

Persönlichkeitsstörungen



Klassifikation

*Neue Modelle
in DSM-5 und ICD-10*

Seite 16

Diagnostik

*Psychometrische Verfahren
zur Klassifikation*

Seite 32

Therapie

*Von der Pathologisierung
zur Kompetenzorientierung*

Seite 76

*Wenn eine Persönlichkeit mich fesselt,
wird jede Form des Ausdrucks an ihr zum Genuss.*

Oscar Wilde

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

für die meisten von Ihnen dürften die Urlaubstage vorbei sein. Ob der vor uns liegende Alltag grau wird, entscheiden nicht zuletzt auch wir selbst. Die Urlaubsanekdoten sind schnell erzählt, touristische Tipps weitergegeben und Eigenheiten anderer Kulturen amüsiert berichtet – es bleibt aber auch die Sehnsucht nach Befindlichkeiten, die die meisten von uns in Urlaubszeiten haben: das Nicht-gehetzt-werden, das Nicht-verpflichtet-sein oder das Nicht-funktionieren-müssen.

Wäre es nicht schön, wir könnten kurz die Augen schließen und durch ein Eintauchen in diese Erinnerung genau diese Gefühle wieder hervorholen? Und uns dann ruhig, selbstbestimmt und über den Dingen stehend erleben? Ja, wenn so etwas funktionieren würde, dann wäre der hinter uns liegende Urlaub nachhaltiger als manches mitgebrachte Souvenir.

Wollen Sie es mal ausprobieren? Vielleicht trifft ja dann die Arbeitspersönlichkeit auf die schon wieder schlummernde Urlaubspersönlichkeit!

Dabei wünsche ich Ihnen viel Freude – wie auch bei der Lektüre der neuen PiD!

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

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn

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

Beirat

Corina Ahlers, Wien
Brigitte Boothe, Zürich
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenstein
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 Strecek-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.

Indexiert in: PSYINDEX

Inhalt

3 • 2013



Für Sie gelesen

- 6** Komorbidität – Depressionen bei Diabetes erhöhen das Mortalitätsrisiko
- 7** Geburtsforschung – Ängstliche und vermeidende Bindungstypen kommen schlechter mit Geburtsschmerz zurecht
- 8** DSM-5 – Forscher und Entscheider arbeiten mit Pharmaindustrie zusammen
- 9** Funktionelle somatische Syndrome – Traumatisierte leiden öfter unter funktionellen Störungen

Alles was Recht ist

- 10** Schweigepflicht für Psychotherapeuten in eigener Praxis – Ausgewählte Probleme und Handlungsanweisungen



Persönlichkeitsstörungen

Die diagnostische Kategorie „Persönlichkeitsstörungen“ mit der Klassifizierung in einzelne Störungstypen wird zugunsten alternative Modelle zunehmend in Frage gestellt. Bei den Therapiekonzepten sind starke integrative Tendenzen zu beobachten.

Editorial

- 12** Persönlichkeit und Psychotherapie – ein Feld für integratives Denken

Essentials

Standpunkte

- 16** Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen – Die neuen Modelle in DSM-5 und ICD-11
Johannes Zimmermann
- 22** Was geschieht eigentlich, wenn jemand jemandem die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gibt?
Hans Lieb
- 28** Der Niedergang der Persönlichkeitsstörungs-Systematik als Chance für die Behandlung Struktureller Störungen
Willy Herbold

Aus der Praxis

- 32** Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen
Kristin Bergmann-Warnecke, Wolfgang Lutz
- 36** Psychoanalytische Modelle und Behandlungskonzepte der Persönlichkeitsstörungen
Cord Benecke

- 40 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)
Sebastian Euler, Ulrich Schultz-Venrath
- 44 Strukturbezogene Psychotherapie
Gerd Rudolf
- 48 Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)
Susanne Hörz-Sagstetter, Michael Rentrop
- 52 Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode
Ulrich Streeck
- 56 Klärungsorientierte Verhaltenstherapie der
schizoiden Persönlichkeitsstörung
Rainer Sachse
- 60 Psychotherapie von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk
Hans Gunia
- 64 Der selbstbewusste Persönlichkeitsstil –
Die narzisstische Persönlichkeitsstörung
Petra Schuhler
- 68 Schematherapie – Ein integrativer Ansatz
Gitta Jacob
- 72 Die abhängige Persönlichkeitsstörung
Monika Vogelgesang
- 76 Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen – Von
der Pathologisierung zur Kompetenzorientierung
Petra Schuhler
- 80 Fokusorientierte Beziehungsgestaltung in der
Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen
Johannes C. Ehrenthal, Tilman Grande
- 86 Das MED-Modell – Emotionale Teilleistungsstörungen
als Ursache von Persönlichkeitsstörungen
Michael Linden
- 90 Integrative Behandlung von Persönlichkeitsstörungen
Peter Fiedler

