Der Rundbrief
Oktober 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort (1. Vorsitzender)

2. Bericht über die 8. Arbeitstagung der DGÄHAT in Blankenburg/Harz
2.1 Vorträge
2.1.1 Abstract Dr. med. Stefan Jacobs, Göttingen
2.1.2 Vortrag Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter, Extertal
2.2 Ergebnisbericht über die Mitgliederversammlung am 08.06.2002 in Blankenburg/Harz
2.3 Ankündigung der 9. Arbeitstagung vom 20. bis 22. Juni 2003 in Königswinter bei Bonn

3. Bericht über die Sitzung des wissenschaftl. Beirates
der AÄGP in Ulm am 08. März 2002

4. Bericht über die AWMF-Delegiertenkonferenz am 04.05.2002 in Frankfurt/Main

5. Kongress in Yokohama

6. Internet und Aktuelle Therapeutenliste

7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie in Lindau/ Bodensee am 17.04.2002

8. Neue Mitglieder

9. Verstorbene Mitglieder

10. Zertifikate

11. Veröffentlichungen von Mitgliedern
11.1 Die Bestimmung von Beziehungsmustern und zentralen Beziehungskonfliktthemen in diagnostischen Interviews und Gruppensitzungen.
11.2 Autogenes Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies
11.3 Veröffentlichungen
11.4 Berufung und Habilitation von Mitgliedern

12. Rezension

13. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse
13.1 Kongress 2003 in Hamburg "Psychosoziale Versorgung in der Medizin"

1. Liebe Mitglieder,

unsere Jahrestagung in Blankenburg/Harz ist wieder ein voller Erfolg gewesen. Die gehaltenen

Vorträge von Herrn Dr. med. Jacobs und Herrn Prof. Dr. med. Stetter sind im Rundbrief abgedruckt.
Herr Dr. med. Arne Hofmann hat seinen Vortrag sehr lebendig mit Overheadfolien und einer eindrucksvollen Video-Demonstration frei gehalten.

In der Mitgliederversammlung fand ein intensiver Gedankenaustausch statt, im geselligen Teil danach wurden die vielen persönlichen Kontakte gepflegt und erweitert.

Die Tagung 2003 in Königswinter bei Bonn ist vorbereitet.
Der Flyer unter www.gdaehat.de abrufbar informiert über den aktuellen Planungsstand, das Programm wird mit dem März-Rundbrief 2003 verschickt werden.
Von den Referenten hat Prof. Dr. phil. Dieter Vaitl von der Justus-Liebig-Universität Giessen zugesagt. Er wird über die Psychophysiologie veränderter Bewusstseinszustände-insbesondere bei Entspannungszuständen einen Hauptvortrag halten. Herr PD Dr. med. Hermann Staats von der Universität Göttingen wird die Psychoanalytische Diagnostik in Suggestiven Behandlungen vorstellen und Herr Dr. med. Dipl. Psych. Claus Derra aus Bad Mergentheim wird darstellen Wie Gehirn und Körper miteinander kommunizieren-Zentrale und periphere Entspannung.

Unser neuer Tagungsort: Das Adam-Stegerwald-Haus in Königswinter sehr nahe am Rhein wird uns gefallen. Die Tagung wird bei einer Schiffstour mit Abendessen um 18.00 Uhr beginnen.

Der wissenschaftliche Beirat der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie [AÄGP] hat sich bevorzugt mit den Inhalten der neuen Weiterbildungsordnung und den Erhalt der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" beschäftigt.

Unter www.aaegp.de sind Detailinformationen und die Weiterbildungsveranstal-tungen zu entnehmen.

Wir arbeiten weiter mit im wissenschaftlichen Beirat der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften, vertreten unsere Interessen im Bundesgesundheitsministerium, bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] und bei der Bundesärztekammer.

Unsere neuen Mitglieder, Frau Dr. med. Catharina Adolphsen aus Berlin und Herrn Christoph Zimmer aus Saarbrücken, begrüße ich ganz herzlich.
Unser verstorbenes Mitglied Herrn Dr. med. Ulrich Friedhelm Geldmacher aus Bielefeld betrauern wir.

Sowohl die "Aktuelle Therapeutenliste" als auch die "Dozentenliste" sind im Internet unter

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 und Berufungen unserer Mitglieder finden sie die Tagungstermine.

Ihr

Dr. med. Günter R. Clausen

2. **Bericht über die 8. Arbeitstagung vom 07. bis 09. Juni 2002 der DGÄHAT in Blankenburg/ Harz**

Der theoretische Schwerpunkt war diesmal die Psychotraumatologie, wir konnten den Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, Herrn Dr. med. Arne Hofmann aus Bergisch-Gladbach mit einem Hauptvortrag und Videodemonstration einer Behandlung für den Sonntag den 09. 06. 2002 gewinnen.
Am Samstag sprach Herr Dr. med. Stefan Jacobs aus der Universität Göttingen zum Thema "Verhaltenstherapeutische Hypnose" Behandlung chronischer Schmerzen mit Videobeispielen". Den zweiten Vortrag hielt Herr Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter aus Extertal über "Wirksamkeitsnachweise des Autogenes Training und dessen Rolle in integrativen Behandlungskonzepten" halten.

Die Kurse sind sehr gut angenommen worden.

2.1 Vorträge
2.1.1 Abstract Dr. med. Stefan Jacobs, Göttingen

Hypnotherapeutische Interventionen im Rahmen eines verhaltentherapeutischen Kurzprogramms zur Behandlung chronischer Schmerzen.

Stefan Jacobs, Micha Strack ,Gina Bode, Birgit Kröner-Herwig

Zusammenfassung
In einer Studie an 14 chronischen Schmerzpatienten wurden die Effekte eines verhaltenstherapeutischen Kurzprogramms von neun Sitzungen mit hypnotischen Interventionen untersucht. Als Interventionsmethoden kommen verhaltenstherapeutische Elemente zu Selbstkontrolle schmerzfördernder und -lindernder Aktivitäten sowie hypnotherapeutische Interventionen (Hypnotische Dissoziation) zur Schmerzreduktion zum Einsatz. Eine Kassette mit

den schmerzreduzierenden hypnotherapeutischen Interventionen wurde von den Patienten zusätzlich zu den therapeutischen Sitzungen zu Hause bei Schmerzattacken eingesetzt.
Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Reduzierung der Schmerzstärke (Effektgrößen über 1,0) und ähnlich starke Verbesserungen in Depressivität und Funktionsfähigkeit. Die Befunde wurden gegen ein vierwöchiges Eigenwartegrup-pendesign kontrolliert und in einer Dreimonats-Katamnese bestätigt. Die aktuelle Schmerzreduktion durch Heterohypnose und Autohypnose zeigt in der Intrasplitting-Erhebung Effektgrößen um 2,0 und Korrelationen zum Gesamterfolg.

Schlüsselworte: chronischer Schmerz, Hypnose, Kurz- Verhaltenstherapie, empirische Studie, Auto-Hypnose

HYPNOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF A SHORT BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM FOR THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN.

Abstract
In an empirical study the effects of a short behavior modification program of nine sessions were examined. As interventions behavior modification elements for the avoidance of pain inducing activities and hypnotherapeutic interventions (hypnotic dissociation) for the reduction of pain were used. A tape with the hypnotherapeutic, pain reducing sug-gestions was used by the patients supplementary to the therapeutic sessions at home.
The results show a remarkable pain reduction (effect sizes of 1,0) and improvements of depression and functionality. The outcome was controlled with a 4 week waiting group design and continued in a follow-up of 3 months. The actual pain reduction by hetero-hypnosis and auto-hypnosis showed effect sizes of 2,0 in an intra- splitting measurement.

Key-Words: chronic pain, hypnosis, short behavior modifi-cation program, empirical study, auto-hypnosis

Der gesamte Vortrag kann im Sekretariat des Vorsitzenden, Postfach 1365, in 41436 Neuss mit einem rückfrankierten Briefumschlag (1,53 EUR) angefordert werden.

2.1.2 Vortrag Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter, Extertal

Prof. Dr. Friedhelm Stetter stellte bei der 8. Arbeitstagung der DGÄHAT Ergebnisse der Meta-Analyse zur klinischen Wirksamkeit des autogenenTrainings vor. Dabei bezog er sich im Wesentlichen auf die von ihm und Dr. Sirko Kupper veröffentlichten Daten. Um Wiederholungen zu vermeiden wird daher im folgenden auf die englisch-sprachige Originalarbeit verwiesen, deren Zusammenfassung mit Literaturhinweis im folgenden wiedergegeben wird. In Kürze ist auch mit einer deutsch-sprachigen Veröffentlichung zu rechnen. Hierüber wird dann in einem späteren Rundbrief gesondert berichtet.

2.2 Ergebnisbericht der Mitgliederversammlung der DGÄHAT am 8. Juni 2002 in Blankenburg/Harz

Anwesende Mitglieder:
26 Mitglieder (siehe Anwesenheitsliste) und 3 Gäste
Vorstand:
Dr. S. Stephan, Mainz, Prof. Dr. F. Stetter, Extertal,
Dr. W.-R. Krause, Blankenburg, Dr. C. Derra, Bad Mergentheim
Entschuldigt: Dr. G. R. Clausen, Neuss

TOP 1: Begrüßung und Jahresbericht
Dr. S. Stephan (2. Vorsitzender) begrüßt die Anwesenden und bittet sie um ein Gedenken der verstorbenen Mitglieder. 3 neue Mitglieder sind der Gesellschaft seit der letzten Mitgliederversammlung beigetreten, 2 sind bei der Mitgliederversammlung anwesend, die von Dr. Stephan begrüßt werden. Alle verstorbenen und neue Mitglieder werden in den halbjährlichen Rundbriefen der Gesellschaft veröffentlicht.
Dr. Stephan stellt die ordnungsgemäße Einladung und die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung fest.
Dr. Stephan berichtet über die Aktivitäten des Vorstands im vergangenen Jahr. Bei zahlreichen Konferenzen und Tagungen wird die Gesellschaft durch die Vorstandsmitglieder vertreten, wie z.B. im wissenschaftlichen Beirat der Hypnosegesellschaften, deren Treffen Dr. Clausen und Dr. Stephan wahrgenommen haben. Im wissenschaftlichen Beirat der AÄGP, bei den Treffen der STÄKO, der AWMF oder im Gesundheitsministerium sind Dres. Clausen, Stephan oder Stetter abwechselnd vertreten. Berichte darüber werden regelmäßig in den Rundbriefen veröffentlicht.
Bei Dr. Clausen laufen nach wie vor viele Anfragen Ratsuchender auf. Der postalische Versand der Therapeutenliste wird allerdings mehr und mehr zugunsten des Hinweises auf die Therapeutenliste im Internet reduziert, zumal nicht in jedem Postleitzahlengebiet eine angemessen Zahl von Therapeuten zu verzeichnen ist.

