

Reinhard Plassmann
Prozessorientierte stationäre Psychotherapie

Therapie & Beratung

Reinhard Plassmann

Prozessorientierte stationäre Psychotherapie

Ein Leitfaden für die Praxis

Unter Mitarbeit von Thomas Burkart, Monika Gebel,
Arnfried Heine, Susan Knecht, Antje Lukas,
Harald Schickedanz, Jan Volmer und
Karin Weidner-Schickedanz

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2015 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch
Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des
Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee: »Nordseebild«, 1923

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany



ISBN 978-3-8379-2460-2

Inhalt

	Einleitung	11
1	Prästationäre Stabilisierung	15
2	Stabilisierungsphase	21
2.1	Grundlagen	21
2.2	Die Musteranalyse	22
2.3	Die Musterunterbrechung	23
2.4	Stabilisierungsvertrag bei Magersucht	28
2.4.1	Die Rolle der Ressourcen im Vertrag	30
2.4.2	»Sich etwas Gutes tun«	31
2.4.3	Selbst machen heißt nicht alleine machen	31
2.4.4	Das Positive im Negativen	31
2.4.5	Die Selbstakzeptanz eines Negativmusters als psychischer Vorgang	32
2.4.6	Die selbststabilisierenden Eigenschaften eines Negativmusters	32
2.5	Stabilisierungsvertrag bei Esssucht	33
2.6	Der Antiselbstverletzungsvertrag	35
2.7	Das Emotionsprotokoll	37

2.8	Stabilisierung in der Kindertherapie	39
2.8.1	Stabilisierungsverträge mit Kindern	42
2.8.2	Bindung und Körperrepräsentanz	45
2.9	Schluss	47
3	EMDR in der Stabilisierungsphase	49
3.1	Die EMDR-Modifikationen	49
3.1.1	Kurz-EMDR	50
3.1.2	Positiv-EMDR	51
3.1.3	Bipolares EMDR	54
3.1.4	Bipolares EMDR in der Gruppe	60
3.2	Die Arbeit mit dem EMDR-Standardprotokoll	61
3.2.1	Die Arbeit mit dem EMDR-Standardprotokoll am Traumaschema	61
3.2.2	Die Mini-PTBS-Technik	62
3.3	Schluss	64
4	Prozessorientierte Einzeltherapie	65
4.1	Grundlagen	65
4.2	Regulation der Emotionsstärke	66
4.2.1	Die Über-dem-Limit-Situation	66
4.2.2	Die Unter-dem-Limit-Situation	68
4.3	Regulation der Emotionsqualität (bipolare Regulation)	70
4.4	Ein selbstorganisatorisches Passungsmodell	73
4.5	Die Sprache der prozessorientierten Therapie	75
4.5.1	Die Ich- und die Sie-Intervention	75
4.5.2	Konstruierende Sprache	76
4.6	Die Transformation des seelischen Materials: Neue Muster	79
4.6.1	Semiotische Progression	80
4.6.2	Kontextualisierung: Die Einordnung in Raum und Zeit	80
4.6.3	Das autobiografische Narrativ	81
4.7	Einzeltherapie in den verschiedenen Therapiephasen	82

5	Prozessorientierte Gruppentherapie	83
5.1	Methodik und Technik	83
5.1.1	Das Prinzip Selbstorganisation: Behandlungstechnische Konsequenzen	84
5.1.2	Das emotiozentrische Prinzip: Behandlungstechnische Konsequenzen	85
5.1.3	Das bipolare Prinzip	85
5.1.4	Das Präsenzprinzip	86
5.1.5	Das Prinzip Körperlichkeit	87
5.1.6	Das Prinzip Fokussierung	88
5.2	Spezielle Therapieziele der Gruppentherapie	88
5.3	Das Setting	90
5.3.1	Das Arbeitsbündnis	90
5.4	Behandlungstechnik	98
5.4.1	Die Über-dem-Limit-Situation	98
5.4.2	Die Themenwahl	103
5.5	Fallbeispiele	105
6	Prozessorientierte Psychotherapie: Exposition	117
	Grundlagen und Praxis	
6.1	Grundlagen	117
6.1.1	Formen der Exposition	117
6.2	Exposition im Vier-Phasen-Modell	121
6.2.1	Allgemeine behandlungstechnische Prinzipien für den Expositionsvorgang	122
6.2.2	Diagnostische Exposition	123
6.2.3	Therapeutische Exposition	128
6.3	Therapeutische Exposition mit EMDR	133
6.3.1	Bipolares EMDR	133
6.4	Schluss	134
7	Ärztliche Berichte	135

