

## Arbeitswelt & psychische Störung



### **Burnouttherapie**

*Wieder mehr Energie  
und Sinn bei der Arbeit*

Seite 26

### **Stärkende Führung**

*Durch gemeinsame  
Verantwortung zum Erfolg*

Seite 54

### **Begutachtungen**

*Sozialmedizinische  
Grundlagen und -begriffe*

Seite 58

## Arbeit macht nicht unbedingt krank, aber Krankheit macht Arbeit.

Dr. rer. pol. Gerhard Kocher (\*1939),  
Schweizer Politologe und Gesundheitsökonom\*

Editorial

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

am Frühstückstisch eines exklusiven Hotels schnappte ich die über mehrere Tische hinweg geführte Unterhaltung zweier Damen auf, die sich – nicht ohne kleine Spitzen – über die von ihnen geleiteten Seminare bei den dort stattfindenden Therapiewochen austauschten. Unwillkürlich musste ich an die derzeit wieder aufkommende Diskussion über die Rente ab 70 denken: Die beiden Damen waren weit über dieses Alter hinaus – aber offensichtlich noch motiviert und in der Lage, mehrtägige Seminare abzuhalten.

Wir wissen, dass Arbeitsbedingungen, Bezahlung und Anerkennung durch Arbeit sich stark auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken, auch wenn einige Gesundheitspolitiker gerne individuelles Verhalten und mangelnde Resilienz für Krankheit verantwortlich machen wollen. Wir wissen jedoch auch, dass unmenschlich erscheinende Arbeitsbedingungen und ausbleibende Anerkennung für die Entstehung von Krankheit mitentscheidend sind.

Es ist Zeit, sich in der PiD ausführlich mit diesem Thema zu beschäftigen und in unserem bio-psycho-sozialen Modell Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und psychischer Störung zu untersuchen. Zwar haben wir in der Psychotherapie zahlreiche Patienten, die aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz unsere Hilfe suchen; dennoch dürfen wir den Blick nicht ausschließlich individualisieren, sondern müssen auch die Rahmenbedingungen in den Fokus nehmen. Dieses PiD-Heft gibt Ihnen dazu eine Menge Informationen und Anregungen.

Ihr

Michael Broda

\* Quelle: *Vorsicht, Medizin! 1555 Aphorismen und Denkanstösse.*  
Bern: h.e.p. Verlag/Ott-Verlag, 3. Aufl. 2006

# Herausbergremium



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

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule 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 Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehasentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. 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 Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



**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 der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. 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). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 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 Streeck, Göttingen  
Jochen Schweitzer, Heidelberg

## Beirat

Cord Benecke, Kassel  
Ulrike Borst, Zürich  
Michael Brünger, Klingenmünster  
Manfred Cierpka, Heidelberg  
Stephan Doering, Wien  
Ulrike Ehlert, Zürich  
Michael Geyer, Erfurt  
Sabine Hertz, Heidelberg  
Jürgen Hoyer, Dresden  
Johannes Kruse, Gießen  
Hans Lieb, Edenkoben  
Wolfgang Lutz, Trier  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Salzburg  
Babette Renneberg, Berlin  
Martin Sack, München  
Silvia Schneider, Bochum  
Gerhard Schüsler, Innsbruck  
Bernhard Strauß, Jena  
Kirsten von Sydow, Berlin  
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/products  
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!  
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

