



## Sexuelle Störungen

### **Verhaltenstherapie**

*Wie kann sie  
weiterentwickelt werden?*

### **Sexualität im Alter**

*Zwischen Vorurteil, Tabu  
und Realität*

### **Gibt es Sexsucht?**

*Exzessives Sexualverhalten  
als Problem*

## „Das Geheimnis des Könnens liegt im Wollen“

Giuseppe Mazzini

Editorial

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

die PiD sorgt in ihrer neuen Aufmachung für Resonanz. Und natürlich kamen zu den meist positiven Kommentaren auch einige kritische. Für beides sind wir Ihnen dankbar. Wir greifen diesen Dialog gern auf und haben z. B. erste Korrekturen an der Druckfarbe vorgenommen. Die vereinzelt geäußerte Sorge, das neue Layout könnte zulasten der inhaltlichen Qualität gehen, teilen wir nicht: Denn der Themenschwerpunkt ist und bleibt das Markenzeichen eines jeden PiD-Hefts – er bleibt auch in der Substanz unangerührt. Neu hinzugekommen sind einige Rubriken, die diesen Themenschwerpunkt einrahmen. Wir glauben, dass diese Rubriken das Heft etwas auflockern und noch interessanter machen.

Sie selbst können sich in dieser Ausgabe erneut davon überzeugen: PiD ist nach wie vor die Zeitschrift, die einen Dialog „auf Augenhöhe“ zwischen den einzelnen Therapieorientierungen ermöglicht.

„Vom nicht Können zum anders Wollen“ – so beschreibt Ulrich Clement in diesem PiD-Heft die Zielrichtung systemischer Therapie bei sexuellen Störungen. Damit zeigt er eine Perspektive moderner Sexualtherapie auf. Wir haben den Eindruck, dass dieser Grundsatz uns Therapeutinnen und Therapeuten helfen könnte, von der Schwere der Störung etwas wegzukommen und uns mehr mit dem möglichen Wunschziel unserer Patientinnen und Patienten auseinanderzusetzen. Dabei wünschen wir Ihnen, liebe PiD-Leserinnen und PiD-Leser, eine Menge neuer Anregungen.

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 Bliedalkliniken, Bliedkastel. 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 „Technik 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, Dresden  
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, Bamberg  
Babette Renneberg, Berlin  
Dirk Revenstorf, Tübingen  
Wilhelm Rotthaus, Viersen  
Martin Sack, München

Günter Schiepek, München  
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

# Posttraumatische Belastungsstörung

## Schreibtherapien bieten wirksame Alternative

*Die persönliche Beziehung zum Psychotherapeuten spielt eine wichtige Rolle, doch die Wartelisten für einen Therapieplatz sind oft lang. Ein niederländisches Autorenteam hat nun in einer Meta-Analyse die Wirksamkeit von Schreibtherapien, u. a. via Internet, bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) untersucht.*

Arnold van Emmerik und seine Kollegen analysierten Studien zu verschiedenen Schreibtherapien. Für die Metaanalyse eigneten sich 3 Studien mit insgesamt 633 Teilnehmern, von denen 304 eine Schreibtherapie erhalten hatten – die übrigen Teilnehmer standen entweder auf der Warteliste oder wurden mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) behandelt.

### Wie funktioniert die „Interapy“?

Innerhalb der Metaanalyse hatten 4 Studien die „Interapy“ untersucht. Hierbei werden den Teilnehmern 10 Aufgaben à 45 min zugeteilt. Die rein internetbasierte Therapie besteht aus 3 Phasen: In der Selbstkonfrontationsphase sollen die Teilnehmer ihr Trauma so detailliert wie möglich beschreiben, inklusive Körpererlebnisse und psychische Schmerzen. In der 2. Phase schreiben die Patienten einen ermutigenden Brief an einen fiktiven Freund mit ähnlichen Erlebnissen. In der 3. Phase schreiben die Patienten einen Brief über ihr Trauma, in dem sie auch den Einfluss des Traumas auf ihr jetziges und zukünftiges Leben beschreiben.