Unter den Mitgliedern regt sich Unmut darüber, daß einerseits durch die Budgetierung AT und Hypnose nur noch sehr beschränkt abgerechnet werden kann, aber andererseits die Kassen selbst Kurse z.B. in AT anbieten (im Rahmen von Prävention).
Unklarheit herrscht auch darüber, inwieweit durch den neuen EBM die Budgetierung bei AT und Hypnose besser wird.
Dr. Stephan weist noch mal darauf hin, daß AT oder Hypnose während einer psychotherapeutischen Behandlung nicht gleichzeitig abrechenbar ist, aber durchaus angewandt werden kann (gilt nicht für VT). Konsens herrscht darüber, daß diese Ansicht veraltet ist. Im übrigen gibt es die Möglichkeit, über die sog. IGEL-Leistungen, z.B. im Rahmen von Prävention, Streßbewältigung oder Rehabilitation AT oder Hypnose anzuwenden.
Dr. Stephan bittet die Mitglieder noch mal nachdrücklich um Mitgliederwerbung; der Mitgliederstand der Gesellschaft nimmt zur Zeit vermehrt altersbedingt ab.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 23. Juni 2001
Dr. Stephan verweist auf die Veröffentlichung des Protokolls im Rundbrief Oktober 2001, S. 41 ff. Es gibt keine Änderungswünsche, das Protokoll wird einstimmig genehmigt.

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters/Aufgaben für die Zukunft
Dr. Derra erläutert anhand einer Overhead-Folie die Einnahmen und Ausgaben der Gesellschaft. Im Jahr 2001 waren ca. 5000,00 DM weniger Einnahmen durch das Ausscheiden von Mitgliedern zu verzeichnen und die 7. Arbeitstagung in Schmitten hat durch geringere Betei-ligung als zu erwarten war, ebenfalls ein Defizit ergeben. Deshalb mußten 8000,00 DM vom Festgeldkonto zum Ausgleich auf das Kontokorrentkonto überwiesen werden.
Auf dem Festgeldkonto sind jetzt noch 7000,00 DM
Die Einnahmen für die diesjährige Tagung werden in jedem Fall wieder kostendeckend sein.
Dr. Derra bittet ebenfalls die Mitglieder, weitere Mitglieder zu werben. Die Gesellschaft bemüht sich um die Gemeinnüt-zigkeit, damit keine Umsatzsteuer entsteht.

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer
Dr. Ullmann berichtet als Vertreter der Kassenprüfer, die Kasse heute nachmittag zusammen mit Frau Dr. Herma-Boeters geprüft zu haben. Es gibt keine Beanstandungen.

TOP 5: Entlastung des Vorstands und des Schatzmeisters
Dr. Starzinski bittet die MV, den Schatzmeister und Vorstand zu entlasten.

Der Vorstand und Schatzmeister werden einstimmig entlastet, bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder.

TOP 6: Internetauftritt und TOP 7: Liste aktiver Therapeuten
Dr. Stephan weist noch mal darauf hin, Veränderungen so schnell wie möglich mitzuteilen, damit Änderungen ins Internet gestellt werden können.
Bezüglich der postalisch verschickten Therapeutenliste wird diskutiert, ob ein Überweisungsträger beigelegt werden soll, um einen gewissen Kostenanteil aufzufangen. Daher schlägt die Mitgliederversammlung als Beschluß vor:
"Der Vorstand möge prüfen, der postalisch verschickten Liste ein Ü-Träger i.H.v. 5,00 € beizufügen als Kostenbeitrag. Bei nicht erfolgter Zahlung wird nicht gemahnt. Falls jedoch der Aufwand für diesen Maßnahme höher als die zu erwartenden Einnahmen sein sollte, kann der Vorstand diesen Beschluß auch verwerfen." Bei 2 Gegenstimmen wird dieser Beschluß mehrheitlich angenommen.

TOP 8: 9. Arbeitstagung 20. - 22. Juni 2003 in Königswinter bei Bonn
Zu der 9. Arbeitstagung in Königswinter v. 20.-22.6.03 sind bereits als Vortragender eingeladen:
Prof. Vaitl mit dem Thema "Psychophysiologie und Entspannung mit veränderten Bewußseinszuständen"
Am Begrüßungsabend (Freitag) ist eine Bootsfahrt mit Essen auf dem Rhein geplant anschließend die 1. Doppelstd. Gruppenarbeit.
Das Leitthema sowohl für Königswinter wie auch für 2004 in Blankenburg muß noch definiert werden. Ggf. könnte auch PD Dr. med. Staats, Göttingen, einen Vortrag halten: " Integration einer psychoanalytisch verstandenen Beziehungsdiagnostik in suggestiver Behandlungen".
Die Kursangebote insbesondere für die fortgeschrittenen Kurse müssen mehr spezifiziert und mehr im Kontext zum Leitthema angeboten werden.
Themenvorschläge für Blankenburg 2004 und weitere Ta-gungen:
Persönlichkeitsstörungen
Geronto-psychiatrie/-psychotherapie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Neuere Gehirnforschung
Neurophysiologie

TOP 9: Verschiedenes
Dr. Pingsten regt an, daß Kursleiter wissen sollten, wenn ein nicht ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut als Gast an einem Kurs teilnimmt.

TOP 10: Termine
EHS-Kongress im Sept. 02 in Rom
IHS-Kongress im August 03 in Singapore

Ende der Mitgliederversammlung: 22.15 Uhr

Dr. S. Stephan
2. Vorsitzender
Dr. W.-R. Krause
Schriftführer

2.3 Ankündigung der 9. Arbeitstagung vom 20. bis 22. Juni 2003 in Königswinter bei Bonn

Zu der 9. Arbeitstagung in Königswinter v. 20.-22.6.03 ist als Vortragender Prof. Vaitl mit dem

Thema "Psychophysiologie und Entspannung mit veränderten Bewußtseinszuständen" eingeladen.
Am Begrüßungsabend (Freitag) ist eine Bootsfahrt mit Essen auf dem Rhein geplant anschließend die 1. Doppelstd. Gruppenarbeit. Das Leitthema für Königswinter lautet: "Veränderte Bewußtseinszustände bei suggestiven Verfahren". Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte dem Flyer, mit dem Sie sich auch schon jetzt anmelden können.

3. Bericht über die Sitzung des Wiss. Beirates der AÄGP in Ulm am 08. März 2002

Der wissenschaftliche Beirat der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie [AÄGP] hat sich bevorzugt mit den Weiterbildungsinhalten der zukünftigen Bereichsbe-zeichnungen Psychotherapie/Psychosomatik und den Erhalt der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" beschäftigt.

Eine "Psychosomatische Grundkompetenz" soll in jeder gebietsärztlichen Weiterbildung in einem intregrativen Modul vermittelt werden. Die "Psychosomatische Grundversorgung" ist bereits jetzt Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinien.

Unter www.aaegp.de

sind Detailinformationen und die Weiterbildungsveranstaltungen aller angeschlossenen Fachgesellschaften zu entnehmen.

GRC

4. BERICHT ÜBER DIE AWMF-DELEGIERTENKONFERENZ IN FRANKFURT/MAIN AM 04.05.2002

Zu Beginn der Sitzung wurde Prof. Dr. Enke (Präsident der AWMF) von einem Vertreter der hessischen Ärztekammer mit der Ehrenplakette in Silber in einem kleinen Festakt geehrt. Es wurden 6 neue Fachgesellschaften in die AWMF aufgenommen, darunter die Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und -modifikation und die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie.

Das Präsidium berichtete über eine positive Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (BÄK), u.a. auch bei der Vorbereitung des kommenden Ärztetages in Rostock, bei dem es um das Arztbild der Zukunft (Standardisierung und Individualisierung) gehen soll und ein Impuls in der Richtung gegeben werden soll, die "Grundtugenden" des Arztseins (im Gegensatz zur Überfrachtung mit Verwaltungs- und Organisationsaufgaben) zu betonen - dies auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels und der abnehmenden Attraktivität des Arztberufes in Deutschland.

