



Zwangsstörungen

Verhaltenstherapie

*Ausgewählte neuere
Entwicklungen*

Seite 16

Therapieerfolg

*Welche Rolle spielt die
Beziehungsgestaltung?*

Seite 30

Versorgungssituation

*Die Kluft zwischen Bedarf
und Behandlung*

Seite 51

Wo Zwang herrscht, ist kein Vergnügen.

Emile Zola

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

im Sommer 2013 an einer Poolbar in der italienischen Provinz
Abruzzen entspann sich folgender Dialog:

„Was machst du beruflich?“

„Ich bin Arzt.“

„Niedergelassen?“

„Nein, an der Uni.“

„Was für ein Fach?“

„Ich bin Neuroradiologe.“

„Bildgebende Verfahren?“

„Ja, auch.“

„Könntest du dir vorstellen, einen Beitrag dazu in einem
Themenheft über Zwangsstörungen zu schreiben?“

„Ja – natürlich!“

Alles Weitere lesen Sie in der Rubrik „Über den Tellerrand“.

So kam dieser Beitrag ganz zwanglos zustande. Die anderen Auto-
ren konnten wir gewinnen, ohne dazu fremde Länder zu bereisen.
Obwohl: Beim darüber Nachdenken – so schlecht ist das Modell des
Anwerbens von Autoren bei einem „Pineto sunrise“ (Tequila, succo
di limone, Grenadine) auch wiederum nicht ...

Wir wünschen einen schönen Sommer!

Michael Broda

Psychotherapie im Dialog

Herausbergremium



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych. (*1967)

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Fachhochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie. Seit 2013 ist sie Präsidentin der European Family Therapy Association (EFTA).



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



PD Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych. (*1974)

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er arbeitet als Forschungsgruppenleiter und Dozent an den Universitäten Zürich und Bern mit Schwerpunkt in klinischer Interventionspsychologie/ Psychotherapie.



Prof. Dr. med. Volker Köllner (*1960)

ist nach Ausbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Blietal-Kliniken, Blietal. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (*1954)

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (*1960)

ist nach dem Studium der Psychologie und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin seit 2005 als Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg tätig. Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit im Bereich der Psychosomatik und Psychologie für im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen.



Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Greife, Dipl.-Psych. (*1964)

ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Humanwissenschaften der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Dort leitet sie auch das Zentrum für klinisch psychologische Forschung und Familienforschung und die Psychotherapeutische Hochschulambulanz. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Seit 2004 arbeitet sie als Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz Klinikum gemeinnützige GmbH, Nordhausen. Ihre Schwerpunkte sind Angsterkrankungen und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych. (*1957)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Beirat

Corina Ahlers, Wien
Brigitte Boothe, Zürich
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg
Harald J. Freyberger, Stralsund
Alf Gerlach, Saarbrücken
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Herpertz, Heidelberg
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen
Peter Joraschky, Erlangen
Annette Kämmerer, Heidelberg
Jürgen Kriz, Osnabrück
Friedebert Kröger, Heidelberg
Johannes Kruse, Gießen
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt/M.
Hans Lieb, Edenkoben
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Salzburg
Babette Renneberg, Berlin
Dirk Revenstorf, Tübingen
Wilhelm Rotthaus, Viersen
Martin Sack, München

Günter Schiepek, Salzburg
Gerhard Schüßler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Annette Streeck-Fischer, Göttingen
Kirsten von Sydow, Berlin
Bernhard Trenkle, Rottweil
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/ejournals
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!
Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indiziert in: PSYINDEX

Inhalt

2 • 2013



Für Sie gelesen

- 6** Belastende Lebensereignisse – Emotionaler Missbrauch in der Kindheit erhöht Depressionsrisiko
- 7** Rauchen und psychische Gesundheit – Rauchstopp ist ähnlich effektiv wie Antidepressiva
- 8** Somatoforme Störungen – Kognitiv-behaviorale Einzeltherapie verbessert gesundheitsbezogene Lebensqualität
- 9** Kunsttherapie – Bilder können wertvolle Therapiebausteine sein

Therapiemethoden kompakt

- 10** Psychoedukation – Behandlungstransparenz durch Information



Zwangsstörungen

Zwangsstörungen gehören zu den häufigen psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Sowohl in der Theorie als auch bei ihrer Behandlung wurden in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt.