*Indexiert in:* PSYINDEX

# Inhalt

## 2 • 2016

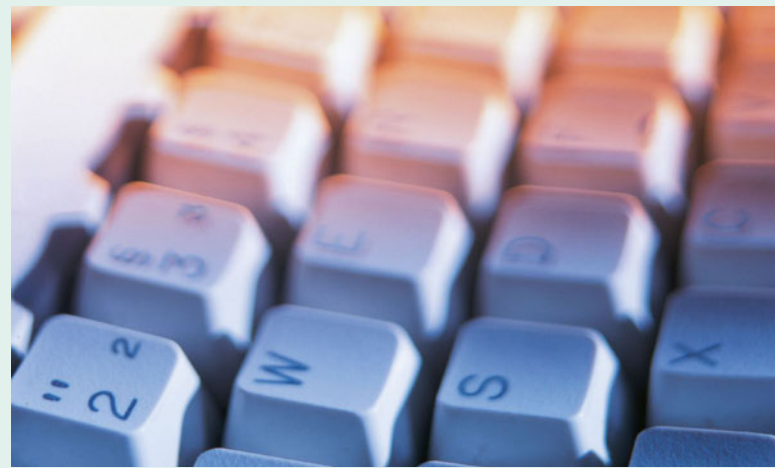


### Für Sie gelesen

- 6 KVT und Psychodynamische Psychotherapie –  
Depressionsdauer und Ängstlichkeitsgrad bestimmen,  
welche Therapie wirksamer ist
- 7 Freizeitaktivitäten –  
Sozial Aktive sind am seltensten depressiv
- 8 Psychotherapie – Führt zunehmende Erfahrung der  
Therapeuten zu besseren Ergebnissen?
- 9 Suizidgedanken bei älteren Menschen –  
Selbstvergebung ist ein wichtiger Resilienzfaktor

### Therapiemethoden kompakt

- 10 Übertragungsdeutung –  
Eine wichtige Technik in allen Therapieformen



## Arbeitswelt & psychische Störung

Arbeitnehmer verbringen unter der Woche rund 2 Drittel der Tageslicht-Stunden auf der Arbeit. Da ist nicht verwunderlich, wie stark sich Arbeitsbedingungen, Bezahlung und Anerkennung auf deren Gesundheit auswirken – im Positiven wie im Negativen. PiD widmet sich in dieser Ausgabe den Zusammenhängen zwischen Arbeitswelt, psychischer Störung und Psychotherapie.

### Editorial

- 12 Arbeitswelt – ein blinder Fleck in der Psychotherapie?

### Essentials

14

### Standpunkte

- 17 *Arbeitswelten und psychische Störung –  
Eine Einführung*  
Johannes Siegrist

### Aus der Praxis

- 22 Diagnostik „rund um die Arbeit“  
bei psychischen Erkrankungen  
Beate Muschalla
- 26 Burnout und Burnouttherapie  
Martin grosse Holtforth, Anita C. Keller,  
Barbara Hochstrasser
- 31 Mobbing am Arbeitsplatz  
Josef Schwickerath
- 36 Ärzte im Krankenhaus –  
Zwischen Anerkennung und Belastung  
Carla Albrecht, Thomas Giernalczyk
- 40 Psychotherapeuten im Betrieblichen  
Gesundheitsmanagement  
Cornelia Schneider, Lisa Juliane Schneider

- 44 Psychotherapeutische Versorgung nach Arbeitsunfällen  
*Beate Gruner, Volker Köllner*
- 48 Soziale Ressourcen – Ein Schlüssel zur Gesundheit  
*Günther Wüsten*
- 54 Stärkende Führung in komplexen Herausforderungen  
*Susanne Quistorp*
- 58 Sozialmedizinische Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Deutschland  
*Anne D. Rose, Volker Köllner*
- 65 Medizinische Gutachten in der Schweiz  
*Ulrich Schairer*
- 69 Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess  
*Andreas Hillert, Andreas Weber, Volker Köllner*
- 74 Laufendes Rentenverfahren und Psychotherapie  
*Markus Bassler*
- 78 Stress – Psychobiologie eines Erfolgsrezeptes  
*Hartmut Schächinger*

84 **CME-Fragen**



**Über den Tellerrand**

- 86 Über das Scheitern  
*Annette Kämmerer*
- 90 „Arbeitsplatz“ Leistungssport – Eine vielleicht etwas akzentuierte Sichtweise  
*Hans-Ulrich Wilms*

**Interview**

- 94 Berichterstattung aus Bundeswehr-Einsatzgebieten – „Eine Sprengfalle ist ein unsichtbarer Gegner“

**Dialog Links**

- 96 Brennst du noch oder bist (wirst) du verbrannt? – Internetseiten zum Thema Arbeitswelt und psychische Störung  
*Rebekka Neu*

**Dialog Books**

- 100 Arbeitswelt & psychische Störung – Bücher zum Thema  
*Silke Seelos*

**Resümee**

- 104 Die Arbeit – Lust und Last

**Ein Fall – verschiedene Perspektiven**

- 106 Fallbericht Depression – „An mir ist nichts, überhaupt nichts annehmbar“



**Lesenswert**

- 110 Shumona Sinha: Erschlagt die Armen / Mathias Énard: Straße der Diebe – Wie interkulturell kompetent sind wir?