Am sog. "Runden Tisch", der als Nachfolgeveranstaltung zur Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angesehen werden kann, arbeiten Vertreter der AWMF in den Arbeitsgruppen "Krankenhaus" und "Leitlinien" mit. Die erstere AG erzielte keinerlei Konsens, da die Interessenlagen zu unterschiedlich sind. Ihr dissentes 19-Punkte-Papier wurde daher vom BMG zur erneuten Beratung und Konsenserzielung in die AG zurückverwiesen. Der Ausgang ist offen. Im Hinblick auf Leitlinien liegen derzeit 19 sog. S3-Leitlinien vor. Die Ministerin Schmidt hat im April 2002 verkündet, den Ärzten die Kompetenz für die Leitlinien entziehen zu wollen und ein Gremium beauftragt, innerhalb eines Monates für vier Er-krankungen (Diabetes mell. II, Mamma-

Karziom, Hypertonie, obstruktive Lungenerkrankungen) disease-management-Programme vorzulegen (nach §137f, SGB V) - ein Prozess, der sachgerecht viele Monate, wenn nicht gar Jahre in Anspruch nähme. Diese haben offenbar Richtlinien-Charakter, wären also - im Gegensatz zu den Leitlinien mit Empfehlungscharakter - verbindlich. Um dem entgegenzutreten, hat die BÄK ein "Nationales Leitlinienprogramm" aufgelegt, an dem sich wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften beteiligen.
Die Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medi-zin hat die erste nationale Qualitätssicherungskonferenz im Sommer 2001 in Bremen abgehalten. Obgleich also in der Ärzteschaft sehr viel Aktivität zu verzeichnen ist, muss man von "Hektik in der Politik" sprechen [Jeder möge selbst bedenken, warum das wohl so ist .... Anmerk. des Berichter-statters]. Das grosse Projekt einer eigenen englischsprachigen deutschen medizinischen Fachzeitschrift (German Medical Science) wird von der Deutschen Forschungs-Gemeinschaft (DFG) nur mit 25% der beantragten Mittel gefördert - zu viel zum Sterben und zu wenig zum Leben. Ohne voneinander zu wissen hat ein anderer Referent der DFG ein zweites parallel gelagertes Projekt von Verlagen ebenfalls zur Förderung vorgesehen. Ob beide Projekte noch zusammengeführt werden können, ist offen [Anmerk. des Berichterstatters: Derartige bürokratische Vorgänge dürften mit ein Grund dafür sein, dass die deutsche medizinische Forschung nach einer Erhebung des Forschungsministeriums (s. unten) nur noch als "mittelmässig" im Vergleich zu den USA, Kanada, Japan und 9 europäischen Staaten einzuschätzen ist]. PD. Dr. Lange vom Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) stellte eben diese erwähnte Erhebung vor und die Bemühungen, die im Hinblick auf die Forschungs-Förderung unternommen werden (von 2002-2006 sollen ca. 17,5 Mrd. EURO für die Forschung zur Verfügung gestellt werden, ca. 2 Mrd. davon für die medizinische Forschung - wenn der Bundesfinanzminister nicht noch "einen Strich durch die Rechnung" machen würde).

Die Versorgungsforschung, die in Deutschland bei vielen Forschungs-Gutachtern immer noch als minderwertig ange-sehen wird, soll ebenso wie Kompetenznetzwerke gefördert. In der Diskussion klangen Dissonanzen zwischen Gesundheits- und Forschungsministerium in manchen Fragen durch. Auch wurde deutlich, dass die deutsche Forschung nur einen kleinen Bruchteil der Forschungsgelder für deutsche Projekte von der EU "zurückholen" kann, die die BRD dort einzahlt. Durch eine Vielzahl struktureller Probleme wird der Forschungsstandort BRD immer mehr gefährdet und zunehmend auch von der Industrie nicht mehr führend an-gewählt. Ein Diskutant verdeutlichte, dass in der BRD und den USA je ähnliche Schlaganfall-Forschungsprojekte laufen. Während in den USA eine Förderung in zweistelliger Millionenhöhe vorliegt, wird das deutsche Projekt mit insgesamt 450.000 EURO vom BMBF und der DFG zusammen gefördert.

Prof. Lauterbach und Prof. Scriba (Sachverständigenrat) verdeutlichten ihre Empfehlungen im Hinblick auf die notwendige Grundsatzentscheidung des deutschen Gesundheitssystems. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen wettbewerbsgesteuerten Systemen (Beispiel: USA) und Einheitskassen-Systemen (Beispiel: Gross-Britannien). Beide haben Vor- und Nachteile. Das deutsche Gesundheitssystem ist ein Mischsystem, das gegenwärtig die Nachteile beider Systeme in sich vereinigt:
Die Risikoselektion des US-Systems wird mit der Innovationshemmung des britischen Systems vereinigt.
Details sind im Internet zu finden unter: www.svr-gesundheit.de. Lauterbach wies weiter darauf hin, dass es im stationären Bereich zu einer Betten-Konzentration auf weniger Krankenhäuser kommen müsse, nicht so sehr unter Kosten-, sondern mehr unter Qualitätsgesichtspunkten, da nur bei hinreichend vielen Patienten mit gleicher Erkrankung eine optimale Erfahrung in der Behandlung vorliegt (hierzu gibt es Anhaltszahlen der WHO z.B. für den operativen Bereich, die inzwischen auch in deutschen Universitäts-Kliniken z.T. nicht mehr erreicht werden).

Prof. Polonius berichtete über eine Gesundheitsministerkonferenz, in der es um die

Rezertifizierung von (Fach-) Ärzten ging. Schliesslich wurde aber mehr inhaltlich über Massnahmen der Kompetenzerhaltung diskutiert und staatlich vorgeschriebene Facharzt-Wiederholungsprüfungen (z.B. im Abstand einiger Jahre) sind derzeit noch nicht geplant. Man beobachte aber sehr, wie die Ärzteschaft diese Empfehlungen des Sachverständigenrates umsetzen würde. Kompetenzerhaltung soll sich an der wirklichen praktischen und ausgeübten Tätigkeit orientieren. Regelmässig neue Staatsexamen ablegen zu müssen, sei nie geplant gewesen. Statt "continuous medical education (CME)" prüfe man derzeit das kanadische Konzept des "continuous professional developement (CPD)". Prof. Polonius erläuterte, warum z.B. für die Innere Medizin eine einheitliches Facharztbild mit einheitlicher Weiterbildung und darin eingebetteter Spezialisierung geeigneter ist, als das von den Chirurgen in der Novellierung der Weiterbildungsordnung favorisierte Modell der frühen Spezialisierung. Deutlich wurde, dass die Fach-gesellschaften sich durchaus zwei verschiedene Modelle nebeneinander vorstellen können, während offenbar die BÄK nur ein einziges Modell für alle Facharztrichtungen wünscht.

Die nächste AWMF-Delegiertenkonferenz im November 2002 soll zugleich mit einem Festsymposium zu deren 40-jährigem Bestehen verbunden werden.

Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter

5.
XII. Weltkongress für Psychiatrie in Yokohama, Japan (24. - 29. August 2002)

Nachdem der vorangegangene Weltkongress für Pschiatrie in Hamburg durchgeführt wurde und wir dort ein Symposium über die wissenschaftlichen Aspekte des autogenen Trainings und der Hypnose gestalteten, fand in diesem Jahr der XII. Weltkongress für Psychiatrie in der Hafenstadt Yokohama in Japan statt.

Abb. 1: Das Kongresszentrum in Jokohama ist am Hafen gelegen. Futuristisch anmutend könnte man die Nachahmung eines Meeresgefährtes vermuten

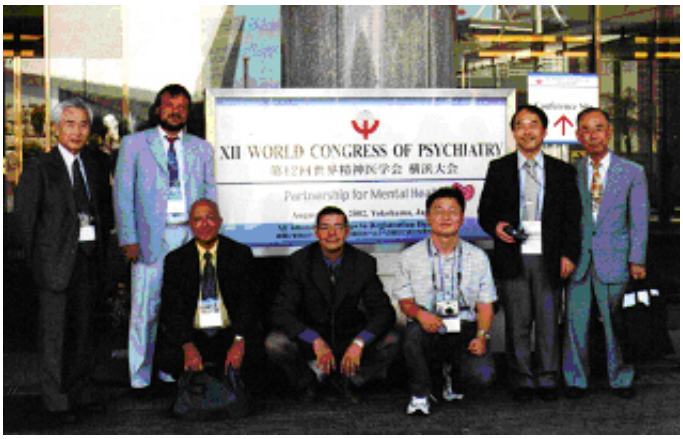
Durch die Initiativen von Prof. Yuji Sasaki, Dr. Heinrich Wallnöfer und unsere eigenen konnte wiederum ein derartiges Symposium im Hauptprogramm des Kongresses realisiert werden. Als übergreifendes Thema waren in diesem Jahr Modifikationen des autogenen Trainings in West und Ost von unseren japanischen Kolle-gen ins Zentrum gerückt worden. Unter der Sitzungsleitung der Professoren Sasaki und Stetter stellte Dr. Ranty aus Frankreich die Einführung und

Entwicklung des autogenen Trainings dar, wobei er Vor- und Nachteile der recht engen Verzahnung mit psychoanalytischem Gedankengut und Interventionstechniken ausführte. Dr. Grimaldi aus Italien stellte die dort praktizierte autogene Therapie dar, die sich eng an dem "österreichischen Modell" orientiert. Prof. Dr. Stetter stellte die - an anderem Ort in diesem Rundbrief detaillierter ausgeführten - Ergebnisse seiner gemeinsam mit Dr. S. Kupper angefertigten Meta-Analyse klinischer Ergebnisstudien zum autogenen Training vor, wobei interessant ist, dass bei der primären Studienauswahl kontrollierte Untersuchungen aus neun Ländern (Japan, Russland, den U.S.A., Kanada, Spanien, Italien, Frankreich, Gross-Britannien, Deutschland) gefunden worden waren und auch hierdurch der "weltweite" Aspekt des autogenen Trainings unterstrichen wird.

Abb. 2: Prof. Stetter diskutiert bei dem AT-Symposium während des Weltkongresses für Psychiatrie Ergebnisse der AT-Meta-Analyse mit dem Leiter der psychiatrischen Gesundheitsdienste auf Okinawa, Prof. Ishizu

Dr. Dr. Murakami berichtete über die physiologischen, psychologischen und verhaltensbezogenen Auswirkungen, die unter Anwendung von Kurzformen des autogenen Trainings bei Arbeitern und Angestellten einiger japanischer Betriebe beobachtet wurden, während Prof. Dr. Mishima darüber berichtete, dass insgesamt die empirische Datenlage zu Effekten der Applikation von autogenem Training am Arbeitsplatz noch gering sei und nach bisherigen neueren Studien Modifikationen erforderlich sind, um die Berufstätigen zur motivierten und andauernden Mitarbeit zu gewinnen. Praktische in Erprobung befindliche Ansätze stellte er vor.