Editorial

- 12** Der Ariadnefaden

Essentials

Standpunkte

- 16** Behandlung von Zwängen in der kognitiven Verhaltenstherapie
Willi Ecker

Aus der Praxis

- 24** Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen
Andreas Kordon, Winfried Lotz-Rambaldi, Cathleen Muche-Borowski, Bartosz Zurowski, Fritz Hohagen
- 30** Beziehungsgestaltung in der Therapie mit Zwangskranken
Angelika Lakatos-Witt, Thomas Schneider
- 36** Psychodynamisches Verstehen und Behandeln von Zwangsstörungen
Hermann Lang
- 42** Krankheitseinsicht bei Zwangskranken
Matthias Backenstrass

- 46 Subjektkonstituierende Hilfen bei In-vivo-Expositionen von Zwangskranken
Birgit Hofmann, Nicolas Hoffmann
- 51 Psychotherapeutische Versorgungssituation von Zwangsstörungen
Ulrich Voderholzer, Maïke Müller, Caroline Schwartz
- 56 Teilstationäre und stationäre psychosomatische Therapie der Zwangsstörung
Igor Tominschek, Walter Hauke, Michael Zaudig
- 61 Genogramm- und Skulpturarbeit in der Psychosomatischen Tagesklinik
Igor Tominschek
- 65 Neue Selbsthilfeverfahren gegen Zwangsgedanken
Marit Hauschildt, Steffen Moritz, Charlotte Wittekind
- 70 Stellenwert psychosozialer Interventionen bei therapieresistenten Zwangsstörungen
Katarina Stengler, Sebastian Olbrich, Ursula Beyrich-Kolbus, Ina Jahn
- 74 Neurobiologie des Zwangs
Anne Katrin Külz
- 78 Pharmakotherapie der Zwangsstörung
Katarina Stengler, Sebastian Olbrich
- 82 Bildgebende Verfahren bei Zwangsstörungen
Kay Engellandt

88 **CME-Fragen**



Über den Tellerrand

- 90 DSM-5 – Notwendig oder gefährlich?
Arno Deister

Interview

- 94 Zwangsstörungen – und die Sehnsucht nach Freiheit

Dialog Links

- 97 Internetseiten zum Thema Zwangsstörungen
Christian Siebold

Dialog Books

- 100 Zwangsstörungen – Bücher zum Thema
Daniela Matte

Resümee

- 104 Wachsendes Verständnis bei erweiterten Handlungsmöglichkeiten

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Fallbericht: Zwangsstörung und Depression – „Eigentlich hat sich nichts wirklich gebessert ...“



Lesenswert

- 110 Terézia Mora: Das Ungeheuer – Blicke über Disziplinargrenzen

Backflash

- 111 Ich füttere gerne Fische

3 Herausbergremium

- 112 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

Belastende Lebensereignisse

Emotionaler Missbrauch in der Kindheit erhöht Depressionsrisiko

Körperlicher und sexueller Missbrauch in der Kindheit sind Gegenstand vieler Studien. Die Folgen emotionalen Missbrauchs werden dagegen weitaus seltener erforscht, obwohl sie nicht unbedingt weniger schwer wiegen. So hat etwa eine US-amerikanische Studie kürzlich gezeigt, dass Menschen, die als Kinder emotional missbraucht wurden, besonders unter belastenden Lebensereignissen leiden: Sie neigen mehr als andere dazu, depressive Symptome zu entwickeln.

Die Stress-Sensibilisierungshypothese

Kinder, die von ihren Eltern missachtet, erniedrigt, isoliert und tyrannisiert werden, leiden oft ihr ganzes Leben lang darunter. Sie neigen zu verstärkten Schamgefühlen, einem niedrigen Selbstwertgefühl und Depressionen. Die Stress-Sensibilisierungshypothese („Kindling-Hypothese“) besagt, dass traumatisierte Menschen stärker auf nachfolgende belastende Ereignisse reagieren als andere Menschen.

