Rundbrief Oktober 2000

Inhalt:

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort (1. Vorsitzender)
2.1 Vorstellung neuer Landesstellenleiter Baden-Württemberg Dr. med. M. Abel
2.2 Zweite Landesstellenleiterin Nordrhein-Westfalen Dr. med. Monika Herma-Boeters
2.3 Verabschiedung Landesstellenleiter Baden-Württ. Prof. Dr. med. Karl Mann
3. Bericht über die Jahrestagung 16. - 18. 6. 2000
3.1 Vortrag Dr. Ohm
3.2 Vortrag Dr. Clausen
3.3 Vortrag Dr. Stetter
4. Leitlinie Hypnose der DGÄHAT
5. Mitgliederversammlung der DGÄHAT am 19.06.2000
5. 1 Laudatio Prof. Dr. med. Dietrich Langen
5. 2 Laudatio Dr. med. Herbert Mensen
6. Bericht über die Treffen der korporativen Mitglieder der AÄGP
7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT/Hypnose/Hypnotherapie in Lindau am 19.04.2000
8. Beteiligung unserer Fachgesellschaft beim 15. Internationalen Kongress für Hypnose in München
8.1 Gründung eines wissenschaftlichen Beirates der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften
9. Neue Mitglieder
10. Verstorbene Mitglieder
11. Zertifikate
12. Veröffentlichungen von Mitgliedern der Gesellschaft
12. 1 Buchbesprechung "Hypnose-Trance-Suggestion" von Dr. med. Peter Halama (W.-R. Krause)
12. 2 Buchbesprechung "Progressive Relaxation für Kids" von Dipl.-Psych. Dr. Dietmar Ohm (C. Derra)
13. Aktuelle Information zur STÄKO am 18. 10. 2000
14. Termine/Tagungen/internationale Kongresse

---

1. Liebe Mitglieder,

unser Rundbrief hat eine andere Form bekommen. Veränderungen bahnen neue Wege. Die Landestelle in Baden-Württemberg leitet jetzt Dr. Abel, seinem Vorgänger Prof. Mann danken wir ganz herzlich für seine Arbeit. Für Nordrhein-Westfalen ist vom Vorstand Frau Dr. Herma-Boeters als zweite Landestellenleiterin benannt worden. Die Landesstellenleiter sind regiona Ansprechpartner für Ratsuchende, vermitte Weiterbildungkurse und pflegen den Kontakt zu den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.
Die Jahrestagung in Blankenburg ist aus der Sicht des Vorstandes sehr gelungen. Die gehaltenen Vorträge sind im Rundbrief abgedruckt. Zur Leitlinie "Therapie mit Hypnose" müssen die neuen Hypnose-

Wirksamkeitsstudien noch eingearbeitet werden. In unserer lebendigen und gut besuchten Mitgliederversammlung ist der Vorstand neu gewählt worden. Herr Prof. Langen (postum) und Herr Dr. Mensen sind für ihre besonderen Leistungen für unsere medizinische Fachgesellschaft zu Ehrenmitgliedern einstimmig benannt worden.
Ein Kooperationsvertag mit der Allgemeinen Ärztlichenen Gesellschaft für Psychotherapie [AÄGP] zur engeren Zusammenarbeit wird angestrebt. Ein Informationsaustausch mit den Vertretern der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie erfolgte wieder in Lindau während der Psychotherapiewochen. In München haben wir uns mit Vorträgen und Kursen am Internationalen 15. Kongress für Hypnose beteiligt, im Beirat der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften arbeiten wir mit. Neue Mitglieder sind zu begrüßen, die verstorbenen Mitglieder zu betrauern. Die Zahl unserer Dozenten für AT und Hypnose nimmt erfreulicherweise ständig zu. Sowohl die Therapeutenliste als auch die Dozentenliste sind im Internet [www.dgaehat.de] für jeden zugängig. Auch unser Mitgliederverzeichnis steht im Internet. Bitte überprüfen Sie Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche.
Nach den Veröffentlichungen unserer Mitglieder finden sie zwei Buchbesprechungen, Tagungstermine und unseren Weiter-bildungskalender. Die Anfragen Ratsuchender [per Telefon / Post / Fax / und E-mail Info@dgaehat.de] nach ärztlicher Hypnose haben in letzter Zeit wieder zugenommen. Ich habe viele Wünschen für das auslaufende Jahr: · Entscheiden Sie sich bitte für die beiliegende Liste aktiver Therapeuten [Postversand/Internet]. · Beantragen Sie bitte bei vorliegender Qualifikation das Therapeuten und Dozentenzertifikat. · Werden Sie bitte Mitglied bei der ISH und AÄGP. · Nehmen Sie bitte am Festkongress der AÄGP "75 Jahre ärztliche Psychotherapie-Rückblick und Ausblick" in Berlin vom 01. bis 03. Juni 2001 (Pfingsten) teil. Ein Symposium "Entspannungsverfahren" wird von S. Stephan und F. Stetter mitorganisiert. · Teilen Sie uns bitte Ihre örtlichen/ regionalen Weiterbildungsaktivitäten mit und arbeiten und wirken Sie bitte aktiv am Rundbrief mit. ·

Ihr Dr. med. Günter R. Clausen

2.1 Vorstellung des neuen Landesstellenleiters in Baden-Württemberg Herr Dr. med. Matthias Abel

Dr. med. Matthias Abel, Jahrgang 1965, Studium in Tübingen, 1992 Promotion. Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie. Seit 1998 in eigener Praxis in Stuttgart niedergelassen. Mitglied der DGÄHAT seit Anfang 1997. AT-Dozent seit 1998 und Hypnose-Dozent seit 1999

2.2 Vorstellung der zweiten Landesstellenleiterin Nordrhein-Westfalen Frau Dr. Monika Herma-Boeters

Dr. med. Monika Herma-Boeters, geb. 25. 4. 1955 in Windhoek, Südwestafrika/Namibia 1973 Studium Naturwissen-schafte (B.Sc.) Rhodes University Südafrika. 1974-1975 Studiur Psychologie University of South Afrika, Pretoria. Studium der Medizin in Kiel. 1983 Approbation, 1988 Promotion, seit 1991 Fachärztin für Kinder- u. Jugend-psychiatrie. 1993 Fachärztin für Psychiatrie, seit 1995 FÄ für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie. Seit 1994 Mitglied der DGÄHAT. AT und Hypnose Dozentin seit 1996. Psychotherapieweiterbildung seit

1979, Zusatzausbildung als Familientherapeutin bei der APF Köln seit 1996.

2.3 Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. Karl Mann

Seit Beginn der 90er Jahre leitete Prof. Dr. med. **Karl Mann**, damals Oberarzt der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie derEberhard-Karls-Universität Tübingen, gemeinsam mit seinem damaligen Assistenten, Priv.-Doz. Dr. med. Friedhelm Stetter, die Landesstelle in Baden-Württenberg. Nach dem Wechsel von Priv.-Doz. Stetter an die Oberbergklinik Extertal Ende 1995 leitete Professor Mann, der inzwischen eine Abteilung für Suchtforschung und Suchttherapie in Tübingen aufgebaut hatte und diese leitete, die Landesstelle allein weiter. Im Jahr 1999 wurde Professor Mann dann auf den ersten und neu errichteten Lehrstuhl für Suchtforschung der Universität Heidelberg am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim berufen. Hierzu sei an dieser Stelle noch einmal auch von Seiten des Vorstandes der DGÄHAT Herrn Professor Mann herzlich gratuliert. Obgleich sein beruflicher Werdegang deutlich macht, daß seine Interessensschwerpunkte sich in den letzten Jahren ganz zentral der Erforschung und der Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen zugewandt hatten, hielt er jedoch stets seinen Bezug zu den "klinisch aktiven Verfahren" (Autogenes Training, Hypnose) aufrecht, die ihn seit seiner Aus- und Weiterbildung bei Prof. Dr. Dietrich Langen in Mainz prägten und auch weiterhin prägen. Neben der Leitung der Landesstelle Baden-Württemberg war Herr Professor Mann im Hinblick auf Autogenes Training und Hypnose in der Studentenlehre, in der Weiterbildung und auch in der Forschung tätig und bereicherte dadurch wesentlich das Spektrum der Aktivitäten der DGÄHAT. Mit unserem herzlichen Dank hierfür verbinden wir die besten Wünsche für seine wichtigen weiteren Zukunftsaufgaben.
PD Dr. med. Friedhelm Stetter

3. Bericht über die Jahrestagung

Bei der Jahrestagung der DGÄHAT vom 16. bis 18. Juni 2000 in Blankenburg/Harz suchten 110 Mitglieder/Teilnehmer die Gelegenheit zum Meinungsaustausch und die Diskussion über die Vorträge zum Thema "Autogenes Training und Hypnose bei substanzgebundenen Abhängigkeiten". Die Vorträge sind anschließend auch für diejenigen, die an der Tagung nicht teilnehmen konnten, abgedruckt. Leider ist der lebhafte Erfahrungsaustausch aus 10 Seminaren hier nicht schriftlich darstellbar. Aus den Rückmeldungen ergeben sich jedoch die positive Resonanz der Tagung und der Gruppenerlebnisse. Ebenso spannend war die Mitgliederversammlung mit Neuwahl des Vorstands und Erörterung von wichtigen Themen aus Praxis/Klinik und berufspolitischen Erwägungen. Das Protokoll der Mitgliederversammlung finden Sie unter Punkt 5.
DMS

3.1 Vortrag Dr. Ohm
Das Paradigma der Salutogenese: Zur Bedeutung salutogenetischer Faktoren bei substanzgebundenen Abhängigkeiten.

Vor allem wissenschaftliche und technologische Fortschritte der Mikrobiologie trugen seit Beginn unseres Jahrhunderts zu einer "Biologisierung" der Medizin bei. In einer Art naturwissenschaftlich-mechanistischer Auffassung wurde und wird auch heute oftmals eine spezifische Störungsursache für Funktionsfehler der "Körper-maschinerie" verantwortlich gemacht. Da Krankheit auf einer spezifischen biologischen Ursache beruhen soll, richten sich die medizinischen Aktivitäten vor allem gegen den "Krankheitserreger". Aus diesem Grund kommt es zu einer Zentrierung der Blickrichtung auf Krankheiten und nicht mehr wie etwa in der Antike auf die Gesundheit. Krankheit wird als eine Störung der normalen Funktionen der Organe oder Organsysteme im Körper verstanden. Der kranke Mensch erscheint dabei nur als passiver Träger einer Krankheit und wird in der

Folge zum Objekt einer Behandlung. Sein Seelenleben und seine sozialen Bezüge werden vom körperlichen Geschehen abgetrennt, da sie im biomedizinischen Krankheitsmodell nicht berücksichtigt werden. Hierin zeigt sich eine zuerst von dem Philosophen Descart vorgenommene Trennung zwischen Leib und Seele. Der Körper wird als eine Art Maschine angesehen, die nach spezifischen Gesetzmäßigkeiten funktioniert. Eine Erklärung von "Defekten" erfolgt durch eine Reduktion auf physikalisch-chemische Prozesse. Dabei wird angenommen, daß gleiche Ursachen auch gleiche Folgen in Form bestimmter Erkrankungen mit sich bringen. Die medizinischen Behandlungen konzentrieren sich daher auf technologische Lösungen zur Behebung des angenommenen funktionellen Defekts.
Vor allem in Hinblick auf Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Cholera) hat die biomedizinische Orientierung große Fortschritte für die Menschheit gebracht und viele Leben retten oder verlängern können. Andererseits ist die Betrachtung des ganzen Menschen mit seinen vielfältigen sozialen Bezügen in den Hintergrund getreten. Dies hat zu wachsenden Problemen im Bereich der Medizin geführt. Viele Menschen sind mit einer relativ unpersönlichen und meist unter Zeitdruck stattfindenden medizinischen Behandlung unzufrieden. Sie möchten als Persönlichkeiten und nicht nur als Träger von Erkrankungssymptomen gesehen werden.
Außerdem zeigt sich, daß naturwissenschaftlich-mechanistisch orientierte medizinische Behandlungsverfahren oft ineffektiv sind oder sogar bestehende Beschwerden vergrößern. Beispielsweise lassen sich bei vielen Menschen mit chronischen Schmerzen keine eindeutig organischen Krankheitsursachen finden. Vielmehr liegt der Grund der Schmerzen oft in einem Zusammenwirken verschiedener körperlicher, seelischer und sozialer Einflüsse. Das biomedizinische Behandlungsprinzip richtet sich jedoch oft nur gegen die Schmerzen, so daß entsprechende schmerzunterdrückende Medikamente verabreicht werden. Da es jedoch zu keiner Behandlung der vielfältigen Ursachen kommt, muß diese Medikation dauernd beibehalten werden. Die Medikamente verlieren mit der Zeit an Wirksamkeit, so daß es häufig zu Dosiserhöhungen und zu der Herausbildung einer Abhängigkeit kommt. Nicht selten erzeugen die Schmerzmedikamente beispielsweise bei Kopfschmerzen nach längerer Gabe sogar selbst Schmerzen, so daß der Patient schließlich in einer Art Teufelskreis gefangen ist.
Ähnliche Probleme ergeben sich auch bei seelisch bedingten Störungen des vegetativen Nervensystems. Hieraus können verschiedene Beschwerden wie Herzschmerzen, Herzrhythmus-störungen, Verdauungsprobleme, Bluthochdruck, Kopfschmerzen, innere Unruhe und Schlafstörungen resultieren. Das Mittel der Wahl ist für viele Ärzte ein Beruhigungsmedikament (Tranquilizer), das aber ebenfalls zu keiner Heilung führen kann, sondern nur kurzfristig eine Erleichterung bringt. Außerdem wird so eine Abklärung der Ursachen und damit eine Änderung erschwert oder verhindert. Längerfristig kommt es auch hier zur Gewöhnung und Abhängigkeit, so daß oft zusätzlich die medikamentenbedingten Nebenwirkungen behandelt werden müssen. Die bei Schlafstörungen oft verschriebenen Schlafmedikamente erzeugen bei längerer Anwendung meist zusätzliche Störungen des natürlichen Wach- / Schlafrhythmus, so daß sich das Schlafproblem mit der Zeit vergrößert und auch hier eine Abhängigkeitsgefahr besteht.

Gesundheit erreichen statt Krankheit bekämpfen - Das Modell der Salutogenese

Die grundlegende Orientierung des biomedizinischen Modells an Krankheit wurde insbesondere von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky kritisiert. Er schlägt dagegen eine Orientierung an der Gesundheit von Menschen vor und formu-lierte das Modell der "Salutogenese". In dem Wort "Salutogenese" sind die Begriffe "Gesundheit" (lat. Salus) und "Entstehungs-geschichte" (gr. Genesis) enthalten. Die grundlegende Frage ist nach Antonovsky nicht "was macht krank", sondern "was hält gesund".
Ein weiterer wichtiger Ausgangspunkt für diesen Perspektiven- oder Paradigmawechsel liegt in der Beobachtung, daß Krankheit keineswegs eine Ausnahmeerscheinung und "Gesundheit" der Normalzustand ist. Dementsprechend

hält Antonovsky es für eine Illusion, daß es der Medizin auch bei intensivsten Forschungsanstrengungen gelingen könnte, alle krankheitsverursachenden Faktoren zu erkennen und auszuschalten. Er hält es für einen grundlegenden Irrtum des biomedizinischen Modells, einen gesund-heitlichen Gleichgewichtszustand (Homöostase) als Normalzustand anzusehen. Gesundheit kann nicht bereits dadurch erreicht werden, daß bestimmte störende Einflüsse nicht vorhanden sind oder ausgeschaltet werden. Nicht das Gleichgewicht, sondern das Ungleichgewicht ist ein Grundprinzip des Lebens. Da somit Krankheit und Tod als grundlegende Phänomene angesehen werden, richtet sich das Interesse vor allem darauf, wie die körperliche und seelische Gesundheit erhalten bleibt oder bei Störungen wieder hergestellt wird.
Epidemiologische Untersuchungsergebnisse unterstreichen Antonovskys Feststellung, daß selbst in den industrialisierten Ländern mit vergleichsweise hohem Lebensstandard und bei allem medi-zinischen Fortschritt auch heute noch ein großer Anteil der Bevölkerung krank ist. Wenn man dann noch bedenkt, daß die heute bekannten krankheitsverursachenden Faktoren in Form von Mikro-organismen, Umweltgiften und psychosozialen Belastungen stark verbreitet sind, ist weniger das Phänomen "Krankheit" als vielmehr das Phänomen "Gesundheit" erstaunlich. Es stellen sich dement-sprechend die Fragen: "Wie schaffen es Menschen trotz aller Belastungen und Gefährdungen gesund zu werden und gesund zu bleiben?" "Wie schaffen es Menschen in belastenden Situationen weniger als andere zu leiden?"
Das Konzept der Salutogenese widerspricht dem Modell der Pathogenese (Krankheitsentstehung) u. a. in folgenden Aspekten:
* Die dichotome (gegensätzliche) Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit wird abgelehnt. Vielmehr wird ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit angenommen auf dem Menschen eine bestimmte Position einnehmen. Sie sind also mehr oder weniger gesund.
* Es geht nicht allein um die Identifizierung spezifischer Ursachen für eine eng umrissene Krankheit (Ätiologie). Vielmehr geht es bei der Salutogenese um die Einbeziehung der gesamten Lebensgeschichte einschließlich Krankheit und gesundheitlichen Schutzfaktoren.
* Die grundlegende Frage lautet nicht: "Welche Ursachen haben einen Menschen krank gemacht?" Dagegen interessiert vor allem: "Welche Faktoren helfen die Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu verbessern?" Diese gesundheitsfördernden Einflüsse werden Bewältigungsressourcen genannt.
* Stressoren (belastende Einflüsse) werden nicht mehr nur als etwas Negatives verstanden, das beseitigt werden muß. Vielmehr wer-den Stressoren als zum Leben dazugehörig und allgegenwärtig anerkannt. Sie können durchaus auch positiv sein, wenn bei einer erfolgreichen Spannungslösung oder Bewältigung von Problemen eine gesundheitliche Verbesserung oder eine Ausbildung bzw. Vergrößerung von Fähigkeiten erreicht wird.
* Es werden nicht eng umrissene "Patentrezepte" gegen Krankheiten ("magic bullit" - Lösungen) angestrebt. Vielmehr wird möglichst umfassend nach gesundheitlich günstigen Einflüssen gesucht, die eine aktive Anpassung des Organismus an die Umwelt erleichtern können.
* In Untersuchungen mit salutogenetischer Orientierung interessieren nicht nur Erkrankungen. Vielmehr richtet sich das Interesse der Forscher insbesondere auch auf die Menschen, die trotz belastender Einflüsse gesund bleiben.