Abb. 3: Einige Referenten und Zuhörer des Symposiums über die Weiterentwicklung des autogenen Trainings beim Weltkongress für Psychiatrie in Japan (von l. n. r.): Prof. Sasaki (Japan), Prof. Stetter (Deutschland), Dr. Ranty (Frankreich), Dr. Grimaldi (Italien), Dr. Jong Min, ein Zuhörer aus Korea, Dr. Dr. Murakami (Japan), Prof. Ishizu, ein Zuhörer aus Japan



Zusätzlich zu dem AT-Symposium im Rahmen des Weltkongresses für Psychiatrie (Yokohama) wurde von der japanischen AT-Gesellschaft unter Leitung von Dr. Dr. Murakami und Prof. Sasaki an einem Nachmittag in Tokyo ein Workshop veranstaltet. Die drei europäischen Redner des Symposiums hatten hier Gelegenheit ausführlicher auf die Praxis des autogenen Trainings in ihren Heimatländern einzugehen. Prof. Stetter überbrachte hierbei auch die Grüsse der DGÄHAT an die japanischen KollegInnen und konnte über seinen Situationsbericht hinaus auch eine praktische Demonstration einer simulierten Kleingruppenstunde geben. Fünf der - sicher sehr überraschten - Zuhörer sahen sich plötzlich damit konfrontiert, auf die Bühne gebeten zu werden. Durch die Simultanübersetzung (Englisch-Japanisch) eines aus Indonesien stammenden Mitarbeiters von Prof. Sasaki wurde sowohl eine rein autogene Übung als auch eine zweite Übung mit sparsamem "begleitendem" Vorsprechen und einer Rückmelderunde simuliert. Dies war auch insofern von Interesse, als doch in vielen vorgestellten Modifikationen des autogenen Trainings mehr oder minder deutlich von typisch "autogenen Prinzip" abgewichen wird. Trotz der - besonders für Japaner problematischen - Situation unvorbereitet "vor Publikum" etwas tun zu sollen, konnten alle Teilnehmer auf der Bühne - z.T. unterstützt durch den "Übungsleiter" - diese Demonstration gelingend mitgestalten. Es schloss sich eine lebhafte Diskussion um Grundprinzipien des autogenen Trainings und um dessen Beziehungen zu Meditationstechniken an. Die positive Resonanz des Workshops liess die Wiederholung einer ähnlichen Veranstaltung Anfang kommenden Jahres ins Auge fassen.

Abb. 4: Im Anschluss an das Symposium sprachen Dr. Ranty (v.l.), Dr. Grimaldi (v.r.) und Prof. Stetter auf Einladung der japanischen AT-Gesellschaft auf einem Workshop im Zentrum von Tokyo

6. Internetauftritt und Aktuelle Therapeutenliste

Die Homepage der DGÄHAT mit der jetzigen Suchfunktion nach Namen und Postleitzahlen wird gut angenommen. Die Mitglieder und Therapeuten können so von Ratsuchenden besser gefunden werden. Bitte prüfen Sie Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche. Der informative Wert für Ratsuchende ist sehr groß, bei Anfragen verweise ich auf die entsprechenden Stellen unserer Internetseite.

Im Fenster "Aktuelles" erbitte ich weiterhin Ihre Mitwirkung.

Ich erhalte kontinuierlich Anfragen nach ärztlichen Hypnosetherapeuten. Unsere Anschrift und

Telefonnummer werden von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer an Ratsuchende weitergegeben.

Unsere Internetpräsentation ist unter

www.dgaehat.de

zu erreichen.

GRC

7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie in Lindau am 17.04.2002

Einer Tradition folgend hat die DGÄHAT die anderen Vertreter der Methoden AT/Hypnose und Hypnotherapie während der Lindauer-Psychotherapie-Wochen zum Informationsaus-tausch zu einem Arbeitsmittagessen in den Gasthof "Stift" auf der Insel eingeladen.

Es kamen von den Anwesenden in der ersten Woche:

" Prof. Dr. rer. nat. Walter Bongartz aus Konstanz (past Präsident der ISH, KIKH/DGH/MEG), Dr. med. Arno Schelper aus Schneverdingen (DGÄHAT), Dr. phil. Burkhardt Peter aus München (Vorstandsmitglied MEG) Dr. med. Siegfried Stephan aus Mainz (1. stellvertr. Vor-sitzender der DGÄHAT) und Dr. med. Günter R. Clausen aus Neuss (1. Vorsitzender der DGÄHAT).

Die sehr großen Unterschiede in der Ausbildung und Anerkennung der Hypnosetherapie standen wieder im Vordergrund der Gespräche.

Alle Beteiligten waren sich erneut darüber einig, dass gemeinsame Absprachen zur Krankheitslehre, zum psychotherapeutischen Methodenkanon und zum Ausbildungs-curriculum bei einer weiteren wissenschaftlichen Wirksamkeitsbegleitung der Hypnotherapie getroffen werden müssten.

Ich persönlich vertrete weiter die Meinung, dass die Thera-pie mit Hypnose in der Psychosomatischen Grundkompe-tenz/Psychosomatischen Grundversorgung und in der ge-bietsbezogenen Psychosomatik als Basistherapeutikum eingesetzt werden kann und in der Psychothera-pie/Hypnosetherapie (Zusatzbezeichnung/Fachärzte) als weiteres wissenschaftlich anerkanntes Zweitverfahren den richtigen Platz hat und nur der Bewertungsmaßstab für die ärztlich/psychotherapeutische Leistung noch richtig angepasst werden muss.

Ein erneutes Treffen unter Einladung der DGÄHAT wurde für das nächste Jahr ebenfalls zu den Lindauer Psychotherapiewochen vereinbart.

GRC

8. Neue Mitglieder

Dr. med. Catharina Adolphsen, 10825 Berlin
Fachärztin für Innere Medizin

Christoph Zimmer, 66121 Saarbrücken
Arzt

9. Verstorbene Mitglieder

Dr. med. Ulrich Friedrich Geldmacher, Bielefeld

10. Zertifikate

Dr. med. Catharina Adolphsen, 10825 Berlin, AT-T
Fachärztin für Innere Medizin

11. Veröffentlichungen von Mitgliedern

11.1 Die Bestimmung von Beziehungsmustern und zentralen Beziehungskonfliktthemen in diagnostischen Inter views und Gruppensitzungen.
Zusammenfassung der Habilitationsschrift PD Dr. med. Hermann Staats, Göttingen

1. Einführung: Wenn Patienten Ärzten von ihrer Erkrankung erzählen, geben Sie Informationen und nehmen zugleich eine Beziehung auf. Ihre Hoffnungen sind auf sachkundige Antworten gerichtet und darauf, mit dem eigenen Anliegen oder Leiden in einer asymmetrisch angelegten Beziehung von einem anderen Menschen verstanden zu werden. Erwartungen an den Adressaten ihrer Erzählungen haben
Einfluss auf das, was erzählt wird.
Neben eher sachlichen Informationen enthalten Erzählungen häufig Beschreibungen von Interaktionen zwischen Menschen. Solche "Narrative" laden Zuhörer dazu ein, sich per Identifikation in die Welt des Erzählenden hineinzubegeben. Sie wollen die Adressaten emotional beteiligen und etwas als wesentlich angesehenes vermitteln. Mit Erzählungen über sich selbst oder über andere Menschen nehmen Patienten in Begegnungen mit ihrem Arzt Einfluss. Sie versuchen, die Beziehung zum Arzt mit zu gestalten, Missverständnisse zu reparieren und ihre Hoffnungen, Bedürfnisse und Wünsche auszudrücken.

Für Psychotherapeuten sind Erzählungen von Patienten über ihre Interaktionen mit anderen Menschen eine Grundlage für klinische Entscheidungen über die Art der geplanten Psychotherapie, die Einschätzung der in dieser Therapie relevanten Ziele und die Aussichten, diese mit Erfolg zu erreichen. Kurze Narrative ("Beziehungsepisoden") werden in verschiedenen mehr oder weniger stark operationalisierten klinischen und wissenschaftlichen Vorgehensweisen diagnostisch genutzt (Beispiel einer Beziehungsepisode: ".... Ich möchte Ihnen da noch etwas aus der letzen Woche er-zählen. Mein Mann und ich saßen beim Frühstück und er las die Zeitung. Ich sagte: ´Warum unterhalten wir uns nicht?´. Er sagte: ´Schlag ein Thema vor´. Ich dachte, was ist er für ein Ekel. ....").

Die Erfassung der Beziehungserwartungen von Patienten und der kompetente Umgang damit ist ein Teil der Ärztli-chen Kunst. Mephisto (Faust 1, Studierzimmerszene) betont zynisch die Bedeutung der Fähigkeit des Arztes, Bezie-hungserwartungen von Patienten zu befriedigen. Immer wieder wird beklagt, wie ein mangelndes Verstehen der Hoffnungen und Erwartungen an den Arzt Unzufriedenheit und Leiden bei Patienten fördere und damit auch die berufliche Zufriedenheit von Ärzten beeinträchtige. Wenn sich die Bedeutung von Narrativen nicht sofort erschließt, können Erzählungen von Patienten als störend, unwichtig oder unsinnig übergangen werden. Beide Gesprächpartner fühlen sich dann voneinander enttäuscht.

Ein Verstehen der Erzählungen von Patienten kann gelernt werden. Die Untersuchung leistet

dazu einen Beitrag. Un-terschiedliche Verfahren zur Bestimmung der in Erzählun-gen deutlich werdenden Themen und Konflikte werden auf ihre Qualität geprüft. Dazu werden bewährte Methoden und Weiterentwicklungen des von LUBORSKY konzipierten Verfahrens der Bestimmung "zentraler Beziehungskonfliktthemen ZBKT" genutzt. Die "ZBKT-Methode" steht in der Tradition der auf Verstehen gerichteten psychodynamischen Methoden und operationalisiert das psychoanalytische Konzept der Übertragung.