94 **CME-Fragen**



Dialog Links

- 96 Internetseiten zum Thema Persönlichkeitsstörungen
Rebekka Neu

Dialog Books

- 100 Persönlichkeitsstörungen – Bücher zum Thema
Katharina M. Gladisch

Resümee

- 104 Alles im Fluss

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Fallbericht: Mouches volantes –
„Ich bin ein Sklave des Hauses“



Sehenswert

- 110 Oh Boy – Die Dunkelheit aushalten lernen

Backflash

- 111 Karneval in Rio und die Liebe zum Fußball

- 3 Herausgebergremium

- 112 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

Komorbidität

Depressionen bei Diabetes erhöhen das Mortalitätsrisiko

Menschen mit Diabetes haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln, als Gesunde. Umgekehrt ist das Risiko depressiver Menschen für einen Diabetes vom Typ II erhöht, und die Kombination von Depression und Diabetes kann die Mortalitätsrate steigern. Doch ab wann sollte der Arzt oder Psychotherapeut aufhorchen? Ist schon die Klage über depressive Symptome ein Warnzeichen, oder führt erst die klinisch diagnostizierte Depression zu einer erhöhten Mortalität? Gießener Wissenschaftler um M. Hofmann sind dieser Frage in einer ausführlichen Metaanalyse nachgegangen.

Zwischen Diabetes und Depressionen besteht eine bidirektionale Beziehung, wie verschiedene Studien zeigen konnten. Wissenschaftler vermuten, dass die Depression selbst ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Diabetes Typ II sein kann. Immerhin haben depressive Menschen ein um 60% erhöhtes Risiko, an einem Diabetes Typ II zu erkranken. Es bestehen verschiedene Erklärungsmodelle:

- ▶ Zum einen vermuten die Forscher, dass die Depression direkte physiologische Auswirkungen hat, welche die Diabetes-Entstehung fördern könnten.
- ▶ Zum anderen führen Depressionen oft zu einer ungesunden Lebensweise und bei bestehendem Diabetes zu einer schlechten Blutzuckerkontrolle.

Sind Depressionen und Diabetes gleichzeitig vorhanden, so lassen sich zahlreiche neuroendokrine und immunologische Veränderungen finden.

Die Autoren untersuchten 16 prospektive Studien aus den Jahren 1998–2013. Insgesamt waren 107 944 Personen mit Diabetes in diese Studien eingeschlossen. 19 589 Patienten (18,2%) litten an einer komorbiden Depression. 57% der Studienteilnehmer waren Männer. Das Durchschnittsalter der

Patienten zu Studienbeginn betrug 56–76 Jahre. Eine Studie bezog sich ausschließlich auf den Diabetes Typ I, wobei hier das Durchschnittsalter bei 39 Jahren lag.

In 5 Studien waren die Depressionen der Patienten mithilfe von Interviews klinisch gesichert. In 10 Studien konnte nur das subjektive Leiden anhand von depressiven Symptomen abgeschätzt werden. In einer Studie waren sowohl Patienten mit klinisch gesicherter Depression als auch mit subjektiv berichteten depressiven Symptomen vertreten. Zu den Messinstrumenten gehörten unter anderem die Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), die Depression Scale des Centre of Epidemiological Studies (CES-D) sowie der Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Mortalitätsrisiko bereits bei depressiven Symptomen erhöht

- ▶ Unter Berücksichtigung der demografischen Daten haben Menschen mit Diabetes und komorbiden depressiven Symptomen im Vergleich zu Patienten ohne depressive Symptome ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko (gepoolte Ha-

zard Ratio [HR]=2,56; 95%-Konfidenzintervall [KI] 1,89–3,47, $p < 0,00001$).

- ▶ Auch unter Berücksichtigung weiterer Variablen wie Hypertonie oder Dauer des Diabetes bleibt der Einfluss der depressiven Symptome auf die Sterblichkeit bestehen (HR = 1,76; 95%-KI 1,45–2,14, $p < 0,00001$).
- ▶ Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich, wenn ausschließlich die Diabetespatienten mit einer klinisch diagnostizierten Depression berücksichtigt werden (HR=1,49; 95%-KI 1,15–1,93).