Die Art der Betrachtung von "kranken" Menschen ändert sich ebenfalls. Sie sind nicht nur "krank", sondern immer auch gleichzeitig mehr oder weniger gesund. Somit sind auch ihre gesundheitlichen Ressourcen und Stärken sowie entsprechende Möglichkeiten der Förderung interessant. Kranke Menschen werden also nicht nur als "Symptomträger" gesehen, sondern werden in ihrer Ganzheitlichkeit mit ihren Schwächen und insbesondere mit ihren Stärken betrachtet.
Die oft beklagte mangelnde Humanität im medizinischen Versorgungssystem hat ihre Ursache durchaus auch in der ausschließlichen Konzentration auf Krankheiten. Der Mensch geht dabei in seiner Ganzheit leicht verloren, so daß Patienten nicht

selten auf ihre Krankheiten reduziert werden ("der Blinddarm von Zimmer 22"). Eine derartige grundlegende Haltung führt bei vielen Krankenhauspatienten zu Gefühlen des Ausgeliefertseins und des mangelnden Respekts vor ihrer Persönlichkeit. Bezeichnenderweise sprechen wir von "Krankenhaus" und nicht von "Gesundheitshaus".
Aus diesen Gründen wird von salutogenetisch orientierten Forschern neben der herkömmlichen Krankheitsdiagnostik auch eine "Kompe-tenzdiagnostik" (Fähigkeitsdiagnostik) gefordert. Hiermit wird einem optimistischeren und konstruktiveren Menschenbild der Weg bereitet, das Fähigkeiten und Stärken betont und an einer Förderung dieser positiven Aspekte ansetzt.

Zusammenfassende Bewertung des Modells der Salutogenese

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky ist als eine Erwiderung auf das biomedizinische Krankheitsmodell zu verstehen. Das große Verdienst des salutogenetischen Ansatzes ist darin zu sehen, daß er den Blick auf gesundheitserhaltende und gesundheitsschützende Ein-flüsse gerichtet hat. Unter dem Einfluß des biomedizinischen Krankheitsmodells lag das Hauptaugenmerk der Gesundheitsberatung vor allem darin, zum Unterlassen gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen wie beispielsweise Rauchen und übermäßiger Alkoholgenuß aufzufordern. Diese negative Herangehensweise löst nicht selten Widerstand aus, da Menschen sich eingeschränkt und bevormundet fühlen.
Die Konzentration auf Verbote führt zu einer Defizitorientierung, weil bestimmte Verhaltensweisen und Gewohnheiten ersatzlos gestrichen werden sollen. Nicht selten dienen die gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen aber zur Bewältigung belastender Erfahrungen und überforderndem Streß. Beispielsweise kennen fast alle Raucher und Alkoholabhängige die Erfahrung, daß sie in Belastungssituationen vermehrt rauchen oder trinken. Insofern sind diese Verhaltensweisen als gesundheitsschädliche Bewältigungsversuche von Streßbe-lastungen aufzufassen. Bei alleinigen "Verboten" wird diese positive stimmungsregulierende und streßreduzierende Funktion der meisten gesundheitlich riskanten Verhaltensweisen nicht berücksichtigt. Gesundheitlich riskante Verhaltensweisen sollen keinesfalls ver-harmlost werden; ein schlichtes "Verbot" reicht aber sicher nicht aus. Vielmehr ist der Aufbau neuer gesundheitlich günstiger Verhaltensweisen und Fähigkeiten notwendig. Die Entwicklung gesundheitlich günstiger Bewältigungsfähigkeiten und Schutzfaktoren können dazu beitragen, riskante Verhaltensgewohnheiten überflüssig werden zu lassen. In der Betonung der Bedeutung gesundheitlich positiver Aktivitäten liegt ein wertvoller Beitrag des salutogenetischen Modells. Hierdurch wurden viele Forscher angeregt, ihren Blick auf die positiven Kräfte für die Gesundheit zu richten und nicht nur die Risiken herauszustellen. Die salutogenetische Orientierung umgeht ein weiteres Dilemma des biomedizinischen Krankheitsmodells. Wie bereits erwähnt, lassen sich gesundheitliche Risikofaktoren häufig nicht vermeiden. Beispiels-weise bleiben in der heutigen wirtschaftlichen Situation nicht wenige Menschen an ihrem sie überfordernden und frustrierenden Arbeitsplatz, obwohl sie genau wissen, daß sie damit ihre Gesundheit gefährden. Der Mangel an Alternativen aufgrund der bestehenden Arbeitslosigkeit und die berechtigte Angst vor einem sozialen Abstieg läßt ihnen oft keine andere Wahl. Auch in diesem Fall ist der Blick auf mögliche gesundheitliche Schutzfaktoren sehr wichtig. Sie können helfen, ein Gegengewicht gegen nicht veränderbare Belastungen zu bilden, um das gesundheitliche Risiko "abzupuffern".

Gesundheitliche Schutzfaktoren

Das von Antonovsky vorgelegte Modell der Salutogenese hat mehr und mehr Forscher in den letzten Jahren motiviert, nach den die Gesundheit schützenden und fördernden Einflüssen Ausschau zu halten. Auch wenn heute im Vergleich zu der auf gesundheitliche Risikofaktoren bezogenen Forschung erst relativ wenige Konzepte und Studien zu Schutzfaktoren vorliegen, so zeichnen sich dennoch bereits interessante und weiterführende Ergebnisse ab. Aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse gelten als salutogenetische Faktoren:

Kohärenzgefühl, sozialer Rückhalt, befriedigende Sexualität, Humor, Flow-Erlebnisse, Genußfähigkeit, Lebenssinn, Sport und Entspannungstraining. Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, auf alle diese Faktoren einzugehen, ein ausführlicher Überblick findet sich bei Ohm (1997). Beispielhaft sollen im folgenden einige kurze Bemerkungen zu den Faktoren Kohärenzgefühl, sozialer Rückhalt, Humor, Entspannungstraining und Genußfähigkeit gemacht werden.

Kohärenzgefühl

Aaron Antonovsky hat nicht nur das biomedizinische Krankheitsmodell kritisiert und als Alternative das Modell der Salutogenese als Forschungsrichtung vorgelegt. Er hat sich durch eigene Forschungsaktivitäten auch um eine Konkretisierung seiner theoretischen Annahmen bemüht. Die Analyse von Gemeinsamkeiten der zahlreichen generalisierten Widerstandsressourcen führte ihn zu dem Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence). Der aus dem lateinischen stammende Begriff Kohärenz bedeutet so viel wie Zusammenhang. Das Kohärenzgefühl wird vor allem durch drei Komponenten geprägt:
* **Verstehbarkeit** (comprehensibility). Diese Komponente betrifft das Ausmaß, in wie weit tägliche Belastungen als sinnvoll, nachvollziehbar und durchschaubar erlebt werden.
* **Bewältigbarkeit** (manageability). Hierunter wird verstanden, in wie weit sich jemand zutraut, Anforderungen mit den zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Hilfen zu bewältigen.
* **Sinnhaftigkeit** (meaningfulness). Hierbei geht es darum, wie sehr das Leben emotional Sinn macht. Sinnhaftigkeit bezieht sich also darauf, ob die Probleme und Anforderungen des Lebens derart erlebt werden, daß es sich für sie einzusetzen lohnt.

Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl neigen weniger dazu, Belastungssituationen durch gesundheitlich riskantes Verhalten wie Rauchen, Alkohol, übermäßige Nahrungsaufnahme und Drogen zu "bewältigen". Ihnen stehen effektivere und gesundheitlich günstigere Möglichkeiten zum Spannungsabbau und zur Problemlösung zur Verfügung. Auf diese Weise wird der Organismus vor gesundheitlich schädlichen Einflüssen geschützt.
Die zweite "Brücke" zwischen dem psychischen Bereich, dem Verhalten und dem Körper liegt gemäß Antonovsky in spezifischen Abläufen im Körper. Er nimmt an, daß das Kohärenzgefühl eine gesundheitlich günstige Stimmungslage hervorruft, die wiederum über bestimmte Reaktionen des Gehirns in positiver Weise auf das Immunsystem einwirkt.

Mitmenschlicher Rückhalt

Mitmenschliche Unterstützung ist der gesundheitliche Schutzfaktor, der in seinen Wirkungen am besten erforscht ist und zu dem die meisten Literaturberichte vorliegen. Forschungsergebnisse zeigen allerdings, daß gesundheitlicher Schutz nicht allein durch eine hohe Anzahl von mitmenschlichen Kontakten gegeben ist. Vielmehr spielt die Qualität der Beziehungen eine entscheidende Rolle. Gesundheitlich sind dementsprechend wenige intensive und vertrauensvolle Beziehungen günstiger als viele oberflächliche Kontakte.
Aber nicht nur zwischen der Quantität und der Qualität von mitmenschlichen Beziehungen ist zu unterscheiden, sondern auch zwischen den tatsächlich vorhandenen und den wahrgenommenen Kontakten. Hierbei ist es unter gesundheitlichen Aspekten besonders wichtig, Beziehungen nicht nur zu haben, sondern sie auch tatsächlich bewußt wahrzunehmen.
In Zeiten, in denen es Menschen relativ gut geht und sie frei von Krankheiten und anderen Störungen sind, liegt der Wert der mitmenschlichen Unterstützung vor allem in der Verbesserung des Wohlbefindens und in der Erhöhung der Abwehrkräfte gegen mögliche Erkrankungen sowie in der Vorbeugung gegen Störungsbilder wie beispielsweise eine Abhängigkeit. In einer Krisensituation sind nahestehende, anteilnehmende und unterstützende Mitmenschen eine wertvolle Hilfe, diese Krise möglichst gut zu bewältigen.

Die hilfreiche, emotional stabilisierende Wirkung des mitmenschlichen Rückhaltes spielt bei Selbsthilfegruppen eine wesentliche Rol-le. Im Suchtbereich tätige Gruppe wie die Anonymen Alkoholiker oder das Blaue Kreuz, um nur diese stellvertretend für andere zu nennen, haben quasi eine Initialzündung für die Entstehung von einer enormen Anzahl von Selbsthilfegruppen ausgelöst, die heute in fast allen Problembereichen tätig sind. Die Erfahrungen aus der erfolgreichen Arbeit der Gruppen im Suchtbereich hat die wichtige salutogenetische Bedeutung dieses Schutzfaktors besonders deutlich werden lassen.

Humor

Im Volksmund wird die gesundheitliche Bedeutung des Lachens und des Humors hoch eingeschätzt. "Lachen ist gesund!", heißt es, oder auch: "Lachen ist die beste Medizin!" Die Volksweisheit umfaßt viele wertvolle Erkenntnisse, die lange Zeit von der Wissenschaft gering ge-schätzt wurden. Erst seit wenigen Jahren beschäftigen sich Forscher mit der sprichwörtlichen Schutz- und Heilwirkung von Lachen und Humor. Es liegen zahlreiche Fallberichte vor, die die sprichwörtliche Heilwirkung von Humor und Lachen bestätigen. Lachen hängt mit charakteristischen körperlichen Reaktionen zusammen, wobei vor allem eine Intensivierung der Atmung auffällt. Daneben wirkt sich Lachen auch auf das Herzkreislaufsystem, auf das Immunsystem und auf den Anspannungsgrad der Muskulatur aus. Humor und Lachen werden durch geistige Flexibilität und Kreativität gefördert, die das Einnehmen überraschender Perspektiven und das Erkennen von Absurditäten ermöglichen. Bisher werden Humor und Lachen erst in wenigen Psychotherapierichtungen als wesentliche Elemente bewußt eingesetzt. Die vorliegenden Erfahrungen legen es nahe, Humor und Lachen verstärkt als gesundheitlichen Heil- und Schutzfaktor zu nutzen. Diese Einschätzung wird durch experimentelle Befunde unterstützt, die u. a. eine Aktivierung des Immunsystems aufgrund von Lachen feststellten. Resümee: Jedem ist zu empfehlen, möglichst mit Humor durchs Leben zu gehen und viel zu lachen, denn Lachen ist tatsächlich "die beste Medizin".

Entspannungstraining

Psychische Belastungen und Distreß spielen bei der Entstehung von gesundheitlichen Beschwerden eine große Rolle. Es liegt nahe, daß in der Verbesserung der Entspannungsfähigkeit eine wichtige Möglichkeit liegt, um gesundheitsschädlicher Überforderung entgegenzuwirken, streßbedingten Beschwerden vorzubeugen und bereits eingetretene Störungen zu bessern. Entspannungstraining kann die Fähigkeit verbessern, Alltagsbelastungen in günstiger Weise zu bewältigen, kann die Gesundheit stärken und die Lebensqualität erhöhen. Dabei darf Entspannungstraining natürlich nicht als ein allumfassendes Patentmittel zur Lösung aller Lebensprobleme mißverstanden werden. Aber das regelmäßige Praktizieren des Trainings ist im Sinne eines gesundheitlichen Schutzfaktors ein wichtiger eigener Beitrag, um die seelische und körperliche Gesundheit zu schützen und zu stärken.
Am weitesten weltweit verbreitet und in ihren positiven Wirkungen wissenschaftlich am besten abgesichert sind die Progressive Relaxation und das Autogene Training (s. im Überblick etwa Ohm, 1994). Seit einigen Jahren werden auch in Deutschland vermehrt Kurse für die Progressive Relaxation angeboten. Dieser Trend nimmt wegen der nachgewiesenen gesundheitlichen Vorteile dieses Entspannungsverfahrens noch zu.
Die mit Hilfe von Entspannungstraining erzielbaren Effekte machen verständlich, dass diese Verfahren auch im Bereich der Suchtbehandlungen sowohl primär, sekundär und tertiär präventiv mit Gewinn eingesetzt werden können und sollten. Zwar gehören insbesondere in vielen Suchtkliniken Entspannungsverfahren als "Basispsycho-therapeutika" zum Behandlungsprogramm, wobei in verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken vor allem die Progressive Relaxation zum Einsatz kommt. Erstaunlicherweise wird aber offenbar die therapeutisch positive Bedeutung dieser Verfahren als selbstverständlich vorausgesetzt. Im

Schrifttum zur Suchtprävention und -Therapie finden sich kaum Arbeiten, die sich explizit mit der Bedeutung von Entspannungsverfahren auseinandersetzen. So finden sich beispielsweise in Handbuchbeiträgen (etwa de Jong-Meyer, 1988; Lieb, Zielke & Jäger, 1994) und in Überblicksartikeln sowie The-rapiemanualen (etwa Lindenmeyer, 1999) kaum Hinweise zur Bedeutung von Entspannungsverfahren. Der Band 2 (Anwendungen) des Handbuches der Entspannungsverfahren (Petermann & Vaitl, 1994) ent-hält keinen Beitrag zu Suchterkrankungen. Die Arbeits-gruppe um Grawe, Donati & Bernauer (1994) fand weltweit nur eine (ältere) empirische Studie (Parker, Gelbert & Thoreson, 1978), die Effekte von Progressiver Relaxation bei Suchtpatienten untersuchte. Die Arbeitsgruppe um Gröninger & Stade - Gröninger (1996), die eine umfangreiche Literaturrecherche zur Progressiven Relaxation unternahm, fand keine weitere Studie zur Progressiven Relaxation bei Suchtpatienten. Eine eigene computergestützte Literaturrecherche führte lediglich zu zwei neueren Studien, die die Wirkungen von Progressiver Relaxation bei Alkoholismus untersuchten. Greeff & Conradie (1998) überprüften in einem randomisierten Kontrollgruppendesign die Wirkung von Progressiver Relaxation auf Schlafstörungen bei chronisch alkohol-abhängigen Patienten. Die Autoren stellten in der Gruppe mit Ent-spannungstraing einen signifikant stärkeren Abbau von Schlaf-störungen als in der Kontrollgruppe fest. Kominars (1997) verglich die Wirkungen von Progressiver Relaxation (einschließlich Visualisierungsübungen) mit einem Gruppenprogramm zur Psychoedukation an insgesamt 76 alkoholkranken Patienten. Als Outcome-Variablen wurden die Fähigkeit zur Bewältigung psychischer Belastungen (Coping Ressourcen) und das Ausmaß der emotionalen Erregung über Fragebögen erfaßt. Sowohl das Gruppenprogramm zur Psychoedukation als auch die Progressive Relaxation führten zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich der erfaßten Variablen, wobei sich beide Interventionsformen im Ausmaß der Effekte kaum unterschieden.

