



## Essstörungen

### **S3-Leitlinie**

*Mehr Sicherheit  
in der Behandlung?*

### **Anorexia nervosa**

*Kernelemente der fokalen  
Psychodynamischen Therapie*

### **Online-Interventionen**

*Wie Individualisierung  
den Erfolg erhöht*

## Ein Lorbeerblatt kann wichtiger sein als ein Lorbeerkranz.

Spruchwort

Editorial

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

Die Tage sind kurz geworden, in den Regalen vor den Kassen der Einkaufsmärkte türmen sich schon seit Wochen die Schokoladen-Weihnachtsmänner – das Jahr neigt sich dem Ende zu. Und im immer hektischer werdenden Alltag wünschen sich Menschen auf immer häufigeren Weihnachtsfeiern jedes Jahr noch mehr Zeit für Ruhe und Muße. Wahrscheinlich würde es schon helfen, wenn wir einige der Weihnachtsfeiern ersatzlos streichen und dafür etwas Interessantes zu Lesen in die Hand nehmen würden.

Rechtzeitig vor den traditionell mit Festessen verbundenen Feiertagen werfen wir in dieser PiD-Ausgabe einen Blick auf die Menschen, denen das für sie richtige Maß bei der Nahrungsaufnahme abhanden gekommen ist. Ist es nicht ganz häufig das richtige Maß, das uns – auch bei Geschäftigkeit und Arbeit, bei Genuss und Freizeit oder in Beziehungen – verloren zu gehen droht?

Wir wünschen Ihnen ein für Sie richtiges Maß an Ruhe und Abstand, an Feiern und Genuss über die Festtage und einen guten Start in das neue Jahr!

Ihr

Michael Broda

## Psychotherapie im Dialog

## Herausbergremium



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

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Fachhochschule Nordhausen in Thüringen. Nach Ausbildung und Praxistätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg und in einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Familientherapeutin (SG) tätig. Sie lehrt Systemische Konzepte und Methoden an Hochschulen und Weiterbildungsanstalten im In- und Ausland und ist Supervisorin in Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie.



**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).



**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.



**Prof. Dr. med. Wolfgang Senf (\*1947)**

ist Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er war von 1990–2013 Universitätsprofessor für dieses Fachgebiet an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und damit verbunden der Ärztliche Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum Essen. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit M. Broda) und „Techniken der Psychotherapie“ (mit M. Broda und B. Wilms).



**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.



**Dr. med. Bettina Wilms (\*1964)**

ist Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Seit 2004 arbeitet sie als Chefarztin 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 Weiterbildungsanstalten. 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.

**Gründungs herausgeber**

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, Leipzig

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, Hamburg  
Bernhard Trenkle, Rottweil  
Kerstin Weidner, Dresden  
Ulrike Willutzki, Dortmund

**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  
PF 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

4 • 2013



## Für Sie gelesen

- 6 Psychodynamische Kurzzeittherapie – Bereits 4 Sitzungen verbessern Coping-Strategien
- 7 Übergewicht und psychische Störungen – Verhaltenstherapeutische Interventionen zur Gewichtsreduktion sind erfolgreich
- 8 Soziale Phobie – Kognitive Verhaltenstherapie vs. psychodynamische Therapie: was ist effektiver?
- 9 Depression – Training zur Emotionsregulation verstärkt Effektivität der Verhaltenstherapie

## Therapiemethoden kompakt

- 10 Fantasiereisen – Eine hilfreiche Technik bei zahlreichen Störungsbildern



## Essstörungen

Die Forschungs- und Versorgungslandschaft für Essstörungen ist vielschichtig und spannend. Zunehmend wurden und werden spezifische Behandlungsansätze entwickelt und evaluiert.

