über-)Anpassung	ist zunächst erleichtert über scheinbar unkomplizierten und »folgsamen« Patienten und unterstützt die Rigidität durch seine Behandlung
alternativ: hat umfangreiche Unterlagen dabei und weiß es eigentlich besser	will sich als Experte beweisen, nimmt den Machtkampf an, oder trennt sich vom »unbelehrbaren« Patienten

im histrionischen Beziehungsmuster

tritt theatralisch auf	spielt mit in der Inszenierung und opfert seine eigenen Regeln
zeigt fordernde Abhängigkeit und wirkt egozentrisch	ist überrollt von grenzenlosem Mitleid, überfordert sich selbst und fühlt sich letztlich ausgenutzt
dramatisiert die eigenen Beschwerden (Aggravation, Simulation, Konversion)	wendet sich entnervt ab, überweist zu Kollegen, übersieht evtl. wichtige Symptome: »Ach, die schon wieder!«
emotionalisiert die Beziehung	fällt auf Verführung herein, missdeutet die Angebote