**Backflash**

- 111 Pflanzen aus aller Welt
- 112 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

# KVT und Psychodynamische Psychotherapie

## *Depressionsdauer und Ängstlichkeitsgrad bestimmen, welche Therapie wirksamer ist*

*Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Psychodynamische Psychotherapie sind nach aktueller Studienlage bei Depressionen vergleichbar wirksam. Ellen Driessen und Kollegen der Universität Amsterdam, Niederlande, haben dennoch genauer hingeschaut: Gilt die Aussage für alle depressiven Patienten oder lassen sich Unterschiede bei Subgruppen feststellen?*

Die Studienautoren führten eine randomisierte Studie mit Subgruppen depressiver Patienten durch. Zu Beginn der Studie waren 341 Patienten eingeschlossen. Alle Patienten erhielten 16 Einzeltherapiesitzungen, die über 22 Wochen verteilt waren. Die Therapeuten beider Studienarme hielten sich dabei streng an Behandlungsmanuale.

- ▶ Die KVT basierte auf den Prinzipien von Beck (1976). Aktives Verhalten, kognitive Umstrukturierung und Hausaufgaben gehörten hier zum Konzept.
- ▶ Die Supportive Psychodynamische Kurzzeittherapie (SPSP, Short-Term Psychodynamic Supportive Psychotherapy, de Jonghe et al. 2013) konzentrierte sich auf Techniken, die zu Einsicht führten. Dabei ging es vorrangig um Emotionen und Beziehungen.

### Medikamentöse Unterstützung bei schweren Depressionen

Studienteilnehmer mit schweren Depressionen (über 24 Punkte auf der Hamilton Depressionsskala, HAMD) erhielten zusätzlich Medikamente. Schwer depressiv waren 66 Patienten der KVT-Gruppe und 63 Patienten der SPSP-Gruppe. Diese Patienten wurden i. d. R. mit 75 mg Venlafaxin behandelt, wobei die medikamentöse Therapie von Psychiatern durchgeführt und individuell angepasst wurde.

Primäres Outcome der Studie war eine Verringerung des HAMD-Wertes um mindestens 7 Punkte. Von 233 der 341 Patienten (68,3%) konnte der HAMD-Score am Ende der Studie erhoben werden. In beiden Therapiearmen schieden etwa gleich viele Patienten vorzeitig aus der Studie aus (KVT: 32,3%, SPSP: 31,1%).

Um die Ergebnisse zu vergleichen, nutzten die Autoren den Wert „Cohen's d“: Ein positiver d-Wert zeigte an, dass die KVT zu besseren Ergebnissen führte (also zu einem niedrigeren HAMD-Score), ein negativer d-Wert sprach für ein besseres Ergebnis bei der SPSP.

### Depressionsschwere entscheidend

Betrachteten die Autoren alle Patienten nach der Studie, so zeigten sich nur minimale Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen ( $d = 0,04$ ). Die SPSP erwies sich jedoch als besonders effektiv bei den mäßig depressiven Patienten, die keine Medikamente einnahmen und nur geringe Angstlevel aufwiesen ( $d = -0,40$ ). Unter den schwer depressiven Patienten, die mittels Psychotherapie und Antidepressiva behandelt wurden und deren depressive Episode bereits mehr als 1 Jahr andauerte, war die SPSP ebenfalls wirksamer ( $d = -0,31$ ).

Patienten, deren Depression weniger als 1 Jahr bestand, profitierten stärker von der KVT ( $d = 0,83$ ).

Die Autoren merken an, dass die vorliegende Studie allein nicht ausreicht, um Behandlungsempfehlungen ableiten zu können. Sollten weitere Studien jedoch in die gleiche Richtung weisen, so könnte die Behandlung Depressiver dadurch verbessert werden, dass die einzelnen Patienten der für sie effektiveren Therapierichtung zugeführt werden.