Neben der „Interapy“ untersuchten die Autoren auch eine Studie über eine ähnliche 3-phasige Therapie. Diese begann jedoch mit einem persönlichem Kontakt zum Therapeuten: Patienten mit akuter PTBS erhielten 5 Sitzungen bei ihrem Psychotherapeu-

ten und 15 Schreibaufgaben; Patienten mit einer chronischen PTBS erschienen 10-mal zu persönlichen Sitzungen bei ihrem Therapeuten und erhielten 30 Schreibaufgaben.

Schließlich analysierten die Autoren die „kognitive Prozesstherapie“ (CPT). Sie besteht aus 2 Sitzungen Psychoedukation und anschließend 5 Schreibaufgaben à 45–60 min. Am Ende der Therapie lesen die Teilnehmer dem Therapeuten ihre Niederschriften laut vor und besprechen sie mit ihm.

Die Nachuntersuchungen fanden in einem Zeitraum von 6 Wochen bis zu einem Jahr statt. Durchschnittlich waren vom Zeitpunkt des Traumas bis zur Therapie 0,7–14,6 Jahre vergangen. Die Studien wurden seit 2001 in den Niederlanden, den USA und in Deutschland durchgeführt.

### Auch weniger Depressionen

Im Vergleich zu den Kontrollgruppen waren die PTBS-Werte bei den Teilnehmern der Schreibtherapie deutlich gesunken (aggregiertes Hedges'  $g = 0,807$ , 95%-Konfidenzintervall [KI] =  $0,579-1,035$ ,  $p < 0,001$ ), und auch depressive Symptome ließen bei den Schreibtherapie-Teilnehmern im Vergleich zu den Warteliste-Teilnehmern signifikant nach (aggregiertes Hedges'  $g = 0,824$ , 95%-KI =  $0,453-1,195$ ,  $p < 0,001$ ). Ausgenommen davon war jeweils eine Studie.

### Vergleich mit traumafokussierter Verhaltenstherapie

In 2 Studien wurde die Schreibtherapie mit der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TFCBT) verglichen. Hier zeigte sich in den nachfolgenden Tests und Untersuchungen, dass sowohl die Symptome der PTBS als auch depressive Symptome vergleichbar stark abgenommen hatten. Die Anleitung zur Schreibtherapie spielt dabei anscheinend eine wesentliche Rolle: Die Patienten, die eine reine „Internet-Schreibtherapie“ gemacht hatten, spürten zwar stärkere Erleichterung als die Patienten auf der Warteliste. Doch erst die Schreibtherapie in Kombination mit persönlichem Kontakt zum Therapeuten führte zu gleich guten Ergebnissen wie die TFCBT.

#### Fazit

Die von Therapeuten persönlich angeleitete Schreibtherapie ist bei der posttraumatischen Belastungsstörung ebenso wirksam wie die traumafokussierte Verhaltenstherapie – zu diesem Schluss kommen van Emmerik und seine Kollegen in ihrer Metaanalyse. Weitere Studien müssten genauer zeigen, welche Effekte der persönliche Therapeutenkontakt und die Art der Anleitung auf die Wirksamkeit der Schreibtherapie haben.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

#### Literatur

van Emmerik AAP et al.: Writing Therapy for Posttraumatic Stress: A Meta-Analysis. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 82–88

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1348355>

# Depression

## Erst Psychotherapie, dann Antidepressivum – oder umgekehrt?



Ob medikamentös oder mittels Psychotherapie – Depressionen können erfolgreich behandelt werden (Bild: PhotoDisc).

