

# BEZIEHUNGSKONTINUITÄT als therapeutischer Faktor für den langfristigen Behandlungsverlauf – ein Weg aus der Hospitalisierung

„Die therapeutische Beziehung des Verhältnisses des Arztes zu seinem Kranken wird am besten verstanden, wenn man es an der Bedeutung misst, die alle menschlichen Beziehungen für die Prägung der Persönlichkeit und für das Befinden haben: Wir werden zu dem, was wir sind, im Zusammenhang mit unseren Beziehungen (...). Und unser alltägliches Befinden hängt weitgehend davon ab, wie unsere Beziehungen zu anderen sind und wie wir sie uns vorstellen.“ (Bleuler 1943)

A. Tontsch, T. Brassel, S. Herzog, D. Schmidt, M.L. Schneider, W. Gmeiner, L. Wagner, A. Friebe

Ist es nicht etwas anmaßend, wenn sich eine kleine psychiatrische Tagesklinik mit nur 9 Behandlungsplätzen und entsprechend kleiner personeller Ausstattung an einem Innovationswettbewerb beteiligt?

Wie könnten in unserer kleinen Einrichtung, die den Versorgungsauftrag im ländlichen Raum wahrnimmt, innovative neue Konzepte, möglichst noch störungsspezifisch, umgesetzt werden?

Unsere „kleine Größe“ machte es notwendig, dass unsere Tagesklinik und PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) seit dem Umzug nach Achern 2007 personell und auch räumlich kooperierten. Diese konsequente Vernetzung von teilstationärer und ambulanter Behandlung stellte sich aber schon bald als enormer Vorteil heraus und ermöglichte uns, Patienten weit über die Dauer der tagesklinischen Behandlung hinaus therapeutisch zu begleiten.

Die im tagesklinischen Rahmen entstandenen tragfähigen therapeutischen Beziehungen erwiesen sich dabei als wesentliche Grundlage für den Verlauf der nachfolgenden ambulanten Weiterbehandlung in unserer PIA. Besonders nützlich erwies sich diese Arbeit für die Enthospitalisierung chronischer Patienten.

## ERGEBNISSE

Die personelle und räumliche Verzahnung von Tagesklinik und PIA brachte in der therapeutischen Arbeit einige Besonderheiten und Vorteile mit sich:

### Tagesklinikbehandlung:

- Tagesklinik und PIA wirken Regresionstendenzen entgegen
- Tagesklinik als „Lebenschule“: Alltagskompetenzen, Förderung von Ressourcen und Autonomie (Finzen 1977)
- Psychiatrische Erkrankungen als „Beziehungsstörungen“: sozialer Rückzug, Isolation, Störungen der Kommunikation, beziehungsstörende Verhaltensweisen, Vernachlässigung lebenswichtiger Kontakte
- Tagesklinikbehandlung als „Beziehungstherapie“: dynamische Gruppenprozesse, unterschiedliche Beziehungen zu verschiedenen Teammitgliedern, Übertragung/Gegenübertragung, verschiedene Abwehrmechanismen, neue Beziehungserfahrungen
- Beziehung im besten Fall als Erfahrung des Gehaltenswerdens - „Containing“ (Bion 1963), im schlimmsten Fall als Wiedererleben alter Traumata

### Fortführung der therapeutischen Beziehung im Setting der PIA:

- Psychiatrische Komplexbehandlung für Patienten mit entsprechender Indikation
- Fachärztliche und psychologische Betreuung, soziale Begleitung mit allen Facetten, PIA-Ergoambulanz, Kontakte zum Pflegeteam
- Die beglückende Erfahrung, Patienten auch in guten Phasen zu begleiten und ihre vorher oft verborgenen Kompetenzen kennen zu lernen
- Kriseninterventionen: das therapeutische Team als Sicherheitsnetz. Die Erfahrung „man hat schon gemeinsam eine Krise bewältigt“.

**Ziel: Das Entstehen tragfähiger therapeutischer Beziehungen**

## DISKUSSION

Die Bedeutung von Bezugspersonen und von Beziehungskonstanz stand und steht im Fokus aller wesentlichen therapeutischen Schulen (Winnicott 1974, Bowlby 1995, Kernberg 1999; Grawe 1992, Willi 1975). Auch die Neurobiologie beschäftigt sich mit dem Wechselspiel von Organismus und Umwelt für die Entwicklung des Gehirns (Fuchs 2005).

Die therapeutische Beziehungskonstanz als Ideal in der Behandlung psychiatrischer Patienten, deren Leiden immer auch mit Beziehungsstörungen einhergeht, kann als etabliert betrachtet werden.