Genußfähigkeit und Sucht

Die angeborene Fähigkeit des Genießens ist nicht nur eine Möglichkeit des Organismus, günstige Verhaltensweisen zu belohnen und zu verstärken. Sie ist auch eine Gabe der Natur, Freude am Leben zu schenken. Die Lebensfreude, die wohl jedes Lebewesen empfinden kann, hat eine wichtige Funktion. Sie kann dazu ermutigen, mit Zuversicht in den Tag zu gehen und hilft, auch schwierige Lebensphasen zu durchstehen.
Ergebnisse der Hirnforschung machen deutlich, daß die Natur uns die Fähigkeit zur Freude sogar in einem extra dafür vorgesehenen Gehirnbereich mit auf den Weg gegeben hat. Dieser Bereich steht mit vielen anderen Gehirnbereichen in Wechselwirkung, so daß er durchaus eine übergeordnete Funktion haben könnte. Wissenschaftler nehmen an, daß hier die körperliche Entsprechung dessen zu finden ist, was für alle Lebewesen wesentlich ist: Lebensfreude. Ein Mangel an Lebensfreude kann bekanntlich zu Resignation, Depression und sogar Lebensüberdruß führen. Lebensfreude erhöht nicht nur die Lebensqualität, sie kann somit durchaus überlebenswichtig sein.
Mit Hilfe von Drogen wie Morphium, Kokain, Heroin und Alkohol kann wahrscheinlich ein chemischer Einfluß auf das Lustzentrum ausgeübt werden. Die Konsequenzen dieser Art künstlicher Luststeigerungen sind meist gesundheitlich fatal und führen leicht zur Abhängigkeit, da die natürlichen Wirkungszusammenhänge des Lustzentrums gestört werden. Nach dem Absetzen von Drogen treten meist Gefühle von Unlust auf, die sich bis zu extremen Entzugserscheinungen steigern können, die von Abhängigen dann wieder mit den Erleichterung und Lust spendenden Drogen "therapiert" werden. Auf diese Weise schließt sich dann der Teufelskreis, der in die Abhängigkeit mündet.
Bei Alkohol- und Drogenabhängigen ist eine eklatante Minderung der Fähigkeit zu genußvollem Erleben und Verhalten festzustellen. Das Luststreben ist völlig auf das jeweilige Suchtmittel verengt. Andere konstruktive und gesundheitlich günstige Möglichkeiten für Genuß und Lebensfreude stehen nicht mehr zur Verfügung. Oft wird Suchtkranken eine zu genußorientierte, "ausschweifende",

"gierige" Lebenshaltung unterstellt. Tatsächlich ist meist jedoch eine Unfähigkeit festzustellen, Situationen aktiv herzustellen und zu genießen, die mit Lust und Freude verbunden sind.
Nicht nur bei Suchtkranken, auch in vielen anderen Fällen ist eine Ausweitung und Intensivierung "euthymen", genußvollen Verhaltens im Sinne eines Schutzfaktors sinnvoll und wünschenswert. Aber wie so vieles ist die Fähigkeit des genußvollen Erlebens nicht immer selbstverständlich vorhanden, sondern muß oft erst (wieder) erlernt werden. Zur Verbesserung der Fähigkeit, Genuß und Freude in konstruktiver Weise zu erleben, haben beispielsweise die Diplompsychologin Eva Koppenhöfer und Rainer Lutz (1984) ein "Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Verhaltens" entwickelt. In dieser von ihnen so genannten "kleinen Schule des Genießens" behandeln sie vor allem Personen mit depressiven Störungen in Gruppen bis zu acht TeilnehmerInnen. Dabei geht es vor allem um folgende Ziele:
- Verbesserung der Sensibilität der Sinne Riechen, Tasten, Schmecken, Schauen, Horchen;
- Erlernen eines günstigen Umgangs mit potentiell Genußvollem;
- Einübung der Fähigkeit, sich in der Phantasie mit angenehmen Vorerfahrungen (Erinnerungen) zu beschäftigen und genußvolle Erlebnisse zu vertiefen.
Derartige Programme werden heute beispielsweise in vielen Psychosomatischen Kliniken mit guten Erfolgen eingesetzt.
(Literatur bei dem Verfasser)
Diplompsychologe Dr. phil. Dietmar Ohm,
Eutin

3.2 Vortrag Dr. Clausen

HYPNOTHERAPEUTISCHE BEISPIELE ZUR RAUCHERENTWÖHNUNG

Ich möchte meinen Vortrag in vier Abschnitte aufteilen. Drei kürzere Auszüge aus dem unterschiedlichen Schrifttum und mein hypnotherapeutischer Beitrag zur Raucherentwöhnung.
1. FREI von TABAK Ein Stufenprogramm zur Raucherentwöhnung und Rauchertherapie in der Arztpraxis mit Texten und Materialien der Bundesärztekammer.
2. Die medikamentöse Unterstützung bei der Raucherentwöhnung aus dem Arzneimittelbrief
3. Einfach nicht mehr rauchen ? aus dem Focus
4. Und mein modifiziertes hypnotherapeutisches Konzept zur Raucherentwöhnung
Im **Stufenprogramm der Bundesärztekammer** wird von 22 Millionen Deutschen berichtet, die rauchen. Ob jemand Raucher wird entscheidet sich meist vor dem zwanzigsten Lebensjahr. Neugierde, Nachahmung und sozialer Druck verleiten viele Kinder und Jugendliche zum Rauchen. Für das Weiterrauchen kommt dem tabakspezifischen Nikotin eine entscheidende Bedeutung zu. Nikotin ist die zentrale psychoaktive Substanz im Tabakrauch. Bereits wenige Sekunden nach dem ersten Zug bewirkt Nikotin eine angenehme, aber nur kurz wirksame Stimulation von Körper und Psyche. Der Raucher wird die Nikotinzufuhr bei bestimmten Gefühlslagen und sozialen Situationen erneuern. Damit bahnen sich Gewohnheitsbildung und pharmakologische Abhängigkeit an. Das Rauchen kann nur noch bedingt vom Raucher selbst bestimmt werden. Das Rauchen aufhören ist ein Lernprozeß. Raucherberatung ist bei folgenden Gruppen besonders erfolgversprechend:
· Frauen in der Schwangerschaft oder bei geplanter Schwagerschaft
· Eltern mit Kindern
· Raucher mit früheren Teilerfolgen beim Aufhören und hoher Erwartungshaltung
· Raucher mit guter Unterstützung in der Familie und Bekanntenkreis
· Raucher mit kurzer Rauchanamnese besonders Jugendliche oder mit geringem bis mäßigem Tabakkonsum
· Patienten mit erhöhtem Risiko wie:
· Koronare Herzkrankheiten
· Claudicatio intermittens

· Zerebrovasculäre Insuffizienz
· Chronische Bronchitis und Emphysem
· Hypertonie
· Hypercholesterinämie
· Diabetes mellitus
· Patienten über 40 Jahre
· Frauen mit Ovulationshemmern über 35

Der Hausarzt sollte im Erstkontakt mit dem Patienten die Relevanz des Rauchen erarbeiten:

1. Was bedeutet Ihnen das Rauchen?
2. Was sind die Risiken des Rauchens für Sie?
3. Was für Vorteile hat für Sie das Aufhören?

Die motivierenden guten Gründe für das Nichtrauchen kennt der Patient meist schon selbst. Ein zusätzliches gemeinsames Erarbeiten der Gründe verstärkt die therapeutische Beziehung. Hier die bekannten Argument:

· Besseres Allgemeinbefinden. Körperliche Fitness. Besserer Schlaf. Besserer Atem (gut beim Küssen). Besserer Geschmackssinn. Geldersparnis. Bessere Luft für alle.
· Schöne Haut und Zähne. Langsamerer Alterungsprozeß.
· Bessere Bedingungen für das werdende Kind. Geringeres Risiko.
· Vorbildrolle und Verantwortung für die Kinder.

Wie höre ich wann auf?

Der Zeitpunkt ist festzulegen, nach alternativem Verhalten zu suchen, eine Belohnung festlegen, eventuell Nikotinsubstitution. Der günstigste Aufhörtag sollte festgelegt werden, Entzugsbeschwerden und ein möglicher Rückfall besprochen werden. Die gezielte Raucherentwöhnung nimmt Einfluß auf alle drei Hauptursachen des gewohnheitsmäßigen Rauchens (die Gewohnheit, die Belohnung, das Nikotin). Für die Rauchgewohnheit müssen alternative Verhaltensweisen gesucht werden, wo der Raucher sich früher mit einer Zigarette belohnt hat sind alternative Genußmöglichkeiten zu überlegen, bei starken Nikotinabhängigen ist eine Nikotinsubstitution abzuwägen.

Die ärztliche Raucherberatung wird unterstützt durch Selbsthilfe-Methoden, mit Hilfe von Bezugspersonen, Nikotinsubstitution, symptomatische Pharmakotherapie und heute zunehmend durch Akupunktur. Zu den psychologischen Hilfen und Gruppenkursen gehören

· Gruppenkurse zur Raucherentwöhnung
· Psychotherapie
· Kurse zur Lebenshilfe
· Ernährungsberatung
· Progressive Muskelentspannung
· Autogenes Training und Hypnose

Hintergrundinformation für den Arzt, medizinische Folgen des Rauchens, Patienteninformationen für das Beratungsgespräch und ärztliche Dokumentationsbögen schließen das Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis ab.

Im Arzneimittelbrief wird ausgeführt, daß mit den " Nikotinersatzmitteln" und mit dem in Deutschland vor der Zulassung stehenden Antidepressivum Bupropion wirksame Medikamente zur Verfügung stehen, um entzugswillige Raucher während der Entwöhnung zu unterstützen. In Kombination mit einfachen gesprächstherapeutischen Interventionen durch den Arzt könnte jeder fünfte entwöhnungswillige Raucher langfristig abstinent werden. Leider werden diese Hilfen nur viel zu wenig genutzt. 18 % der entwöhnungswilligen deutschen Raucher verwendeten 1997 medikamentöse Hilfen, wie Nikotinpflaster, oder Nikotinkaugummi, und nur 2 % nahmen an Entwöhungskursen teil. Insgesamt scheint eine eskalierende Strategie bei der medikamentösen Unterstützung der Entwöhnung sinnvoll:

In der ersten Stufe Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi, bei Rückfall ein zweiter Versuch mit einer Kombination aus Pflaster plus Kaugummi oder Spray. Wenn dies

auch nicht erfolgreich ist, könnte Buprobion versucht werden. Über unerwünschte Arzneimittelwirkung ist jedoch noch wenig bekannt.

Einfach nicht mehr Rauchen? Die sieben erfolgreichsten Methoden im Vergleich. Neu: Die Pille gegen das Rauchen. So die Titelseite der Focus Ausgabe von Januar 2000. Ein Mann raucht zurückgelehnt genüßlich eine Zigarette, daneben steht der Ausspruch von Mark Twain: " Mit dem Rauchen aufzuhören ist nicht schwer. Ich habe es selbst schon 100-MAL geschafft." Die in USA, Kanada und den Niederlanden zugelassene Pille gegen das Rauchen, daß Antidepressivum Zyban wird vorgestellt, ebenso die vielleicht mögliche zukünftige Entwöhnungsspritze mit dem Antikörper gegen den Suchtstoff Nikotin. Der Botenstoff Dopamin, der als Neurotransmitter für den Genuß verantwortlich sein soll, wird beschrieben.
Der Verhaltenstherapeut Prof. Hans-Ullrich Wittchen vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie aus München gibt seine 10 Tipps zum durchhalten:
· Streßkiller
· Gewichtsprobleme
· Motivation stärken
· Alternativen finden
· Wetten abschließen
· Freunde, Partys & Co
· Schwimmen, kicken, saunen
· Vernichten der Raucherutensilien
· Verwöhnen und belohnen
· Rückfälle verkraften
Es werden die im Titelblatt erwähnten sieben erfolgreichsten Wege aus der Sucht dargestellt und in einem Übersichtskasten die Methodik, die Dauer, die Erfolgsrate und die Kosten dargestellt. Der Reihenfolge nach werden Nikotinersatz, Verhaltenstherapie, Antiraucherpille, Hypnose, Allen Carr, Schlußpunkt-Methode und Akupunktur vorgestellt.
Die Hypnosemethode von Dieter Kraft aus Frankfurt am Main wird kurz vorgestellt und im Übersichtskasten so zusammengefaßt: " Bei der Hypnose versetzen die Therapeuten die Raucher in Trance. Dabei wirken sie auf das Unterbewußtsein der Menschen ein. Im ersten Schritt sollen typische "Rauchersituationen" analysiert, in einem weiteren **GEDANKLICHE ALTERNATIVEN** gefunden werden. Hypnosetherapeuten verknüpfen das Rauchen mit unangenehmen Vorstellungen - zum Beispiel dem Gefühl Asche im Mund zu schmecken- und hinterlassen so eine negative Botschaft in der Erinnerung. Gleichzeitig knüpfen sie positive Gefühle an neue Nichtrauchersituationen." Die Erfolgsraten lägen nach kontrollierten Studien bei 30 %, nach Angaben zahlreicher Therapeuten jedoch bis zu 80%. Die Hypnose könne in mehreren Sitzungen in einer Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen.