B. Shapero und Kollegen der Temple University, Philadelphia, haben diese Hypothese nun an 281 Studienteilnehmern überprüft. Diese stammten aus einer Studie namens „Cognitive Vulnerability to Depression Project (CVD)“, die sich mit Unterschieden zwischen Menschen mit einem hohen und einem niedrigen kognitiven Risiko für Depressionen befasste. Die Studienteilnehmer waren durchschnittlich 18,76 Jahre alt, 68% waren Frauen. Die Autoren begleiteten sie über rund 2,5 Jahre. Alle 6 Wochen füllten die Teilnehmer Fragebögen zu ihrer aktuellen Situation und ihrem psychischen Befinden aus. Personen mit Psychosen waren von der Studie ausgeschlossen.

Welchen Einfluss hatten nun lebensbelastende Ereignisse auf die Studienteilnehmer?

Die Autoren unterschieden in ihrer Studie zwischen „abhängigen“ und „unabhängigen Lebensereignissen“:

- ▶ Die „abhängigen Lebensereignisse“ unterliegen dem eigenen Einfluss – hierzu zählt z.B. das Nichtbestehen einer Prüfung.
- ▶ Die „unabhängigen Ereignisse“ liegen außerhalb unserer Macht – dazu gehören z.B. Unwetter und ihre Folgen.

Die Wissenschaftler setzten verschiedene Messinstrumente ein, u. a. das „Cognitive Style Questionnaire“ (CSQ, eine Variante des Attributional Style Questionnaires, ASQ), die „Dysfunctional Attitude Scale“ (DAS), das „Beck Depression Inventory“ (BDI), die „Life Events Scale“ und das dazugehörige Interview (LES und LEI) sowie das „Lifetime Experiences Questionnaire“ (LEQ), welches die Lebensereignisse bis zum 15. Lebensjahr ermittelt.

Erwartungen bestätigt

Studienteilnehmer, die in ihrer Kindheit emotional missbraucht wurden, litten aktuell unter stärkeren depressiven Symptomen als die übrigen Teilnehmer ($p < 0,01$). Frauen hatten ein höheres Risiko, depressiv zu sein, als Männer ($p < 0,01$). Hohe Stresslevel in den letzten 2 Wochen führten bei den in der Kindheit belasteten Studienteilnehmern zu

einem stärkeren Anstieg depressiver Symptome als bei den übrigen Teilnehmern ($p < 0,05$).

Die Autoren konnten somit ihre Hypothese bestätigen: Menschen, die in der Kindheit emotional missbraucht wurden, reagieren leichter mit depressiven Symptomen auf aktuelle Lebensereignisse als andere Menschen. Allerdings war der Effekt nur bei abhängigen Lebensereignissen signifikant. Bei Studienteilnehmern, die in der Kindheit körperlich oder sexuell missbraucht wurden, konnten die Autoren übrigens keinen Zusammenhang zwischen aktuellem Stress und nachfolgenden depressiven Symptomen feststellen.

Fazit

Frühe Erfahrungen emotionalen Missbrauchs erhöhen das Risiko, im Erwachsenenalter auf belastende Lebensereignisse mit Depressionen zu reagieren. Das trifft insbesondere auf abhängige Lebensereignisse zu, also auf Lebensereignisse, auf die der Betroffene einen Einfluss hat.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Shapero BM et al. Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *J Clin Psychology* 2014; 70: 209–223

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1376919>

Interessante Studie gelesen?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine aktuelle Studie gelesen, die auch für Ihre Kollegen interessant sein könnte? Dann schicken Sie uns gerne einen Hinweis an pid@thieme.de, und wir stellen die Studie in einem der nächsten Hefte in dieser Rubrik vor. Wir freuen uns auf Ihre Tipps!

Rauchen und psychische Gesundheit

Rauchstopp ist ähnlich effektiv wie Antidepressiva



Ob psychisch krank oder gesund: Wer aufhört zu rauchen, profitiert davon auch mental.

„Rauchen schadet der Gesundheit“ verrät jede Zigarettenschmuckung. Das gilt nicht nur für Krebs, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, sondern auch für die Psyche. Zumindest belegen Studien, dass es um die psychische Gesundheit von Rauchern nicht so gut bestellt ist – und dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger rauchen als seelisch Gesunde. Eine britische Arbeitsgruppe hat nun in einem systematischen Literaturreview untersucht, wie sich ein Rauchstopp auf die psychische Gesundheit auswirkt.