Fazit

Depressionen bei Typ-II-Diabetes erhöhen das Mortalitätsrisiko. Die Autoren fanden heraus, dass auch „depressive Symptome“ bereits das Risiko steigern. Zu berücksichtigen sei die aufgrund der Heterogenität der Studien limitierte Aussagekraft der Ergebnisse, so die Autoren. Es bleibe unklar, welcher der beiden Parameter zur Vorhersage der Mortalität geeigneter ist: die von den Patienten berichteten depressiven Symptome oder die mittels klinischer Interviews diagnostizierte Depression. Weitere, differenziertere Längsschnittstudien seien sinnvoll, um die Zusammenhänge näher zu beleuchten. Psychotherapeuten sollten ihre depressiven Patienten mit Diabetes dabei unterstützen, regelmäßig ihre diabetologischen Untersuchungstermine wahrzunehmen und ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Hofmann M et al. Depression as a Risk Factor for Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *PLoS One* 2013; 8: e79809

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388622>

Geburtsforschung

Ängstliche und vermeidende Bindungstypen kommen schlechter mit Geburtsschmerz zurecht

Um mit dem Wehenschmerz zurechtzukommen, aktiviert eine Frau im Idealfall ihre psychischen Ressourcen. Die psychologische Forschung hierzu hat sich bisher hauptsächlich mit den Auswirkungen von Angst auf das Schmerzempfinden beschäftigt. Neuere Erkenntnisse der Bindungsforschung zur Schmerzverarbeitung haben nun ein portugiesisches Team animiert, Bindungsmuster in die Überlegungen einzubeziehen.

81 Schwangere füllten im 3. Trimenon einen Selbsteinschätzungsbogen zum Bindungsverhalten aus (Adult Attachment Scale-Revised, (AAS-R)). Unter der Geburt gaben sie dann bei 3 cm Muttermundöffnung auf einer visuellen Skala die Schmerzintensität an, außerdem kurz bevor sie (wie in dieser Klinik routinemäßig üblich) eine Periduralanästhesie (PDA) bekamen, deren Pumpe kontinuierlich Schmerzmittel abgibt, auf Knopfdruck der Gebärenden aber eine zusätzliche Anästhetikumdosis freigibt (patientenkontrollierte PDA). Wie viel Schmerzmittel die Frauen auf diese Weise konsumierten, wurde dokumentiert.



Zu einer guten Geburtsvorbereitung gehört auch die Vermittlung von individuellen Strategien zur Schmerzverarbeitung.

Ängstliche empfinden Schmerz intensiver, Vermeidende nehmen mehr Schmerzmittel

Sowohl für Frauen mit hohen Bindungsangst-Werten als auch für jene mit hohen Werten bei Bindungsvermeidung zeigte sich ein Zusammenhang mit den erhobenen direkten und indirekten Schmerzindikatoren: Bindungsängstliche gaben häufiger hohe Schmerzintensitäten an, sowohl bei 3 cm Muttermundöffnung als auch vor Anlage der PDA; Vermeidende hatten v. a. einen höheren Schmerzmittelkonsum.

Gebärende mit Bindungsangst erleben möglicherweise Begleitpersonen und Personal im Kreißsaal als nicht ausreichend bereit, sie zu unterstützen – und sich selbst als wenig unterstützenswert. Vielleicht erleben sie den Schmerz deshalb bedrohlicher und intensiver und sich selbst abhängiger von anderen. Sie verlassen sich weniger auf eigene Bewältigungsstrategien, so die Vermutung der Autoren. Frauen mit Bindungsvermeidung misstrauen dagegen den Möglichkeiten anderer, ihnen hilfreiche Unterstützung zukommen zu lassen. Der höhere Schmerzmittelkonsum ist ihre Art, mit dem Schmerz umzugehen und gleichzeitig so wenig wie möglich von anderen abhängig zu sein. Zusätzlich werden negative Emotionen durch diese „Selbstmedikation“ unterdrückt.