#### Fazit

Betrachtet man eine größere Gruppe depressiver Patienten, so wirken die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Supportive Psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie (SPSP) offenbar gleich gut. Die Studienautoren konnten jedoch genauer differenzieren: Patienten mit schwereren Depressionen, einer Depressionsdauer von über 1 Jahr und geringer Angstsymptomatik profitieren eher von einer SPSP, während Patienten mit einer depressiven Episode von unter 1 Jahr bessere Erfolge durch eine KVT verzeichnen.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

#### Literatur

Driessen E, Smits N, Dekker JJM et al. Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: a study of prescriptive factors. *Psychol Med* 2016; 46: 731–744

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103834>

# Freizeitaktivitäten

## Sozial Aktive sind am seltensten depressiv



Bildnachweis: Igor Mojzes / Fotolia.com

*Sport tut der Seele gut? Stimmt. Aber etwas mit Freunden zu unternehmen, scheint einer US-amerikanischen Erhebung zufolge für das psychische Wohlbefinden noch besser zu sein.*

Bewegung hat sich in zahlreichen Studien als positiv für Körper und Seele erwiesen; insbesondere leiden Aktive seltener unter Angst und Depressionen. Interessanterweise ist dieser Zusammenhang aber nur für Bewegung in der Freizeit belegt – ein körperlich fordernder Job oder Hausarbeit haben keinen entsprechenden Effekt. Ist die positive Wirkung also vielleicht eher auf den Freizeitspaß zurückzuführen als auf die körperliche Bewegung?

Eine US-amerikanische Studie hat jetzt erstmals die Auswirkungen verschiedenen Freizeitbeschäftigungen getrennt voneinander betrachtet:

- ▶ soziale Aktivitäten (z. B. Treffen mit Freunden),
- ▶ selbstbezogene Aktivitäten (z. B. Fernsehen)
- ▶ und Sport.

Wegen der höheren Depressionsraten bei Arbeitslosen wurden Personen mit und ohne Job in die Studie einbezogen – insgesamt 300 Teilnehmer.

### Soziale Aktivität bringt mehr als Sport

Unabhängig vom Beschäftigungsstatus hatten Menschen mit Freizeitaktivitäten niedrigere Depressionswerte. Das galt für alle Aktivitätsarten, doch am ausgeprägtesten war der Effekt für soziale Aktivitäten, etwas weniger stark für selbstbezogene Aktivitäten – und am schwächsten für Sport.

Wie in anderen Erhebungen gaben Erwerbslose häufiger depressive Symptome an als Beschäftigte. Und obwohl auch sie von Freizeitaktivitäten profitierten, war der Effekt bei ihnen weniger stark ausgeprägt. Vielleicht ist bei Arbeitslosen weniger klar,

wann es sich um Freizeit handelt, mutmaßen die Autoren der Studie – so wäre das spezielle Freizeitbewusstsein z. B. bei selbstbezogenen Aktivitäten gemindert.

### Henne oder Ei?

Ob die von den Autoren vermutete Kausalität zwischen Freizeitaktivität und niedrigeren Depressionswerten tatsächlich besteht, ist allerdings nicht gesichert – das empirische Studiendesign kann nur den statistischen Zusammenhang belegen. Denkbar wäre auch, dass Menschen, die sich gut fühlen, mehr mit anderen unternehmen – dass die Kausalität also andersherum funktioniert. Um diese Frage speziell im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit zu untersuchen, schlugen die Autoren Langzeitstudien vor, die den Übergang vom Erwerbsleben in die Arbeitslosigkeit untersuchen – und die damit verbundenen Veränderungen sowohl in den Aktivitäten wie auch in den Depressionswerten.

### Fazit

Möglicherweise ist es nicht so sehr die körperliche Bewegung, die die Stimmung hebt und gegen depressive Symptome hilft, sondern es kommt auf den Freizeitcharakter an. Vergleicht man verschiedene Freizeitbeschäftigungen, so scheinen soziale Aktivitäten wesentlich effektiver zu sein als Sport.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Goodman WK, Geiger AM, Wolf JM. Differential links between leisure activities and depressive symptoms in unemployed individuals. *J Clin Psychol* 2016; 72: 70–78

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103835>

# Psychotherapie

## Führt zunehmende Erfahrung der Therapeuten zu besseren Ergebnissen?

*Seit Beginn der Psychotherapieforschung wird untersucht, ob Psychotherapeuten mit wachsender Erfahrung ihren Patienten besser helfen können. Bei den bisherigen größeren Studien handelte es sich jedoch um Querschnittsstudien. Wissenschaftler um Simon B. Goldberg haben nun eine Längsschnittstudie zu dieser Frage durchgeführt.*

Den Autoren standen die Daten eines Therapiezentrums einer großen US-amerikanischen Universität zur Verfügung, die über rund 18 Jahre hinweg gesammelt wurden. Die teilnehmenden Patienten hatten vor jeder Therapiesitzung das Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) nach Lambert et al. 2004 ausgefüllt. Die Patienten mussten an mindestens 3 Sitzungen teilgenommen und 2-mal das OQ-45 ausgefüllt haben, damit die Autoren einen Prä-Post-Vergleich ziehen konnten. Es nahmen nur Patienten teil, deren OQ-45-Scores bei 63 oder höher, also im klinisch relevanten Bereich lagen. Die teilnehmenden Therapeuten hatten zuvor mindestens 10 Patienten behandelt.