### Editorial

- 12 Von ganz dünn bis ganz dick

### Essentials

### Standpunkte

- 16 S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen  
*Burkard Jäger, Stephan Herpertz*

### Aus der Praxis

- 22 Systemische Aspekte bei der Therapie der AN  
*Jürg Liechti, Monique Liechti-Darbellay*
- 28 Multifamilientherapie bei Patienten mit Essstörungen  
*Katja Scholz, Jessika Weiß*
- 32 Stationäre Therapie der adoleszenten AN  
*Katharina Bühren, Ulrich Hagenah, Beate Herpertz-Dahlmann*
- 36 Fokale Psychodynamische Psychotherapie der AN  
*Hans-Christoph Friederich, Wolfgang Herzog, Beate Wild, Henning Schauenburg*
- 42 Ambulante Behandlung von Essstörungen – Verhaltenstherapeutische Ansätze  
*Gaby Groß, Stephan Zipfel*
- 46 Kognitive Verhaltenstherapie der Binge-Eating-Störung  
*Anja Hilbert, Rebekka Kittel, Ricarda Schmidt*
- 50 Chirurgische Adipositasstherapie  
*Martina de Zwaan, Astrid Müller*

- 54 Körperbildtherapie bei Essstörungen  
*Anika Bauer, Tanja Legenbauer, Silja Vocks*
- 58 Körperdysmorphie Störung und Essstörungen  
*Ines Kollei, Alexandra Martin*
- 62 Sportprogramme und sporttherapeutische Interventionen bei Essstörungen  
*Almut Zeeck, Sabine Schlegel*
- 66 Kognitive Remediation bei Anorexia nervosa  
*Timo Brockmeyer, Wolfgang Herzog, Hans-Christoph Friederich*
- 70 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und BN – Therapie durch Emotionsregulation  
*Valerija Sipos, Ulrich Schweiger*
- 74 ProYouth – ein Online-Programm zur Prävention und frühen Intervention bei Essstörungen  
*Markus Moessner, Fikret Özer, Carla Minarik, Stephanie Bauer*
- 78 Integrierte Versorgung von Essstörungen  
*Martin von Wachter, Claudia Eichholz, Hedwig Wunderlich, Askan Hendrichke*
- 82 Psychoedukative Unterstützung für Angehörige essgestörter Patientinnen  
*Holmer Graap*
- 86 Externalisieren bei Essstörungen  
*Carmen Unterholzer*

### Über den Tellerrand

- 90 AN aus neurowissenschaftlicher Sicht  
*Viola Kappel, Stefan Ehrlich, Betteke van Noort*

### 94 CME-Fragen



### Interview

- 96 Sarah Wiener: Gesund kochen, gesund leben

### Dialog Links

- 98 Durch dick und dünn – Essstörungen im WWW  
*Sonja Heintz*

### Dialog Books

- 101 Essstörungen – Bücher zum Thema  
*Daniela Matte*

### Resümee

- 104 Essstörungen – Ein weites Feld

### Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Fallbericht: Depression nach onkologischer Diagnose – „Zusammenhalt war bei uns immer sehr wichtig ...“



### Lesenswert

- 110 Jeffrey Eugenides: Die Liebeshandlung – Beziehungsregulation in der Achterbahn

### Backflash

- 111 Eine etwas andere Weihnachtsgeschichte

3 Herausbergremium

- 112 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

# Psychodynamische Kurzzeittherapie

## Bereits 4 Sitzungen verbessern Coping-Strategien

*Viele Patienten mit psychischen Störungen zeigen „Denkfehler“ (z. B. Alles-oder-Nichts-Denken), oder legen dysfunktionale Coping-Strategien an den Tag (z. B. Flucht aus der Situation). An diesen Punkten setzt die Psychodynamische Kurzzeittherapie (Brief Psychodynamic Intervention, BPI) an. U. Kramer und seine Kollegen von der Universität Lausanne haben untersucht, was man von einer 4-stündigen Behandlung erwarten kann.*

Studien haben gezeigt, dass sich Coping-Strategien durch Verhaltenstherapie verbessern lassen, z. B. durch Methoden wie Exposition, systematische Desensibilisierung, kognitive Distanzierung, Selbstbeobachtung und Neubewertung. Doch diese Veränderungen können auch über eine psychodynamische Therapie erreicht werden – häufig würden für die Wirkweise nur andere Begriffe benutzt, erklären die Autoren. So gebe es beispielsweise Überschneidungen zwischen dem psychodynamischen Konzept der Abwehrmechanismen und dem verhaltenstherapeutischen Coping-Konzept.