Die Entwicklung des Übertragungskonzepts ist dicht mit dem Bemühen um ein Verstehen der Erzählungen von Patienten verbunden. Zunächst unverständlich anmutende Erzählungen von Patientinnen haben FREUD und BREUER zur Entwicklung einer diagnostischen und therapeutischen Methode des Erzählens, der "freien Assoziation" geführt. Mit der Annahme von Kausalität in den "zufälligen" Einfällen ihrer Patientinnen, gelang es ihnen, Hypothesen zu Zusammenhängen zwischen der Symptomatik und Aspekten der Beziehungen ihrer Patientinnen zu formulieren. Freud hat diese Erfahrungen für Behandlungen nutzbar gemacht und mit dem Konzept der "Übertragung" beschrieben. Gegenwärtige Beziehungen werden auf dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen - mehr oder weniger verzerrt - wahrgenommen und gestaltet. Das Zusammenspiel von konstitutionellen Faktoren und Lernerfahrungen in spezifischen Entwicklungsphasen bestimmt dann die spätere Wahrnehmung und Beurteilung von Beziehungen. Nur ein Teil dieser Sichtweise auf Beziehungen ist einer bewussten Reflektion zugänglich, andere sind - zum Beispiel als Teil des impliziten Wissens - nicht bewusst.

Das Übertragungskonzept und seine klinischen Anwendungen sind vielfach weiterentwickelt worden. Übertragungen sind nicht auf die Situation in einer Psychotherapie beschränkt, sondern spielen in allen Beziehungen eine Rolle. Vielfältige Untersuchungen existieren zu Übertragungen in Partnerschaften und in therapeutischen Gruppen.
Suggestive Behandlungsmethoden nutzen Übertragungen als direktes Mittel therapeutischer Einflussnahme. In psychoanalytischen Behandlungen werden Übertragungen explizit gefördert, um sie dann ansprechen und verändern zu können - sie werden gedeutet. Andere Psychotherapieverfahren nutzen Übertragungen der Patienten implizit. Für die psychoanalytisch orientierte Behandlungstheorie und Praxis hat das Konzept der Übertragung kaum zu überschätzende Bedeutung. Dennoch wurde experimentelle Forschung zu Aspekten der Übertragung lange vernachlässigt. Erst in den letzten 25 Jahren wurden zunehmend Verfahren zur Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster entwickelt und an psychotherapeutischen Behandlungen erprobt. Datenquelle waren meist Narrative aus Transkripten therapeutischer Sitzungen.

Um Narrative auch unabhängig von einer therapeutischen Situation erheben zu können, entwickelte LUBORSKY eine Interviewmethode, die sich im deutschsprachigen Raum als "Beziehungsepisodeninterview" durchgesetzt hat. Mit der Verwendung von Interviews zur Erhebung von Narrativen ist die Frage verbunden, ob sich die dort erhobenen Narrative von Erzählungen aus psychotherapeutischen Sitzungen unterscheiden. Statt von Übertragungen, die sich erst in einer wechselseitigen Beziehung ausbilden, wird dort besser von "Übertragungsbereitschaften" gesprochen. Zur Erfassung solcher Beziehungsmuster außerhalb einer Therapiesi-tuation liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Möglicherweise bilden sich in den Forschungsinterviews gesuchte Muster nicht so deutlich ab wie in therapeutischen Sitzungen, so dass sie schwerer reliabel zu beurteilen sind. Die Untersuchung versucht zu klären, ob für eine Erfassung von Übertragungsbereitschaften, Übertragungen auf den Therapeuten und Übertragungen auf andere Personen unterschiedliche Vorgehensweisen der Erfassung zentraler Beziehungskonfliktthemen erforderlich sind.

2. Zentrale Beziehungskonfliktthemen als Operationalisierung von Übertragung: Übertragung kann im weitesten Sinn als "subjektive Bedeutungszuschreibung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen" (HEROLD und WEISS) definiert werden. Sie wird als Wiederholung

der Vergangenheit in Beziehungen der Gegenwart und als Verzerrung der Realität erkennbar. Die in ihrer Allgemeinheit unstrittige Definition führt rasch zu theoretischen und klinischen Problemen, die für eine Erfassung von Übertragungsaspekten Bedeutung haben.

Diese Probleme lassen sich auf drei Hauptfeldern anordnen:
" Das klinische Konzept der Übertragung ist vielschichtig und Schauplatz von behandlungstheoretischen Ausein-andersetzungen und Fragen der psychoanalytischen Identität.
" Übertragung ist ein interpersonelles Geschehen, in das ein Gegenüber, zum Beispiel als Therapeut, mit seinen Reaktionen eingebunden ist. Überlegungen zur Erfassung von Übertragungsphänomen erfordern daher eine Reflektion des Standpunkts des Beobachters.
" Übertragung ist ein weitgehend unbewusster Prozess. Die Erfassung von Übertragungsphänomenen wird infolgedessen methodisch aufwendig und bleibt in der Regel auf den Einsatz von Fremdbeurteilungsverfahren angewiesen.

Wenn in einer Beziehung übertragen wird, reagiert die Person, auf die eine Übertragung zustande gekommen ist, auf den interaktionellen Anteil der Übertragung. Ihre Reaktionen können als "Gegenübertragung" konzeptualisiert werden. In einem modernen Verständnis wird Übertragung damit zu einer gemeinsamen Schöpfung ("common creation", COOPER) von Patienten und Therapeut. Übertragung ist dann auf die aktuelle Situation bezogen. Patient und Analy-tiker tragen beide sowohl zur Beziehung als auch zur Übertragung bei (GILL). Trotz dieser Beziehungsgebundenheit von Übertragungen lassen sich über unterschiedliche Beur-teiler übereinstimmende Gegenübertragungsreaktionen ("objektive Gegenübertragungsgefühle") empirisch bestimmen.
Die unterschiedlichen Auffassungen von Übertragung als Schema oder als gemeinsame Schöpfung führen auch zu behandlungstechnischen Unterschieden. So wird bei der Auffassung von Übertragung als einer gemeinsamen Schöpfung stärkeres Gewicht darauf liegen, gemeinsam den Anlass zu verstehen, an dem der Patient sein Erleben festmacht. Dieses Erleben ist damit klar als eine gleichberechtigte Interpretation des Geschehenen anerkannt. Das Gewicht liegt stärker auf einem Verständnis des Behandlungsprozesses als auf einer Rekonstruktion zurückliegender Ereignisse. Dagegen legt der Begriff des Schemas es nah, ein Verhalten von Patienten unabhängiger von dem situativen Kontext zu beschreiben. Dabei besteht die Gefahr, Verhalten anhand der Vorstellungen des Behandelnden zu bewer-ten und weniger eine Haltung gemeinsamen Erkundens einzunehmen.

In einer psychodynamischen Psychotherapie sind in der Regel sowohl Übertragungen in der Beziehung zum Thera-peuten als auch in Beziehungen zu anderen Menschen we-sentliche Themen. Der Umgang eines Therapeuten mit den auf ihn gerichteten Beziehungswünschen eines Patienten trägt in besonderem Maße zum Verlauf eine Behandlung, dem therapeutischen Prozess bei. Übertragungsinhalte werden im "Hier und Jetzt" der Begegnung zweier Menschen deutlich. In der gemeinsamen Arbeit an Beziehungen zu Personen außerhalb der therapeutischen Situation ist der Therapeut dagegen deutlicher in der Rolle eines außen stehenden Beobachters oder Experten, mit dem Inhalte von Übertragungsmustern geklärt werden.

Wenn Patienten von ihren Beziehungen zu einer anderen Person erzählen, ergibt sich aus den Schilderungen zunächst ein Muster der Beziehungserwartungen an diese andere Person. Das "Objekt" der Erzählungen hat Einfluss auf den Inhalt der Narrative. In diagnostischen Interviews und in psychotherapeutischen Sitzungen sind häufig Eltern und Partner Objekte, von denen wiederholt erzählt wird. In diesen langdauernden, emotional bedeutsamen Beziehun-gen können Übertragungsmuster deutlich erkennbar werden. Klinisch werden solche Muster als Übertragungen auf Außenobjekte (= außerhalb der therapeutischen Beziehung) verstanden. Wann eher an der Übertragung auf den Therapeuten gearbeitet werden kann und wann es besser ist, Übertragungen auf andere Menschen außerhalb der Therapie zu bearbeiten, ist eine behandlungstechnische Frage, zu der eine umfangreiche klinische Literatur existiert.

Für eine Untersuchung von Mustern innerhalb länger dauernder, emotional bedeutender Beziehungen außerhalb einer Psychotherapie bieten sich Paarbeziehungen an. Über-tragungen spielen in Partnerschaften eine erhebliche Rolle. Bei der Arbeit mit Patientinnen und Patienten in Partnerschaftskrisen finden sich häufig Übertragungen auf den Partner, die zu einer Einengung der Wahrnehmung auf ein einziges, zentrales Muster geführt haben. So kann es für beide Partner nahezu unmöglich werden, ein Verhalten zu finden, das die - maladaptiven - Erwartungen des anderen Partners nicht erfüllt.
Als Zugang zu einer operationalisierte Erfassung von Beziehungsmustern in Partnerschaften wird in der vorliegenden Untersuchung das "Paarbeziehungsinterview" PBI eingeführt. Das Interview erfasst Beziehungsmuster zum Partner und damit Aspekte von länger bestehenden Übertragungen, die sich außerhalb einer therapeutischen Beziehung gebildet haben.