Sie fanden 26 Langzeitstudien zum seelischen Befinden von Rauchern vor und nach einer Rauchentwöhnung. Diese bestätigen, dass Angst (-0,37), Depression (-0,25) sowie die Kombination aus beiden (-0,31) zurückgehen, ebenso das Stressempfinden (-0,27). Die psychische Lebensqualität und positive Affekte nahmen deutlich zu – und zwar für psychisch Gesunde wie Kranke gleichermaßen.

Begünstigen nun psychische Erkrankungen den Griff zur Zigarette oder macht Rauchen psychisch krank? Zum Zusammenhang zwischen Rauchstopp und verbesserter seelischer Gesundheit gibt es 3 Hypothesen:

1. Nicht mehr zu rauchen wirkt sich positiv auf den psychischen Zustand aus.

2. Ein verbesserter psychischer Zustand hat zum Rauchstopp geführt.
3. Eine gemeinsame Ursache bewirkt sowohl eine Verbesserung der psychischen Gesundheit als auch den erfolgreichen Versuch, das Rauchen aufzugeben.

Zwar können Beobachtungsstudien keine kausalen Zusammenhänge beweisen, schränken die Autoren ein, aber immerhin kämen praktisch alle Erkenntnisse über Folgeschäden des Rauchens und positive Effekte eines Rauchstopps aus epidemiologischen Untersuchungen. Sie wagen deshalb eine Antwort auf die Henne-Ei-Frage: Der Rauchstopp ist der Grund für die bessere psychische Befindlichkeit.

Und so könnte das funktionieren: Chronischer Tabakkonsum verändert die Antwort des Gehirns auf Nikotin. Einige Zeit nach dem Genuss einer Zigarette treten gedrückte Stimmung, Unruhe und Anspannung auf. Dieser Entzugszyklus bestimmt den wechselhaften seelischen Zustand von Rauchern – und ist vermutlich Ursache ihres insgesamt eingeschränkten Befindens. Etwa 3 Wochen nach dem Rauchstopp ist der Entzugszyklus abgeklungen. Nach der Fehlzuschreibung-Hypothese missdeuten Raucher die Entzugssymptome als Anzeichen von Stress – und die Besserung durch den Zug an der nächsten Zigarette als stresslindernde oder aufheiternde Wirkung, während sie in Wirklichkeit nur Entzugssymptome beseitigen.

Fazit

Die in ihrem Review festgestellte Wirkung des Rauchstopps auf das seelische Befinden entspreche dem Effekt von Antidepressiva, so die Autoren. Da die Ergebnisse für psychisch Kranke und Gesunde gleichermaßen messbar waren, sollten Ärzte und Psychotherapeuten rauchenden Patienten mit psychischen Erkrankungen einen Entzug empfehlen. Der oft geäußerten Angst der Patienten, ihr seelisches Befinden würde sich durch einen Rauchstopp verschlechtern, könnten sie mit diesen Studienergebnissen begegnen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Taylor G et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348: g1151

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1376920>

Somatoforme Störungen

Kognitiv-behaviorale Einzeltherapie verbessert gesundheitsbezogene Lebensqualität

Jeder 6. Patient in der Allgemeinarztpraxis hat Symptome, die medizinisch nicht erklärbar sind. Die Einschränkungen sind für die Betroffenen jedoch häufig genauso groß wie „echte“ körperliche Erkrankungen. M. Gili und Kollegen der Universität der Balearen, Palma de Mallorca, zeigten nun in einer randomisiert-kontrollierten Studie, dass individuelle kognitive Verhaltenstherapie die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern kann.

An der Studie nahmen 168 Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden aus 29 Primärversorgungszentren teil. Die meisten Patienten waren verheiratete Frauen mittleren Alters. Ihre Beschwerden bestanden meist seit 2 Jahren. Rund 10% litten zusätzlich an depressiven Symptomen, 40% der Betroffenen wiesen Symptome einer Angststörung auf und 30% litten sowohl an depressiven Beschwerden als auch an Ängsten.