Schließlich standen den Wissenschaftlern die Daten von 6591 Patienten zur Verfügung. 62,6% davon waren Frauen, das Durchschnittsalter bei Therapiebeginn lag bei 22,6 Jahren. Es lagen OQ-Messungen von 53 351 Sitzungen vor. Die Patienten hatten mindestens 8,09 Sitzungen besucht (Range: 3–153 Sitzungen), die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 12,99 Wochen (Range: 0,29–237,14 Wochen).

Die Psychotherapie wurde von 170 Therapeuten (71 Frauen und 99 Männern) durchgeführt. 36 davon (20,8%) arbeiteten zu Beginn als Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). 30,5% der Psychotherapiesitzungen wurden von PiA durchgeführt, 38,7% von approbierten Therapeuten und

30,8% von Therapeuten, die im Therapie- bzw. Studienzeitraum den Status wechselten. Die meisten Therapeuten bezeichneten ihre Methode als integrativ. Ein Therapeut führte ausnahmslos die rational emotionale Therapie durch, eine Therapeutin war grundsätzlich psychodynamisch orientiert und 2 Therapeuten identifizierten sich mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie.

### Knapp 40% der Therapeuten verbesserten sich

Die Wissenschaftler konnten bei 67 von 170 Therapeuten (39,41%) im Laufe der Zeit eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse feststellen. 103 (60,59%) der Therapeuten hingegen verschlechterten sich – allerdings nur in geringem Maße.

Die 170 Therapeuten hatten über 6500 Patienten behandelt. Die Autoren konnten beobachten, wie sie sich über einen durchschnittlichen Zeitraum von knapp 5 Jahren entwickelten. Die Therapie war generell effektiv mit Post-Behandlungs-Effekten von ca. einer Standardabweichung. Betrachten die Autoren die Behandlungszeit oder die Zahl der Fälle, so hatten sich die Therapeuten mit zunehmender Erfahrung nicht verbessert. Die Ergebnisse zeigen sogar an, dass die Therapeuten über die Zeit etwas weniger effektiv wurden. Allerdings war die Verschlechterung extrem klein: Die

Post-Behandlungs-Effektgröße nahm um 0,012 Punkte pro Jahr ab. Man könnte einwenden, dass erfahrenere Therapeuten auch kränkere Patienten behandeln, doch auch unter Berücksichtigung solcher Einflüsse ergab sich das gleiche Bild.

Die Daten dieser Studie widersprechen dem subjektiven Erleben der Therapeuten: Orlinsky & Rønnestad (2005) befragten über 4000 Therapeuten; im Gegensatz zu ihren jüngeren Kollegen erlebten sich die älteren als effektiver. Goldberg und Kollegen merken an, dass sie in der vorliegenden Studie nur die Quantität der Erfahrung gemessen haben, aber nicht deren Qualität. Schon Meltzoff & Kornreich gaben 1970 zu bedenken, dass „die Art der Erfahrung wichtig ist, nicht die Menge.“

### Fazit

Die Studie zeigte, dass sich die Therapieergebnisse mit zunehmender Erfahrung der Therapeuten mehrheitlich leicht verschlechterten. Bei 67 der 170 teilnehmenden Therapeuten (39,41%) konnten die Autoren dagegen eine Verbesserung feststellen. Auch unter Berücksichtigung der Krankheitsschwere der Patienten resultierte das gleiche Ergebnis. Die Autoren vermuten, dass nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Erfahrung entscheidend ist.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Goldberg SB, Rousmaniere T, Miller S et al. Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *J Couns Psychol* 2016; 63: 1–11

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103836>



# Suizidgedanken bei älteren Menschen

## *Selbstvergebung ist ein wichtiger Resilienzfaktor*



Bildnachweis: ia\_64 / Fotolia.com

*Was kann suizidgefährdete Menschen davor schützen, sich intensiver mit Suizidgedanken zu beschäftigen und sie vielleicht sogar in die Tat umzusetzen? Eine US-amerikanische Studie hat sich mit Resilienzfaktoren bei älteren Suizidgefährdeten beschäftigt.*