7.1	Allgemeiner Anforderungsrahmen	135
7.1.1	Zielstellung der Berichte	136
7.1.2	Datenschutz	138
7.1.3	Sorgfalt	139
7.2	Inhaltlicher Anforderungsrahmen	140
7.2.1	Die Stringenz der Berichte	140
7.2.2	Die Sprache der Berichte	143
7.3	Berichtsinhalte	144
7.3.1	Der somatische Teil	144
7.3.2	Psychopathologischer Befund	147
7.3.3	Psychosomatische Anamnese und Biografie	150
7.3.4	Psychodynamik	153
7.3.5	Verhaltensanalyse	156
7.3.6	Behandlungsverlauf	162
7.3.7	Bisher erreichte Therapieziele; derzeit dominierende Symptomatik; Therapieplan; Mitarbeit und Motivation, Prognose (Verlängerungsantrag)	168
7.3.8	Behandlungsergebnis und weitere Empfehlungen (Entlassungsbericht)	169
7.4	Formulare und Berichte	170
7.4.1	DRV-Berichte	170
7.4.2	Verlängerungsantrag	177
7.4.3	Entlassungsbericht	179
	Anhang: Stabilisierungsverträge und -protokolle	181
1	Antiselbstverletzungsvertrag	181
2	Emotionsprotokoll	183
3	Stabilisierungsvertrag bei Magersucht	185
4	Magersuchtprotokoll	187
5	Stabilisierungsvertrag bei Bulimie	189
6	Bulimieprotokoll	191
7	Stabilisierungsvertrag bei Esssucht	193

8	Esssuchtprotokoll	195
9	Stabilisierungsvertrag bei Suizidgedanken	197
10	Vereinbarung zur Alkoholfreiheit	198
11	Stabilisierungsvertrag bei Essstörungen für Eltern und Kind	200
12	Stabilisierungsvertrag bei Magersucht für Kinder	202
	Literatur	205

Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

stationäre Psychotherapie ist zwar ein äußerst komplexes System, das allerdings sehr einfachen Zielen dient: Die Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen wurden, sollen gesünder werden. Hieraus ergibt sich eine grundlegende Herausforderung, die den Ausgangspunkt zu diesem Buch bildet. Alle Patienten und Behandler, müssen mit diesem Ziel, seelisches Wachstum zu fördern, stets in Kontakt sein und immer wieder überprüfen, ob ihr konkretes Tun und der Behandlungsrahmen als Ganzes diesem Ziel nützt.

Die wahre Autorität im Krankenhaus ist nicht die ärztliche Leitung, nicht die Geschäftsführung, nicht die Gesundheitsbürokratie, nicht der einzelne Therapeut, sondern die wahre Autorität ist der seelische Wachstumsprozess. Seelisches Wachstum, wir werden das als *Transformation* bezeichnen, ist als Prozess sehr komplex. Daraus ergibt sich als weitere Herausforderung, die Gesetzmäßigkeiten des seelischen Wachstumsvorgangs zu erforschen und ein theoretisches Modell zu formulieren, welches soweit auf das Wesentliche reduziert werden muss, dass alle Beteiligten, also Patienten und Therapeuten, mit diesem Modell praktisch arbeiten können.

Nun kommt die dritte Herausforderung. Hat man die Gesetzmäßigkeiten seelischer Wachstumsvorgänge halbwegs verstanden und das Wesentliche einigermaßen verständlich ausformuliert, dann braucht es *konkrete Methoden*. Diese Methoden müssen natürlich die Eigenschaft haben, dass sie *wirken*, also seelisches Wachstum fördern. Sie müssen aber auch durchführbar sein. Sie müssen Werkzeuge sein, die den Behandlern und ihren Patienten nützen. Ganz bewusst benenne ich sowohl die Behandler wie auch die Patienten an dieser Stelle. Beide wirken in der Therapie zusammen, beide erzeugen im Zusammenwirken den

seelischen Wachstumsprozess, wirken am Erkennen von Störungen mit, wirken an deren Beheben mit. Der Transformationsprozess wird von beiden Beteiligten, zwischen beiden Beteiligten, erzeugt.

Einen Teil des Wissens, den Therapeutinnen und Therapeuten in ihren Ausbildungen erwerben, müssen also auch Patientinnen und Patienten in den Wochen ihrer stationären Psychotherapie erlernen. Eine Klinik ist zwar auch ein Ort des Forschens und des Lehrens, aber sie ist keine Universität, sie ist in erster Linie ein Ort des Behandelns. Deshalb müssen sich die Lehrveranstaltungen für die Therapeutinnen und Therapeuten und für die Patientinnen und Patienten auf das Wissen konzentrieren, das für das Fördern von seelischem Wachstum erforderlich ist.

Dieses Buch entstand in den Lehrveranstaltungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den letzten Jahren im Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim durchgeführt wurden. In diesen Seminaren wurde nicht nur gelehrt, sondern auch diskutiert, infrage gestellt, verworfen, neu gedacht. Diese Seminare waren Werkstätten, die mich sehr zum Denken und zum Schreiben angeregt haben. Der Gedanke, aus den Werkstatttexten ein Buch zu machen, stammt von einem Teilnehmer, der feststellte, er hätte gerne ein gebundenes Exemplar aller Werkstatttexte in seinem Arbeitszimmer stehen, um immer mal nachschlagen zu können.