*Studien weisen darauf hin, dass eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei der Akutbehandlung von Depressionen sinnvoll ist. In der Praxis wird allerdings meist mit einer Monotherapie begonnen. Zeigt die gewählte Therapie keine ausreichende Wirkung, kann immer noch kombiniert werden. Aber mit welcher Therapieform sollte man beginnen?*

Eine niederländische Arbeitsgruppe hat die verschiedenen Reihenfolgen jetzt direkt verglichen: erst Psychotherapie, dann Pharmakotherapie und umgekehrt. 103 ambulante Patientinnen und Patienten bekamen randomisiert entweder eine psychodynamische Psychotherapie oder ein Antidepressivum. Allen Patienten, die nach 8 Wochen eine Symptominderung von weniger als 30% verspürten, wurde zusätzlich die jeweils andere Therapieform angeboten. Die Symptome wurden mittels Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Clinical Global Impression of Severity and Improvement, SCL-90 Depressions-Subskala und EuroQOL-Fragebogen erfasst.

### Patienten bevorzugen Monotherapie

In den ersten 8 Therapiewochen war das Antidepressivum im Vorteil: 36,8% der Patienten in der medikamentösen Gruppe verzeichneten eine deutliche Symptomverbesserung, in der Psychotherapie-Gruppe waren es lediglich 18,6%. Allen anderen Patienten wurde eine Kombitherapie angeboten. Zum Erstaunen der Untersucher lehnte jedoch ein Großteil der Patienten das Angebot ab: In beiden Gruppen wollten etwa 40% der Betroffenen trotz bisher magerer Erfolge bei ihrer Monotherapie bleiben.

Der anfängliche Vorsprung der medikamentösen Therapie verlor sich nach der 8. Woche: In der Antidepressivum-Gruppe gab es im Verlauf keine weitere Verbesserung der Symptome, weder bei den Respondern noch bei den Non-Respondern. Den Patienten der Psychotherapie-Gruppe ging es hingegen zunehmend besser: Nach Woche 24 lagen ihre Skalenwerte in fast allen Bereichen vor der Pharmakotherapie-Gruppe, inklusive des wichtigen Parameters Lebensqualität.

Non-Respondern beider Gruppen, die zusätzlich die jeweils andere Therapieform in Anspruch nahmen, ging es dadurch im Schnitt besser als jenen, die bei der Monotherapie blieben. Aber auch hier hatten Teilnehmer der Psychotherapie-Gruppe Vorteile: Ihre Symptome verbesserten sich durch die zusätzliche Pharmakotherapie deutlicher als die Symptome der Antidepressivum-Gruppe durch zusätzliche Psychotherapie.

#### Fazit

Bei leichten bis mittelschweren Depressionen verspricht eine Psychotherapie mittelfristig größere Erfolge als die Behandlung mit einem Antidepressivum. Aber egal, mit welcher Therapieform begonnen wurde: Stellt sich der erhoffte Erfolg nach einigen Monaten nicht ein, können Patienten von der zusätzlichen Inanspruchnahme der jeweils anderen Therapieform profitieren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Dekker J et al. What is the Best Sequential Treatment Strategy in the Treatment of Depression? Adding Pharmacotherapy to Psychotherapy or Vice Versa? *Psychother Psychosom* 2013; 82: 89–98

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1348356>

## „Nicht-Reaktivität“

### *Eine Facette der Achtsamkeit, die vor Depressionen schützt?*

*Menschen, die achtsam leben, zeichnen sich oft durch eine gute psychische Gesundheit aus. Die Auswirkung eines Aspekts der Achtsamkeit auf die Faktoren „Grübeln“ und „Negativ-Bias“ (die Neigung, alles Wahrgenommene negativ einzufärben), die bei der Depression eine große Rolle spielen, haben Natalie A. Paul et al. überprüft.*

Die Autoren untersuchten 19 gesunde Männer während verschiedener Aufgaben mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT). Zuerst erhielten sie Rechenaufgaben, die sie in Stress versetzen sollten, dann eine Achtsamkeitsübung, bei der sie sich darauf konzentrieren sollten, jeweils 10 Atemzüge zu zählen. Vor, während und nach der Untersuchung wurden die Speichelkortisol-Konzentrationen erfasst, um den jeweiligen Stresslevel zu ermitteln. Herz- und Atemfrequenzen wurden kontinuierlich aufgezeichnet.