An der Studie nahmen 50 französischsprachige Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen teil. Die Teilnehmer waren zwischen 17 und 57 Jahre alt (Durchschnittsalter: 30,5 Jahre), 28 waren Frauen. Die meisten Patienten litten an Stimmungsstörungen (65%) oder an Angststörungen (37%). Jeweils 4% der Patienten wiesen Ess- und Sexualstörungen auf. Substanzmissbrauch kam bei 3% der Patienten vor, 38% hatten eine Cluster-C-Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, vermeidenden oder zwanghaften Zügen. Der mittlere Beeinträchtigungsscore auf der Symptomcheckliste SCL-90 betrug 0,97.

### Fokus auf Beziehung, Abwehr und Widerstand

Die BPI wurde von 10 Psychotherapeuten durchgeführt, die über durchschnittlich 19 Jahre Erfahrung in der Durchführung psychodynamischer Therapien verfügten. Außerdem hatten sie ein spezielles Training in BPI erhalten. In den Sitzungen gingen die Therapeuten auf die zentralen Beziehungsthemen der Patienten sowie auf ihre Abwehrmechanismen und Widerstände ein. Außerdem versuchten sie, zusammen mit den Patienten die Zusammenhänge zwischen den interpersonalen und aktuellen Problemen herzustellen.

Um die Veränderungen der Coping-Fähigkeiten und kognitiven Fehler sowie der Symptome zu messen, verwendeten die Autoren die Cognitive Errors Rating Scale (CERS, Drapeau et al. 2008), die Coping Patterns Rating Scale (CPRS, Perry et al. 2005) sowie die Symptom-Check-List SCL-90-R (Derogatis 1994).

Die Coping-Funktionen (Overall Coping Functioning, OCF) der Patienten hatten sich nach 4 Sitzungen insgesamt deutlich verbessert:

- ▶ Der OCF-Wert stieg von 0,43 vor Sitzung 1 auf 0,63 nach Sitzung 4.
- ▶ Die Gesamtzahl der kognitiven Fehler fiel von 85,14 auf 46,37 pro 1000 Worte – auch diese Veränderung ist statistisch signifikant.
- ▶ Außerdem verbesserten sich bei 32% der Patienten die Beschwerden deutlich. Die Patienten verbesserten ihre Fähigkeit, sich an stressauslösende Situationen anzupassen.

### Fazit

Die Psychodynamische Kurzzeittherapie (BPI) über 4 Stunden bewirkt, dass sich die Coping-Funktionen der Patienten verbessern. Sie lässt dysfunktionale Coping-Prozesse zurückgehen, z. B. die Neigung, sich sozial zu isolieren, ebenso kognitive Fehler. Durch die Therapie können die Patienten Stresssituationen eher als Herausforderung und weniger als Bedrohung wahrnehmen.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Kramer U et al. Change in cognitive errors and coping over the course of brief psychodynamic intervention. *J Clin Psychol* 2013; 69: 727–736

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1362998>

# Übergewicht und psychische Störungen

## Verhaltenstherapeutische Interventionen zur Gewichtsreduktion sind erfolgreich

*Menschen mit ernststen psychischen Erkrankungen bewegen sich meist wenig und ernähren sich eher ungesund. Das und die Einnahme von Psychopharmaka dürften die Hauptgründe dafür sein, dass psychisch Kranke mehr als doppelt so häufig übergewichtig sind wie die Allgemeinbevölkerung. Wie können sie zu einem gesünderen Lebensstil motiviert werden und erfolgreich abnehmen?*

### Schwierige Voraussetzungen

Die Förderung eines gesunden Lebensstils sollte eigentlich in der Behandlung psychisch kranker Menschen eine wichtige Rolle spielen – besonders wenn erhebliches Übergewicht vorliegt. Gerade psychisch Kranke tun sich allerdings oft schwer mit den Lernprozessen, die für Verhaltensänderungen unabdingbar sind. Von gruppen-therapeutischen Maßnahmen zur Gewichtsre-

duzierung sind sie zudem aufgrund ihrer Medikation oft ausgeschlossen.