Die Wissenschaftler randomisierten die Patienten auf 3 Therapiearme: Sie erhielten entweder eine kognitive Verhaltenstherapie (CBT) in der Gruppe, eine Einzel-CBT oder eine Standardbehandlung (Treatment as Usual, TAU) beim Allgemeinmediziner. Mithilfe des Gesundheitsfragebogens SF 36 (Short Form 36) wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) der Patienten vor und nach der Behandlung (direkt nach Therapieende sowie 6 und 12 Monate nach der Therapie) erfasst.

Die Verhaltenstherapie war so konzipiert, dass die Patienten zunächst ihre dysfunktionalen Denkmuster erkennen sollten. Danach erlernten sie Coping-Strategien, die es ihnen erleichtern sollten, mit den Beschwerden umzugehen. Es fanden insgesamt 10 Sitzungen statt, eine Gruppentherapie Sitzung

dauerte 90 min, die Einzeltherapie jeweils 45 min. Die Sitzungen waren detailliert strukturiert und die Therapeuten erarbeiteten mit den Patienten folgende Themen:

- ▶ Sitzung 1: Zusammenhang zwischen Stress und Schmerz
- ▶ Sitzung 2: Identifizierung automatisierter Gedanken
- ▶ Sitzung 3: Evaluation der automatisierten Gedanken
- ▶ Sitzung 4: Infragestellung der automatisierten Gedanken und Suche nach Alternativen
- ▶ Sitzung 5: Kernüberzeugungen
- ▶ Sitzung 6: Kernüberzeugungen speziell über den Schmerz
- ▶ Sitzung 7: Analyse der Coping-Mechanismen
- ▶ Sitzung 8: Wissensvermittlung zu Copingstrategien bei Grübeln, Zwängen und Sorgen
- ▶ Sitzung 9: expressives Schreiben
- ▶ Sitzung 10: Wissensvermittlung zur „klaren Kommunikation“

Allen Patienten ging es nach der Behandlung besser, auch über die gesamte Nachbeobachtungszeit hinweg. Am stärksten wirkten sich die Behandlungen u. a. auf die Körperfunktion ($F = 12,505$, $p \leq 0,001$), den körperlichen Schmerz ($F = 4,456$, $p = 0,14$) und die Vitalität aus ($F = 4,643$, $p = 0,012$).

Einzeltherapie vorteilhaft

Im Vergleich der Therapien untereinander schnitt die individuelle Verhaltenstherapie hinsichtlich aller Variablen zu Therapieende und im Follow-up nach 6 Monaten deutlich besser ab als die Gruppentherapie. Zwischen Gruppentherapie und TAU ließen sich am Ende der Behandlung hingegen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

12 Monate nach Beendigung der Therapie erwies sich die individuelle CBT immer noch als effektivste Therapieform in Bezug auf die Verbesserung der körperlichen Funktion. Im Vergleich zur Standardbehandlung konnte die individuelle CBT die gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich verbessern. Nicht verbessert werden konnten jedoch die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, das soziale Funktionieren und die emotionalen Probleme.

Fazit

Eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit Somatisierungsstörungen deutlich stärker verbessern als eine Gruppentherapie. Die Autoren halten es für sinnvoll, hier die Kosteneffektivität weiter zu erforschen.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Gili M et al. Health related quality of life changes in somatising patients after individual versus group cognitive behavioural therapy: A randomized clinical trial. *J Psychosom Res* 2014; 76: 89–93

Beitrag online zu finden unter
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1376921>

Kunsttherapie

Bilder können wertvolle Therapiebausteine sein

Eine Arbeitsgruppe des Universitätsklinikums Ulm und der Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen hat Patienten zu ihren Erwartungen an eine Kunsttherapie und ihren Erfahrungen damit befragt und gemeinsam mit den Patienten deren Bilder analysiert.

15 Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik berichteten in qualitativen Interviews nach Abschluss einer Kunsttherapie von ihrer anfänglichen Skepsis (ein Drittel gab an, zu Beginn skeptisch, ablehnend oder ängstlich gewesen zu sein, der Rest war indifferent oder äußerte keine Meinung) – und von ihrer positiven Beurteilung zum Ende der Therapie (90% waren jetzt positiv eingestellt, der Rest neutral). Alle Patienten gaben an, ihr seelischer und körperlicher Zustand hätte sich durch die Kunsttherapie verbessert.



