

Mitgliederforum

ÄRZTLICH - PSYCHOLOGISCHER WEITERBILDUNGSKREIS FÜR
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOANALYSE OSTBAYERN E.V. ÄPWK



Ausgabe Dezember 2009
3.Jahrgang Heft 4
Erscheint vierteljährlich

Termine Im Überblick

Freitag, 26.2.2010 18.30 -	Freitagsrunde: zum PT-Kurs-Abschluss	ORT: KV Oberpfalz Yorckstr.15-17
Freitag, 16.4.2010 18.30-20.00	Freitagsrunde: Psychoanalyse und Religion Kollegen Pins/Kronberger	ORT: KV Oberpfalz Yorckstr.15-17
Samstag, 16. Januar 2010 9.00 bis 12.30	Seminar : „Von der Anamnese zur Psychodynamik“ Fr.Krimelowsky Anmeldung:krimelowsky@web.de	Ort: Praxis Krimelowsky Taxisstr.3 93049 Regensburg

Externe Termine		
Freitag, 15.01.2010 20.15	MAP -Vortrag Psychoanalyse und Neurowissenschaften Prof. Dr. Anna Buchheim, Innsbruck Arbeitsschwerpunkt: Klinische Bindungsforschung	Ort: München Klinikum r. d. Isar d.TUM,Ismaningerstr.22
29. bis 31.Januar 2010	Das Institut für Psychoanalyse Nürnberg (IPN) veranstaltet vom 29. bis 31.01 2010 eine Filmreihe mit Brunch und Festvortrag zur Erinnerung an die Gründung der IPV vor 100 Jahren in Nürnberg: Anstößiges und Anstöße des Unbewussten: Avantgarde und Psychoanalyse um 1910 / Psychoanalyse und Film Programm unter www.psychanalyse-nuernberg.de Besonders hingewiesen sei auf den Festvortrag am Sonntag, 31.01.10 A. Uhl: „Zwischen Dionysos und Buddha: Avantgarde und Psychoanalyse um 1910“, Moderation: H. Ühlein, (Vortrag und Brunch), 10.00 im Grandhotel, Bahnhofstr. 1 – 3 in Nürnberg.	
24. bis 29. Mai 2010	Langeoog 39. Psychotherapiewoche "Unsichere Zeiten – Globale Krise und Psychotherapie" 2010. Programm unter: www.aekn.de/web_aekn/home.nsf/ContentView/Fortbildung_langeoog	
18. 4. bis 23. 4. und 25. 4. bis 30. 4. 2010	60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 1. Tagungswoche: Identitäten 2. Woche: Erinnern und Vergessen Programm unter www.lptw.de	

Redaktionsseite

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben einen neuen Vorstand. Auf der letzten Mitgliederversammlung haben wir einen neuen Vorstand gewählt. Drei Kolleginnen haben sich bereit erklärt die Wahl anzunehmen: Ulrike Struve, Annette Pins und Elisabeth Stengl. Wir können uns glücklich schätzen, dass also unser Verein weiter existiert. Vielleicht wird es bei der nächsten Wahl einfacher, einen Wechsel an der Spitze zu vollziehen um niemand über viele Jahre zu überfordern.

Wir haben auch ein neues Logo zu feiern. Es prangt auf der Titelseite. Aus zahlreichen Vorschlägen wurde es ausgewählt.

wir wünschen ein gutes Neues Jahr 2010

Werner P. Schlee

Lisa Stengl

Der neue Vorstand stellt sich vor:

Dr. med. Ulrike Struve

Prakt. Ärztin Psychotherapie Psychoanalyse

Simon-Höllerstr.8

94315 Straubing

Tel. 09421/85487

Fax 09421/989470

ustruve@online.de

Nach dem Abitur zunächst Ausbildung zur Krankenschwester, dann Medizinstudium in Regensburg und Würzburg. Klinische Tätigkeit in den Fächern Orthopädie, Anästhesie und Innere Medizin.

Erwerb der Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse beim ÄPWK Regensburg.