Schlechte Aussichten für psychisch kranke Menschen mit Übergewicht – dabei bräuchte es nur eine geeignete Intervention, wie die US-amerikanische Studie von G. L. Daumit et al. zeigt. Teilnehmer waren 291 Patienten mit Schizophrenie, schweren Depressionen, schizoaffektiven oder bipolaren Störungen und einem durchschnittlichen Ausgangsgewicht von 102,7 kg (durchschnittlicher BMI 36,3), rekrutiert aus verschiedenen lokalen psychiatrischen Rehabilitationsprogrammen. Sie wurden randomisiert entweder einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Erstere erhielt über 18 Monate individuelle Sitzungen mit Beratung zur Gewichtsreduktion sowie Gruppensitzungen mit Bewegungsangeboten.

In der Interventionsgruppe sank das Gewicht langsam, aber kontinuierlich: Nach 18 Monaten brachten die Teilnehmer durchschnittlich 3,2 kg weniger auf die Waage als jene der Kontrollgruppe (-3,4 vs. -0,2 kg,  $p=0,002$ ). Das mag auf den ersten Blick ein bescheidener Erfolg sein, entspricht aber in etwa dem, was in großen Studien mit psychisch gesunden Herz-Kreislauf-Patienten durch Interventionen zur Gewichtsreduktion bisher erreicht wurde.

### Dauerhafter Erfolg

Und es gab sogar einen positiven Effekt: Während die nur somatisch Kranken zügig abnahmen, ihr niedrigstes Gewicht nach etwa 6 Monaten erreicht hatten und dann wieder zunahmen, reduzierten die Teilnehmer dieser Studie ihr Gewicht langsamer, nahmen aber auch nach dem ersten Halbjahr weiter ab – und innerhalb des Beobachtungszeitraums nicht wieder zu. Der Erfolg hielt an, auch wenn die angebotenen Maßnahmen im Verlauf seltener genutzt wurden.

### Fazit

Auch für Patienten mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen und Dauermedikation ist eine moderate, aber dauerhafte Gewichtsreduktion unter ambulanten Bedingungen möglich. Untersuchungen haben gezeigt, dass bereits ein Gewichtsverlust von wenigen Kilogramm das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen mit einem vorher erhöhten Risikofaktor messbar senkt. Der finanzielle und organisatorische Aufwand, der zweifelsohne mit solchen Interventionen verbunden ist, lohnt sich also – und der Erfolg wirkt sich vermutlich auch auf das seelische Wohlbefinden aus.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Daumit GL et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013; 368: 1594–1602

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1362999>



Ein hohes Körpergewicht bringt erhebliche Risiken mit sich – auch psychisch Kranken sollten daher Hilfen zur Gewichtsreduktion angeboten werden (Bild: PhotoDisc).

# Soziale Phobie

## Kognitive Verhaltenstherapie vs. psychodynamische Therapie – was ist effektiver?

*Die soziale Phobie mit ihren quälenden Symptomen wie Angst vor Bloßstellung oder vor anderen Menschen hat oft weitere Erkrankungen, z. B. Depressionen, zur Folge. Um den Teufelskreis zu durchbrechen, kommen sowohl die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als auch die psychodynamische Psychotherapie zum Einsatz. F. Leichsenring und Kollegen der Universität Gießen haben die Ansprech- und Remissionsraten der beiden Therapieformen untersucht.*

Die Wissenschaftler führten dazu eine randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie durch. Sie ist Teil eines Großprojekts namens „SOPHO-NET“, in dem sich mehrere Universitäten Deutschlands zusammengeschlossen haben, um die soziale Phobie umfassend zu erforschen – dazu gehören u. a. die Universitäten Bochum, Dresden, Jena, Gießen und Mainz.

Aus den Ambulanzen dieser Universitäten rekrutierten die Forscher ihre Studienteilnehmer. Bei allen war eine „Soziale Angststörung“ gemäß dem strukturierten klinischen Interview (SKID) des DSM-IV diagnostiziert worden. Sie waren 18–70 Jahre alt und wiesen auf der Liebowitz-Sozialangst-Skala einen Score von über 30 auf. Die 495 Teilnehmer wurden randomisiert verteilt: 209 erhielten eine CBT, 207 eine psychodynamische Therapie, 79 blieben auf der Warteliste. Die Patienten in den Therapiearmen erhielten jeweils 25 Einzeltherapie-Sitzungen à 50 min Dauer.