#### **Eine Herausforderung: Etwas nicht tun**

Jeder Teilnehmer füllte vor dem Versuch einen 5-Facetten-Achtsamkeits-Fragebogen (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) aus. Hier zeigte sich, wie „achtsam“ die Teilnehmer „von Natur aus“ sind. Für die Studie bedeutsam war die Facette „Nicht-Reaktivität“ – sie sagt aus, wie gut es gelingt, auf innere Erlebnisse nicht zu reagieren. Zwischen den Aufgaben wurden den Teilnehmern dann emotionale „Go-/No-go-Aufgaben“ gestellt. Dazu wurden ihnen im fMRT Bilder von Gesichtern eingespielt, die einen negativen, neutralen oder gemischten Ausdruck zeigten. Die Teilnehmer sollten je nach Anweisung z. B. bei gemischten oder neutralen Gesichtern eine Taste drücken, nicht aber, wenn traurige Gesichter gezeigt wurden.

Wie erwartet, zeigten die Messungen des Speichelkortisols sowie der Atem- und Herzfrequenz deutliche Stresszeichen nach den Rechenaufgaben, nicht jedoch nach den Atemübungen. Bei der Auswertung des FFMQ wurde deutlich, dass Grübeleien und empfundener Stress umso geringer waren, je stärker die Eigenschaft „Nicht-Reaktivität“ bei den Teilnehmern ausgeprägt war. Diese Nicht-Reaktivität war jedoch die einzige Eigenschaft, die hier einen deutlichen Zusammenhang mit Stress und Grübeleien aufwies.

Die Teilnehmer, die korrekt auf den „No-Go-Stimulus“ reagierten, hatten geringere Atemfrequenzen bei der Stressaufgabe. Außerdem korrelierte die „Nicht-Reaktivität“ invers mit dem negativen Bias, d. h. die Teilnehmer, die korrekterweise nicht auf die negativen Gesichter reagierten, waren nach der Stressaufgabe weniger von einem „Negativ-Bias“ betroffen. Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch nicht nach den Atemaufgaben. Sowohl nach der Stress- als auch nach der Achtsamkeits-Aufgabe korrelierte die Nicht-Reaktivität mit einer besseren Inhibitions-Akkuratheit bei negativen Bildern.

#### **Neuronale Korrelate**

Auf neuronaler Ebene fanden die Forscher keine deutliche Korrelation zwischen „Nicht-Reaktivität“ und Aktivierung im rechten inferioren frontalen Kortex (IFC). Ande-

re Studien hatten gezeigt, dass der rechte IFC bei „Nicht-Reaktion auf negative Reize“ besonders aktiv ist. Dies, so die Studien, ist verbunden mit einer geringeren Aktivität der Insula, des „Gefühlszentrums“. Auch in dieser Studie war eine stärkere „Nicht-Reaktivität“ nach der Atemübung mit einer schwächeren Aktivierung der Inselregion verbunden. Nach der Stressaufgabe waren beide anteriore Insulae umso aktiver, je stärker das Merkmal „Grübeleien“ bei den Teilnehmern ausgeprägt war.

#### **Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Eigenschaft „Nicht-Reaktivität“ eine entscheidende Komponente der Achtsamkeit ist. Sie könnte vor negativem Bias schützen, indem sie die automatische emotionale Antwort auf negative Stimuli reduziert. Darauf weist die reduzierte Aktivität der anterioren Insula unter Stress hin. Die „Nicht-Reaktivität“ auf negative Stimuli könnte damit auch die Anfälligkeit für Depressionen mindern. Die Studie wolle jedoch nicht implizieren, dass die „Nicht-Reaktivität“ wichtiger sei als andere Facetten der Achtsamkeit, betonen die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