Im psychiatrischen Alltag kann dieses Ideal jedoch oft schwer umgesetzt werden. Der Patient wird je nach aktueller „Wetterlage“ in verschiedenen Abteilungen von verschiedenen Mitarbeitern behandelt.

Unser Erfahrungszeitraum von knapp 3 Jahren hat gezeigt, dass viele unserer Tagesklinikpatienten das Angebot der Weiterbetreuung durch die PIA gerne wahrgenommen haben. Viele Patienten konnten nach einer schweren Krise mit Hilfe der kontinuierlichen therapeutischen Beziehungen wieder Fuß fassen, ihre Lebensqualität verbessern und lernen, mit ihrer Erkrankung zu leben.

Auch wir haben sehr viel von unseren Patienten gelernt. Hier helfen uns vor allem wöchentliche Fallbesprechungen, regelmäßige Supervision durch einen externen Psychoanalytiker, Fortbildung aller Mitarbeiter und intensiver Erfahrungsaustausch innerhalb des Teams.

Nicht jede unserer Behandlungen war im Sinne der Beziehungskontinuität erfolgreich. Auch wir haben Beziehungsabbrüche, gescheiterte Behandlungen, Verschlechterung der Beschwerden und Krisen erlebt. Manchmal ist der größte Erfolg, dass der Patient überhaupt kommt und Termine wahrnimmt. So z. B. einige junge Patienten mit Psychosen, denen es oft schwer fällt, die Notwendigkeit von Medikamenten zu akzeptieren oder auf unsere Empfehlungen zu hören.

Unsere Aufgabe neben der gewissenhaften Ausföhrung unseres therapeutischen Handwerks: „Hoffnung bewahren, da sein und geduldig das Aufgehen der Saat erwarten!“