Studien zur Suizidforschung konzentrieren sich meist darauf herauszufinden, welche Personen ein besonders hohes Suizidrisiko haben. Das hilft, Risikopersonen im Blick zu behalten. Da diese Faktoren aber i. d. R. nicht beeinflussbar sind, bieten sie keinen Ansatz, das Risiko zu verändern. Jennifer S. Cheavens und Kollegen haben sich deshalb an ein anderes Thema gewagt: Resilienzfaktoren. Da ältere Menschen ein höheres Suizidrisiko haben, bildeten sie die Stichprobengruppe der Querschnittstudie: 91 Patienten über 60 Jahre aus ärztlichen Praxen, darunter auch solche mit Depressionen.

Was kann Gefährdete dazu bringen, trotz Suizidgedanken Lebensmut zu fassen? Die Autoren fokussierten 2 Resilienzfaktoren:

- ▶ Hoffnung, als wahrgenommene Möglichkeit, Ziele zu erreichen und damit als Mittel gegen fehlende Zugehörigkeit (Einsamkeit),
  - ▶ und Selbstvergebung, als Mittel gegen das Gefühl, anderen zur Last zu fallen.
- Einsamkeit und das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, sind nach der interpersonellen Suizidtheorie nämlich wichtige Einflussfaktoren auf Suizidgedanken – besonders wenn keine Hoffnung besteht, dass sich an der Situation etwas ändern könnte.

Die Hypothesen des Studienteams bestätigten sich zum Teil: Selbstvergebung milderte in der Tat die Verbindung zwischen dem empfundenen Zur-Last-Fallen und Suizidgedanken. Hoffnung hingegen spielte keine

Rolle: Sie hielt einsame Studienteilnehmer nicht davon ab, sich mit Suizidgedanken auseinanderzusetzen.

### Scham als Verbindungsglied

Selbstvergebung könnte die Scham lindern, die aus dem Gefühl entsteht, anderen zur Last zu fallen. Ältere Menschen entwickeln oft eine größere Abhängigkeit und leiden deshalb möglicherweise häufiger unter Scham. Sind sie in der Lage, sich selbst zu verzeihen, wird damit die Verbindung zwischen dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen, und Suizidgedanken abgeschwächt – so die Überlegungen des Autorenteam. Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstvergebung durch direkte Interventionen gestärkt werden kann. Die meisten dieser Interventionen ermutigen Betroffene zu definieren, was überhaupt vergeben werden muss – und arbeiten dann daran, Mitgefühl und Akzeptanz zu entwickeln, in diesem Fall: mit sich selbst.

#### Fazit

Die Studienergebnisse betonen die Bedeutung von Resilienzfaktoren im Zusammenhang mit Suizidgedanken. Sie puffern Risikopersonen sozusagen ab und können gezielt verstärkt werden. Selbstvergebung scheint hier ein besonders hoffnungsvoller Ansatz.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Cheavens JS, Cukrowicz KC, Hansen R, Mitchell SM. Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide: The role of hope and self-forgiveness in an older adult sample. *J Clin Psychol* 2016; 72: 58–69

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103837>

# Übertragungsdeutung

## *Eine wichtige Technik in allen Therapieformen*

*Die Wahrnehmung und das Erleben eines Patienten sind Ausdruck seiner bisherigen Lebenserfahrungen. Bei Phänomenen der sog. Übertragung handelt es sich um die Wiederholung alter Beziehungserlebnisse und -wünsche, die unbewusst den jetzigen Umgang mit neuen wichtigen Beziehungspersonen färben. Das gemeinsame Untersuchen und Verstehen der Interaktion zwischen Patient und Therapeut, die Übertragungsdeutung, kann dabei helfen, die dahinterliegenden unbewussten Motive besser zu verstehen.*

### Hintergrund

#### Stellenwert deutender Techniken

Deutende Therapietechniken sind ein wichtiger Bestandteil der psychodynamischen Psychotherapieverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie). Irrtümlich wird hieraus oft geschlossen, dass sie auch die häufigste psychodynamische Intervention darstellen. Im therapeutischen Alltag sind jedoch klärende, reflektierende, bestätigende, konfrontierende und viele andere Interventionen eher die Regel. In diesem Sinn wurde „Einsicht“ als zentrales Element der therapeutischen Wirkung inzwischen durch weitere Wirkaspekte wie die „korrigierende Erfahrung“ oder schlicht das Erleben von Unterstützung ergänzt.