Eine Kunsttherapie bietet Patienten die Möglichkeit, Emotionen, Konflikte und Erlebnisse auf nonverbale Weise auszudrücken und zu verarbeiten. Ein resümierendes Gespräch am Ende der Therapie kann die positiven Effekte noch verstärken.

Therapien greifen ineinander

Da die Kunsttherapie Teil eines umfangreichen Therapieprogramms war, konnten die Autoren der Studie den Anteil der Kunsttherapie an der Besserung des Befindens nicht quantifizieren. Tatsächlich beschrieben die Patienten, dass die unterschiedlichen Therapiebausteine ineinandergreifen; so kamen Inspirationen für die Bilder häufig aus anderen Therapien, und in der Kunsttherapie ausgedrückte Konflikte konnten in Gesprächen aufgearbeitet werden. Einige Patienten erzählten auch, sie hätten sich nach einigen Kunsttherapiesitzungen erst getraut, Gefühle in der Musik- oder Theatertherapie auszuleben.

Spannend an der Ulmer Studie ist v. a., dass im Abschlussinterview Patienten und Interviewer gemeinsam die entstandenen Bilder analysierten. Dabei wurde deutlich, dass die Bedeutung der einzelnen Bilder ohne Erläuterungen der Maler nicht ausreichend zu erfassen ist. In 65 von 270 Bildern hatten sich die Patienten selbst dargestellt, nur in 19 Werken traten aber menschliche Figuren auf. Und fast 90% der Patienten erklärten, die angefertigten Bilder hätten einen Bezug zueinander – das ist viel mehr, als dies Studien mit externer Bildanalyse eruiert hatten.

Im ersten Bild hatten die Befragten häufig Wünsche, Sehnsüchte und Hoffnungen dargestellt. Im letzten Bild gaben sie teilweise Ausblicke auf die Zukunft oder verdeutlichten den Therapieerfolg. Anfangs wurden

meist vertraute Techniken verwendet, im Verlauf begannen die Patienten zu experimentieren. In 160 Bildern setzten sie sich mit ihren Konflikten auseinander, meist passten die Bilder zu aktuellen Stimmungen.

Wendepunktbilder sind oft Hochformate

Wichtige Bilder wurden zu allen Zeitpunkten der Therapie produziert. Viele Themen wurden im Verlauf der Kunsttherapie immer wieder aufgegriffen und machten Entwicklungsschritte deutlich. Bilder, die als Wendepunkte bezeichnet wurden, entstanden bei 60% in der Mitte der Therapie, bei 40% gegen Ende. Nur 24 der 270 analysierten Werke waren Hochformate – diese wurden von den Patienten fast ausnahmslos als Wendepunktbilder eingeschätzt.

Fazit

Nach Überwinden einer anfänglichen Hemmschwelle ist Kunsttherapie offensichtlich für die meisten Patienten eine gute Möglichkeit, Emotionen und Konflikte – im wahrsten Sinne des Wortes – anschaulich zu machen. Viele gaben an, das Abschlussinterview habe ihnen noch einmal geholfen, das Dargestellte einzuordnen und zu neuen Erkenntnissen zu kommen. Die Autoren regen deshalb an, das Interview als therapeutische Intervention zu untersuchen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Oster J et al. Patientenerfahrungen und Bildverläufe in der Kunsttherapie einer psychosomatischen Tagesklinik. *Psychother Psych Med* 2014; 64: 70–75

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1376922>

Psychoedukation

Behandlungstransparenz durch Information

Die Transparenz seitens des Therapeuten im Umgang mit dem Patienten ist ein wesentliches Merkmal der Verhaltenstherapie. Ein Element stellt in diesem Zusammenhang die Psychoedukation dar.