Fazit

Effektives Schmerzmanagement unter der Geburt besteht nicht in erster Linie aus pharmakologischer Schmerzbekämpfung, sondern v. a. aus einer guten Vorbereitung und passender emotioneller Unterstützung. Neben der Vermittlung von Strategien zum Umgang mit den Wehen sollten dabei individuelle Faktoren berücksichtigt werden. Bezogen auf den bindungstheoretischen Ansatz bedeutet das nach Meinung der Autoren: Frauen mit Bindungsangst profitieren möglicherweise von Interventionen, die ihnen helfen, das exzessive Einfordern von Unterstützung zu reduzieren und den Schmerz als weniger bedrohlich zu bewerten. Bindungsvermeidende Schwangere könnten lernen, ihr Unbehagen in Bezug auf Intimität abzubauen und anderen ihre Gefühle mitzuteilen – und so vielleicht weniger das Bedürfnis haben, diese durch mehr Analgetika zu regulieren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Costa-Martins JM et al. The role of maternal attachment in the experience of labour pain: A prospective study. *Psychosom Med* 2014; 76: 221–228

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!

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388623>

DSM-5

Forscher und Entscheider arbeiten mit Pharmaindustrie zusammen

Die 5. Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) wurde im Mai 2013 von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Wegen der Diagnoseausweitungen und dem deutlichen Schwerpunkt auf der Pharmakotherapie steht das DSM-5 in der Kritik. L. Cosgrove et al. haben sich die Verbindungen der DSM-Mitglieder zur Pharmaindustrie genau angeschaut.

Die Autoren analysierten die aktuellen Forschungsarbeiten zum DSM-5 mithilfe der Website ClinicalTrials.gov des amerikanischen National Institute of Health (NIH). Informationen zu Patenten und Gewinnen erhielten sie über das „US Food and Drug Administration's Orange Book“ sowie über die Jahresberichte der Medikamentenhersteller. Insgesamt konnten die Autoren 13 Forschungsarbeiten in ihre Studie einbeziehen. In diesen Studien wurden Medikamente getestet, die zur Behandlung einiger neuer DSM-Diagnosen infrage kommen.

Bei den Mitarbeitern des DSM unterscheidet man zwischen Mitgliedern der „Task Force“, die am gesamten Entstehungsprozess beteiligt sind, und Mitarbeitern der „Working Groups“ (Arbeitsgruppen), die für die einzelnen Diagnosekriterien zuständig sind. Cosgrove et al. fanden heraus, dass 61 % der Task-Force- und 27 % der Arbeitsgruppenmitglieder finanzielle Unterstützung von der Pharmaindustrie erhalten hatten. Die Unterstützung bestand u. a. aus Geldern für Vorträge, Forschungsarbeiten und Beratungen.

Genügen die aktuellen Regeln?

Forschungsarbeiten zum DSM-IV hatten Verbindungen von Mitgliedern des DSM-Komitees zur Pharmaindustrie offengelegt. Die APA hat daraufhin eine Regelung eingerich-

tet, nach der alle DSM-5-Mitarbeiter ihre finanziellen Bindungen (Financial Conflicts of Interest, FCOI) offenlegen müssen. DSM-Mitglieder dürfen zudem nicht mehr als 10000 Dollar pro Jahr von der Pharmaindustrie erhalten. Doch reichen diese Regelungen aus, um Verzerrungen von Forschungsergebnissen und DSM-Empfehlungen zu vermeiden?

- ▶ Beispielsweise ist die Pharmaindustrie daran interessiert, das Patent auf ihre Medikamente so lange wie möglich zu behalten, denn nur Patente schützen die Hersteller vor der Nachahmung ihrer Medikamente durch andere Unternehmen. Wenn die Patente für eine bestimmte Indikation auslaufen, versuchen die Hersteller daher, eine neue Indikation für den Wirkstoff zu finden und somit ein neues Patent zu erhalten.
- ▶ Die Autoren konnten in 3 der 13 untersuchten Studien nachweisen, dass DSM-Mitglieder gleichzeitig Mitglieder von Sprecherbüros der Pharmaindustrie waren. Wenn also Firma X eine Forschungsarbeit für eine neue Indikation finanziell unterstützte, so war hier das DSM-Mitglied, das über die Aufnahme der neuen Diagnose in das DSM mitentschied, gleichzeitig für das Sprecherbüro dieser Firma X tätig. In diesem Fall liegt es nahe, dass das DSM-Mitglied aufgrund seines Verantwortungsgefühls gegenüber dem Arzneimittelhersteller die Aufnahme der neuen Diagnose in das DSM fördert.