**Was ist Deutung?** Deuten im engeren Sinne heißt, den vermuteten, meist unbewussten Sinn, die Quelle und die Vorgeschichte eines bestimmten problematischen Erlebens und Verhaltens bewusst zu machen und dadurch die Art und Weise und die Ursachen dieses Erlebens und Verhaltens aufzuklären. Aus diesem Gedanken

entstanden im Laufe der Zeit bestimmte Deutungsfoki (z. B. Widerstandsdeutung in Bezug auf zentrale Veränderungsängste; Deutungen in Bezug auf unbewusste pathogene Überzeugungen usw.). Eine besondere Rolle spielen dabei immer schon Deutungen, die sich auf Aspekte der therapeutischen Beziehung richten, also Übertragungsdeutungen.

**Was ist Übertragung?** Aus psychodynamischer Sicht steht ein Patient seinem Therapeuten oft so nahe wie in der Kindheit seinen Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen. Daraus ergibt sich, dass sich in der therapeutischen Beziehung beim Patienten Erwartungen, Wünsche, Vorstellungen und Gefühle einstellen, die auch sonst in seinem Leben – vor dem Hintergrund prägender Primärbeziehungen – eine Rolle spielen. Dieses Phänomen wird als Übertragung bezeichnet. Ausmaß und Intensität der Übertragung werden u. a. durch das Setting beeinflusst: Je höher die Frequenz der Sitzungen und je weitergehend die persönliche Zurückhaltung des Therapeuten, desto stärker soll sich eine Übertragung entwickeln.

---

Die Entwicklung einer Übertragung ist natürlicher Bestandteil therapeutischer Beziehungen und insofern Voraussetzung für einen Deutungsprozess.

---

Im Ergründen der Übertragung können also unbewusste Motive, die z. B. mit Symptombildungen oder schwierigen Beziehungsmustern zusammenhängen, besser verstanden werden. Diese können im Idealfall im Deutungsprozess im Sinne einer Problemaktualisierung geklärt und aufgelöst werden.

### Der Prozess der Übertragungsdeutung

**Welche Übertragungen sollten thematisiert werden?** Meist wird vorgeschlagen, dass Übertragungen in psychodynamischen Therapien nur dann explizit thematisiert werden sollten, wenn sie störend, z. B. negativ oder stark verzerrend erscheinen. Die „mild unanstößige positive Übertragung“ (Freud) selbst gilt eher als Voraussetzung für eine gelingende Therapie und wird deshalb meist nicht thematisiert. Oft sind aber die Inszenierungen (Enactments) komplexer innerer Fantasiewelten im Kontakt mit den Therapeuten so bedeutsam, dass schwierige therapeutische Beziehungsaspekte früher oder später in allen Therapien relevant werden – nicht nur in psychodynamischen.

**Übertragungsdeutungen im Therapiealltag** Im Grunde enthalten Therapeutenäußerungen zur therapeutischen Beziehung immer Elemente von Übertragungsdeutungen:

- ▶ Am Anfang der Arbeit mit der Übertragung können z. B. Mutmaßungen über abgewehrte Befürchtungen oder Wünsche stehen („Sie fürchten, dass ich etwas ganz bestimmtes von Ihnen erwarte und versuchen deshalb, möglichst nur gut Durchdachtes zu berichten“). So kann zunächst deutlich werden, dass Abwehrprozesse in Gang sind, die es zu klären und zu verstehen gilt. Das Augenmerk richtet sich damit zunächst auf die Frage: Wie und was vermeidet ein Patient (auch in der therapeutischen Beziehung)?
- ▶ Selbstverständlich kann es auch auf der anderen Seite wichtig sein, positive Aspekte wunschgeprägter Übertragung zu erarbeiten, z. B. im Sinne der sicheren und hilfreichen Bindung an Therapeuten („Es tut Ihnen gut, hier nicht kritisiert zu werden, das ist etwas, das Sie sich sicherer fühlen lässt“).
- ▶ Weitere Möglichkeiten, mit Aspekten der therapeutischen Beziehung zu arbeiten, sind z. B. die genaue Klärung von Affekten der Patienten und deren Kausalität im Kontakt („Als ich dies so gesagt habe, hatte ich den Eindruck, dass Sie sich ärgern...“).
- ▶ Ein weiterer Schritt ist die Mentalisierung des Erlebens des Therapeuten („Was hatten Sie gedacht, wie es mir damit gehen würde?“)
- ▶ und die Thematisierung von Ambivalenzen („Sie sind hin und her gerissen, ob Sie mir mehr davon erzählen sollen, weil Sie fürchten, dann verwende ich das gegen Sie.“).