Mein modifiziertes hypnotherapeutisches Konzept zur Raucherentwöhnung basiert auf der Annahme, daß das Rauchen eine wichtige psychische stabilisierende Funktion beim Raucher hat. Ein Aufhören wird von 85% der Raucher gewollt, ist aber wegen der Ich-stützenden Funktion so einfach nicht durchzuführen. Die begleitenden Affekte wie Wut, Ärger, Neid und Schuld- und Schamgefühle erschweren die Aufhörversuche ohne fremde Hilfe.
Ich bahne im Hypnoid mit dem Raucher Veränderungserlebnisse im körperlichen, emotionalen und imaginativen Bereich zur dauerhaften psychischen Veränderung an. Eine längerfristige Wirkung ist aus meiner Sicht nur durch Umstrukturierung im psychischen Bereich ohne Mangel- oder Verlusterlebnisse möglich. Aus mir selbst heraus etwas Neues machen, nicht verzichten müssen sondern die Ich-Strukturen stützen mit Zunahme der Selbstkompetenz.
Die Behandlung führe ich im liegen mit einer leichten Decke zugedeckt durch, um die Regressionsneigung zu fördern. Über eine Verbal-induktion spreche ich die Körperwahrnehmung an [Schwere/Wärme/Ruhe/Kopf frei und klar]. Nach organismischer Um-schaltung im Hypnoid führe ich direkte und indirekte Suggestionen zur Beruhigung des Nervensystems durch, spreche die Atmung als begleitenden Freund orientiert am Atemrhythmus an. Die Levitation der rechten Hand und Körperveränderungserlebnisse werden mobi-lisiert, die Altersregression

über eine Zeitdehnung eingeleitet und die Nichtraucherzeit aufgesucht. Positive Ressourcen an einem sicheren Ort mit Ganzkörperwohlbefinden werden gesucht, die eigenen Heil-kräfte angesprochen. Das Wohlbefinden in der Nichtraucherzeit wird erlebbar gemacht im körperlichen, emotionalen und imaginativen Be-reich. Der Hypnotisand wird angeregt,...nach rechts zu schauen,...nach vorne zu schauen,...nach links zu schauen,...über sich zu schauen...und nach hinten zu schauen. Die Bewegungen in den bildhaften und emotionalen Erlebnissen bewegen psychische Prozesse, eine Suche nach inneren Helfern wird aufgenommen.
Wer hilft Ihnen? Wann hilft er Ihnen? Wie hilft er Ihnen? Wie erleben Sie die Hilfe? Wie können Sie die Hilfe mitnehmen, ...weit, ...weit über die Hypnose hinaus?
Nach der sprechfreien Zeit mit eigener Ressourcenaktivierung wird die Zeitdehnung und Levitation zurückgenommen, das gleichmäßige Ganzkörperwohlbefinden mit einem posthypnotischen Auftrag über die Hypnose hinaus gebahnt. Die Heil- und Veränderungswirkung an die Atmung gekoppelt ...und alles wirkt, weit, weit hinaus. Manchmal spüren sie es erst kaum und dann mehr und mehr, weiter und weiter. Sie brauchen nichts tun, alles geht ganz wie von selbst, mit jeder Ausatmung ein Stück mehr, ein Stück weiter. Die Hypnose wird von mir in sechs Schritten zurückgenommen und die Heilwirkung über die Hypnose hinaus suggeriert.
Nach drei bis fünf so durchgeführten Hypnosen mit sicherem Erleben der Selbstheilungskräfte, der eigenen Ressourcen, des Wohlbefindens als Nichtraucher, der eigenen Selbstheilungskräfte, des sicheren Ortes und des inneren Helfers wird die Hypnose durch eine Zeitprogression ergänzt und imaginativ die Zukunft morgen/übermorgen und die Zeit danach aufgesucht. Aus der Altersregression wird aus der Nichtraucherzeit die Kraft vom sicheren Ort mit den inneren Helfern mit in die Zukunft genommen und in einer zweiten sprechfreien Zeit im Hypnoid das Erleben aufgesucht, wie das Rauchenaufhören geschafft wurde. Eine sinnliche Wahrnehmung, wie die Wohnung anders riecht, wie das Essen anders schmeckt, wie die Haut anders duftet wird angestrebt. Der innere Helfer wird befragt, wie er mit dabei helfen kann, neue Möglichkeiten zu entwickeln, in den Zeiträumen in denen früher geraucht wurde, etwas Neues zu gestalten. Die Ich- Struktur wird über innere Helfer mit der mobilisierten eigenen Heilkraft gestützt und damit neue Entwicklungen im psychischen Bereich gefördert. Über das Zeitöffnungserleben im Hypnoid wird die kritische Zeit nach dem Rauchens abgefedert, das Ich wird vom Symptomdruck befreit, neue innerpsychische Prozesse werden möglich.
Ich führe zehn mit dem Patienten abgesprochene Hypnosen durch, die zuvor geschilderten Hypnoseinhalte orientieren sich an dem Erleben des Patienten im Hypnoid und folgen keinem starren Schema.
Die Hypnosebehandlung ist für mich ein dynamischer Prozess bei dem alle Beteiligten sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppensituation an der Ressourcenaktivierung und Problemlösung beteiligt sind. Mein modifiziertes hypnotherapeutisches Konzept zur Raucherentwöhnung basiert auf den Erfahrungen der Behandlung meiner Patienten, der Diskussion mit den Kollegen und Kursteilnehmern und auf das Selbsterleben des Hypnoids.
Sie selbst gehen ihren eigenen Weg und entscheiden, was sie machen werden, welche inneren Helfer sie haben, wer sie als Freund begleitet.
Das therapeutisch gesteuerte Hypnoid und der spontane Trancezustand können das Alltagsbewußtsein unterbrechen und einen individuellen alternativen Bewußtseinsablauf mit neuen Lösungswegen fördern.
Mehr und mehr,...weiter und weiter,...ganz wie von selbst,...weit,...weit über diesen Vortrag hinaus.
Beantworten sie es selbst, ob mein modifiziertes hypnotherapeutisches Konzept lehrbar, lernbar und wirksam ist. (Wenn möglich: Kurzhypnose mit sicherem Ort, innerem Helfer und Begleiter für die Zukunft.)
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.
Dr. med. Günter R. Clausen
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
(1. Vorsitzender der DGÄHAT)

3.3 Vortrag Dr. Stetter
ENTSPANNUNGSTHERAPIE BEI ALKOHOLKRANKEN

Teil I: Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von Substanzabhängigkeiten, insbesondere der Alkoholabhängigkeit
Teil II: Grundzüge der Therapie mit Entspannungsverfahren: Die Entspannungsreaktion, Fokussieren-Imaginieren-Attribiueren, internale Kontrollüberzeugungen, Wirkfaktoren, Nebenwirkungen
Teil III: Autogenes Training als Bestandteil multimodaler Entwöhnungstherapie
Abhängigkeiten (Süchte) (körperlich und/oder psychisch bedingtes, meist sozial getriggertes, unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand, das zur entsprechenden Verhaltenswiederholung führt)
Stoffgebundene Abhängigkeiten :
Nikotin (27-35% Raucher in der BRD)
Alkohol (1,7 Mio (2,1%) Abhängige, 2,7 Mio (3,5%) schädlicher Konsum, 4,9 Mio (6,1%) riskanter Konsum in der BRD) volkswirtschaftlicher Schaden: 35 - 80 Milliarden DM/Jahr (BRD)
Medikamente* (2% Abhängige in der BRD)
(illegale) Drogen etc. (0,12% Abhängige in der BRD) *
Medikamente mit psychotroper Wirkung: - Benzodiazepine (z.B. Valiumâ, Tavorâ, Lexotanilâ, Rohypnolâ) - andere "Beruhigungsmittel" (z.B. Barbiturate, Clometiazol, Chloralhydrat, Metaqualon,...) - Opiate und Analoga (z.B. enthalten in starken Schmerzmitteln; Codein in Hustenmitteln; Methadon) - Amphetamine (Aufputschmittel, Appetitzügler)
Stoffungebundene Abhängigkeiten:
Mager/Freß- Sucht (Anorexia/Bulimia nervosa)
Spielsucht (pathologisches Spielen)
Arbeitssucht

EPIDEMIOLOGISCHE STUDIE AN 3.021 JUNGENDLICHEN
IM ALTER VON 14 - 24 JAHREN IN DER BRD
(MAX PLANCK INSTITUT, MÜNCHEN, WITTCHEN UND MITARBEITER,
QUELLE : DÄ 96 (1999) B1695-1696 UND TROCKENZEIT 1/2000)

	Nikotin regelmäßiger Zigarettenkonsum	Alkohol (Missbrauch)	Alkohol (Abhängigkeit)	Cannabis (Haschich-Konsum an 5 Tagen/ Woche)
Mädchen	33%	4,5%	2,5	17%
Jungen	37%	15%	10%	17%
Alter bei Konsumbeginn	9 LJ.	12 LJ.	12 LJ	14 LJ

75% der Jungendlichen ändern ihr Substanzkonsumverhalten innerhalb von 4 Jahren nicht.

Störungen durch Alkohol (F 10.xx)
Epidemiologie (I)
Zurückhaltende Schätzungen beziffern die Gesamtzahl behandlunsbedürftiger Alkoholkranker in der BRD auf 2,5 Millionen Menschen (Hüllinghost 1996). Epidemiologische Studien lassen eher höhere Raten erwarten: Für die Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren wurde eine Lebenszeitprävalenz von 21% für Männer und 5,1% für Frauen (insgesamt 13%) und eine 6-Monats-Periodenprävalenz von 1,3% bei Männern und 0,9% bei Frauen ermittelt (Bronisch und Wittchen 1992).
In einer epidemiologischen Studie in den USA wiesen 9% der erwachsenen Bevölkerung eine Abhängigkeit oder einen Mißbrauch von Alkohol auf (Grant 1994). In vielen epidemiologischen und klinischen Studien fand sich, daß im Mittel

der Beginn der Abhängigkeit etwa im Alter von 30 Jahren liegt.

Epidemiologie (II)
Eine WHO-Studie fand bei den Patienten deutscher Allgemeinpraxen Ein-Monats-Prävalenzen von 5-7% für die Alkoholabhängigkeit und von 3-4% für den Alkoholmißbrauch (Maier et al. 1996). Zwischen 10% und 20% aller Patienten in den verschiedenen Abteilungen der Kranken-häuser sind alkohol-krank (Athen und Schranner 1981, Möller et al. 1987, Moore et al. 1989, Wienberg 1992). Zwei neuere Unter-suchungen fanden bei den Patienten von internistischen und chirurgi-schen Abteilungen von Allgemein-kranken-häusern in der BRD eine Prävalenz von 9 bzw. 13% für die Alkohol-abhängigkeit und 5% für den Alkoholmißbrauch (Arolt et al. 1995, John et al. 1996). Nach den vorliegenden epidemiologischen Daten ist die "legale Droge" Alkohol die Substanz, die in Europa und Nordamerika am häufigsten mißbraucht wird und mit Abstand am häufigsten zu psychischen Störungen, insbesondere zur Ab-hän-gig---keit führt. Auch die direkten volkswirtschaftlichen Folgen (z.B. Kosten für Be-hand-lungen der Störung selbst oder der Folgeschäden) und die indirekten Folgen (z.B. Ausfallszeiten, Verkürzung der Lebenserwartung, erhöhte Gefahr von Unfällen) sind mit Abstand am schwer-wiegend-sten unter allen mißbrauchten psychotropen Substanzen.

Diagnostik (I)
Riskanter Konsum von Alkohol (Empfehlung der Britischen Ärztevereinigung und der WHO)

	Geringes Risiko	Ansteigendes Risiko
Frauen	16 - 20g/Tag z.B.0,5l Bier oder 0,2l Wein pro Tag	40g/Tag z.B. 1,0l Bier oder 0,4l Wein pro Tag
Männer	24-40g/Tag z.B. 0,6-1,0l Bier oder 0,24-0,4l Wein pro Tag	60g/Tag z.B. 1,5l Bier oder 0,6l Wein pro Tag

ICD-10 Kriterien für "schädlichen Gebrauch" von psychotropen Substanzen F1x.1
Ein Konsumverhalten, das zu einer tatsächlichen Schädigung - der psychischen Gesundheit oder - der physischen Gesundheit des Konsumenten führt.

Diagnostik (II)
ICD-10 Kriterien für das Abhängigkeits-Syndrom F1x.2
1. Starker Wunsch oder Zwang, die jeweilige Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums.
3. Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu mildern.
4. Körperliches Entzugssyndrom.
5. Toleranzsteigerung: Höherer Substanzkonsum ist nötig, um gleiche Wirkungen wie früher zu erzielen.
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der jeweiligen Substanz (z.B. "Alkohol-Trinksysteme").
7. Vernachlässigung anderer Interessen zuungunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen.

Beim Vorliegen von drei oder mehr Symptomen innerhalb des letzten Jahres, ist die Diagnose einer Abhängigkeit zu stellen.

Diagnostik (III)
Das wichtigste bei der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit ist es, überhaupt daran zu denken, daß sich hinter vielen vordergründig geklagten Beschwerden (z.B. "Depressionen", Ängsten, Partnerproblemen) oder sozialen Auffälligkeiten (z.B.

häufige "Montagskrankschreibungen", Probleme am Arbeitsplatz) Alkoholprobleme verbergen können.
In der klinischen Diagnostik ist folgendes zu beachten: - körperliche Stigmata (z.B. gerötete Wangen und Palmarerythem, Spider neavi, Voralterung, Polyneuropathie; Lebervergrößerung; etc..) - Bestimmung von direkten Labor-Markern (z.B. Alkoholkonzentration in der Ausatmungsluft oder im Serum) - Bestimmung anderer Laborvariablen (z.B. y-GT, GOT, GPT, MCV, Carbohydrat-defizientes Transferrin CDT) oder Kombinationen hiervon (z.B. Erhöhung von MCV und y-GT)

Diagnostik (IV) - Fragebogenverfahren
Der CAGE-Test ist ein einfaches Screening-Instrument (Tabelle 5; Ewing 1984). Werden zwei oder mehr der insgesamt vier Fragen positiv beantwortet, besteht der dringende Verdacht auf eine Alkoholproblematik

1. Haben Sie erfolglos versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? (Cut down on drinking)
2. Haben Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums geärgert? (Annoyed by criticism)
3. Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums? (Guilt about drinking)
4. Haben Sie Alkohol morgens getrunken, um erst richtig in Schwung zu kommen oder leistungsfähig zu werden? (alcohol as an Eye-opener)

Ein ausführlicheres, zur Diagnose-Absicherung verwendbares Instrument ist der Münchner Alkoholismus-test (MALT; Feuerlein et al. 1979). Er setzt sich aus einem Selbst-beurteilungsteil mit 21 Items zu Symptomen der Alkoholabhängigkeit und Folgeschäden und einem Fremdbeurteilungsteil mit 7 vom Arzt zu beantwortenden Fragen zusammen. (Übersicht über weitere brauchbare Instrumente bei Günthner und Stetter 1996)

Diagnostik (V)
Haltung der Therapeuten und Laborkontrollen
Eine klare therapeutische Haltung und eine eindeutige - nicht beschönigende (und damit falsche) - Diagnosestellung sind das Tor zu gelingenden Therapien. Anders als bei vielen anderen Psychotherapien sind aber bei Substanz-abhängigen Kontrollen auf (erneuten) Substanzge-brauch während des gesamten Therapieprozesses unbedingt nötig. Dies ist möglicherweise eine der markantesten Änderungen des therapeutischen Rahmens (und Inhaltes) im Vergleich zu "Neurosen"-Therapien. Inzwischen sind diese Screening-Untersuchungen einfach in der Anwendung und auch kostengünstig für die meisten Substanzen in der Praxis eines jeden Arztes oder Psychotherapeuten umzusetzen.

Diagnostik (VI) - Tiefenpsychologische "Feindiagnostik"
Der ("fein"-) diagnostische Prozeß kann vom Beginn und dem Verlauf der Therapie selbst nicht getrennt gesehen werden, ist vielmehr selbst bereits Bestandteil der Behandlung. Dieser diagnostische Prozeß kann mit kreativen Gestaltung eines Bildes vom Patienten verglichen werden, wodurch zugleich deutlich wird, daß "die Subjektivität des Diagnostikers den Prozeß und das Resultat der Diagnostik" beeinflußt (Heigl-Evers und Standtke 1991). Es muß dabei stets berücksichtigt werden, daß patho-logisches Fühlen, Denken, Erleben und Verhalten für das seelische Gleich-gewicht des Patienten im gegenwärtigen Zustand eine annehmbare aber unteroptimale Lösung darstellt. In dieser Sicht hat das abhängige Konsumieren von suchterzeugenden Substanzen zunächst eine wesentliche stabili-sierende Funktion für das seelische Gleichgewicht des Patienten. In der Diagnostik gilt es, diese Funk-tiona-li-tät des Suchtmittels herauszuarbeiten (Gottschaldt 1997)

Grundzüge der Therapie Substanzabhängiger (I)
Inhaltliche Aspekte und Ziele der therapeutischen Schritte einer Entwöhnungsbehandlung (Auswahl) am Beispiel der integrierten stationären Entgiftungs-, Motivations- und Entwöhnungstherapie der Oberbergklinik Extertal

- in der Entgiftungs- und Motivationsphase: Sicherung des Überlebens, körperliche Diagnostik und Therapie, Aufbau einer stützenden und klaren therapeutischen Beziehung, psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik (wiederholt, auch unter mehrwöchiger Abstinenz),
- Förderung der weiteren Therapiebereitschaft
- kognitive Akzeptanz der Suchterkrankung und Wissensvermittlung über die Erkrankung
- In der Entwöhnungsphase: Erreichen und Einhalten einer totalen Abstinenz von allen psychotropen Substanzen mit Suchtpotential (evt. mit Ausnahme von Nikotin) als übergeordnetes Ziel
- Emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung (Bearbeitung der Schuld- und Schamgefühle, Integration der Sucht als lebenslang bleibendem "Merkmal" in das Selbstbild)
- Funktionalität des Suchtmittels wahrnehmen (Bearbeitung der Funktion, die das Sucht-mittel zur psychischen (z.B. Affektregulation) und sozialen Stabilisierung spielte)
- Bearbeitung der hierbei deutlich gewordenen Konflikte, Ichdefizite, Selbstwert- und Selbstregulationsprobleme, Verhaltensdefizite)
- Aufbau alternativer Erlebens- und Verhaltensweisen und interpersoneller Fähigkeiten
- Rückfallprävention (Umgang mit Hochrisikosituationen, Craving, "Ausrutschern" oder Substanzrückfällen

Grundzüge der Therapie Substanzabhängiger (II) - Scham- und Schuldgefühle

Die klinische Erfahrung verweist darauf, daß Scham- und Schuld-affekte fast alle schwerer erkrankten Substanzab-hängigen prägen. Dies ist möglicherweise bei genauer Beobachtung so auffällig, daß es auch literarisch verarbeitet wurde. Eine kleine Episode bildet z.B. das zwölfte Kapitel von Antoine de Saint-Exupéry's bekannter Erzählung (1977) "Der kleine Prinz", die zur Illustration (aus dem Französischen übersetzt) wiedergegen werden soll:

"Der nächste Planet wurde von einem Trinker bewohnt. Dieser Besuch war sehr kurz, aber er stürzte den kleinen Prinz in eine tiefe Melancholie:
- Was machst Du da? fragte der kleine Prinz den Trinker, den er schweigend vor einer Ansammlung leerer und voller Flaschen vorgefunden hatte.
- Ich trinke, antwortete der Trinker traurig.
- Warum trinkst Du? wollte der kleine Prinz von ihm wissen.
- Um zu vergessen, antwortete der Trinker.
- Was willst Du vergessen? erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn bereits bedauerte.
- Um zu vergessen, daß ich mich schäme, räumte der Trinker ein während er den Kopf senkte.
- Und für was schämst Du Dich? fragte der kleine Prinz weiter, der ihm helfen wollte.
- Ich schäme mich des Trinkens, gestand der Trinker, der sich endgültig in sein Schweigen einschloß.
Verstört verließ ihn der kleine Prinz."