Übertragungsmuster stellen sich vermutlich nur relativ un-abhängig vom Untersuchenden als eine Art "Eigenschaft des Erzählenden" dar; sie bilden sich auch unter dem Einfluss der Wünsche und Beziehungserwartungen an den Zuhörer. Die verschiedenen Erzählungen haben dann etwas Gemeinsames in dem, was sie dem Zuhörer mitteilen wollen; auf ihn richten sich die Wünsche und Erwartungen des Erzählers. Klinisch wird dies als Übertragung auf den Therapeuten verstanden.

Zur Erfassung dieser Beziehungserwartungen wurde die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) an Transkripten psychoanalytischer Sitzungen entwickelt. Aus mehreren Narrativen werden der zentrale Wunsch des Erzählers, die zentrale Reaktion anderer Menschen in den Narrativen und die zentrale eigene Reaktion des Erzählers bestimmt. Diese drei zunächst unabhängig voneinander bestimmten "Komponenten" ergeben zusammen ein zentrales Beziehungskonfliktthema ZBKT (So könnte das zentrale Beziehungskonfliktthema zu der oben geschilderten Beziehungsepisode lauten: "Ich möchte, dass andere auf mich zugehen. Andere weisen mich aber zurück und überlassen mir die Arbeit. Ich ziehe mich enttäuscht und angeekelt zurück.". Die Patientin erzählt diese Geschichte mit ihrem Mann ihrem Arzt - möglicherweise, weil sie sich ihm gegenüber zu diesem Zeitpunkt ähnlich fühlt.)

Ergebnisse von Untersuchungen mit diesem Verfahren entsprachen dem klinischen Konzept von Übertragung, so dass LUBORSKY die ZBKT-Methode als ein Instrument zur Erfassung von Übertragung konzipierte und die Übereinstimmugen zwischen Freuds frühen Beobachtungen zur Über-tragung und Ergebnissen der ZBKT-Methode umfassend darstellte.
Die Frage, wieweit Aspekte von Übertragung oder etwas davon zu unterscheidendes (z. B. Übertragungsbereitschaften) mit der ZBKT-Methode erfasst werden, stellt sich aber bei der Arbeit mit Narrativen aus diagnostischen Interviews neu. Die Beobachtungen zur Übereinstimmung von ZBKThemen und Übertragungen wurden an Narrativen aus Transkripten psychoanalytischer Sitzungen gemacht. Werden Narrative aus anderen Quellen untersucht, ist offen, ob sich Übertragungen vergleichbar deutlich darstellen und als zentrale Beziehungskonfliktthemen erfasst werden.

Bei Untersuchungen an Narrativen, wie sie mit der ZBKT-Methode erfolgen, richten die Beobachter ihre Aufmerksamkeit nicht direkt auf die (Übertragungs-)beziehung zweier Menschen, sondern auf Narrative eines Erzählers zu seinen Beziehungen. Narrative können als Schilderungen der "objektiven" Realität angesehen werden, aus denen anhand des Kriteriums der Wiederholung eine Einengung auf repetitive Muster erschlossen werden kann. Sie können aber auch selbst schon subjektive Überarbeitungen objektiver Geschehnisse sein, die externe Beurteiler möglicherweise anders sehen.
In der vorliegenden Untersuchung werden Narrative als Überarbeitungen von Erlebtem auf dem Hintergrund vorangegangener Erfahrungen aufgefaßt und nicht als Schilderungen objektiver Gegebenheiten. Klinisch ist dies in der untersuchten Stichprobe der Patienten besonders eindrucksvoll, wenn in den unterschiedlichen Behandlungsgruppen Ehepartner die gleiche

Beziehungsepisode mitein-ander schilderten. In diesen Beziehungen, die durch ein hohes Maß an Übertragungen gekennzeichnet sind, führt die Zuschreibung von Bedeutungen zu für die beiden Partner unterschiedlichen Narrativen über eine gemeinsam erlebte Situation. Neben der Überarbeitung der Narrative im Sinne von Übertragungsbereitschaften und Übertragungen des Erzählenden, ist innerhalb eines Interviews die Auswahl der Narrative von erheblicher Bedeutung (warum erzählt der Erzähler diese Geschichte jetzt?). So wird angenommen, dass durch assoziative Verknüpfungen einem Erzähler bevorzugt Geschichten einfallen, die etwas von seinem Anliegen an das aktuelle Gegenüber, den Zuhörer oder Thera-peuten, ausdrücken. Narrative werden damit nicht - nur - als Schilderungen realer Begebenheiten aufgefasst, sondern ähnlich wie Träume oder Beschreibungen in projektiven Tests als Material, in dessen Ordnung sich intrapsychische Muster darstellen. Die Auswertung von Narrativen ermöglicht es so, bei der Erfassung von Übertragung Untersuchungsstrategien anzuwenden, deren Qualität über objektive Kriterien operationalisiert werden kann.

3. Methodisches Vorgehen: Die Untersuchung vergleicht zwei Interviewformen zur Erhebung von Narrativen in Hinsicht auf ihre Eignung zur Bestimmung zentraler Beziehungskonfliktthemen,
" das etablierte "Beziehungsepisodeninterview BE-I" und
" ein im Rahmen dieser Untersuchung neu entwickeltes "Paarbeziehungsinterview PBI".
Zugleich werden drei unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Auswertung der erhobenen Narrative ebenfalls auf ihre Eignung geprüft,
" die Bestimmung zentraler Beziehungskonfliktthemen durch Auszählen als etabliertes Verfahren, ein quantitatives Vorgehen,
" die Bestimmung von "Beziehungskomponentenmustern" als in der vorliegenden Arbeit zu erprobende Modifikation dieses quantitativen Vorgehens und
" die Bestimmung "maßgeschneiderter" zentraler Beziehungskonfliktthemen als in der vorliegenden Untersuchung zu erprobende Kombination einer zunächst qualitativen Auswertung mit einer späteren Zuordnung der Ergebnisse in ein Vergleichbarkeit ermöglichendes Kategoriensystem.

Dabei wird von der Überlegung ausgegangen, dass die zu bestimmenden Übertragungsmuster klarer hervortreten und besser beurteilbar werden, wenn entweder die Bedeutung der Person steigt, von der erzählt wird, oder die des Adressaten, dem etwas mitgeteilt werden soll. Für die Erfassung von Mustern in der Beziehung zu einer bedeutungsvollen anderen Person wird das Paarbeziehungsinterview PBI als ein neu entwickeltes Instrument eingesetzt und mit dem eingeführten objektunspezifischen Beziehungsepisodeninterview BE-I vergleichen. Die Bedeutung des Adressaten wird erfasst über einen Vergleich zwischen Interviews von Patienten mit ihrem Therapeuten (eine in der vorliegenden Untersuchung eingeführte Modifikation des BE-Interviews) und Interviews von Probanden mit Forschungsassistenten, wie sie in zahlreichen Untersuchungen durchgeführt wurden.
Unabhängige Variablen der Untersuchung sind damit die Art des Interviews, der Status der Untersuchten (Probanden und Patienten) und die Methode der Auswertung. Abhängige Variable ist die Qualität der Erfassung von Beziehungsmustern und zentralen Beziehungskonfliktthemen (Übertragungen), die als Re-Test Stabilität der Ergebnisse operationalisiert wird. Die Inhalte der gesuchten "zentralen" Beziehungs- oder Übertragungsmuster sind als zeitlich stabil beschrieben, so dass die Stabilität der Ergebnisse über die Zeit ein Qualitätskriterium der Messung darstellt.

Für die Erfassung der Auswirkungen von Veränderungen in der Bedeutung des Adressaten und von Veränderungen der Bedeutung des Objekts, von den erzählt wird, werden vier Gruppen gebildet. 36 Patienten mit schwerwiegenden Ehekonflikten und der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder maldaptiver Persönlichkeitsszüge (je 18 mit dem Paar-beziehungsinterview PBI und dem Beziehungsepisodeninterview BE-I) und 56 Probanden ohne klinische Symptomatik und ohne Interesse an einer Psychotherapie (32 mit dem PBI, 24 mit dem BE-I) wurden wiederholt zu ihren Beziehungen befragt und 2800 Erzählungen über Interaktionen

dabei audiovisuell aufgezeichnet.
Je nach Auswertungsform erfolgt die Bestimmung der Stabilität über Ähnlichkeitsmatrizen, als prozentuale Übereinstimmung und über ein Maß, das Zufallsübereinstimmungen aufgrund der Verteilungshäufigkeiten berücksichtigt (Cohens Kappa).

In einem zweiten Schritt werden die experimentell gewonnenen Ergebnisse zum Einsatz der unterschiedlicher Vor-gehensweisen bei der Bestimmung von Übertragungs- und Beziehungsmustern an zwei klinischen Fragestellungen erprobt.
" Für den Einsatz des Verfahrens in der Gruppenpsychotherapie werden Narrative aus Gruppensitzungen und aus diagnostischen Interviews verglichen und die Übereinstimmung der in den beiden Erhebungssituationen als zentral bestimmten Beziehungsmuster geprüft.
" Als gruppenstatistischer Vergleich zwischen definierten Stichproben werden geschlechtsstereotype Beziehungserwartungen von Männern und Frauen und ihre Veränderungen durch Psychotherapie dargestellt.

4. Ergebnisse: Objektunspezifische Beziehungsepisodeniterviews BE-I mit Probanden zeigten im Auszählverfahren (23% bis 42 % Übereinstimmung zentraler Komponenten, kappa zwischen .02 und .19) und in der maßgeschneiderten Auswertung (Übereinstimmung 29% bis 65%, kappa zwischen .09 und .39) nur eine geringe Re-Test Stabilität. Dieses bisher vielfach eingesetzte Vorgehen der Erhebung von Narrativen erweist sich als ungeeignet zur Erfassung zentraler Beziehungskonfliktthemen.