- ▶ In 9 von 10 Studien wurden Medikamente, deren Patente gerade abgelaufen waren oder deren Patente in den nächsten 2 Jahren ablaufen würden bzgl. neuer Einsatzmöglichkeiten untersucht. 8 von 13 Studien wurden von den entsprechenden Arzneimittelherstellern selbst gesponsert oder es bestand eine enge Kooperation.
- ▶ Von 55 Arbeitsgruppenmitgliedern berichteten 15 (27 %) von der Unterstützung durch mindestens einen Arzneimittelhersteller; 19 von 31 Mitgliedern der DSM-Task-Force (61 %) gaben mindestens einen finanziellen Interessenkonflikt an.

Fazit

Die Autoren haben recherchiert, dass ein Großteil der Mitglieder der DSM-Kommission von den Arzneimittelherstellern, die von den Neuerungen des DSM-5 profitieren, finanziell unterstützt wird. Sie plädieren dafür, dass nur Wissenschaftler am DSM mitarbeiten sollten, bei denen keine finanziellen Verbindungen zu entsprechenden Pharmafirmen bestehen und die keine führenden Positionen bei relevanten Studien innehaben. Die APA müsse zur Kenntnis nehmen, dass Transparenz allein kein ausreichender Schutz ist, um Verzerrungen bei Diagnoseentscheidungen und Therapieempfehlungen zu vermeiden, so die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Cosgrove L et al. Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5. *Psychother Psychosom* 2014; 83: 106–113

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388624>

Funktionelle somatische Syndrome

Traumatisierte leiden öfter unter funktionellen Störungen



Die Ursachen des chronischen Erschöpfungssyndroms sind bislang nicht geklärt. Traumatische Erfahrungen in der Biografie könnten jedoch an der Entstehung beteiligt sein.

Funktionelle somatische Syndrome (FFS) wie Fibromyalgie, chronische generalisierte Schmerzen, chronisches Erschöpfungssyndrom oder Reizdarmsyndrom eint, dass es bislang keine anerkannte Ursache gibt – und dass psychische Traumata immer wieder als Risikofaktor diskutiert werden. Wie stark die Assoziation wirklich ist, hat ein kalifornisches Forschungsteam über ein systematisches Literaturreview untersucht.

71 Studien mit Vergleichsgruppen wurden in die Analyse einbezogen – und brachten, trotz oft mäßiger Studienqualität, dank der Masse ein robustes Ergebnis: Menschen, die über ein Trauma in ihrem Leben berichten, leiden mit 2,7-fach höherer Wahrscheinlichkeit an einem FFS als Nichttraumatisierte.

Besonders ausgeprägt war der statistische Zusammenhang bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und nach Kampfeinsätzen, etwas geringer bei sexuellem oder körperlichem Missbrauch. Da eine PTBS bereits von schweren Auswirkungen eines erlittenen Traumas zeugt, die sich dann auch auf die körperliche Verfassung der Betroffenen niederschlagen, erstaunt die Autoren der markante Zusammenhang nicht: „Bei einem Menschen, der eine PTBS

entwickelt, hat das erlittene Trauma wahrscheinlich verschiedene Auswirkungen auf das Verhalten sowie die Psyche und bewirkt eine Dysregulation physiologischer Systeme, welche die Erholung weiter einschränkt und potenziell die Entstehung von FFS fördert.“ Unter den funktionellen Syndromen zeigte sich für chronische Erschöpfungssyndrome der stärkste Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Biografie, bei Reizdarm und Fibromyalgie war die Assoziation schwächer ausgeprägt.

Komplexe Mechanismen

Als mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen Trauma und FFS zieht das Forschungsteam die kognitive Verhaltens-

theorie heran, nach der traumatische Erfahrungen zu Vermeidung, Überbewertung von Symptomen und Verstärkung der Krankheitserfahrung führen können. Außerdem könne die Erwartung zusätzlicher somatischer Symptome den Kreislauf einer weiteren Verschlechterung körperlicher Funktionen aufrechterhalten.

Für den Zusammenhang zwischen PTBS und Schmerz wurden bereits verschiedene theoretische Modelle entwickelt, die gemeinsame Ursachen beider Zustände, eine besondere Vulnerabilität, eine Veränderung neuronaler Netzwerke durch seelischen Stress sowie Übererregung durch dysfunktionale kognitive Verarbeitung diskutieren. Die Beziehung zwischen Trauma, PTBS und Schmerzzuständen wie FFS ist komplex, resümieren die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, und wahrscheinlich spielen mehrere der vermuteten Mechanismen eine Rolle.