FALLVIGNETTE 1	FALLVIGNETTE 2
<p><b>Frau A.:</b> 48 Jahre, geschieden, alleine lebend, 3 erwachsene Söhne, zuletzt Verkaufsfahrerin, seit Oktober 2008 befristete EU-Rente.</p> <p><b>Vorgeschichte:</b> 2005 Beginn schwerer depressiver Symptomatik, ausgeprägte Schlafstörungen, hohe emotionale Instabilität, rezidivierende Suizidalität und Somatisierungstendenzen.</p> <p><b>Auslöser:</b> Gespräch beim Begräbnis der Mutter mit ihren 7 Geschwistern über frühere Misbraucherfahrungen. Sie und 3 ihrer Schwestern waren alle vom Vater sexuell misbraucht worden.</p> <p><b>Diagnosen:</b> Rezidivierende depressive Störung Posttraumatische Belastungsstörung Somatisierungsstörung</p> <p><b>Anamnese:</b> Insgesamt 4 mehrmonatige, stationäre Behandlungen seit 2005, ein Suizidversuch, ambulante Psychotherapie wegen suizidaler Entlassung abgebrochen. 11-monatiges, stationäres berufliches Integrationstraining in einem SRH-Klinikum – Maßnahme von Patientin, nach Scheitern eines Praktikums, abgebrochen.</p> <p><b>Tagesklinik:</b> Nachbehandlung nach stationärer Behandlung bei suizidaler Krise. (Sept. 2008) Massive Entwertung bisheriger Behandlungen. Ärzte würden nur Medikamente ansetzen (kam mit 7 Psychopharmaka zur Aufnahme), alles sei schlimmer geworden. Hospitalisierung und sehr geringe Compliance.</p> <p>Bindungsfähigkeit der Patientin erheblich gemindert, fühlte sich rasch beschuldigt, angeklagt und neigte in therapeutischen Kontakten entweder zu resignativem Trotz oder aggressiver Zurückweisung.</p> <p><b>Therapeutischer Wendepunkt nach Fallbesprechung:</b> Bisherige Behandlungen als Reinszenierung einer Opfer-Täter-Beziehung. Therapeuten als Täter und nicht als Helfer erlebt.</p>	<p><b>Herr H.:</b> 59 Jahre, ledig, alleine lebend, kinderlos, Maschinenschlosser, später Kundendienstleiter (30 J. im gleichen Betrieb), 1999 Kündigung des Arbeitsplatzes, anschließend EU Rente.</p> <p><b>Vorgeschichte:</b> Ersterkrankung 1983: Panikattacke, Angst vor Tod durch Herzinfarkt. In den folgenden Jahren entwickelte er eine schwergradig depressive Störung mit generalisierten Ängsten und ausgeprägter Somatisierungstendenz. Beginn der Erkrankung brachte er mit unerwarteter Trennung von seiner damaligen Partnerin in Verbindung (narzisstische Kränkung).</p> <p><b>Diagnosen:</b> Rezidivierende depressive Störung Generalisierte Angststörung Narzisstische Persönlichkeitsstörung</p> <p><b>Anamnese:</b> 1985 bis 2002: eine teilstationäre und über 10 mehrmonatige, stationäre psychiatrische Behandlungen in verschiedenen Kliniken. Mehrere ambulante Psychotherapien mit nur kurz anhaltender Symptomenreduktion. 2003 bis 2007: lehnte Hr. H. alle Therapieangebote ab, völlige soziale Isolation. April 2007: Vorstellung in der PIA durch den Hausarzt, Aufnahme TK.</p> <p><b>Tagesklinik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweregradig, ängstlich-depressive Symptomatik, Panikattacken und sozialphobisches Verhalten</li> <li>• Verließ kaum die eigene Wohnung, sozial völlig isoliert</li> <li>• Ausgeprägte Defizite in der Beziehungsgestaltung bei narzisstischen und abhängigen Persönlichkeitszügen</li> </ul> </p> <p>Bindungsverhalten erheblich gestört, negative Gegenübertragung, schwierige therapeutische Beziehung: Idealisierung, Entwertung, Nähe-Distanz-problematik, destruktives Verhalten – „Keiner ist gut genug!“ (Auch kein Therapeut!), regressive Versorgungswünsche</p> <p>Bisherige Behandlungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration auf Veränderung psychopathologischer Symptome (Ängste, Depression, somatische Beschwerden)</li> <li>• Häufiger Therapeutenwechsel</li> </ul> </p> <p><b>Wir entschieden uns diese „Täterrolle“ therapeutisch zurückzuweisen</b> Beispiel: <b>Konfliktfeld medikamentöse Behandlung – Absetzen aller Medikamente</b> (lt. Screening Medikamente ohnehin nicht eingenommen!) Patientin zunächst erheblich irritiert, aber keine Verschlechterung, wurde offenere die Stimmung blieb depressiv, Suizidalität und Leidensdruck rückläufig. Langsam wuchs Vertrauen in therapeutische Beziehung, konnte aus regressiver Opferrolle heraustreten, Verantwortung für den therapeutischen Prozess wieder selbst übernehmen. Auf ihre Initiative beendete sie nach 4 Wochen die TK-Behandlung und setzt die Therapie in unserer psychiatrischen Institutsambulanz fort.</p> <p><b>PIA-Behandlung (ab Oktober 2008):</b> Engmaschige therapeutische Termine, einzelne suizidale Krisen, meldete sich aber immer umgehend. Zusätzlich 2 x wöchentlich, später nur noch 1x wöchentlich Ergotherapie in der PIA, in diesem Rahmen hatte sie auch regelmäßige Kontakte zu Pflegern und Mitpatienten der TK. Trat langsam aus sozialem Rückzug, pflegte wieder Beziehungen und neue Freundschaften. Äußeres Erscheinungsbild gepflegter und femininer. Beziehungsgestaltung deutlich verändert, Bedürfnisse und Eigenanteile wahrgenommen. Auf ihren Wunsch medikamentöse Unterstützung: Zunächst nur Bedarfsmittel für emotionale Krisen, derzeit Kombination zweier Antidepressiva, derzeit parallel dazu psychotherapeutische Behandlung fort.</p> <p><b>Resümee: Enthospitalisierung!</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>► Seit einigen Monaten trotz erheblicher Belastungen (Tod des Vaters, Herzerkrankung des Sohnes, eigene Operation) emotional sehr stabil, keine depressiven und suizidalen Einbrüche mehr, Schlaf normalisiert.</li> <li>► Kann mittlerweile Verantwortung für Andere übernehmen, Mitpatienten unterstützen und an der Gemeinschaft ausreichend partizipieren.</li> </ul> </p>

## Unsere Tagesklinik in Achern

Die Achertal-Klinik ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin unter Trägerschaft der Oberrheinischen Kliniken, es umfasst 69 stationäre Betten sowie 9 teilstationäre Behandlungsplätze und eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA).

Seit 2003 besteht ein Versorgungsauftrag für Teile des Landkreises Rastatt und den nördlichen Ortenaukreis. Im Versorgungsgebiet leben ca. 171.000 Einwohner.

Die stationäre Klinik selbst liegt idyllisch im Schwarzwaldort Ottenhöfen. Die zunächst ebendort angesiedelte Tagesklinik zog im Juli 2007 in die 12 km entfernte, zentraler gelegene Kreisstadt Achern um. Drei Monate zuvor war die PIA der Achertal-Klinik in denselben Räumlichkeiten eröffnet worden.