Seit 1996 niedergelassen in Straubing als ärztliche Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, Schwerpunkte u.a. Psychosomatik, Psychoonkologie und Fokaltherapie

Dr.med Annette Pins

Frauenärztin/Psychotherapie

Praxis Thiemitztalstr. 3

95131 Schwarzenbach/Wald

Tel. 09289-969644

a.pins@web.de

Annette Pins, in Bamberg geboren, aber ohne Erwerb fränkischer Mundart, da nach dem ersten Lebensjahr im Neckartal aufgewachsen. Nach dem Abitur die Chance der Mobilität ergriffen und in Würzburg, Wien und Caen (Frankreich) studiert. In Wien Augenmerk auf Psychosomatik, Jugendstil und Theater- und Opernbesuchen. In Frankreich die Begeisterung für die handwerklich ästhetische Seite des Operierens entdeckt und meine Frankophilie gefestigt.

Als Assistentin in Franken und nahe Basel gearbeitet mit Schwerpunkt Onkologie und plastisch rekonstruktive Mammachirurgie. Nach der Facharztprüfung 3 Monate durch Asien und Neuseeland gereist. Anschliessend 6 Jahre als Oberärztin in Bonn und Troisdorf tätig.

2001 Niederlassung in Oberfranken in einer „Familienpraxis“ mit Frauenheilkunde, Allgemeinmedizin und Pädiatrie. Das Skalpell aus der Hand gelegt und die psychotherapeutische Ader weiterverfolgt mit Zulassung zur tiefenpsychologischen Psychotherapie. Aktuell Arbeitsmischung aus Gynäkologie und Psychotherapie, einer der Schwerpunkte Psychoonkologie.

Dr.med Elisabeth Stengl

praktische Ärztin, Psychotherapie, Psychoanalyse

Praxis:Prüfeningerstr.7

93049 Regensburg

Tel. 0941/ 65 33 94

Email- Kontakt : stengl3@t-online.de

Jahrgang 1962,

Studium der Humanmedizin mit Aufenthalten in Mexiko und USA, Kliniktätigkeit in Chirurgie, Rheumatologie und Allgemeinmedizin, Weiterbildung in Psychotherapie und Psychoanalyse beim ÄPWK. Seit 1996 in eigener Praxis tätig.

Schwerpunkte: Psychosomatik, Bindungstheorie, Fokalthherapie, Ethnopschoanalyse

Aktivitäten – Psychoanalyse-Ausbildung

Suchen noch Interessierte für Psychoanalyse-Ausbildung

Wir, der VII. Psychotherapiekurs sind interessiert an der **Psychoanalyse-Ausbildung** (Theorieteil) und würden diesen gerne vergleichbar mit der PT-Ausbildung beim ÄWK beginnen.

Wir sind bereits 7 Interessierte und würden uns über weitere Interessierte freuen. Für das Zustandekommen des Kurses benötigen wir insgesamt mindestens 12 Teilnehmer.

Beginn: Herbstsemester 2010.

Bitte melden bei:

Dr. med. Claudia Winkler dePeña

Minoritenweg 9

93047 Regensburg

Telefon 0941-999913

Filmseminar Tod in Venedig

Die Filmpsychoanalyse¹ ist auch hierzulande spätestens seit der Übersichtsarbeit von M. Zeul aus dem Jahre 1994 unter Psychoanalytikern auf ein ständig wachsendes Interesse gestoßen. Inzwischen erscheinen in der *PSYCHE* regelmäßig Filminterpretationen. Die psychoanalytische Betrachtung von Filmen kann als angewandte Psychoanalyse gesehen werden. Gabbard (2001) beschreibt sieben Perspektiven, unter denen Filme gesehen werden können:

¹ Ralf Zwiebel. Filmpsychoanalytische Anmerkungen zu Alfred Hitchcock. *Psyche-Z Psychoanal* 61, 2007, 65-73

- als Beschreibung kultureller Mythologien im Sinne unbewußter, kollektiver Phantasien,
- als biographischer Ausdruck der Subjektivität des Filmkünstlers,
- als Reflexion von universellen, krisenhaften Entwicklungen,
- unter dem Aspekt der Beziehung von Film und Traum,
- als metapsychologische Analyse des betrachtenden Zuschauers,
- unter der Perspektive der Anwendung von psychoanalytischen Konzepten durch den Regisseur und schließlich
- als psychoanalytisch orientierte Charakteranalyse der Protagonisten.