Die Forscher befragten die Patienten zu Beginn, nach 8 Wochen, nach 15 Wochen und am Ende der Therapie zu ihrem Befinden. Dazu nutzten sie die Liebowitz-Sozialangst-Skala, das SKID sowie den Anxiety Disorder Interview Schedule.

Sowohl die CBT als auch die psychodynamische Therapie orientierten sich an Studien-Manualen. Die CBT wurde nach der Methode von Clark & Wells durchgeführt. Dazu gehörten Verhaltensexperimente, Rollenspiele, Fokussierung der Aufmerksamkeit nach außen, Rekonstruktion des Selbstbildes und Videofeedback. Dabei untersuchten Therapeut und Patient gemeinsam, was der Patient unternimmt, um unangenehme Folgen in der Gesellschaft zu vermeiden.

In der psychodynamischen Therapie ging es um zentrale Beziehungskonflikte: Was wünscht sich der Patient? Was befürchtet er? Fragen wie diese wurden ausführlich beleuchtet. Die Symptome der sozialen Phobie werden bei dieser Methode mit den Beziehungskonflikten des Patienten in Verbindung gebracht. Die Behandlung basiert auf dem Modell von Lester Luborsky und beinhaltet sowohl supportive als auch expressive Interventionen.

### Höhere Remissionsrate bei CBT

Im Vergleich zu den Patienten auf der Warteliste, erlebten die behandelten Patienten deutliche Verbesserungen. Die Remissionsraten der CBT und der psychody-

namischen Therapie betragen 36 bzw. 26%, während bei den Patienten der Warteliste eine Remission von lediglich 9% festzustellen war.

Die Ansprechraten lagen bei 60% (CBT) und bei 52% (psychodynamische Therapie) – bei den Wartelisten-Patienten betrug die Ansprechrate 15%, wobei „Ansprechen“ definiert war als eine Verbesserung von mindestens 2 Punkten auf der Clinical Global Impression Scale. Allerdings sprach auch ein beachtlicher Anteil der Patienten, nämlich zwischen 40 und 48%, nicht ausreichend auf die Therapien an; dies entspricht der Non-Responder-Rate anderer Psycho- oder Pharmakotherapiestudien.

### Fazit

Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und psychodynamische Psychotherapie erreichen bei sozialer Phobie ähnliche Ansprechraten (60 bzw. 52% in dieser Studie). Allerdings gingen die Symptome unter der CBT stärker zurück: Die Remissionsrate unter CBT übertraf die durch psychodynamische Therapie erreichte Remissionsrate deutlich.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Leichsenring F et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 759–767

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363000>

# Depression

## Training zur Emotionsregulation verstärkt Effektivität der Verhaltenstherapie



Emotionsregulation bedeutet, dass wir selbst Herr über unsere Emotionen sind – und nicht umgekehrt  
(Bild: iStockPhoto/Olga Danylenko).

*Das Spektrum psychotherapeutischer Maßnahmen bei schwerer Depression wurde in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erweitert. Trotzdem bleiben die Interventionen bei etwa der Hälfte der Patienten ohne erkennbare Wirkung, und viele der erfolgreich Therapierten erleiden Rückfälle. Ob eine Erweiterung des Therapiespektrums um ein Training zur Emotionsregulation die Prognose verbessern kann, haben M. Berking von der Universität Marburg und seine Kollegen aus Amsterdam und Boston untersucht.*

Im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie erhielten 432 stationär behandelte Patienten einer deutschen psychiatrischen Klinik entweder die übliche kognitive Verhaltenstherapie oder Verhaltenstherapie plus Skills-Training zur Emotionsregulation.

### 10% höhere Ansprechrate, 15% höhere Remissionsrate

Das Training zur besseren Emotionsregulation zeigte erstaunlich Erfolge: Patienten der Skills-Gruppe hatten am Ende der durchschnittlich 46-tägigen stationären Therapie deutlich weniger depressive Symptome als die Teilnehmer der Kontrollgruppe (Ansprechrate beim üblichen verhaltens-

therapeutischen Programm 75,5%, bei zusätzlichem Training von Skills zur Emotionsregulation 84,9%; Remissionsrate 51,1 vs. 65,1%). Patienten der Interventionsgruppe hatten außerdem deutlich weniger negative Affekte und fühlten sich insgesamt wohler.