Der Umzug der Tagesklinik brachte einige Veränderungen mit sich:

- Bessere Auslastung durch günstigere Lage
- Räumliche und personelle Gemeinschaft von Tagesklinik und PIA

### Tagesklinik:

- 9 Behandlungsplätze
- Aufstockung der Platzzahl beantragt
- 2008: 88 Behandlungsfälle
- 2009: 83 Behandlungsfälle

Jahr	2004	2007	2010
Eröffnung	Eröffnung TK in Ottenhöfen	Eröffnung PIA in Achern April 2007	Teilnahme TIP Friedrichshafen März 2010
Umzug		Umzug TK nach Achern Juli 2007	
Standort	Alte TK in Ottenhöfen		Baden-Baden Achern Ottenhöfen Offenburg Freudenstadt

Behandlungsschwerpunkte	Therapiekonzept	Therapieangebote
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen</li> <li>• Psychovegetative und psychosomatische Erkrankungen</li> <li>• Reaktive psychische Störungen, z.B. Anpassungsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis</li> </ul> <p>Patienten mit schwerer Suchtproblematik, schweren körperlichen Erkrankungen oder weit fortgeschrittener Demenz können in der Tagesklinik nicht behandelt werden.</p>	<p>Unsere Patienten werden mit einem modernen multidisziplinären psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapiekonzept durch ein multiprofessionelles Team behandelt.</p> <p>Ziel ist es, die Lebenssituation und den Lebensalltag mit einzubeziehen und die Eigeninitiative des Patienten zu fördern.</p> <p>Hierbei werden integrativ tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische sowie systemisch orientierte Therapieansätze genutzt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische Diagnostik und ärztliche Versorgung</li> <li>• Psychotherapeutische Einzel- und Gruppenangebote</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapie</li> <li>• Entspannungsgruppe</li> <li>• Bezugspflege</li> <li>• Aktivierungstraining</li> <li>• Haushaltstraining</li> <li>• Anleitung zur Tagesstrukturierung und aktiver Freizeitgestaltung</li> <li>• Paar- und Familienberatung</li> <li>• Sozialberatung</li> </ul>

## Psychiatrische Tagesklinik der Achertal-Klinik, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin



Tagesklinik & PIA Achertal-Klinik · Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin  
Kirchstraße 1 · 77855 Achern · Tel. 07841-68457-0 · www.ork.de

Träger: ORK Oberrheinische Kliniken GmbH & Co. Betriebs KG mit Sitz in 79189 Bad Krozingen · Hofstraße 14-16



**Chefarzt**  
Dr. med. Dipl.-Psych. A. Friebe  
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,  
Forensische Psychiatrie (DGPPN)

**Das therapeutische Team**  
Funktionsärztin  
Diplompsychologin  
Ergotherapeut  
Sozialarbeiterin  
Therapeutin für konzentrierte Bewegungstherapie  
3 Mitarbeiter aus dem Pflegedienst  
Zu unterschiedlichen Anteilen sind mit Ausnahme der Pflegenden Mitarbeiter alle Kollegen auch für die psychiatrische Institutsambulanz tätig



Literaturverzeichnis:  
Bleuler, W. (1943). Elements of Psycho-Analysis. London, Utner, Erben, Knopf. (Präsident am 1. März 1943)  
Bleuler, W. (1943). L'Enferme de l'Psychiatrie. Stuttgart, Berlin, Heidelberg, New York.  
Bowlby, J. (1969). Bindung. Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler, C., Dornemann, F. (Hrsg.) Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Weinheim, Stuttgart, S. 18-28.  
Finzen, A. (1977). Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebenshilfe. Berlin & Co. Verlag, München.  
Fuchs, T. (2005). Das Gehirn. Ein systemisches Verständnis für Psychiatrie und Psychotherapie. Harverstadt 2005, Nr. 1-18.  
Grawe, K. (1992). Konzentrierte Bewegungstherapie als Mittel zur Förderung einer guten Therapiebeziehung. In: Hergatz, J., Hergatz, J. (Hrsg.) Die Therapie-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. S. 275-294. München.  
Kernberg, O. (1999). Psychoanalytische Therapie bei Borderline-Patienten. Hans Huber, Bern.  
Winnicott, D.W. (1975). Die Psychoanalyse. Berlin, Rowohlt.  
Winnicott, D.W. (1965). Selbstregulation und Selbstneue-Konstruktion. München.