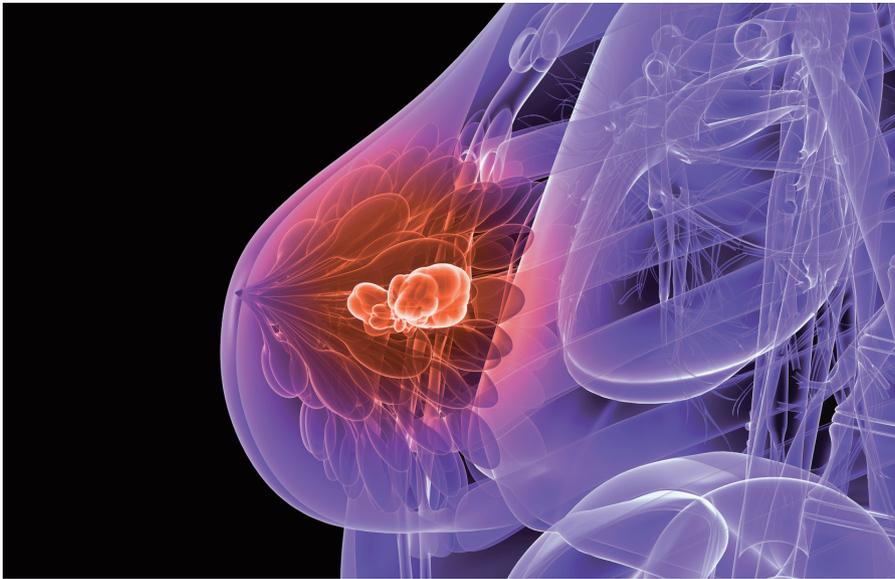
#### **Literatur**

Paul NA et al. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2013; 8: 56–64

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1348357>

# Brustkrebs

## Psychologische Intervention hilft für Jahre



Die effektive Bekämpfung der entarteten Zellen ist nur ein Aspekt der Brustkrebstherapie (Bild: © Sebastian Kaulitzki / Fotolia.com).

*Brustkrebspatientinnen leiden trotz einer recht guten Prognose häufig unter psychischen Symptomen wie Angst, Depression und Erschöpfung – mit einer oft über Jahre eingeschränkten Lebensqualität. In einer schwedischen Studie hat eine psychologische Gruppenintervention nun positive Langzeiteffekte gezeigt.*

An der Untersuchung mit mehrjährigem Follow-up (Median 6,5 Jahre) nahmen 382 Frauen mit primärem Brustkrebs teil. Randomisiert erhielt die Hälfte von ihnen eine einwöchige Intervention sowie 2 Monate später 4 Folgetage. Auf dem Curriculum standen Informationen über Krebsursachen, Risikofaktoren, Behandlung, körperliche und psychologische Effekte und Bewältigungsstrategien. Vorträge und Gruppendiskussionen wurden ergänzt durch Sport, Entspannungsübungen, Qigong, Tanz- und Kunsttherapie. Das seelische Befinden wurde mit mehreren Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben: Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) und Breast Cancer Module (QLQ-BR 23) der European

Organisation for Research and Treatment of Cancer, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) und die norwegische Version des Fatigue Questionnaire (FQ). In das Langzeit-Follow-up gingen 261 der 382 Patientinnen ein.

Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe zeigten im Schnitt deutliche bessere Werte in den Bereichen kognitive Funktion, Körperbild und Zukunftsperspektiven. Dies könnte auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Rahmen der Intervention zurückzuführen sein, vermuten die Autoren. Frauen mit Chemotherapie profitierten außerdem in den Bereichen allgemeine Gesundheit und „traurig über Haarverlust“.

### Weniger erschöpft

Die Erschöpfung war in beiden Gruppen zurückgegangen, in der Interventionsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe. Gute Effekte der Intervention zeigten sich auf die körperliche, die seelische und die Erschöpfung insgesamt. Die Anzahl der Frauen mit hohem Angst- oder Depressions-Score unterschied sich hingegen nicht signifikant zwischen den Gruppen.

Zum Zeitpunkt der Intervention war der Nutzen körperlicher Aktivität für die körperliche und seelische Gesundheit (auch) von Krebspatientinnen, besonders im Hinblick auf die oft angegebene Erschöpfung, noch nicht so bekannt wie heute. Hier, so das Autorenteam, sollte das Interventionsprogramm dem heutigen Kenntnisstand angepasst werden.