Beim Film *Tod in Venedig* kommt hinzu, dass er eine bedeutende Novelle von Thomas Mann zur Vorlage hat. Ausgangspunkt ist ein Erlebnis Thomas Manns mit dem polnischen Knaben Władysław Moes während eines Venedigaufenthaltes mit seiner Familie 1911. Daraus entstand die Novelle *Tod in Venedig*, die ursprünglich eine Erzählung über die enttäuschte Liebe des 72jährigen Goethe zur 54 Jahre jüngeren Ulrike von Levetzow (literarisch von Goethe verwertet als *Marienbader Elegie*) werden sollte. Sechzig Jahre später entsteht Viscontis Film. *„Der Autor eines cinematografischen Werks ist gleichzeitig der Autor eines ganz eigenständigen Werkes. Die geschriebene Seite stellt nur einen Ausgangspunkt dar. Es ist sinnlos, von einem Filmregisseur die völlige Treue zur literarischen Vorlage zu verlangen.“* Schrieb Luchino Visconti.

Hinzukommt, dass ein Film neben dem Text auch noch aus Bildern und Ton/Musik besteht und nicht nur das Werk eines Einzelnen ist, vielmehr tragen hunderte von Menschen zu ihm bei (Schauspieler, Kameraleute, Bühnenbildner, Musiker etc.). Deshalb setzt „psychoanalytische Filmbetrachtung einen multidimensionalen Blick voraus. Gerade diese Multidimensionalität stellt jedoch eine besondere methodische Herausforderung dar und ist mit nicht unerheblichen Versuchungen verbunden, wie die Erfahrungen mit den immer beliebter werdenden öffentlichen Filmdiskussionen mit Psychoanalytikern belegen. Es scheint daher ratsam, sich als klinische Psychoanalytiker im Umgang mit dem Film der Möglichkeiten, aber auch der Grenzen bewußt zu bleiben:

Die Wenigsten von uns verfügen über die Kompetenz von Filmwissenschaftlern und Filmkritikern; je weniger wir über die besonderen Entstehungs- und Produktionsbedingungen von Spielfilmen wissen, desto mehr sind wir der Versuchung ausgesetzt, den Filmen theoretische Modelle und Konstrukte über zu stülpen.

Eine weitere Versuchung besteht in einer Verwechslung bzw. ungenügenden Differenzierung zwischen dem klinischen Behandlungsverfahren und der Filmpsychoanalyse:

der Film, seine Protagonisten und der Regisseur werden dann wie ein klinischer Fall »auf die Couch« gelegt, ohne daß die damit verbundenen methodischen Probleme ausreichend gewürdigt werden.

Vor allem die Besonderheit des Mediums, die Situation im Kino und die intersubjektive Komponente der Filmerfahrung, d. h. die Generierung von Bedeutung, die zwischen den Filmbildern und dem Zuschauer als Subjekt des Filmerlebens mit seinen jeweiligen impliziten Wahrnehmungsmustern entsteht, gerät damit leicht aus dem Blickfeld².

Gerade diese Besonderheiten, diese Vielfalt an Betrachtungsmöglichkeiten macht die tiefenpsychologische Beschäftigung mit Kino so reizvoll. Wir haben am 5. Dezember sehr lebhaft über den Film diskutiert.

² Ralf Zwiebel

INFO

Neue Leitlinie: Diagnostik und Therapie von akuten Folgen psychischer Traumatisierungen

Im Dezember 2009 wurde eine S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung Version 1.1) veröffentlicht.

Daran ist bemerkenswert, dass der Psychotherapie der Depression dabei eine wichtige Rolle zugewiesen wird. Für jemand, der in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts seine ersten Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht hat, eine ganz unglaubliche Entwicklung.