Fazit

Die Metaanalyse bestätigt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Traumata und FFS, der je nach Art des erlittenen Traumas und FFS-Typ unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Welche Therapieverfahren für die Patienten am wirkungsvollsten sind, müssen künftige Studien zeigen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Afari N et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014; 76: 2–11

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388625>

Schweigepflicht für Psychotherapeuten in eigener Praxis

Ausgewählte Probleme und Handlungsanweisungen

Die Schweigepflicht dient dem Schutz der Privatsphäre des Patienten und ist Grundlage für den Aufbau und die Unterhaltung eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Psychotherapeut und Patient. Im Praxisalltag tauchen immer wieder Probleme im Umgang mit der Schweigepflicht auf. Wann hat der Psychotherapeut zu schweigen? Und wann darf oder muss er gar die Schweigepflicht brechen?

Fallbeispiele

A) Die dem Therapeuten unbekanntes Ehefrau des Patienten ruft in der Praxis an. Bisher war sie in keiner Form in die Behandlung einbezogen. Sie teilt mit, der Patient benehme sich seit Kurzem sehr seltsam und bittet den Therapeuten, dem Patienten nichts von dem Anruf zu berichten.

B) Der behandelnde Orthopäde der Patientin meldet sich beim Therapeuten und berichtet über die Vermutung, die Rückenschmerzen der Patientin seien psychosomatischer Natur. Er möchte sich unter Fachleuten austauschen.

C) Der Patient äußert, er habe vor, seine Partnerin zusammenzuschlagen. Er distanziert sich hiervon nicht glaubhaft und stürmt aus der Praxis.

D) Die Therapeutin beauftragt für die Erstellung ihrer Rechnungen für Privatbehandlungen eine privatärztliche Verrechnungsstelle.

E) Eine Patientin beschwert sich bei der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer, ihr behandelnder Psychotherapeut habe die Therapie nicht lege artis durchgeführt, und gibt der Kammer detaillierte Einblicke in den Ablauf der Therapie. Die Kammer fordert den Therapeuten zur Stellungnahme auf. **66**

Grundlagen der Schweigepflicht

Die psychotherapeutische Schweigepflicht basiert auf dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung, auf § 203 StGB sowie auf den Regelungen der Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern. Sie ist außerdem Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.

§ 8 Abs. 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer verpflichtet Psychotherapeuten zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Das gilt auch über den Tod des Patienten hinaus. Solche „Geheimnisse“ (vgl. § 203 StGB) sind Tatsachen, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein sachlich begründetes Interesse hat.

Wer gegen die Schweigepflicht verstößt, kann u. U. haftungsrechtlich belangt werden. Außerdem macht er sich strafbar gemäß § 203 StGB, was eine Geldstrafe oder eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr nach sich ziehen kann. Natürlich kann auch ein berufsrechtliches Verfahren vor der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer die Folge sein.

Wem gegenüber gilt die Schweigepflicht?

Ein einsichts- und urteilsfähiger Patient, i. d. R. also ab vollendetem 15. Lebensjahr, kann sich auf die Schweigepflicht seines Therapeuten berufen. Die Schweigepflicht gilt zunächst einmal gegenüber Jedermann, also z. B. auch gegenüber der Familie des Patienten – es sei denn, es liegt eine Schweigepflichtentbindung vor. Diese lässt man sich am besten schriftlich erteilen und legt sie in der Patientenakte ab.

Im **Fall A** ist schon über die Tatsache zu schweigen, dass der Patient überhaupt in psychotherapeutischer Behandlung in der Praxis ist. Der Therapeut sollte also keinerlei Hinweise zum Patienten geben. „Ich kann Ihnen keine Auskunft geben“ ist hier die gebotene Antwort. Allerdings wäre dem Patienten sehr wohl über den Anruf der Ehefrau zu berichten, denn ihm gegenüber unterliegt der Therapeut nicht der Schweigepflicht.

Im **Fall B** gilt die Schweigepflicht auch gegenüber dem behandelnden Orthopäden. Anderes wäre dies, wenn den Umständen zufolge vom Einverständnis der Patientin am Informationsaustausch auszugehen ist. Sicherheitshalber sollte man sich auch hier vergewissern, ob die Patientin die Kommunikation zwischen den Behandlern wünscht.