Erstaunlicherweise wirkte sich das Skills-Training nicht messbar auf das Gesamtab schneiden im Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ) aus. Schaut man sich allerdings die Untergruppen des ESQRs an, so zeigt sich, dass das Training v. a. solche Skills förderte, die als besonders wichtig für die seelische Gesundheit gelten, wie mitfühlende Selbstunterstützung und die Fähigkeit, negative Emotionen zu akzeptieren und zu verändern.

### Individuelle Ressourcen werden gestärkt

Interessant ist auch, dass der Erfolg des Skills-Trainings nicht davon abhängt, ob vorher Defizite im Umgang mit Emotionen bestanden. Da sich auch in anderen Studien gezeigt hat, dass Patienten mit ausgeprägten Fähigkeiten (z. B. im Kontakt zu Mitmenschen) durchaus von einer weiteren Verbesserung dieser Fähigkeiten profitieren (oft mehr als Studienteilnehmer mit Defiziten auf diesen Gebieten), vermuten die Autoren, dass hier gerade die Verstärkung individuell vorhandener Ressourcen wesentlich zum Therapieerfolg beiträgt.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Fazit

Die Studie bestätigt Hinweise aus früheren Untersuchungen, dass ein Skills-Training zur Emotionsregulation eine gute Ergänzung zur klassischen Verhaltenstherapie bei schweren Depressionen ist. Von der künftigen Forschung wünschen sich die Autoren Aufschluss darüber, welche Skills bei Depression besonders hilfreich sind, welche Interventionen diese am erfolgreichsten verbessern und wie diese Interventionen am besten in bestehende Therapiekonzepte integriert werden können.

#### Literatur

Berking M et al. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 234–245

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363001>

Andrea Dinger-Broda

# Fantasiereisen

## *Eine hilfreiche Technik bei zahlreichen Störungsbildern*

*Fantasiereisen sind Vorstellungsübungen und gehören zu den imaginativen Verfahren. Sie haben innerhalb der Psychotherapie eine lange Tradition, sind keiner bestimmten Therapierichtung zuordenbar und universell bei vielen Störungsbildern einsetzbar.*

### Nutzen, Indikation und Zielsetzungen

Fantasiereisen sind einsetzbar im Rahmen von Genusstraining und Achtsamkeitsübungen (z. B. bei depressiven Erkrankungen) sowie zur Ressourcenaktivierung bei traumatisierten Patientinnen und Patienten. Bei chronischen Schmerzen können Fantasiereisen als Mittel der Schmerzablenkung bzw. -umlenkung unterstützend wirken.

---

Da Fantasiereisen alle Wahrnehmungskanäle (Sehen, Hören, Berührung, Geruch, Geschmack) aktivieren, können sie v. a. bei stark kognitiv ausgerichteten Menschen als wohltuend empfunden werden.

---

Je nach Störungsbild und Bedürfnislage können folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ Entspannung und innere Ruhe
- ▶ Ablenkung von unangenehmen Zuständen und Situationen
- ▶ Förderung der inneren Wahrnehmung
- ▶ Fokussierung auf angenehme Vorstellungen und Körpergefühle
- ▶ Reduzierung von Schmerzzuständen
- ▶ Aktivierung von Ressourcen
- ▶ emotionale Umstrukturierung belastender Erinnerungen (Veränderung in der Vorstellung)
- ▶ Herausarbeiten positiver Zielzustände
- ▶ Verdeutlichung psychosomatischer Zusammenhänge (Auswirkung von Gedan-

ken auf körperliche Reaktionen, z. B. Vorstellen einer Zitrone erzeugt Speichelfluss).

### Therapeutische Durchführung

**Vorbereitung** Da für viele Patienten die Durchführung einer Fantasiereise eine neue Erfahrung darstellt, müssen das Vorgehen und die damit verbundene Zielsetzung ausführlich erklärt werden. Fragen und Unsicherheiten sollten besprochen, Widerstände gegen die Technik ernstgenommen und bearbeitet werden. Nützlich ist es, Patienten zu dieser neuen Erfahrung zu ermutigen.