Unter dem Punkt 3.4 *Psychotherapie* heißt es:

„In der Behandlung depressiver Erkrankungen hat sich Psychotherapie heute in großem Umfang mittels unterschiedlicher Verfahren etabliert, sowohl im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

Die *psychotherapeutische Basisbehandlung depressiver Störungen* beinhaltet folgende Aspekte:

- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodelles, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen;
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie);
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

Als psychotherapeutische Verfahren, die durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sind (so genannte „Richtlinienverfahren“), stehen in Deutschland für die **ambulante Behandlung** von Patienten mit depressiven Erkrankungen **Verhaltenstherapie** und **tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie** zur Verfügung. ... Sämtliche Konzepte der Richtlinienpsychotherapie implizieren eine umfassende Behandlung, die sowohl die Symptombeseitigung, die Stabilisierung der Verbesserungen sowie die Rezidivprophylaxe beinhaltet.

...

Die meisten Belege für eine **psychotherapeutische Monotherapie** liegen für *leichte und mittelgradige depressive Störungen* vor. Bei *mittelschweren- bis schweren depressiven Episoden* ist eine Differenzialindikation erforderlich. Es ist zu berücksichtigen, dass bei *schweren depressiven Episoden* die Wirksamkeit einer alleinigen Psychotherapie gegenüber einer alleinigen Pharmakotherapie oder einer Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie erhöht sein kann. Analog zum Vorgehen bei einer pharmakotherapeutischen Behandlung kann bei einer *leichten depressiven Episode* mit dem Beginn einer störungsspezifischen Psychotherapie abgewartet werden, wenn anzunehmen ist, dass die depressive Symptomatik sich ohne Therapie zurückbildet.

Innerhalb der nächsten 14 Tage sollte dann jedoch eine erneute Kontrolle der Symptomatik stattfinden („aktiv-abwartende Begleitung“ - „**Watchful Waiting**“) und über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.

...

Zur Behandlung akuter leichter- bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.

...

Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren- bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.

...

Bei Patienten mit Dysthymien, Double Depression und chronischer Depression wurden bisher insgesamt vergleichsweise weniger Psychotherapiestudien und solche mit relativ kleinen Stichproben und relativ kurzen Therapiezeiträumen durchgeführt. Die Studienergebnisse zeigen, dass Psychotherapie auch bei den chronischen Depressionsformen wirksam, eine Kombinationstherapie mit Antidepressiva jedoch überlegen ist.

...

3.4.3 Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie

Psychotherapie wird in der Praxis im Rahmen der Behandlung depressiver Störungen häufig mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Hierbei lassen sich drei Formen unterscheiden:

1. Psychotherapie wird nach einer Pharmakotherapie in der Akutbehandlungsphase eingeführt.
2. Die eine oder andere Behandlungsform wird zusätzlich bei Nicht- bzw. geringer Effektivität einer alleinigen Behandlungsform eingeführt (augmentierend) bzw. wenn Aspekte hinzukommen, die eine spezifische Indikation zur Pharmakotherapie oder zur Psychotherapie ergeben.
3. Beide Behandlungsformen werden gleichzeitig angewendet.

Empfehlung/Statement Empfehlungsgrad

Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.

...

3.4.4 Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie

Wegen des häufig rezidivierenden Verlaufs depressiver Störungen und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs und zur Rezidivprophylaxe haben psychotherapeutische Strategien, die einen einmal eingetretenen Behandlungserfolg beibehalten helfen, wachsende Bedeutung, ebenso geeignete Verfahren zur Behandlung einer Residualsymptomatik bei partieller Remission.

...

Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.

...

Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden. **A**

3.4.5 Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression

Als behandlungsresistent werden depressive Störungen angesehen, wenn Patienten auf mindestens zwei unterschiedliche, adäquat (auf-)dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen keine Response gezeigt haben.

Empfehlung/Statement Empfehlungsgrad

Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.“

Der gesamte Text der Kurzfassung und die Langfassung inkl. Literaturverzeichnis sowie Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über die Webseiten <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de> und <http://www.awmf-leitlinien.de> zugänglich.