Offenbarungspflichten

In verschiedenen Fällen ist der Psychotherapeut verpflichtet, Auskünfte zu erteilen. Er macht sich dann keiner Schweigepflichtverletzung schuldig.

Dazu gehören z. B. Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gemäß § 276 SGBV. Dieser verpflichtet den Psychotherapeuten, auf Anforderung des MDK Sozialdaten unmittelbar zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung des MDK erforderlich ist.

Anders ist die Lage bei Anfragen von Trägern der Sozialversicherung (z. B. Unfall- und Rentenversicherungsträger, Krankenkassen etc.) und Anfragen von privaten Krankenversicherungen. In beiden Fällen ist eine Schweigepflichtentbindung durch den Patienten erforderlich.

Ein weiterer Fall, in dem eine Offenbarungspflicht besteht, ist § 139 StGB. Vor allem bei den Straftaten Mord, Totschlag, erpresserischem Menschenraub, Geiselnahme u. a. besteht eine Anzeigepflicht, wenn der Therapeut von bevorstehenden Taten erfährt. Bereits begangene Taten unterliegen hingegen immer der Schweigepflicht.

Offenbarungsrechte

Eine Offenbarungsbefugnis ergibt sich z. B. im Fall des rechtfertigenden Notstandes, § 34 StGB. Hier darf die Schweigepflicht zum Schutz eines höherrangigen Rechtsgutes gebrochen werden. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht muss also geringer eingestuft werden als ein anderes Rechtsgut, z. B. das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Im **o Fall C** muss der Therapeut also abwägen, ob das Recht seines Patienten an der Verschwiegenheit oder die Gesundheit der Partnerin höher wiegt. Dabei hat er die Glaubhaftigkeit des Patienten ebenso zu prüfen wie die Frage, ob dieser seine Tat sofort umsetzen möchte oder ob „noch Zeit“ ist. Besteht akuter Handlungsbedarf,



Alles, was Patienten ihren Therapeuten anvertrauen, gilt als „Geheimnis“ und darf nicht an Dritte weitergegeben werden – mit gewissen Ausnahmen (© triocean/Fotolia.com).

muss das mildeste Mittel ergriffen werden, um die geplante Tat zu verhindern. Ob das z. B. ein Anruf bei der Polizei oder bei der Partnerin selbst sein kann, ist vom Einzelfall abhängig. In jedem Fall sollte eine aussagekräftige Dokumentation erfolgen.

Und in eigener Sache?

Ein häufiger Irrtum ist die Annahme, ein Psychotherapeut dürfe ohne Weiteres die Rechnungsstellung bei der Behandlung privat Versicherter an privatärztliche Verrechnungsstellen abgeben. Dies ist nur mit der vorherigen Einverständniserklärung des Patienten möglich, die man sich am besten schriftlich erteilen lässt und zur Patientenakte nimmt – so auch im **o Fall D**.

Keine Schweigepflichtentbindung benötigt der Therapeut allerdings, wenn er z. B. Honoraranprüche gerichtlich geltend machen oder sich vor Gericht gegen Schadensersatzforderungen seines Patienten wehren muss. In einem solchen Fall darf er all das über den Patienten und die Behandlung preisgeben, was für seine Verteidigung nötig ist. Gleiches muss auch für berufsrechtliche Verfahren gelten. Im **o Fall E** darf der Therapeut also ohne Einverständnis seines

Patienten auf die Anfrage der Kammer antworten, ohne dass er dabei gegen die Berufsordnung oder das Strafrecht verstößt.

Fazit

Das Thema Schweigepflicht wirft in der Praxis vielfältige Fragen auf, die Psychotherapeuten aufgrund der schwierigen Rechtslage häufig selbst nicht beantworten können. Im Zweifelsfall sollte man sich zur eigenen Sicherheit an die zuständige Landespsychotherapeutenkammer wenden oder anwaltlichen Rat einholen.



Friderike Oberkircher-Sperling

LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz
friderike.oberkircher@email.de

Friderike Oberkircher-Sperling ist Justiziarin der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz.

In dieser Funktion ist sie für die Überarbeitung der Berufsordnung der Kammer zuständig und berät diese in rechtlichen Fragen. Sie ist außerdem als Referentin für Vorträge und Seminare zum Thema Berufsrecht für Psychotherapeuten tätig, u. a. als Lehrbeauftragte an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388626>