**Inhalte** Der Inhalt der Fantasiereise sollte in der Einführung kurz umrissen werden („Wir könnten z. B. jetzt eine Reise mit einem Ballon unternehmen, ist das für Sie eine angenehme Vorstellung?“) Dies ist auch deswegen notwendig, weil nicht alle Vorstellungen für alle Patienten angenehm sind (z. B. kann eine Bootsfahrt Symbol für Aufbruch sein und positive Empfindungen aktivieren, bei manchen aber löst diese Vorstellung Schwindelzustände und Verunsicherung aus).

**Entspannungsinduktion** Ist der Patient bereit, erfolgt eine kurze Einstimmungs- und Entspannungsphase (bequeme Sitz- oder Liegeposition, Augen schließen, auf Atmung fokussieren, Gedanken kommen lassen, anschauen und weiterziehen lassen). Ist der Patient mit Progressiver Muskelentspannung oder Autogenem Training

vertraut, können Elemente dieser Entspannungsverfahren für eine Kurzentspannung genutzt werden.

**Eigentliche Vorstellungsübung** Es handelt sich i. d. R. um eine gelenkte Fantasiereise, die Empfindungen anregt, aber auch Raum für die eigene Ausgestaltung lässt (z. B. „Schauen Sie sich die Lichtung genau an – was sehen Sie, was hören Sie, was riechen Sie, was spüren Sie? Fühlen Sie das weiche Moos? Die Wärme der Sonne?“ usw.). Es wird eine Geschichte erzählt oder eine angenehme Situation geschildert (z. B. Waldspaziergang). Die Fantasiereise kann improvisiert oder vorgelesen werden. Sie kann allgemein formuliert oder auf die speziellen Belange von Patienten ausgerichtet sein.

---

Die Fantasiereise sollte mit ruhiger Stimme, langsam und mit vielen Pausen vorgetragen werden, damit die „Reisenden“ Zeit haben, sich auf die Vorstellungen einzulassen und eigene Bilder und Wahrnehmungen zu entwickeln.

---

- ▶ Bei der Durchführung ist auf Entspannungs- bzw. Anspannungszeichen bei den Patienten zu achten (z. B. Mimik), diese Beobachtungen können in die Nachbesprechung einfließen.
- ▶ Die Fantasiereise sollte mit einer möglichst angenehmen Vorstellung und Empfindung enden („Wenn Sie möchten, können Sie jetzt nochmals an die Stelle zurückkehren, an der Sie sich am wohlsten gefühlt haben“).

**Rückführung** Das Ende der Fantasiereise wird angekündigt („Die Reise geht jetzt zu Ende“). Wie bei jeder Entspannungsübung

erfolgt dann die Rückführung zur Umschaltung der Entspannungsreaktion in einen wachen, entspannten Zustand und zur Kreislaufaktivierung: Die Patienten werden aufgefordert, tief durchzuatmen, Arme und Beine zu bewegen und dann die Augen zu öffnen.

**Nachbesprechung** Je nach zeitlichen Möglichkeiten und der Zielsetzung folgt eine Nachbesprechung. Zumindest sollte gefragt werden, wie der Patient die Übung erlebt hat, ob es leicht- oder schwergefallen ist, sich auf die Reise zu begeben, was angenehm war, ob unangenehme Wahrnehmungen und Empfindungen aufgetreten sind. Weiter kann erfragt werden, ob Erinnerungen oder frühere Erlebnisse aufgetaucht sind. Auch hier sollte auf Nachfragen oder Irritationen individuell eingegangen werden. Abschließend ist es wichtig, die Integration der Erfahrungen in den Alltag anzuregen („Könnten Sie sich vorstellen, sich in diese oder eine ähnlich entspannende Situation zu begeben, wenn Sie das nächste Mal nachts wach im Bett liegen?“).