Die Bearbeitung dieser Scham- und Schuldaffekte ist besonders für die ersten Behand-lungs-abschnitte von grundlegender Bedeutung, um eine stabile emotionale Krankheitsakzeptanz zu erreichen, die Ambivalenzen im Hinblick auf die Abstinenz oder den weiteren Substanzkonsum entgegenwirkt.

Zu den als wissenschaftlich fundiert geltenden Entspannungsverfahren zählen:

- das autogene Training
- die progressive Relaxation
- die (Ruhe-) Hypnose
- das Entspannungs-Biofeedback (mit Einschränkungen; keine wiss. Anerkennung)

Die "Entspannungsreaktion" als gemeinsame Grundlage der

Entspannungsverfahren
Die Entspannungsreaktion
- ist ein relativ uniformes psychophysiologisches Muster mit vorwiegend "trophotropen" Reaktionsmustern (i.S. von Hess)
- bewegt sich auf einem Kontinuum von Aktiviertheit in Richtung Desaktiviertheit
- weist affektive Merkmale auf
- Ruhetönung,
- Distanzierung (Resonanzdämfpung der Affekte)
- weist kognitiv-perzeptive Merkmale auf
- Einengung der Aufmerksamkeit und verminderte exterozeptive Wahrnehmungsverarbeitung
- veränderte Wahrnehmung (insbesondere des Körpers und des Zeiterlebens) - asso-ziativ gelockerter, eher bildhafter Denkablauf ("primär- prozeßhaft") mit lebhafter Vorstellungsaktivität

Fokussieren und Imaginieren
Bei den Entspannungsverfahren wird
- eine entspannungsfördernde Körperhaltung eingenommen
- die Entspannung durch eine willentliche Aufmerksamkeitsfokussierung des Übenden eingeleitet
- die selektive Aufmerksamkeit durch (Selbst-) Instruktionen unterstützt
- die selektive Aufmerksamkeit auf folgende Wahrnehmungen gerichtet:
- körperliche Entspannungsvorgänge (autogenes Training, [Ruhe-] Hypnose)
- einen Spannungs-Entspannungskontrast (progressive Relaxation)
- die optisch-akustische Rückmeldung veränderter Spannungszustände (in Richtung Entspannung) (Biofeedback)
- spezifische Vorstellungsaktivität mit bestimmten Inhalten angeregt:
- vegetativ-körperliche
- emotional-bildhafte
- bestimmte (neue, andere) Bedeutungen

Attribuieren
Die körperliche Wahrnehmung z.B. der Schwere oder Wärme in den Armen beim autogenen Training und die zugehörige Imagination der angesprochenen Körperteile bzw. die mental konzentrative Formelwiederholung erhält bei einsetzender Ruhetönung die Bedeutungszuweisung wohltuender Entspannung (affektiven Resonanz-dämpfung).
Alle (sonstigen) Wahrnehmungen können gelassen nach dem Leitmotto zugelassen und neu attribuiert werden. "Was geschieht, ist gut....". Beispiel: Die Wahrnehmung des Herzschlages kann bei Angstpatienten durch katastrophisierende Attributionen und ent-sprechende Lernvorgänge am Anfang der Auslösung einer Panikattacke stehen. Im entspannten Zustand dagegen kann die passiv-gelassene Wahrnehmung des rhythmisch schlagenden Herzens neu und positiv attribuiert und mit dem Erlebnis der eigenen Vitalität in Zusammenhang gebracht werden.

Regelmäßiges Üben und Selbstregulation
Die Entspannungs-verfahren haben gemeinsam, daß zum Erlernen wiederholtes Üben erforderlich ist. Systematisches Protokollieren der (subjektiven) Übungserfahrungen erleichtert den Lernvorgang.
Durch das Training gewinnt der Übende
- eine gewisse "Kontrolle" über ansonsten autonom ablaufende Körperfunktionen oder mentale Prozesse
- einen neuen, gelasseneren Attributionsstil bei der Wahrnehmung dieser autonomen Prozesse
Im Sinne einer verbesserten Selbstregulation werden durch das Training intensiviert:
- Internale Kontrollüberzeugungen,
- Selbstwirksamkeitserwartungen

- Selbstwertgefühl
Hierauf basieren vermutlich - neben der physiologischen Entspannung - die psychotherapeutischen Wirkungen der Entspannungstherapie, die sich sowohl in kognitiv-behavioralen als auch in tiefenpsycho-logischen Konzepten abbilden lassen. (z.B. Bartl's (1983) tiefen-psychologisches Konzept von "Wärme, Rhythmus und Konstanz" als "Urmatrix" der psychotherapeutischen Begegnung; Einüben von Urvertrauen; "Regression im Dienste des Ichs")

Internale und externale Kontrollüberzeugungen
Rotter (1966) entwickelte das Konstrukt des "locus of control". Hiermit soll beschrieben werden, inwieweit eine Person überzeugt ist, selbst die Möglichkeit zu haben, das zu kontrollieren und zu beein-flussen, was in ihrem Leben geschieht. Je stärker diese Kontrollüberzeugungen eine internale Prägung aufweisen, desto ausgeprägter ist die Überzeugung, tatsächlich selbst sein Leben gestalten zu können. Je stärker diese Kontrollüberzeugungen eine externale Prägung aufweisen, desto ausgeprägter ist die Überzeugung, Einflüssen quasi hilflos ausgeliefert sein und nur wenig Kontrolle über die Entwicklung des eigenen Lebens ausüben zu können. Man kann drei Dimensionen von Kontrollüberzeugungen unterscheiden:
- intrapersonelle Kontrollüberzeugungen
- interpersonelle Kontrollüberzeugungen
- allgemeine Kontrollüberzeugungen.
Bei manchen Substanzabhängigen nimmt man an, daß der Substanz-konsum dem Versuch dient, Kontrolle und Einfluß auf die Entwicklung des Lebens auszuüben. Der störungstypische "Kontrollverlust" beim Substanzkonsum kann mit einer starken externalen Ausrichtung im Rahmen der Suchtentwicklung in Zusammenhang gebracht werden. In Studien ergaben sich Hinweise auf die positive prädiktive Bedeutung internaler Kontroll-überzeugungen für andauernde Abstinenz nach Entwöhnungstherapien. Therapieziel ist es daher, internale Kontrollüberzeugungen (vor allem intra-personelle) zu fördern. Dies kann durch Entspannungsverfahren unterstützt werden (Sharp et al. 1997).

Aufgaben der "Entspannungs"- Therapeuten
- Vermittlung plausibler und überzeugender (psycho--physiologische) Modellvor-stellungen
- Gestaltung einer positiven und hilfreich erlebten Beziehung außerhalb der Übungen
- Betonung der Eigenständigkeit der Übungsgestaltung (Entspannung als Coping-Strategie)
- nach den eigentlichen Entspannungsübungen
- positive Erlebnisse der Teilnehmer verstärken
- subjektive "Störungen" erklären und deren Bedeutung relativieren,
- zur Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die relevanten Übungsinhalte anleiten
- zum regelmäßigen Üben außerhalb der gemeinsamen Sitzungen motivieren

Nebenwirkungen der Entspannungsverfahren
Die notwendige intentionale Aufmerksamkeitszuwendung zu intero- und propriorezeptiven Wahrnehmungen kann dazu führen, daß
- Spannungszustände oder Schmerzen zunächst verstärkt wahrgenommen werden
- Angstgefühle ausgelöst werden ("relaxations-induzierte Angst")
- hierdurch die Motivation zum weiteren Üben sinkt
Bei positiver therapeutischer Beziehung können diese Initialstörungen auch in Kleingruppen bearbeitet werden.
Die durch Entspannung ausgelöste "Regression" kann pathologisch regressive Prozesse (z.B. bei depressiven Patienten) verstärken. Daher ist stets auf eine gezielte und konsequente Rücknahme der Übungen im Sinne einer Aktivierungsübung am Ende der Entspannung zu achten. Es muß darauf hingewiesen werden, daß die Entspannungsverfahren nicht auf besonders "tiefe" Trance-Zustände abzielen. Viel-mehr steht die im Alltag reproduzierbare Erfahrung des Wechsel-spiels von An- und Entspannung im Fokus. "Leben verlangt

Polarität.... Hohe Kampf- und Wirklichkeitsspannung auf der einen, tief aufbauende, von innen quellende Lösung auf der anderen Seite" (Schultz 1989).

Der Wunsch nach Entspannung ....
Entspannung als wichtige Alkoholwirkungserwartung
Entspannung gehört zu den am häufigsten genannten Erwartungen, die Menschen mit dem Konsum von Alkohol verbinden. Dies gilt sowohl für sozial adaptierte Konsumenten als auch für Menschen mit Alkoholproblemen. Interessanterweise gilt dies sogar schon für Kinder vor ihrem ersten realen Konsum von Alkohol. Auch die Werbung versucht die enge Kopplung zwischen Alkoholkonsum und Entspannung zu verankern und für ihre Zwecke auszunutzen. Es ist empirisch nachgewiesen, daß Alkoholwirkungs-erwartungen den pharmakologischen Effekt der Substanz erheblich modulieren. Positive Alkoholwirkungserwartungen sind relativ löschungsresistent und können bei abstinent lebenden Alkoholkranken in Hochrisikosituationen zum Rückfall beitragen.

Die "Tension-Reduction-Hypothese"
Diese enge Verknüpfung von "Entspannung" und "Alkohol" spielte für die Theoriebildung zur Entstehung und zum Verlauf der Alkoholabhängigkeit eine Rolle: Am prägnantesten wurde dies in der sog. "Tension-Reduction-Hypothese" ausgedrückt (Conger 1956) Diese Hypothese besagt, daß Alkohol zu einer Verminderung von Anspannung führt und damit als negativer Verstärker (Wegfall eines negativen Reizes) für weiteren Alkoholkonsum wirkt. Die Ergebnisse der empirischen Forschung mit physiologischen und psychologischen Variablen blieben jedoch im Hinblick auf die Bestätigung dieser (zunächst plausibel scheinenden) Hypothese uneindeutig (Stetter und Mann 1991, Arendt 1994).

Der Wunsch nach Entspannung - eine autonome Entscheidung (I)
Allein schon wegen der starken Wirkungs-erwartung, Entspannung durch Alkoholkonsum zu erreichen, ist es jedoch ein wichtiges Therapieziel in der Psychotherapie Alkoholkranker, Entspannung systematisch auf anderem Wege erreichen zu können. Es ist leicht vorstellbar, wie bedeutsam das Erleben von autonom ohne Substanzgebrauch erzielbarer Entspannung für Menschen mit Alkoholproblemen oder einer Alkoholkrankheit ist. Das Durchbrechen der kognitiven Kopplung von Entspannungserwartung und Alkoholkonsum ist eines der wichtigen Therapieziele in der Behandlung Alkoholkranker - aber auch in Sucht-Präventionsprogrammen. Prognosestudien konnten zeigen, daß Patienten, bei denen diese Wirkungserwartung sich in den ersten Therapieschritten deutlich verringerte, später wesentlich seltener rückfällig wurden als dies bei anderen Patienten der Fall war (Brown 1985).

Der Wunsch nach Entspannung - eine autonome Entscheidung (II)
Mögliche Wirkfaktoren (autogenes Training)
- das basale Erleben autonom erzielter psycho-physischer Entspannung kann an sich mit seinen ausgleichenden Wirkungen schon bedeutsam sein, wenn das Training regelmäßig durchgeführt wird
- Die Imagination einer Indifferenz gegenüber Alkohol kann zu einer Verringerung des zwanghaften Denkens an Alkohol ("Craving") führen
- Wenn in den AT-Übungen systematisch der Aufbau zuvor wenig entfalteter stabiler Persönlichkeitsanteile betrieben wird (z.B. Vorsatzbildung), kann dies dazu beitragen, "Abwehrkräfte" gegen die süchtige Einstellung zu mobilisieren
- Die Wirkungserwartung im Hinblick auf Entspannung aber auch auf Gelassenheit und evtl. sogar Selbstsicherheit kann schrittweise von Suchtmittelkonsum auf die Entspannungsübung verlagert werden

Der Weg zu positivem, lösendem Erleben führt dann nicht mehr über den Substanzkonsum in die Abhängigkeit, sondern über die Entfaltung der eigenen Person in die Autonomie (Stetter 2000)

Autogenes Training in der Alkoholentwöhnung
Praxis und Datenlage

Entspannungsverfahren spielen daher in fast allen Therapie-ansätzen zur Entwöhnung Alkoholkranker eine Rolle als eine Komponente multimodaler, umfassender Therapiepläne. Dabei ist immer wieder darauf hinzuweisen, daß autonom durchgeführte Entspannungsübungen die Selbstwirksamkeitserwartungen und das Selbstwertgefühl verbessern und so zu Coping-Strategien werden können (Stetter 1998).
Abgesehen von einer kontrollierten Studie zur Verbesserung internaler, intrapersoneller Kontrollüberzeugungen bei Alkoholkranken durch Entspannungsverfahren (Biofeedback unterstütztes AT; Sharp et al. 1997) sind auch bei gründlicher Recherche keine weiteren empirisch solide fundierten Arbeiten zu diesem Thematik im Hinblick auf das autogene Training gefunden worden. Aus der Katamnese-Studie von Küfner et al. (MEAT-Studie, 1986) geht hervor, daß in 52% der 21 an der Studie beteiligten Einrichtungen das AT regelmäßig und in weiteren 19 Prozent gelegentlich angeboten wird. Das autogene Training war damit das bei weitem am häufigsten in stationären Entwöhnungs-einrichtungen in der BRD angebotene Entspannungsverfahren.

Autogenes Training bei Alkoholkranken - eine klinisch-evaluative Studie (I)
Zu Beginn der 90iger Jahre führten wir in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen eine klinisch evaluative Studie zur Anwendung des AT im Rahmen einer 6-wöchigen stationären Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigen durch (Stetter und Mann 1991, Becker et al. 1992).
Die Fragestellungen bezogen sich darauf, ob und in welcher Zeit die Patienten Entspannung realisieren und das AT erlernen und ob und wann es dabei zu Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit kommt. Die Stichprobe bestand aus 62 konsekutiv aufgenommenen Alkoholabhängigen (11 Frauen), die im Mittel 42 ± 8 Jahre alt waren. Sie waren im Mittel 8 Jahre lang alkoholabhängig und hatten täglich 137 ± 93g reinen Alkohol (umgerechnet) konsumiert. Mehr als 50% waren alkoholisiert zur Aufnahme gekommen.

Autogenes Training bei Alkoholkranken - eine klinisch-evaluative Studie (II)
Methode:
Das autogene Training wurde in der Gruppe von 10-12 Patienten 2x/Woche vermittelt. Im Mittelpunkt stand die Vermittlung der Schwere-, Wärme-, und der Atemübung sowie der Aufbau von formelhaften Vorsatzbildungen. Während der Sitzungen wurde die erste Übung begleitend vorgesprochen, die zweite Übung erfolgte rein autogen. Die Patienten führten während der stationären Therapiephase zusätzlich im Mittel eine Eigenübung pro Tag durch.