Die klassische Übertragungsdeutung besteht darin, für Patienten einen emotional erlebten Bezug herzustellen zwischen einer aktuellen Konfliktsituation, einer biographisch früheren Konfliktkonstellation und Elementen der aktuellen Übertragungssituation. Damit werden diese, sozusagen in einem „Dreiklang“, in eine plausible und für den Patienten direkt erlebbare Beziehung gesetzt. Diese ideale Konstellation hat u. E. einen wichtigen klinischen Wert.

## Arbeit „in“ und „an“ der Übertragung

**Unterscheidung nach Körner** Eine interessante Begriffsklärung nahm vor einigen Jahren Jürgen Körner vor, der zwischen der therapeutischen Arbeit „an“ und „in“ der Übertragung unterschied (aktualisierte Diskussion bei Körner 2014):

- ▶ „An“ der Übertragung meint hier v. a. ein (traditionelles?) Vorgehen, bei dem am Ende dem Patienten mithilfe des beobachtenden Therapeuten die Unangemessenheit seiner „falschen“ Verknüpfungen“ deutlich wird („Sie erleben mich jetzt wie Ihren Vater, und genauso wie bei ihm wehren Sie sich auch gegen meine Vorschläge“).
- ▶ „In“ der Übertragung zu arbeiten bedeutet für Therapeuten, die Beobachtungsposition zu verlassen und zugewiesene Rollen teilweise zu übernehmen, um dann mit dem Patienten die gemeinsamen Anteile an der schwierigen Interaktion (also auch Elemente der Gegenübertragung) zu verstehen („Einerseits haben Sie Recht, wenn Sie bei mir Ärger bemerkt haben, andererseits wäre es gut, zu schauen, was da vorher zwischen uns geschehen ist und wie es hätte anders laufen können“).

**Beide Aspekte sind wichtig** In seinem Rückblick betont Körner, dass dem Arbeiten „an“ der Übertragung die wichtige Rolle zukäme, auf den Wiederholungsaspekt eines Verhaltens hinzuweisen. Die Arbeit „in“ der Übertragung erlaubt u. E. auf der anderen Seite eine stärkere Berücksichtigung der Patientenwahrnehmung und vermeidet unangemessene Allwissenheit und andere Gefahren einer zu starken „Expertenhaltung“.

## Welche Patienten profitieren von Übertragungsarbeit?

In der traditionellen Literatur wurde bisher davon ausgegangen, dass Übertragungsarbeit v. a. für Patienten mit höherem Strukturniveau geeignet ist. Neuere Forschungen haben aber ergeben, dass – im Gegenteil – neurotische Patienten auf Übertragungsdeutungen tendenziell aversiv reagieren (vielleicht sind die Übertragungsdeutungen hier aber auch schon Ausdruck einer misslingenden therapeutischen Beziehung?), während Patienten mit Strukturschwäche häufig positiv darauf ansprechen – wahrscheinlich im Sinne eines intensiven interpersonellen Lernens (siehe z. B. Übersicht bei Høglend 2014). Dieser scheinbare Widerspruch macht deutlich, dass es vermutlich darauf ankommt, in welcher Haltung Übertragungsthemen angesprochen werden. Hier ist die Unterscheidung von konflikt- und strukturbezogenem Herangehen wichtig, die die Voraussetzungen auf Seiten der Patienten berücksichtigt.

### Literatur

- Høglend P. Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2014; 171:1056–1066
- Körner J. Arbeit in der Übertragung. *Fünfundzwanzig Jahre später. Forum Psychoanalyse* 2014; 30: 341–356
- Mertens W. Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Senf W, Broda M. *Praxis der Psychotherapie*. 5. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart/New York: Thieme; 2012: 152–190



**Prof. Dr. med.  
Henning Schauenburg**

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg  
Thibautstr. 2  
69115 Heidelberg  
Henning.Schauenburg@med.uni-heidelberg.de

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

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103838>