## Günstige Voraussetzungen

### Bei Patientinnen und Patienten

- ▶ Menschen, die bereits Erfahrungen mit Entspannungsmethoden haben, gelingt es i. d. R. leichter, sich auf die innere Vorstellungswelt einzulassen. Daher kann es günstig sein, Entspannungsübungen vorzuschalten.
- ▶ Patienten, die loslassen können und den Mut und die Bereitschaft haben, sich auf Neues einzulassen, können meist bei der ersten Fantasiereise schon profitieren und sich diese Übungen im Alltag zunutze machen. Bei ängstlicheren und unsicheren Menschen muss oft durch wiederholtes Üben eine entsprechende Fähigkeit gefördert werden.
- ▶ Unabdingbare Voraussetzung ist das Einverständnis der Patienten, sich auf Vorstellungsübungen einzulassen. Dazu gehört eine positiv ausgerichtete Zielerorientierung, der Patient sollte nicht nur mitmachen, weil er sich nicht traut, dem Vorschlag zu widersprechen.

**Fantasiereisen sollten nur durchgeführt werden, wenn eine stabile, vertrauensvolle therapeutische Beziehung besteht.**

### Bei Therapeutinnen und Therapeuten

- ▶ Günstig sind eigene Erfahrungen mit Fantasiereisen u. a. Vorstellungsübungen.
- ▶ Weiterhin sollte Klarheit darüber bestehen, warum eine Fantasiereise zum jetzigen Zeitpunkt im Therapieprozess durchgeführt wird. Auch der Therapeut sollte eine positive Zielvorstellung haben, was erreicht werden soll, und die Technik nicht aus therapeutischer Hilflosigkeit einsetzen.
- ▶ Die Durchführung sollte in einer ruhigen Atmosphäre ohne Störungen möglich sein.
- ▶ Fantasiereisen können in (kleinen) Gruppen durchgeführt werden. Aber auch dann ist es wichtig, Zeit für eine Nachbesprechung zu geben und von jedem Teilnehmer zumindest einen kurzen Bericht über Befinden und Erleben zu erhalten.

## Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten

Schwierigkeiten treten eher selten auf; wenn, dann ähneln sie denen bei Entspannungsübungen.

**Wichtig zur Vorbeugung von Schwierigkeiten sind Vorbereitung und Nachbesprechung. In der Vorbereitungsphase sollte nicht auf alle Eventualitäten eingegangen werden – eher sollte Mut gemacht werden, sich auf neue Erfahrungen einzulassen, mit der Versicherung, danach noch auf die Erfahrungen eingehen zu können.**

- ▶ Selten kommt es vor, dass Patienten die Übung abbrechen. Meist sind sie dann stark mit Themen beschäftigt, die sie von der Fantasiereise ablenken und die

dann mit Priorität therapeutisch bearbeitet werden sollten. Oft ist dies auch mit der Angst vor dem verbunden, was in der Vorstellung kommt (z. B. bei Reisen in die Zukunft). Dann sollten weitere Fantasiereisen in Absprache mit den Patienten zunächst weniger ängstigende Inhalte haben.

- ▶ Werden in der Nachbesprechung unangenehme Erfahrungen, negative Gedanken und Gefühle berichtet, so ist der Hinweis wichtig, dass dies durchaus vorkommen, sich aber auch verändern kann. Für den weiteren Therapieprozess ist es gewinnbringend, diese Erfahrungen miteinzubeziehen. Unmittelbar nach der Übung ist aber darauf zu achten, dass auch positive Empfindungen fokussiert werden.
- ▶ Menschen mit einem hohen Kontrollbedürfnis fällt es oft schwer, sich auf die Entspannung einzulassen und sich den Worten des Therapeuten zu überlassen. Hier helfen das Angebot, die Augen geöffnet zu lassen, oder auch die „Erlaubnis“, sich von den Vorgaben der Fantasiereise zu lösen und eigene Vorstellungen zu entwickeln.
- ▶ Eine Kontraindikation besteht bei allen Störungsbildern, die mit einem Realitätsverlust einhergehen (z. B. akute Psychosen). Ebenso ist vom Einsatz von Fantasiereisen abzusehen, wenn dadurch von vordringlichen Themen in schädlicher Weise abgelenkt wird (z. B. Abklärung von Suizidalität, dringende Regelung von Alltagsdingen).



**Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych.**

geb. 1957, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten, nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den

Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig, seit 1997 niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363002>