Autogenes Training bei Alkoholkranken - eine klinisch-evaluative Studie (III)
Hauptergebnisse:
- Bereits nach einer Woche gaben die meisten Patienten an, sowohl Schwere als auch Wärme zu realisieren
- Die Therapeuten beobachteten Entspannungszeichen (Hypomimie, Armfallversuch) zu diesem Zeitpunkt sicher bei 57% der Patienten und bei weiteren 26% ansatzweise (Suggestibilität im Alkoholentzug erhöht!)
- Bis zum Ende der Therapie (ca. 5 Wochen nach Beginn des Trainings) hatten 94% der Patienten die Grund-entspannung des autogenen Training erlernt.
Statistisch zu sichernde prä-post Befindlichkeitsänderungen (subj. Einschätzungen) fanden sich zeitverzögert zum Beginn der Entspannung. Ab der 3. Woche fühlten sich die Patienten aktiver und entspannter, ab der 4. Woche gelassener und erst am Ende des Trainings (und der Therapie) weniger deprimiert nach den Übungen. (Sicherheit im Umgang mit den Übungen für positives Befinden wichtig!) (Stetter 2000)

Autogenes Training bei Alkoholkranken - eine klinisch-evaluative Studie (IV)
Der Transfer in den Alltag kann problematisch sein! Während des stationären Aufenthaltes gelang es, die meisten Patienten zum Durchführen von Eigenübungen zu motivieren. Obgleich keine systematischen Katamnesen durchgeführt wurden, stellte sich bei gelegentlichen Befragungen hierüber im Rahmen der ein-jährigen

ambulanten Nachbehandlung aller Patienten heraus, daß viele kaum noch regelmäßig autogenes Training übten. Dies ist indes auch aus anderen Settings bekannt. Um von autogenen Training profitieren zu können, ist es jedoch erforderlich, regelmäßig zu üben. Wesentlich erscheint es daher, sowohl für Alkoholkranke als auch für andere Patientengruppen und Settings Interventionsstrategien zu entwickeln und zu erproben, die den Alltagstransfer des Trainings der Entspannung erleichtern.
(Literaturangaben beim Verfasser)
PD Dr. med. Friedhelm Stetter
Oberbergklinik Extertal für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik

4. Leitlinie Hypnose der DGÄHAT

Im Rundbrief Juli 1998 ist ausführlich über das Verfahren zur Entwicklung von Leitlinien berichtet worden. Bisher fanden vier Konsensuskonferenzen statt. Bei der "Leitlinie Therapie mit Hypnose" müssen noch die neuen Wirksamkeitsstudien eingearbeitet werden.
GRC

5. ERGEBNISBERICHT DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER DGÄHAT

AM 17. 6. 2000, IN BLANKENBURG/HARZ, BEGINN 20.00 UHR
Anwesende Mitglieder: 33 Mitglieder (siehe Anwesenheitsliste) und 9 Gäste
Vorstand: Dr. G.R. Clausen, Dr. S. Stephan, PD Dr. F. Stetter, Dr. W.-R. Krause und Dr. C. Derra

TOP 1: BEGRÜßUNG UND JAHRESBERICHT

Dr. Clausen [der Vorsitzende] bittet die Anwesenden um ein Gedenken der verstorbenen Mitglieder und begrüßt anschließend die neuen Mitglieder der Gesellschaft. Er stellt die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung und die ordnungsgemäße Einladung fest. Dr. Clausen weist innerhalb seines Berichtes darauf hin, daß in den Rundbriefen der Gesellschaft ausführlich über die Aktivitäten der Gesellschaft berichtet wird. Die Vorstandsmitglieder haben bei den Konsensuskonferenzen Leitlinie AT und Hypnose aktiv mitgewirkt, Kontakte zur DGH/DGZH/MEG/ESH/ISH gepflegt, am XI. Weltpsychiatriekongress im Hamburg und an den ICAT Treffen in Wien und Hamburg als Mitwirkende teilgenommen, zur Novellierung der WBO eine Position bei der BÄK in Köln eingebracht und die Diskussion zur Musterweiterbildungsordnung mit angeregt. Bei der AWMF/STÄKO/AÄGP waren die Vorstandsmitglieder ständig vertreten, die Mitbeteiligung beim 15th Internationalen Hypnose Kongress in München wurde sorgfältig vorbereitet. Die Weiterbildung unserer Methoden wurde ständig unterstützt und auf den Psychotherapietagungen vertreten.
In der Landesstelle Berlin hat es einen Wechsel gegeben. Frau Dr. Rhein wird als langjährige Landesstellenleiterin von Berlin der herzliche Dank ausgesprochen. Die neue Landesstellenleiterin Frau Dr. Bürmann-Plümpe wird begrüßt. Seit dem 01. April 2000 ist die Gesellschaft mit einer neuen Darstellung im Internet vertreten. Die Repräsentation wird noch weiter ausge-baut und verändert. Inhalte sind u.a. Mitglieder-ver-zeichnis, Therapeutenliste, Dozentenliste, Sinn und Ziel der Gesellschaft, Curricula, Zertifikate, Teile des Rundbriefes, Tagungsankündigung, Fortbildungskalender und Aufnahmeantrag.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 19.06.1999

Dr. Clausen verweist noch mal auf die Veröffentlichung des Protokolls im Rundbrief Oktober 1999 der DGÄHAT. Das Protokoll wird einstimmig von den 33 Mitgliedern genehmigt.

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters

1. Seit 01.06.99 wird die DGÄHAT buchhalterisch von der AKV GmbH Frau Siegmund in Aschaffenburg (Tel. 06021/347013 / Fax 347025) verwaltet. Der ganze Zahlungsverkehr und auch das Mahnwesen wird dort abgewickelt. Beschwerden von Mitgliedern über Mahnungen durch ein "Inkasso"-Büro sind

unberechtigt. Nach vielfacher Vorwarnung haben wir 1999 begonnen, ohne Ansehen der Person zu mahnen. 2. Bei Unstimmigkeiten wird gebeten, sich direkt an Frau Siegmund (s.o.) zu wenden. Dies betrifft insbesondere diejenigen, die einen Dauerauftrag und eine Lastschriftermächtigung gleichzeitig laufen haben. Bis zum Jahr 2001 hoffen wir die Dinge so geregelt zu haben, dass alle Doppelaufträge geklärt und geändert werden. Die Erteilung von Lastschriftermächtigungen erleichtert der Zahlungsverkehr enorm, so dass hier noch einmal dazu aufgerufen wird. 3. Die Betriebsprüfung durch die BfA im Juni 99 konnte durch das Steuerbüro Weis problemlos für uns abgewickelt werden. 4. Im Jahre 1999 hatten wir einen Gesamtumsatz von DM 102.401,77. Haupteinnahmen waren die Mitgliederbeiträge (54.000) und die Tagung (35.000). Dem gegenüber standen die großen Ausgaben für die Tagung (22.000 ohne Büro- und Sekretariatskosten), die Konsensuskonferenzen, die Rundbriefe und Personalkosten (46.000), die Bürokosten (19.000) sowie Fahrtkosten und Beiträge für internationale Gesellschaften u.ä. 5. Im ersten Halbjahr 2000 konnten wir die Personalkosten reduzieren und trotz Internetpräsentation einige Posten günstiger kalkulieren. Im Juni konnte durch die Beteiligung von Pharmafirmen an der Tagung in Blankenburg (ein Dankeschön an W.-R. Krause !) in der Gesamtbilanz ein Überschuß erzielt werden, so dass das Festgeldkonto (das wir in 96/97 belasten mussten, um Bürogeräte zu kaufen) für Rücklagen wieder auf 26.000 DM aufgestockt werden kann. Die Zwischenbilanz wird auf der Mitgliederversammlung präsentiert und diskutiert. (CD)
Frau Dr. Bürmann-Plümpe schlägt vor, daß der ehrenamtliche Vorstand bei seinen vielen Aktivitäten auch eine Auf-wandsentschädigung erhalten sollte. Dr. Derra und Dr. Clausen weisen darauf hin, daß dies satzungsbedingt nicht möglich ist.

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer
Drs. Binder und Ullmann berichten, daß es keine Beanstandungen (für den Zeitraum 01.01.99 bis 15.06.2000) bei der Kassenprüfung gab. Sie schlagen vor, künftig bei den Tagungen die Aufwandsentschädigungen und die Reisekosten für die Dozenten zu überweisen und empfehlen, den Schatzmeister und den Vorstand zu entlasten. Dr. Wermke beantragt, Schatzmeister und Vorstand zu entlasten. Bei 5 Enthaltungen und keiner Gegenstimme wird der Schatzmeister und der Vorstand mit 28 Stimmen entlastet.
Die Kassenprüfer werden bei 2 Enthaltungen einstimmig entlastet.

TOP 6: Wahl eines Wahlleiters
Dr. Ullmann wird vorgeschlagen und einstimmig zum Wahlleiter bei einer Enthaltung gewählt. Dr. Schelper stellt sich als Wahlhelfer zur Verfügung.

TOP 7: Neuwahl des Vorstandes
Als 1. Vorsitzender werden vorgeschlagen: Dr. Clausen, Dr. Stetter, Dr. Stephan. Dr. Clausen nimmt die Kandidatur an, Drs. Stetter und Stephan lehnen die Kandidatur ab. Die geheime Wahl ergibt: 33 abgegebene Stimmzettel, 33 Stimmen für Dr. Clausen. Dr. Clausen nimmt die Wahl an. Er bedankt sich für das ihm entgegengebrachte Vertrauen der Mitgliederversammlung und leitet die weitere Wahl.
Als 1. stellvertretender Vorsitzender werden Dr. Stephan und Dr. Stetter vorgeschlagen. Dr. Stephan nimmt die Kandidatur an, Dr. Stetter nicht. Auf Vorschlag der MV wird auf geheime Wahl verzichtet. Für Dr. Stephan stimmen 33 Mitglieder, keine Enthaltung, keine Gegenstimme. Dr. Stephan nimmt die Wahl an.
Als 2. stellvertretender Vorsitzender wird Dr. Stetter vorgeschlagen, Dr. Stetter nimmt die Kandidatur an. Auf geheime Wahl wird verzichtet, mit 32 Stimmen für Dr. Stetter, einer Enthaltung und keiner Gegenstimme ist Dr. Stetter gewählt, er nimmt die Wahl an.
Als Schriftführer wird Dr. Krause vorgeschlagen, der die Kandidatur annimmt. Bei 32 Stimmen für ihn, einer Enthaltung und keiner Gegenstimme ist Dr. Krause als Schriftführer gewählt. Dr. Krause nimmt die Wahl an.
Als Schatzmeister wird Dr. Derra vorgeschlagen, der die Kandidatur annimmt. Dr. Derra wird mit 33 Stimmen einstimmig gewählt und nimmt die Wahl an.

TOP 8: Neuwahl der Kassenprüfer
Als Kassenprüfer werden wieder Dr. Binder und Dr. Ullmann vorgeschlagen. Sie stellen sich für eine weitere Periode als Kassenprüfer zur Verfügung. Sie werden einstimmig - bei 2 Enthaltungen - wiedergewählt.

TOP 8.1: Vorabveröffentlichung des Kassenberichts
Eine Landesstellenleitung wünschte die Vorabveröffentlichung des Kassenberichts im Rundbrief. Dr. Clausen ist gegen eine allgemeine Veröffentlichung des Kassenberichts im Rundbrief. Er schlägt vor, daß auf Einzelanforderung der Mitglieder und an alle Landesstellenleiter der Kassenbericht verschickt werden kann. Verschiedene Schwerpunkte stellen sich bei einer ausführlichen Diskussion heraus und werden per Antrag abgestimmt:
Antrag 1: Zusammenfassender Bericht im Rundbrief zu veröffentlichen: keiner dafür, 6 Enthaltungen , 25 dagegen.
Antrag 2: Der Schatzmeister bereitet - wie immer - den Kassenbericht für die Mitgliederversammlung vor und sowohl alle Mitglieder, die zur Tagung kommen können den Bericht einsehen, als auch vorab auf Anforderung vom Schatzmeister zugeschickt bekommen: 7 dagegen, 4 Enthaltungen, 29 dafür. Damit ist Antrag 2 angenommen.

TOP 9: Internetauftritt der DGÄHAT
Dr. Clausen demonstriert die Internetseiten der Gesellschaft, weist darauf hin, daß noch einiges in Vorbereitung ist (Leitlinien z.B.) und bittet um konstruktive Kritik und Vorschläge.

TOP 10: Liste aktiver Therapeuten
Mit Overheadfolien zeigt Dr. Clausen die Internetseiten der Liste aktiver Therapeuten die postalisch auf Anforderung an Ratsuchende verschickt wird. Es gibt noch viele Bereiche im Bundesgebiet, die noch "lückenhaft" sind. Er bittet die Mitglieder um weitere Aufnahme in die Liste aktiver Therapeuten [Formulare werden dem nächsten Rundbrief beiliegen].

TOP 11: Leitlinien AT und Hypnose
Bisher sind vier Konsensuskonferenzen durchgeführt worden. Bei der "Leitlinie Therapie mit Hypnose" müssen noch die neuen Wirksamkeitsstudien eingearbeitet werden.

T**OP 11.1: Konsensuskonferenz Progressive Relaxation**
Dr. Derra berichtet über die erste Konsensuskonferenz für PMR im März in München. Da die PMR nicht ausdrücklich in der Satzung der DGÄHAT verankert ist, wird von der Mitgliederversammlung ein Votum für das offizielle Mitwirken der DGÄHAT beim Konsensusprozeß angegeben, das einvernehmlich ausfiel.

TOP 12.: Antrag auf Ehrenmitgliedschaft von Dr. med. Mensen und Prof. Dr. med. Langen (postum) Beide werden unter großem Beifall von der Mitgiederversammlung per Akklamation zu Ehrenmitgliedern gewählt.

TOP 13: Tagungsthema 22. - 24. 6. 2001 in Schmitten/Taunus
Die Tagung soll 2001 auch aus traditionellen Gründen noch einmal in Schmitten/ Taunus stattfinden. Es soll aber für "komfortbedürftige" Teilnehmer in nahegelegenen Hotels die Möglichkeit eines Transfers geklärt werden. Die Tagung 2002 soll wieder in Blankenburg/Harz stattfinden. Für die Tagung 2003 wird von Dr. Balogh der Ort Königswinter vorgeschlagen. Ein Hotelangebot liegt schon vor. Vorab sollen aber noch einige Fragen endgültig geklärt werden (Anzahl der Zimmer / Kursräume / großer Vortragsraum etc.) .
Vorschläge für Tagungsthemen und Kursangebote 2001 in Schmitten:
AT / Hypnose und Coaching im Sport
Psychotraumatologie
Konfliktdynamische Entwicklungen
Körpertherapien

Humor in Entspannungstechniken
Biofeedback
Kursvorschläge: Frau Dr. Bürmann-Plümpe wünscht neue Kursangebote.
Weitere Vorschläge: Hypnose bei verschiedenen Krankheitsbildern.
Kurs zum gegenseitigen Üben der Hypnosemethodik.
Als Referenten für Vorträge werden vorgeschlagen: Karl Schnabel, Gerhard S. Barolin, Arne Hofmann, Werner Eberwein. Unsere geringen Aufwandsentschädigungen sind zu berücksichtigen.

TOP 14: Verschiedenes
Alle zwei Jahre wird die Arbeitstagung in Blankenburg im Harz gewünscht.