Der erwartete Einfluss eines wichtigen Beziehungsobjekts auf die Narrative konnte bestätigt werden. Die Stabilität der Ergebnisse lag in Paarbeziehungsinterviews PBI im Auszählver- fahren und in den Beziehungskomponentenmustern sowohl in der Gruppe der Probanden als auch in der Gruppe der Patienten höher als in BE-Interviews. Die beobachteten Differenzen waren für die einzelnen Komponenten und Auswertungsmethoden unterschiedlich und konnten für einige Komponenten und Auswertungsformen statistisch abgesichert werden (bis $p<.01$, große Effekte). Diese Modifikation der Erhebung von Narrativen verbessert die Bestimmung von ZBKThemen und Beziehungskomponentenmustern.

Ein Einfluss des Adressaten auf die Narrative wurde ebenfalls bestätigt. Sowohl im BE-I als auch im PBI zeigte sich in den Patientengruppen im Auszählverfahren und in den Beziehungskomponentenmustern eine höhere Re-Test Stabilität als in den Probandengruppen. Auch hier waren die bebachteten Differenzen unterschiedlich groß und konnten für einige Komponenten und Auswertungsformen gesichert werden (bis $p<.01$, große Effekte). Auch diese Modifikation in der Erhebung von Narrativen verbessert die Bestimmung von ZBKThemen und Beziehungskomponentenmustern.

Die verschiedenen Auswertungsmethoden führten erwartungskonform zu unterschiedlichen Ergebnissen, aus denen sich Indikationen für ihren Einsatz bei bestimmten Fragestellungen ableiten lassen. Die Kombination von qualitativer Auswertung und Zuordnung der gefundenen ZBKThemen zu einem System von Inhaltskategorien zeigte sich als überlegen und ist daher bei der Frage nach zentralen Beziehungskonfliktthemen zu bevorzugen.

Zwischen Veränderungen in den einzelnen Komponenten eines zentralen Beziehungskonfliktthemas bei einem Erzäh-ler (seinen gefundenen Wünschen, Reaktionen anderer Menschen und eigenen erwarteten Reaktionen) fanden sich nur schwache Korrelationen (r zwischen .04 und .17). Dieser Befund bestätigt die ursprüngliche Idee der ZBKT-Methode, Zusammenhänge zwischen den Komponenten innerhalb eines einzelnen Narrativs (den "manifesten" Inhalt einer Erzählung) nicht zu berücksichtigen und damit auch die Entscheidung in der vorliegenden Untersuchung, bei der Bestimmung eines "Beziehungskomponentenmusters" ebenso vorzugehen.

Die in der vorliegenden Untersuchung an dyadischen Interviews gewonnenen Ergebnisse wurden in einem zweiten Schritt an zwei klinischen Fragestellungen erprobt:

Bei der Untersuchung von 32 psychotherapeutischen Gruppensitzungen wurden 644 Beziehungsepisoden bestimmt. Damit waren sowohl individuelle zentrale Beziehungskon-fliktthemen der PatientInnen als auch ZBKThemen der Gruppe als Ganzes auswertbar. Individuelle ZBKThemen aus Gruppensitzungen und aus Interviews zu Beginn der Behandlung stimmten in der qualitativen Auswertung gut bis sehr gut überein (69% bis 88%, Kappa .39 bis .80; für ein quantitatives Vorgehen: Übereinstimmung 31% bis 61%, Kappa .24 bis .37).

Die Untersuchung geschlechtsstereotyper Beziehungsmuster bestätigte erwartete Unterschiede zwischen den Beziehungserwartungen von Männern und Frauen in der Gruppe der PatientInnen, nicht dagegen in der Gruppe der ProbandInnen. Zu Beginn der Behandlung äußerten Frauen häufiger Wünsche nach Nähe und schilderten häufiger Zurückweisung durch andere, Männer äußerten häufiger als Frauen Wünsche danach, erfolgreich zu sein und helfen zu können, sowie danach, sich gut und wohl zu fühlen. Veränderungen im Verlauf der Psychotherapie traten hier in Richtung auf das Muster des anderen Geschlechts auf und wa-ren in den Erzählungen von Männern deutlicher als in den Erzählungen von Frauen.

5. Diskussion: Ergebnisse aus Interviews mit Probanden, insbesondere in der Auswertung zentraler Beziehungskon-fliktthemen über ein Auszählen von Kategorien, erwiesen sich in der vorliegenden Untersuchung als zeitlich kaum stabil. Zur Erfassung zentraler Beziehungserwartungen, für die eine hohe Stabilität belegt ist, sind BE-Interviews von Probanden mit Forschungsassistenten daher nicht geeignet. Unbefriedigende Ergebnisse zur prädiktiven Validität von ZBKT-Parametern in aktuellen Untersuchungen, in denen BE-Interviews mit Forschungsassistenten und eine quantita-tive Auswertung eingesetzt wurden sind nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zumindest auch auf diesen methodischen Ansatz zurückzuführen.
Dagegen ergaben die in der vorliegenden Arbeit theoretisch abgeleiteten und neu eingeführten Modifikationen der Erhebungssituation und der Auswertung eine höheren Stabilität der Ergebnisse, die als bessere Qualität in der Erfassung der individueller zentraler Motive aufzufassen ist. Wenn Beziehungserwartungen und Übertragungen außerhalb einer therapeutischen Situation bestimmt werden sollen, kann dies für Partnerschaften mit einer Modifikation des Erhebungsinstruments erfolgen, dem Paarbeziehungsinterview PBI. Zentrale Übertragungsmuster sind nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung in Interviews mit dem Therapeuten zu erfassen, nicht in Interviews mit Forschungsassistenten.

Sowohl bei Probanden als auch bei Patienten war die qualitative Auswertung in Hinsicht auf die Konstanz der Ergebnisse überlegen.
Die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen geringen Interkorrelationen zwischen Veränderungen der einzelnen Komponenten eines ZBKT sind eine Bestätigung dafür, Zu-sammenhänge zwischen den Komponenten im manifesten Inhalt eines Narrativs als Informationsquelle zu vernachlässigen, und statt dessen anhand der Häufigkeit auftauchender Themen nach latenten Strukturen auf ZBKT-Ebene zu suchen. Dies entspricht dem Konzept der "gleichschweben-den Aufmerksamkeit" des Therapeuten und bestätigt die Bedeutung dieses klinischen Vorgehens.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ließen sich auf klinische Fragestellungen mit Erfolg anwenden. Ergebnisse der qualitativen Auswertung von ZBKThemen in der Gruppe stimmten mit denen aus diagnostischen Interviews der teilnehmenden PatientInnen gut überein, so dass eine Anwendung dieser Auswertungsmethode valide Ergebnisse verspricht. Analog zum Einsatzbereich in der Einzeltherapie kann ein modifiziertes ZBKT-Verfahren in der

Gruppenpsychotherapieforschung einer Operationalisierung methodischer Zugänge dienen, die Evaluation therapeutischer Interventionen fördern und damit differenzierte Untersuchungen zum Behandlungsprozess anregen. Dies sind dringliche Aufgaben der Gruppenpsychotherapieforschung.

In einer vergleichenden Untersuchung zweier Stichproben mit der ZBKT-Methode - hier: Männer und Frauen - konnten geschlechtsstereotype Beziehungserwartung und ihre Veränderungen mit dem Beziehungskomponentenmuster gut abgebildet werden. Veränderungen im Verlauf der Psychotherapie betrafen Erwartungen der Patienten an Situa-tionen emotionaler Nähe. Sie waren deutlicher in der Gruppe der Männer und führten zu einer Annäherung in den narrativen Mustern zwischen den Geschlechtern. Trotz der unterschiedlich deutlichen Veränderungen in den Narrativen von Männern und Frauen profitierten in Hinsicht auf einen Rückgang der Symptomatik beide Geschlechter ähnlich von ihrer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung. Für Vergleiche zwischen definierten Gruppen und für Veränderungsmessungen eignete sich die Bestimmung von quantitativen Beziehungskomponentenmustern besser als die qualitative Darstellung der wenig veränderlichen zentralen Beziehungskonfliktthemen.

Wieweit an Narrativen zentrale "Übertragungen" erfasst werden hängt nach diesen Ergebnissen sowohl von der Art der Narrative, die untersucht werden (der "Erhebungssitua-tion"), als auch von der angewendeten Auswertungsmethode ab. In zukünftigen Untersuchungen muß daher die Erhebung der Narrative und die Auswertungsmethode gezielt auf die Fragestellung der Arbeit hin ausgewählt werden

Literaturangaben beim Verfasser.

PD. Dr. med. Hermann Staats, Göttingen
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychoanalytiker

11.2 **Autogenes Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies**

Applied Psychophysiology and Biofeedback
27 (1) 45-98, March 2002
Copyright © 2002 Plenum Publishing Corporation
All rights reserved

Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies

Friedhelm Stetter
Oberbergklinik Extertal for Psychotherapy, Psychiatry and Psychosomatic Medicine, Extertal, Germany; stetter@oberbergkliniken.de
Sirko Kupper
Oberbergklinik Extertal for Psychotherapy, Psychiatry and Psychosomatic Medicine, Extertal, Germany;

Abstract
Autogenic Training (AT) is a self-relaxation procedure by which a psychophysiological determined relaxation response is elicited. A meta-analysis was performed to evaluate the clinical effectiveness of AT. Seventy-three controlled outcome studies were found (published 1952-99)). Sixty studies (35 randomized controlled trials (RCT) qualified for inclusion in the meta-analysis. Medium -to-large effect sizes (ES) occurred for pre-post comparisons of desease-specific AT-effects, with the RCTs showing larger ES. When AT was compared to real control conditions, medium ES were found. Comparisons of AT versus other psychological treatment mostly resulted in no effects or small negative ES. This pattern of results was stable at follow-up. Unspecific AT-effects (i.e., effects on mood, cognitive performance, quality of life, and physiological variables) tended to be even larger than main effects. Separate meta-analyses for different disorders revealed a significant reduction of the heterogeneity of ES. Positive effects (medium range) of AT and of AT versus control in the meta-analysis of at least 3 studies were found for tension headache/migraine, mild-to-moderate essential hypertension, coronary heart disease, asthma bronchiale, somatoform pain disorder (unspecified type), Raynaud's disease, anxiety disorders, mild-to-moderate depression/dysthymia, and functional sleep disorders.