Dieser Anregung bin ich gefolgt und Sie haben nun also unverkennbar ein Werkstattebuch vor sich. Die Texte spiegeln den seminaristischen Charakter ihrer Entstehung wider und natürlich ist das Buch unvollständig in der Aufzählung von Modellen und Methoden. Der Anspruch dieses Buches ist es nicht, einen monografischen Literaturüberblick über das gesamte Thema der stationären Psychotherapie zu geben und der Anspruch ist es auch nicht, sämtliche stationär praktizierten Behandlungsmethoden umfassend darzustellen. Es wurden vielmehr exemplarisch ausführlich abgehandelt: der Stabilisierungsprozess, der Expositionsprozess, die Einzeltherapie, die Gruppentherapie.¹ Diese Therapieformen wurden herausgegriffen, weil sie Kernelemente der stationären Psychotherapie sind, von ihnen hängen Scheitern oder Gelingen der Behandlungen ab. Immer liegt der *prozessorientierte Ansatz* zugrunde, für den sich die Klinik vor Jahren entschieden und den sie dann vielfältig weiterentwickelt hat (Plassmann, 2007, 2009, 2011, 2014).

Ich bitte Sie also, sich eine Meinung zu bilden, ob diese Werkstatttexte es wert waren, veröffentlicht zu werden. Sie sind es dann, wenn beim Lesen ein lebendi-

1 Das Kapitel über Gruppentherapie ist teilweise in dem Buch *Selbstorganisation* (Psychosozial-Verlag 2011) enthalten.

ges, konkretes Bild entsteht, wie seelisches Wachstum bei ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern in den verschiedenen Therapiephasen und -formen gefördert werden kann. Das Grundlagenbuch über die Methodik der stationären Psychotherapie zu kennen (Plassmann, 2007), ist nützlich, aber nicht unbedingt erforderlich.

Warum aber ein Kapitel über Verlängerungsanträge und Entlassungsberichte? Ich wollte es aus dem Buch-Manuskript entfernen und bin dann ins Nachdenken gekommen. In unserer Klinik wird wie sicherlich vielerorts üblich für die ärztlichen Entlassungsberichte ein bestimmter strukturierter Aufbau verwendet, der den einzelnen Informationskategorien der Medizin entspricht, also Vorgeschichte, Befund, Diagnosen, Behandlung, Behandlungsergebnis, Empfehlungen. Solche Berichte werden nicht von einer Person, sondern von mehreren erstellt, vom aufnehmenden Arzt, von der aufnehmenden Therapeutin, sie werden durchgelesen und korrigiert vom Oberarzt und Chefarzt, sie werden gegengelesen vom ärztlichen Direktor. Es verlässt kein Bericht das Haus, der diese Stufen des Fertigstellungsprozesses nicht durchlaufen hätte. Allgemein wird von den Berichtsautoren und Berichtskorrektoren die Aufgabe, einen guten Bericht zu erstellen, als Herausforderung empfunden. Dies ist angemessen und berechtigt. Die Inhalte müssen vollständig sein, sie müssen richtig sein, sie müssen geordnet sein, sie müssen in einer lesbaren, verständlichen Sprache verfasst sein und sie müssen pünktlich sein. Man könnte sich nun auf den Standpunkt stellen, dass die Hauptaufgabe eines Krankenhauses das erfolgreiche Durchführen von Behandlungen und nicht das erfolgreiche Erstellen von Berichten sei. Das Erstellen eines guten Entlassungsberichtes ist aber kein bürokratischer Akt, sondern ein geistiger. Die äußerst komplexe Menge an Informationen über eine durchgeführte Behandlung wird mit System geordnet und den Lesern kommuniziert. Dieses Ordnen und Kommunizieren ist nicht nur Pflicht, sondern bringt auch enormen Nutzen, es schult das systematische Denken, die systematische Fallanalyse, die systematische Fallführung und die Versprachlichung. Obwohl äußerst unüblich, habe ich deshalb dieses Kapitel über die Berichterstellung in das Buch aufgenommen.

Dem Kapitel liegt eine mehrjährige Initiative des gesamten Behandlungsteams zugrunde, Berichte zu schreiben, die den eigenen Anforderungen genügen und dies pünktlich. Diese Initiative hatte zwei Teile, der eine Teil war die Definition der Anforderungen an den Bericht als Ganzes und an die einzelnen Kapitel, der zweite Teil war ein systematisches, akribisches Durchleuchten aller Einzelschritte in der Berichterstellung, um zu ermitteln, welche Elemente schlechter Organisation sich verbessern lassen und welches die minimale Erstellungszeit ist, die das Team für einen seinen eigenen Ansprüchen genügenden Bericht benötigt.