TOP 15: Termine
Vom 02. bis 07. Oktober 2000 15th Internationaler Hypnose Kongress in München.
Vom 22. bis 24. Juni 2001 die 7. Arbeitstagung der DGÄHAT in Schmitten/Taunus.
Vom 21. bis 23. Juni 2002 die 8. Arbeitstagung der DGÄHAT in Blankenburg/Harz.
Vom 20. Bis 22. Juni 2003 die 9. Arbeitstagung der DGÄHAT in Königswinter/Rhein
Ende der Mitgliederversammlung: 23.30 Uhr
gez: Dr. G. R. Clausen, 1. Vorsitzender
Dr. W.-R. Krause, Schriftführer

5. 1 Laudatio Prof. Dr. med. Dietrich Langen

Dietrich Langen wurde als Sohn deutscher Eltern auf Samoa geboren. Ob er bereits im Alter von 4 Jahren einen Stier auf der Weide hypnotisiert hat, bleibt im Dunkeln. Nachdem er dann als Kind noch wieder mit seinen Eltern nach Deutschland umgesiedelt war, entschloß er sich nach seinem Abitur, Medizin zu studieren. Ihn faszinierte die Neurologie und so wurde er nach Ende des Studiums Neurochirurg und arbeitete als solcher im Krieg. Danach übernahm er die Leitung von 2 Reha-Kliniken in Norddeutschland und wirkte dort, bis er dann durch die Faszination durch Prof. Kretschmer nach Tübingen wechselte, seine sichere Chefarztposition aufgab und als unbezahlter Assistent dort noch einmal anfing. Unterstützt wurde er in seinem Entschluß durch seine Frau Margarethe Langen, die für sein Schaffen eine wichtige Stütze war. Professor Kretschmer erkannte schon bald die Fähigkeiten dieses außergewöhnlichen Mannes und so dauerte es nicht lange, bis aus dem Assistenten der Oberarzt in der Psychiatrie Tübingen geworden war. Das autogene Training, die Hypnose und die gestufte Aktivhypnose wurden von ihm weiterentwickelt und 1965 erhielt dann Dietrich Langen den ersten Lehrstuhl Deutschlands für die Medizinische Psychologie und Psycho-therapie in Mainz, nachdem er sich bei E. Kretschmer habilitiert hatte. Sein großer Schaffenseifer ermög-lichte die vielen mehrere hundert umfassenden Publikationen, die von Dietrich Langen verfaßt wurden. Stationär verband er das autogene Training mit der analytisch orientierten Psychotherapie in der sogenannten "2-gleisigen Psychotherapie" und suchte wissenschaftlich immer wieder den Dialog zwischen den verschiedenen medizinischen Disziplinen und der Psychotherapie. Gleichzeitig zeigte sich Dietrich Langen als faszinierender Lehrer und Dozent, und seine Offenheit und die Unterstützung, die er Studenten immer wieder gegenüber zeigte, unterstrichen seine pädagogischen Fähigkeiten, mit denen er Studenten immer wieder an die menschliche Psyche führte. So habe auch ich meine ersten Anstösse in dieser Richtung durch Dietrich Langen erhalten und bin ihm dankbar dafür.
(S. Stephan)
Die Witwe von Prof. Langen, Frau Margarethe Langen, war während der Laudatio und der Ernennung zum Ehrenmitglied bei der Mitgliederversammlung am 17. 6. 2000 anwesend. Sie erfreut sich bester Gesundheit und hat schon sehr aktiv 1970 den 5th Internationalen Hypnose Kongress im Mainz in kürzester Zeit mit ihrem Mann zusammen organisiert und durchgeführt.

5.2 Laudatio Dr. med. Herbert Mensen

Seit über 30 Jahren ist Herbert Mensen Mitglied der DGÄHAT. In den zurückliegenden Jahrzehnten hat er unzählige ambulante Kurse für Betroffene sowie eine große Zahl von Ausbildungskursen für Ärzte durchgeführt. Persönlich betreute er seit 1958 (!) Kurse für stationäre Patienten in der Teutoburger-Wald-Klinik und kommt dabei etwa auf eine Zahl von 12000 Patienten. Ambulante Kurse führte er regelmäßig u.a. in Osnabrück, Amsterdam, Münster, Berlin, Kärnten und Hamburg durch. Seine Weiterbildungskurse auf Teneriffa erfuhren von den Kassenärzten eine besondere Würdigung und waren jeweils ein Höhepunkt der dortigen jährlichen Veranstaltungen. In unzähligen Fachreferaten zum Autogenen Training und populärmedizinischen Veröffentlichungen, speziell zur Abgrenzung von Jugendsekten und destruktiven Kulten vertrat er unser Basispsychotherapeutikum offensiv und weit über den ärztlichen Bereich hinaus. Sein didaktisch hervorragend aufgebautes Taschenbuch "Das autogene Training" erschien bereits in der 18. Auflage und wurde über 70 mal rezensiert, u.a. auch vom Referenten. 160.000 verkaufte Exemplare zeugen von der Wichtigkeit dieses Buches. Auch an dieser Stelle möchte der Referent noch einmal hervor-heben, daß er es als besonders weitblickend empfand, daß der zu Ehrende es verstand, gut zugängliche Quellen aus der Alt-bundesrepublik und Westeuropa mit den zu Unrecht wissenschaftlich weniger beachteten aus dem ehemaligen Ostblock so zu verarbeiten, daß die Konsequenzen daraus auch der gebildete Laie versteht. So empfehle ich, dieses Buch z.B. allen jungen Assistenten und den Psychotherapie-Patienten. Auf diesem riesigen Erfahrungsschatz basierend ist uns die Mitarbeit vom Kollegen Mensen in der Leitlinienerstellung zum Autogenen Training besonders wichtig. Seine umfangreiche historische Literatursammlung hat er jedoch inzwischen bereits unserer Gesellschaft zur Verfügung gestellt uns sie ist in Blankenburg jederzeit einsehbar. Ein wissenschaftliches Leben für und auch mit dem Autogenen Training sollte mit der Ehrenmitgliedschaft unserer Gesellschaft gewürdigt werden. Dieser Vorschlag wurde bei der Mitgliederversammlung der DGÄHAT am 17. 06. 2000 in Blankenburg per Akklamation mit großer Zustimmung angenommen.
(W.-R. Krause)

6. Bericht über die Treffen der korporativen Mitglieder der AÄGP mit Konstituierung der Arbeitsgruppe zur Bildung einer Fort- u. Weiterbildungsakademie und eines Kooperationsvertages zur engeren Zusammenarbeit

Am Treffen der korporativen Mitglieder der AÄGP in Frankfurt/Main am 17. März 2000 nahm ich für unsere Fachgesellschaft teil. Die weiteren Teilnehmer waren für die DGPGG Frau PD Dr. Dr. med. M. Neises aus Hannover, für die VÄGP Frau B. Landgrebe aus Bad Zwesten, für die DÄVT Herr Dr. med. T. Wiehn aus Grebenhain, Für die WIPF Herr Dr. med. N. Peseschkian und für die ÄWK/LPW Herr Dr. med. R. Hirsch aus Wessling.
Eingeladen hatte Herr Dr. med. Johannes Kruse aus Düsseldorf im Auftrag des Vorstandes der AÄGP. Die Tagesordnung beinhaltete Fragen zur Konstituierung der Arbeitsgruppe, Aufgaben, Ziele und Struktur der Akademie, Qualitätssicherung in der Akademie, Konkrete Arbeitsschritte, weiteres Vorgehen und Sonstiges.
Nach einer Vorstellungsrunde wurde das Für und Wider einer Akademie sehr ausführlich diskutiert. Was haben die einzelnen korporativen Mitglieder davon, was müssen sie eingeben, welche Wirkung soll die Akademie nach außen haben, welche Signale wollen wir an die Fachleute und an die Politik abgeben? Wollen wir mehr Informationen über Psychotherapie zur Verfügung stellen oder aber einer bestimmen Fort- und Weiterbildung einen AÄGP-Stempel aufsetzen.
Ich formulierte für mich ein Dach für alle bei Wahrung der Eigenständigkeit für die eigenen Methoden, für den eigenen Psychotherapieschwerpunkt.
Konsens entstand nach zwei Stunden darüber, dass dem Vorstand der AÄGP (Kostenträger der Maßnahme) als ersten Schritt empfohlen wird, ein Informationsheft herauszugeben.

Ein Fort- und Weiterbildungsführer für Psychotherapie in Deutschland herausgegeben von der AÄGP.

Die korporativen Mitglieder sollen noch einmal ergänzend nach den folgenden

Kriterien befragt werden.
1. Gibt es festgeschriebene Fort- und Weiterbildungs-richtlinien?
2. Gibt es eine festgelegte Therapeutenqualifikation?
3. Gibt es eine festgeschriebene Dozentenqualifikation?
4. Wie werden Supervisoren und Lehrtherapeuten benannt?
5. Liegt eine Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer vor?
6. Liegt einen Anerkennung der Kassenärztlichen Vereinigung vor?
7. Welche Personen bilden den Lehrkörper?
8. Wie viele und welche Fort- und Weiterbildungsteilnehmer hat der Weiterbildungskreis?
9. Welche Klammerverfahren werden angeboten?

Der Spannungsbogen soll von der Psychosomatischen Grundversorgung über die Zusatzbezeichnungen (Psychotherapie/Psychoanalyse) bis hin zu den Psychotherapieinhalten der drei Fachärzte Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie und Psychotherapie / Psychotherapeutische Medizin führen.

Alle anderen von den Ärztekammern befugten Psychotherapie-Weiterbildungsinstitute / -Weiterbildungskreise /-Weiterbildungsbefugte sollen angeschrieben und angefragt werden, ob sie mit in dem geplanten Fort- und Weiterbildungsführer erscheinen wollen. Arbeitsaufgaben wurden verteilt und das weitere Vorgehen besprochen. Die Gesamtheit und Gemeinsamkeit der ärztlichen Psychotherapie stand bei den Überlegungen im Vordergrund. Global denken und lokal handeln.

Überlegt wurde ein Dachverband unter der Schirmherrschaft der AÄGP unter dem die wissenschaftlichen Fachverbände und Weiterbildungsverbände eine Fort- und Weiterbildungsakademie gründen.

Jeder führt weiterhin eigenständig seine Fort- und Weiterbildung durch und benennt seine Ausbilder/Dozenten. Die Akademie hätte nach außen informative und politische Wirkungen und im Innenverhältnis vereinte sie die verschiedenen Verbände und könnte die unterschiedlichen Interessen bündeln.

Die unterschiedlichen methoden- und patienten-orientierten Psychotherapieverfahren bekämen eine Heimat, die vorgenannten sechs Kriterien sollen als Voraussetzung oder Mindestvoraussetzung überlegt werden. Ein Großteil der Überlegungen beschäftigte sich mit der zukünftigen Frage, wer die Fachqualität der Dozenten unter dem Dach der AÄGP überprüft. Wer prüft die Prüfer? Ein sicherer Ort für mögliche narzißtische Kränkungen.

Nach dem schriftlichen Rücklauf der Anfragen und der Auswertung ist eine Telefonkonferenz geplant. Zum Schluß die Zukunftsperspektive: Wenn alle sich in dem Psychotherapieführer wohlfühlen und genügend gut repräsentiert wiederfinden und alle Therapierichtungen es nebeneinander aushalten ist eine Internetrepräsentation mit vielen Links geplant Am Treffen in Berlin am 19. Mai 2000 nahm Wolf-Rainer Krause für unsere Fachgesellschaft teil. Es wurde besprochen, daß die Fachverbände in Zukunft den wissenschaftlichen Beirat bilden sollten und die Weiterbildungskreise und -institute die Aufgaben der Akademie übernehmen könnten. Dr. Bodenstein schlug vor, über die neue Zusammenarbeit eine vertragliche Regelung zu treffen. Die Weiterbildungsveranstaltungen sollen zunächst in einem "AÄGPGuide" veröffentlicht werden, auf der Internetseite der AÄGP soll ein Hinweis darauf erscheinen. Gemeinsame Treffen [Vorstand der AÄGP / Wissenschaftlicher Beirat / ein Mitglied der Akademie / ein Mitglied des Arbeitskreises Hochschullehrer] sind geplant, brisante Fragen sollten auf der Basis "gegenseitiger Konsultations-verpflichtungen" grundsätzlich bei gemeinsamen Sitzungen besprochen und abgestimmt werden, nachdem bereits Vorabinformationen ausgetauscht worden sind.

Der **Kooperationsvertrag** über die wissenschaftliche und berufspolitische Zusammenarbeit mit der AÄGP soll am Freitag den 17. November in Düsseldorf besprochen werden. Ein Vertragsentwurf liegt vor und ist im Vorstand der DGÄHAT abgestimmt worden. Ich werde unsere Interessen bei nächsten Treffen vertreten und vom Verlauf berichten. Die allgemeine ärztliche Psychotherapie gilt es zu stärken und für die Zukunft fit zu machen. (GRC)

7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie in Lindau am 19.04.2000

Einer schon kleinen Tradition folgend hat die DGÄHAT die anderen Vertreter der Methoden AT/Hypnose und Hypnotherapie während der Lindauer-Psychotherpie-Wochen zum Informationsaustausch bei einem Arbeitsessen in den Gasthof "Stift" auf der Insel eingeladen. Es kamen von den Anwesenden in der zweiten Woche:

· Prof. Dr. med. Hartmut Amft aus Zollikon (DGÄHAT), Dr. med. Gerd Bachelier aus Königsfeld (DGÄHAT), Prof. Dr. rer. nat. Walter Bongartz aus Konstanz (Präsident der ISH, DGH/MEG), Dr. med. Hansjörg Ebell aus München (MEG), Dr. med. Christa Geppert aus Waakirchen (DGÄHAT), Dr. med. Klaus Pingsten aus Detmold (DGÄHAT), Dr. med. Arno Schelper aus Schneverdingen (DGÄHAT), Dipl. Psych. Bernhard Trenkle aus Rottweil (1. Vorsitzender der MEG) und Dr. med. Günter R. Clausen aus Neuss (1. Vorsitzender der DGÄHAT).

Mit einer Vorstellung der Teilnehmer und ihren Arbeitsschwer-punkten eröffnete ich das Arbeitsessen. Ich skizzierte noch einmal unsere Leitlinienentwicklung Therapie mit Autogenem Training und Therapie mit Hypnose und hob hervor, dass in Zukunft eine Unterscheidung zwischen notwendiger Therapie in Abgrenzung zur nützlichen und empfohlenen Therapie erfolgen werde. Die notwendige, wissenschaftlich nach-gewiesene wirksame Therapie werde von den Krankenkassen finanziert werden, die nützliche und empfohlenen Therapie über die private Liquidation (GOÄ) abrechenbar sein.

Walter Bongartz führte aus , dass es international immer noch sehr große Unterschiede in der Ausbildung und Anerkennung der Hypnosetherapie gebe. Nach Österreich sei jetzt auch in Italien mit der Gruppe in Mailand die Hypnose im Gesundheitssystem als Psychotherapieverfahren anerkannt. Alle Beteiligten waren sich schnell darüber einig, dass gemeinsame Absprachen zur Krankheitslehre, zum psychotherapeutischen Methodenkanon und zum Ausbildungscurriculum bei einer weiteren wissenschaftlichen Wirk-sam-keitsbegleitung der Hypnotherapie getroffen werden müßten. Ein Wissenschaftlicher Beirat der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften zur Förderung der Anerkennung der Hypnose in Forschung und Praxis soll gegründet werden, ein erstes gemeinsames Treffen ist in München während des ISH-Kongresses am 04.10.2000 geplant. Ein Vorschlag zur Tagesordnung liegt vor: · Forschungskoordination · Dialog über Definition und Methoden · Leitlinienentwurf Hypnotherapie · Hypnotherapie als wissenschaftliches Therapieverfahren · Abrechnungsziffer der Hypnotherapie · Hypnotherapie als Richtlinienverfahren innerhalb der Kassenabrechnung · Rechtliche Initiative zur Regulation der Bühnenhypnose · u.a. Eine umfangreiche Diskussion mit weiterem Diskussionsbedarf in den Hypnosegesellschaften gab es darüber, wo die zukünftige Hypnotherapie ihren Platz finden soll oder haben wird. Innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems mit Finanzierung der Therapie über die Krankenkassen oder außerhalb des Systemes über die private Gebührenordnung oder über Selbstzahlung. Hier wurden sehr schnell die unterschiedlichen Interessen der vertretenen Berufsgruppen und Fachgesellschaften deutlich. Wer vorwiegend oder nur mit Hypnotherapie arbeitet hat eine anderer Sicht als derjenigen, der Hypnose/Hypnotherapie als ein zusätzliches Psychotherapieverfahren zur Anwendung bringt. Auch wurden materielle Verteilungskämpfe im kassenärztlichen System deutlich. Wer von Hypnotherapie leben will oder muß bewertet die Situation von seinem Standpunkt aus. Ich persönlich vertrete die Meinung, dass die Therapie mit Hypnose in der Psychosomatischen Grundversorgung und in der Psychosomatik als Basistherapeutikum eingesetzt werden kann und in der Psychotherapie (Zusatzbezeichnung/Fach-ärzte) als weiteres wissenschaftlich anerkanntes Zweitverfahren den richtigen Platz hat und nur der Bewertungsmaßstab für die ärztlich/psychotherapeutische Leistung noch richtig angepaßt werden muß.

Die möglichst von allen deutschsprachigen, besser noch allen europäischen Hypnosegesellschaften konsentierte zukünftige Hypnotherapie sollte sich nicht über Krankenkassensysteme finanzieren, kontrollieren oder bestimmen lassen. Ich bin in diesem Bereich für hohe Eigenständigkeit der Therapeuten und hohe Eigenverantwortlichkeit der Patienten.