Keywords
autogenic training, relaxation, meta-analysis, controlled clinical studies, effetiveness

Article ID: 367321

11.3 **Veröffentlichungen von Mitgliedern:**

Häuser W. Hypnose als Standardbehandlung in der somatischen Medizin? Hypnose und Kognition 19(1+2) (2002) 5-13

Häuser W, Stetter F, Kupper S. Für Sie gelesen. Effektivität hypnotischer Schmerzbehandlung. Eine Metaanalyse hypnotisch induzierter Analgesie: Wie effektiv ist Hypnose? Der Schmerz 16 (2002) 155-157

Häuser W . Hypnose in der ärztlichen Praxis. Heilmittel oder Hokuspokus? MMW - Fortschritte der Medizin 41(2002) 10

Häuser W. Hypnose beim Reizdarmsyndrom. Psychomed - Schwerpunktheft Hypnotherapien 4(2002) im Druck

Hoffmann B, Hoffmann SO, Derra C, Stetter F (2000) Handbuch autogenes Training.Deutscher Taschenbuchverlag, neubearbeitete 15. Auflage (2002)

Häuser W, Stetter F, Kupper S (2002) Effektivität hypnotischer Schmerzbehandlung. Eine Metaanalyse hypnotisch induzierter Analgesie: Wie effektiv ist Hypnose? Schmerz 16, 155-157

Schmidt LG, Mundle G, Banger M, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Mann K (2002) Die "Qualifizierte Entgiftung Alkoholkranker" - Im Lichte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ) 96, 295-300

Hösl K, Stetter F (2002) Die rational-emotive Verhaltenstherapie in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten. Sucht 48, 6-8

Stetter F, Mann K (2002) Evidenzbasierung und Forschungsperspektiven in der Suchttherapie. SUCHT 48, 149-151

Stetter F (2002) Herausgeber des Schwerpunktheftes "Evidenz-basierte Psychotherapie Alkoholabhängiger" der Zeitschrift SUCHT 48, Heft 3

Stetter F (2002) Alkoholabhängigkeit und Depression. Brandenburgisches Ärzteblatt 12, 108-109

Stetter F (2002) Suchtkranke nicht über einen Kamm scheren. NeuroTransmitter 13, 66-68

Stetter F, Kupper S (2002) Autogenes Training ist wirksam. Neu-rodate Aktuell, 16, 12 - 17

Stetter F (2002) Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei deutschen ÄrztInnen. In: Richter G, Rommelspacher H, Spies C (Hrsg.) Alkohol, Nikotin, Kokain .... und kein Ende? Pabst Science Publishers Lengerich, 434-439

11.4 Berufungen und Habilitationen von Mitgliedern

Herr Privatdozent Dr. med. Friedhelm Stetter ist zum "au-ßerplanmäßigen Professor" vom Rektor Prof. Dr. Eberhard Schaich der Eberhard Karls Universität Tübingen berufen worden. Seine Lehrbefugnis beinhaltet die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie.

Herr Privatdozent Dr. med. Hermann Staats hat sich für das Fach Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Göttingen über die Bestimmung von Beziehungsmustern habilitiert.

Herzlichste Glückwünsche.
GRC

12. **Rezensionen**

Hans-Christian Deter:
Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts.
Verlag Hans Huber, Bern - Göttingen - Toronto - Seattle, 2001, 69 Seiten, 117 Abb., 51 Tab., geb., ISBN 3 - 456 - 83466 - 7, Euro 34,95

Der Untertitel lautet "Die Chancen einer bio-psychosozialen Medizin", welche für unser Jahrhundert erörtert werden. Dies ist gerade für Deutschland um so wichtiger, da es ei-nerseits weltweit einzigartig viele Betten und Kliniken im Bereich der Psychosomatik gibt, andererseits die finanziellen Ressourcen für das gesamte Gesundheitswesen kaum noch weiter anwachsen können. So war es besonders wichtig, zunächst einmal auf einem Jubiläumstreffen des Deutschen

Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) Ende 1999 zu reflektieren, was im 20. Jahrhundert auf dem Gebiet der bio-psychosozialen Medizin geschehen ist und was sich in der Psychosomatik eventuell aus den verschiedensten Gründen ändern muss oder kann. Die Thematik hat auch noch deswegen an Brisanz gewonnen, wenn man an die künftigen Aufgaben in der Facharztweiterbildung der verschiedenen "P-Fächer" denkt.

Das Buch gliedert sich in 6 Teile. Im ersten ist ein geschichtlicher Überblick der psychosomatischen Medizin vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart enthalten. Der Bonner Medi-zinhistoriker Schott würdigt dabei ausführlich die Entwick-lung der Psychosomatik unter besonderer Berücksichtigung der Hypnose und zitiert Bernheim, "dass der Hypnotismus im Magnetismus verborgen gewesen sei wie die Chemie in der Alchimie, versteckt wie eingesprengtes Gold in einer dicken Schicht von taubem Gestein".

In diesem Teil kommen auch eine Reihe von Zeitzeugen (T. von Uexcüll und M. Fuchs) zu Wort.

Der Teil 2 widmet sich der Grundlagenforschung. Psychophysiologie, Psychoendokrinologie, Psychoimmunologie und Lernprozesse sind für das Verständnis psychosomatischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der Emotionen kom-primiert dargestellt.

Bei dem dritten Teil dürfte es sich um den spannendsten handeln. In ihm wird sich der Evaluation psychotherapeuti-scher Behandlungsverfahren gewidmet, die bekanntlich ei-ner ständigen Neubewertung unterliegen. Zu den hypnotherapeutischen Methoden nimmt Walter Bongartz Stellung und verweist darauf, dass in Österreich und Italien die Hypnosetherapie von den Gesundheitsbehörden als eigenständige Therapieform anerkannt ist. Seine kurzen geschichtlichen Ausführungen überschneiden sich z. T. mit den bereits erwähnten von Schott. Er verweist auf die therapeutische Effektivität der Hypnosetherapie mit Hinweis auf Grawe et al. 1994. Inzwischen liegen von ihm weitere aktualisierte Evidenznachweise der Hypnosetherapie vor. Analoges gilt für den Beitrag von Friedhelm Stetter, dem es gelingen musste, auf 7 Seiten die Entspannungsverfahren darzustellen. Dies ist ihm fast in lexikographischer Ausführung didaktisch ge-schickt gelungen. So kommen das Autogene Training, die Progressive Relaxation und Biofeedback zur Darstellung. Seinen Satz, dass sich Kombinationen des Biofeedbacks mit Progressiver Relaxation und Autogenem Training in der Praxis bewähren können, kann der Ref. nur unterstützen. Entgegen dem Autor sah er aber bereits bei eigenen Untersuchungen in den 80-er Jahren durchaus additive Wirkun-gen des Biofeedbacks in Bezug auf die Schnelligkeit des Erlernens der Wärmeübung und auch dauerhaften Replika-tionen sowie der Temperaturzunahme. Im Teil 4 kommen wiederum namhafte Fachvertreter zu ausgewählten klinischen Fächern bis hin zur psychosomati-schen Hausarzttätigkeit zu Wort.

Im Teil 5 werden die Herausforderungen für das 21. Jahrhundert unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Stel-lenwertes der Psychosomatik sowie unterschiedlichen Entwicklungen in ausgewählten Ländern beschrieben. In diesem Kapitel wird sich auch der gesellschaftlich erzwungenen Kostendiskussion gestellt.

Im abschließenden 6. Kapitel kommt auch der renommierte Kritiker der Psychosomatik, R. Degen, zu Wort.

Die Adressen sämtlicher Autoren, 50 Seiten Literaturverzeichnis und ein nicht ganz vollständiges Sachregister runden dies in einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis befindliche, wichtige Übersichtswerk ab.

Dr. W.-R. Krause, Blankenburg/Harz

13. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse

2003: 20.-22. Juni 9. Arbeitstagung DGÄHAT Königswinter

2003: 02.-08. August 16th International Congress of Hypnosis
ISH Singapore

2003: 28.09.-01.10. Psychosoziale Versorgung in der
Medizin Hamburg

2005: 10th European Congress of Hypnosis - ESH
Jerusalem

13.1 **Kongress 2003 in Hamburg**
"Psychosoziale Versorgung in der Medizin"

Der Tagungsort ist das Congress Centrum Hamburg CCH. Mit der Organisation und Realisierung des KONGRESSES ist Prof. Dr. med. Dr. phil. Uwe Koch betraut.
In der Eröffnungsveranstaltung am Sonntag den 28.09.2003 werden Gastredner aus der Wissenschaft und Politik über die Prioritäten in der gesundheitlichen Versorgung sprechen.

Die drei Themenschwerpunktes des Kongresses beinhalten:

I. Herausforderungen, Lösungsangebote, Erfolge und Kosten in der psychosozialen Medizin,
II. Zukunftsaufgaben in der psychosozialen Medizin,
III. Sicherung und Verbesserung der Qualität der psychosozialen Versorgung in der Medizin.

Die ständige Arbeitsgruppe der Psychosozialen Fachgesellschaften in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizini-schen Fachgesellschaften (AWMF) veranstaltet mit der (AÄGP), (DGÄHAT), (DGKJP), (DGPM), (DGMS), (DGPPN), (DGPT), DGPFG), (DGPM), (DGfS), (DGSMP), DG-Sucht), (DGVM) und (DKPM) zusammen den Kongress.

Zentrales Ziel ist eine kritische und gleichzeitig zukunftsweisende Diskussion, wie die psychosozialen Fächer in der Medizin in den Handlungsfeldern Versorgung, Forschung und Lehre bestmöglich zu gestalten sind.

Infos unter www.psychosozialemedizin2003.de

GRC