Definition Bäumel und Pitschel-Walz (2003, zitiert nach Borbé et al. 2011) definieren wie folgt: „Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstständigen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“

Schwerpunkt der Technik Der Schwerpunkt der Psychoedukation in der Verhaltenstherapie ist i. d. R. am Ende der Diagnostik bzw. zu Beginn der Behandlung angesiedelt. Neben dem Aspekt der Informationsweitergabe kann auch die Entwicklung eines gemeinsamen plausiblen Patient-Therapeuten-Modells zur Entstehung der Symptomatik darunter verstanden werden. Es empfiehlt sich, dieses gemeinsam und schriftlich zu fixieren. Dies erleichtert die möglicherweise notwendige Adaptation während der Behandlung und die Überprüfung seitens des Patienten.

Durchführung

Bisherige Lernerfahrungen bzw. Umgang mit Veränderungen

Intervention Die Intervention basiert auf der Umkehrung einer von Hofmann (2011) beschriebenen Intervention zur Zeitprojektion: Durch eine Rück Erinnerung an die eigene Lebensgeschichte sollen wesentliche

Elemente des Lernens bzw. der Veränderung für den Patienten erfahrbar werden. Es findet eine Gleichsetzung von Lernen und Veränderung statt.

Instruktion Die denkbar einfache Instruktion lautet: „Sie haben sich in ihrem bisherigen Leben oft an neue bzw. veränderte Situationen angepasst. Teilweise geschah dies freiwillig, teilweise ohne ihre Zustimmung, teilweise auch ohne dass sie schon vorher genau wussten, wie das Ergebnis aussehen würde. Bitte versuchen sie bis zu 3 dieser Situationen zu beschreiben.“ Wesentlich ist bei dem Vorgehen nicht, was gelernt wurde, sondern wie gelernt wurde. Entsprechend sind hilfreiche Fragen des Therapeuten vorwiegend auf das Wie (Beschreibung) und nicht auf das Warum (Begründung) gerichtet.


Lernaspekte Für den Patienten sollten vor dem Hintergrund seiner eigenen Biografie folgende Aspekte erfahrbar werden:

1. Was ist der Unterschied zwischen Lernen und Können?
2. Welche Elemente waren beim Lernen für ihn wichtig? (z. B. Lernen am Modell, Hilfe in Anspruch nehmen, Versuch und Irrtum, Üben bzw. Wiederholen, langsames Steigern von Anforderungen etc.)
3. Durch das Beschreiben verschiedener Beispiele wird eine zusätzliche Möglichkeit geschaffen, auf Unterschiede oder Gemeinsamkeiten persönlicher Veränderungsprozesse einzugehen. Dies kann durch eine Entspannungsübung unterstützt werden, bei eher kognitiv

orientierten Patienten ist die Zusatzinstruktion der „Gebrauchsanweisung“ für Veränderung genauso hilfreich und zeitsparend. Für Patienten wirkt es i. d. R. sehr beruhigend, dass sie keine „Veränderungsanfänger“ sind, sondern diesen Prozess schon oft durchlaufen haben, auch wenn es sich bei einer Psychotherapie um komplexe Veränderungen handelt.

Entwicklung als non-lineares Geschehen

Grafische Darstellung von Entwicklung allgemein Menschliche Entwicklung im Sinne von Veränderung verläuft selten linear, sondern eher sprunghaft, inkonstant und mit Rückschlägen. Dies hatten Kanfer, Reinecker & Schmelzer bereits in der ersten Ausgabe ihres Buches zur Selbstmanagementtherapie 1990 dargelegt. Der grafisch dargestellte Veränderungsweg imponiert als unruhige Zickzacklinie und nicht als Gerade, die zum Therapieziel führt. Dies erscheint zentral für alle Veränderungsprozesse und kann ggf. auch unter Rückbezug auf die o. g. Übung genutzt werden.

Grafische Darstellung der Symptomentwicklung Als Schaubild bzw. mittels grafischer Darstellung an der Flipchart werden die dargestellten Entwicklungslinien benutzt ( **Abb. 1**). Sie sind dem Patienten bereits aus der Diagnostikphase bekannt. Mittels der Linien wird versucht, die Symptomentwicklung grafisch zu beschreiben. Dieses Vorgehen basiert inhaltlich auf den methodischen Überlegungen von Potreck-Rose (1995) zu Chronifizierungsprozessen