Auch wenn ein Konsens schwierig sein wird, so hoffe ich doch, dass wir uns auf

einem verbindlichen Minimalkonsens treffen werden. Eine gut ausdifferenzierte, wirksame und wissenschaftlich nachgewiesene Methode wird bei therapeutischen Alternativen nur dann angewandt, wenn auch die Behandler davon leben können. Die Hypnose hat schon viele Höhen und Tiefen hinter sich. Wir werden die weitere Entwicklung kreativ mitgestalten können.
· Ein erneutes Treffen unter Einladung der DGÄHAT wurde für das nächste Jahr ebenfalls zu den Lindauer Psychotherapiewochen vereinbart. (GRC)

8. Beteiligung unserer Fachgesellschaft beim 15. Internationlen Kongress für Hypnose in München

Der 15. Internationale Kongress für Hypnose [ISH] an der Ludwig-Maximilians-Universität in München wurde von der Milton Erickson Gesellschaft für klinische [MEG] in Zu-sam-men-arbeit mit der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hyp-nose [DGZH], der Deutschen Gesellschaft für Hypnose [DGH], der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und auto-ge-nes Training [DGÄHAT], der Gesellschaft für klinische Hypnose, Schweiz [GhypS], der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Hypnose [SMSH], Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie [ÖGATAP] und der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurz-therapie, Austria [MEGA]; dem Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität München; Universität Tübingen; Scott and White, Texas A&M Universität Health Science Center, College of Medizin veranstaltet.
Der 1. Kongress fand 1889 in Paris mit den Teilnehmern Sigmund Freud, Hippolyte Bernheim, Pierre Janet u.a. statt. Beim 15th waren 1.500 Teilnehmer, 300 Vorträge und 200 ge-plante Workshops füllten das Programm vom 02. bis 07. Oktober aus. - Die Jahrestagungen der DGH, DGZH und MEG wur-den durch-geführt, das Symposium über die Zukunft der Psychotherapie und das 3. Internationale Symposium über Suggestion und Suggestibilität fand statt. Die Repräsentanten der ISH und ESH trafen sich, ein wissenschaftlicher Beirat wurde gegründet. Für das ausgewählte Rahmenprogramm war kaum Zeit.
Wir waren mit unseren Dozenten bei den Vorträgen und im Workshop-Programm vertreten. In einem später erscheinenden Kongress-Sonderband werden unsere Vorträge abgedruckt sein. Der Kontakt unter den Mitgliedern konnte während des Kongresses gut in den Pausen gepflegt werden. Oft hörten wir auch gemeinsam Vorträge. Mit den europäischen und inter-nationalen Kollegen nahmen wir Kontakt auf, an der ISH und ESH Sitzung nahmen die anwesenden Vorstandsmitglieder teil. (GRC)

8.1 Gründung eines wissenschaftlichen Beirates der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften

Am Donnerstag, den 05. Oktober 2000 wurde im Rahmen des 15. Internationalen Kongress für Hypnose in München ein "Wissenschaftlicher Beirat der deutschsprachigen Hypnose-gesellschaften" gegründet. Ziel dieses Beirates ist es unter anderem, die Hypnotherapie als Methode weiterzuentwickeln. Wir vom Vorstand der DGÄHAT waren zu dritt bei der Gründung des Beirates zugegen. Dr. Clausen wird im Ausschuß "Methodendefinition" mitarbeiten. Insgesamt fand die Gründungsveranstaltung des wissenschaftlichen Beirates in recht positiver Atmosphäre statt, so daß mit einer konstruktiven Arbeit gerechnet werden kann. (S. Stephan)

9. Neue Mitglieder

Frau Dr. med. Ute Christmann, 03238 Finsterwalde Fachärztin für Nervenheilkunde/Psychotherapie
Herr Paul Geismer, 94405 Landau Facharzt für Allgemeinmedizin/Chirotherapie
Frau Dr. med. Elisabeth Kohler, 55131 Mainz Ärztin
Herr Dr. med. Peter Otremba, 30159 Hannover Facharzt für Innere Medizin/ Facharzt für Nuklearmedizin
Frau Dr. med. Marion Porger, 66904 Brücken Fachärztin für Allgemeinmedizin
Herr Dr. med. Günther Scheithauer, 39261 Zerbst Facharzt für Anaesthesiologie/ Spez. Schmerztherapie

10. Verstorbene Mitglieder

Frau Dr. med. Ursula Große-Brockhoff, Essen Fachärztin für Nervenheilkunde/ Psychotherapie

Herr Dr. med., Dipl.-Psych. Bernhard Becker, München Facharzt für Kinderheilkunde/Psychotherapie

Herr Dr. med. Wolfgang Weingartner, Kematen/Österreich Praktischer Arzt

Herr Dr. med. Roman Sauer, Edemissen Facharzt für Allgemeinmedizin

11. Zertifikate

Herr Helge Groß, 99975 Mühlhausen, H-D

Facharzt für Allgemeinmedizin/Sportmedizin Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Frau Dr. med. Ingrid Johannsen, 24782 Büdelsdorf, AT-D

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie/Psychotherapie

Herr Dr. med. Michael Ullmann, 86150 Augsburg, H-D

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Herr Dr. med. Günther Scheithauer, 39261 Zerbst, H-T

Facharzt für Anaesthesiologie/Spez. Schmerztherapie

12. Veröffentlichungen von Mitgliedern der Gesellschaft

Northoff, G., Czerwenka, C., Krause, W.-R. et al.: Right lower prefronto-parietal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a combined study of neuropsychology and regional cerebral blood flow. Psychol Med 2000 May; 30(3): 583-96

Krause, M. und Krause, W.-R.: Hypnose und autogenes Training Der Mitteldeutsche Hausarzt, 2/2000, 20 - 22

Hoffmann B, Hoffmann SO, Derra C, Stetter F (2000) Handbuch autogenes Training. Deutscher Taschenbuchverlag, neubearbeitete 13.Aufl.

Stetter F (2000) Basispsychotherapeutikum - Autogenes Training. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg.) Wörterbuch der Psychotherapie. Springer Wien New York, 68

Stetter F (2000) Hrsg. von: Wege aus der Sucht I: Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Herausforderungen für Forschung und Therapie. Neuland, Geesthacht

Stetter F (2000) Psychotherapie in der Entgiftungs- und Motivationsbehandlung - Konzepte, Ergebnisse und Prognose. In: Stetter F (Hrsg.) Wege aus der Sucht I: Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Herausforderungen für Forschung und Therapie. Neuland, Geesthacht, 70 - 87

Stetter F (2000) Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. Psychotherapeut, 45, 63-71

Stetter F (2000) Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. Psychotherapeut, 45, 141-152

Stetter F (2000) Zielgerichtete Motivation in Stufen. Initiale Therapieschritte bei der Behandlung bei Alkoholabhängigen. Neuropsychiatrische Nachrichten 2/00, 14

Stetter F, Mann K (2000) Psychotherapie beim Alkoholentzug. Neurodate 2/2000, 20 - 23

Stetter F, Pack H (2000) Patient mit Alkoholabusus und Depressionen Psychiatrie und Dialog 1/2000, 14

Stetter F (2000) Entspannungsverfahren: Autogenes Training und Progressive Relaxation. In: Rudolf G (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme, Stuttgart, 4. Aufl. S. 492 - 500

Mann K, Stetter F (2000) Konzept einer Station zur Entgiftung und Motivierung von Suchtpatienten. In: Möller HJ (Hrsg.) Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Thieme, Stuttgart 627-632 Stetter F (2000) Psychotherapy with alcohol dependent patients. In: Zernig G, Saria A, Kurz M, O'Malley SS (Hrsg.) Handbook of Alcoholism, CRC-Press, Boca Raton, S. 89-120

Stetter F (2000) Psychotherapie mit Alkoholkranken. In: Zernig G, Saria A, Kurz M, O'Malley S (Hrsg.) Handbuch Alkoholismus, Verlag der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck, 99 - 142

Stetter F (2000) Motivationstherapie und Entwöhnungsbehandlung bei substanzabhängigen Ärzten. In: Zerdick J (Hrsg.) Tagungsband des 9. Suchtmedizinischen Kongress der DGS. Verlag für Wissenschaft und Bildung,

Berlin, 213-226

12.1 Rezension Halama, P.: Hypnose - Trance - Suggestion AOV Kühlhausen, 1. Auflage 2000; ISBN 3-00-00-4672-0. 48,00 DM

Unser in der Praxis und der Lehre äußerst aktives Mitglied, Dr. med. Peter Halama, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/ Umweltmedizin , legt auf exakt 200 Seiten einen komprimierten Überblick seiner Sicht der Hypnose dar. Die Entstehungszeit des Buches liegt 10 Jahre zurück. Folglich ist das Kapitel über Geschichte und Entwicklung der Hypnose trotz der inzwischen eingetretenen weiteren Entwicklung besonders gut gelungen. Erwartungsgemäß werden die Verdienste von Oskar Vogt besonders gewürdigt, hat sich doch Kollege Halama mit ihm besonders auseinandergesetzt und sein Hypnose-Institut nach ihm benannt.

Wohltuend ist in diesem Kapitel zu vermerken, daß Halamas Kritik an Freud sachlich und kasuell untermauert bleibt. Insgesamt spannt er den Bogen im Zusammenhang mit der Hypnose vom ägyptischen Heilschlaf, Yoga, schamanischen Trance bis zu den Techniken der neuen Hypnose. Geschickt versteht er immer wieder, die entsprechenden Phänomene eines neuro-physiologischen und psychischen Grundzustandes heraus zu arbeiten.

Als langjähriger Praktiker und Ausbilder stellt der Autor verschiedene Hypnosetheorien, aber vor allem die Praxis der Hypnose dar. Diese Kapitel sind wohl an sich für den Anfänger gedacht, aber auch für den Erfahrenen bringen sie, besonders anhand von Fallbeispielen auch bisher wenig Beachtetes.

Die letzten 50 Seiten mit kritischen Anmerkungen, Vorschlägen und Ausblicken und vor allem der Literatur bedürfen einer deutlichen Aktualisierung, da natürlich in unserer schnellebigen Zeit kam noch eine Adresse stimmt und vor allem die Literatur des letzten Jahrzehntes nur global angeführt werden kann. Auch rein technische Fehler sind im Personen- und Namenregister zu beseitigen.

Zusammenfassend wäre das Buch vor 10 Jahren sicher eine echte Bereicherung gewesen und es ist auch sehr schade, daß der verdienstvolle Autor sich nicht in die natürlich ebenfalls sehr zeitaufwendige Gestaltung unserer Leitlinie "Therapie mit Hypnose" einbringen konnte. Die zeit- und kostenaufwendige Überarbeitung ist geplant. Dem Buch ist dann auch unbedingt eine haltbarer Einband zu wünschen, da es dann der Praktiker mit Sicherheit doch öfter zur Hand nehmen wird. (Wolf-Rainer Krause)

12. 2 Rezension Progressive Relaxation für Kids Dipl.-Psych. Dr. phil. Dietmar Ohm TRIAS Verlag Stuttgart 2000

Nach seinem erfolgreichen Buch "Progressive Relaxation" (für Erwachsene), das man ohne Übertreibung als deutschsprachiges Referenzbuch für die Anwendung der Progressiven Relaxation nach Jacobson ansehen kann, hat Dietmar Ohm nun ein weiteres alltagspraktisches Anwendungsbuch verfasst. Die Progressive Relaxation wird damit erstmalig in ihren speziellen Varianten für Altersgruppen ab dem 6. Lebensjahr dargestellt. Das Buch ist als Ratgeber konzipiert und wendet sich sowohl an Kinder wie auch an Eltern, Pädagogen und Therapeuten. Es ist so konzipiert, dass ältere Kinder und Jugendliche selbst damit arbeiten können und eine qualifizierte und einfache Anleitung zur Durchführung der Übungen bekommen. Eltern von jüngeren Kindern erhalten Anleitung wie sie die Progressive Relaxation vermitteln und gemeinsam mit ihren "Kids" durchführen können. Sehr detailliert wird auf die Besonderheiten der Durchführung bei Kindern eingegangen. Eine ganze Reihe von altagsgemäßen Hilfestellungen und Anwendungsbeispielen runden das Buch ab. Die bildhaften Übungsvorschläge sprechen auch Erwachsene recht gut an und bereichern das sonst eher nüchterne Entspannungsverfahren. Nachdem für das Autogene Training schon seit Jahren entsprechende Bücher auf dem Markt sind, schließt "Progressive Relaxation für Kids" eine Lücke im Ratgeberbereich und ist auch für Erwachsene zur Selbstanwendung unbedingt empfehlenswert. (Claus Derra)

13. Aktuelle Information zur STÄKO-Sitzung am 18. Oktober 2000

Am 18. 10. 2000 fand von 14.00 - 18.00 Uhr im Flughafen Köln/Bonn wieder eine

Konferenz der STÄKO (Ständige Konferenz Ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände) statt. Hier sollen nur einige Punkte erwähnt werden:
1. Bezüglich der neu eingeführten Zertifizierung (Weiterbildungspunkte) durch Ärztekammern wurde besprochen, daß eine entsprechende Zertifizierung auch von Supervisionsgruppen und Einzelsupervision möglich werden soll, dies wird nochmals in die entspr. Gremien eingebracht.
2. Seit einiger Zeit gibt es auch eine CME-Psychiatrie (Continous Medical Education). Dies ist eine andere Form der Zertifizierung wobei die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der CME viel Geld kostet und von daher die Sinnhaftigkeit in Frage gestellt wird.
3. Bezüglich einer Veränderung oder Neufassung des PsychThG (Psychotherapeutengesetz) ist noch nicht klar, wann dies geschehen wird. Es sind jedoch einige Punkte, die dann anstehen so z.B. die Fehlversorgung der Erwachsenenpsychotherapie und die Unterversorgung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu klären. Außerdem muß eine Bedarfsplanung für Ausbildungsstätten im PsychThG festgelegt werden. Ebenfalls wäre ein weiterer Punkt eine adäquate Vergütung der Psychotherapieleistungserbringer unter 90%. Wichtig ist bei dieser ganzen Thematik eine gute Aufnahme von Kontakten zu den entspr. Entscheidungsgremien.
4. Der BDP hat im Internet eine sehr ungünstig gewählte und an manchen Stellen falsche Darstellung von Psychiatrie und ärztlicher Psychotherapie gemacht. Ziel wird es sein, die ärztliche Psychotherapie auch in den verschiedenen Homepages der Fachgesellschaften genauer zu beschreiben oder aber eine gemeinsame Definition und Beschreibung in eine neu zu erstellende Homepage evtl. der STÄKO zu übernehmen und mit Links von den verschiedenen fachgesellschaftlichen Homepages darauf hinzuweisen. Ein entspr. Entwurf wir z.Zt. von einigen STÄKO-Mitgliedern erarbeitet und an alle Fachgesellschaften zur Stellungnahme versandt.
Es gab noch 10 weitere Tagesordnungspunkte, die aktuell hier nicht aufgeführt werden, sie würden die Kurzinformation über die STÄKO sprengen. Wichtig ist der kontinuierliche Dialog mit den anderen Fachgesellschaften innerhalb unserer Konferenz. Weitere Informationen können bei mir erfragt werden. (S. Stephan)

14. Termine /Tagungen / Internationale Kongresse
2000: 09. - 11. November 19. Aus- und Weiterbildungsseminar für med. Hypnose SMSH Balsthal/Schweiz
2001: 02. - 04. März 26. Westd.Psychotherapieseminar Aachen
2001: 16. - 27. April 51. Lindauer Psychotherapiewochen
2001: 01. - 03. Juni AÄGP "75 Jahre" Festkongress Berlin
2001: 03. - 09. Juni 30. Langeooger Fortbildunswochen
2001: 22. - 24. Juni 7. Arbeitstagung DGÄHAT Schmitten
2001: 14. - 16. September Jahrestagung DGZH Berlin
2001: 27. - 30. September Jahrestagung DGH Bad Lippspringe
2001: 21. - 26. Oktober 30. Norddt. Psychotherapietage Lübeck
2001: 02. - 04. November Jahrestagung MEG Bad Orb 2002: 9th European Congress of Hypnosis - ESH Rome
2002: 21. - 23. Juni 8. Arbeitstagung DGÄHAT Blankenburg
2003: 16th International Congress of Hypnosis - ISH Singapore
2003: 20. - 22. Juni 9. Arbeitstagung DGÄHAT Königswinter
2005: 10th European Congress of Hypnosis - ESH Jerusalem