#### Fazit

Jahre nach einer psychologischen Gruppenintervention zeigten Brustkrebs-Patientinnen zwar nicht seltener hohe Depressions- oder Angst-Scores als ohne Intervention, aber bessere Werte bei kognitiven Funktionen, Körperbild, Zukunftsperspektiven und Erschöpfung. Möglicherweise profitieren Betroffene noch mehr, wenn die Intervention individuell an ihre Bedürfnisse angepasst ist.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Björneklett HG et al. Long-Term Follow-Up of a Randomized Study of Support Group Intervention in Women with Primary Breast Cancer. *J Psychosom Res* 2013; 74: 346–353

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1348358>

Bettina Wilms

# Arbeit mit größeren Systemen

## Wie komplexe Gespräche mit vielen Beteiligten gelingen

Die psychotherapeutische Arbeit mit größeren Systemen fußt auf den theoretischen Konzepten der systemischen Therapie. Mit der Weiterentwicklung familientherapeutischen Arbeitens entstanden psychotherapeutische Arbeitsformen, die wesentlich mehr als nur die jeweiligen Herkunftsfamilien der Patienten einbeziehen: bereits kontaktierte Helfer, Freunde, Peers, Nachbarn und andere relevante Bezugspersonen.

**Spezialformen** Spezielle Formen dieser Vorgehensweise sind z. B. Konsultationsgespräche (Deissler et al. 1995) und der sog. Offene Dialog (Seikkula et al. 2001), die sich aus der Technik des Reflektierenden Teams (Andersen 1990) ableiten.

### Voraussetzungen beim Patientsystem und den Therapeuten

**Freiheit der Teilnehmer** Wesentlich sind einige Grundregeln, die die Anwesenheit und den gegenseitigen Respekt im Umgang miteinander betreffen: Grundsätzlich steht es jedem Menschen, der z. B. zu einem Konsultationsgespräch eingeladen wird, frei, zu kommen oder fernzubleiben. Dies gilt auch für Äußerungen im Gespräch selbst: Jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin entscheidet für sich, ob und was er oder sie sagen möchte.

**Therapeut als Moderator** Der Patient sollte bei psychosenahen Symptomen über eine ausreichende Aufmerksamkeit- und Konzentrationsspanne verfügen, die es ermöglicht einem Gespräch mit mehreren Personen im Raum über 30–45 Minuten zu folgen. Der Therapeut oder die Therapeuten sollten sich nicht vor Gesprächen mit mehr als einer Person im Raum fürchten und in der Lage sein, eine allparteiliche wertschätzende Haltung gegenüber sehr unterschiedlichen Geschichten und Sichtweisen einzu-

nehmen. Die Rolle des Therapeuten ist hier am ehesten die eines Moderators, der für eine respektvolle Gesprächsführung sorgt und es ermöglicht, dass alle Beteiligten zur gleichen Zeit über das Gleiche sprechen.

**Rahmenbedingungen** Die Komplexität der Gesprächsführung sollte so breit wie möglich und dennoch so einfach wie nötig gestaltet werden. Um die Aufmerksamkeit aller Beteiligten zu erhalten, sollten Pausen erwogen werden.

**Differenzielle Indikation** Die Domäne von Konsultationsgesprächen und offenem Dialog sind Problemkonstellationen, in denen mehrere professionelle Helfer, Un-

terstützungspersonen aus dem privaten Umfeld des Patienten und möglicherweise auch Institutionen, z. B. Schule oder Polizei, einbezogen sind. Neben Themen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Einrichtungsbezug und Beteiligung von Institutionen der Jugendhilfe kommen komplexe Helfersysteme bei psychisch kranken Eltern minderjähriger Kinder sowie Krisensituationen mit psychotischen Zuspitzungen im häuslichen Milieu, meist bei jungen Erwachsenen, in Betracht.

**Finanzierung** Gerade psychotische Zuspitzungen dieser Art fordern allerdings die gängigen Finanzierungswege des deutschen Gesundheitssystems heraus. Die in Skandi-

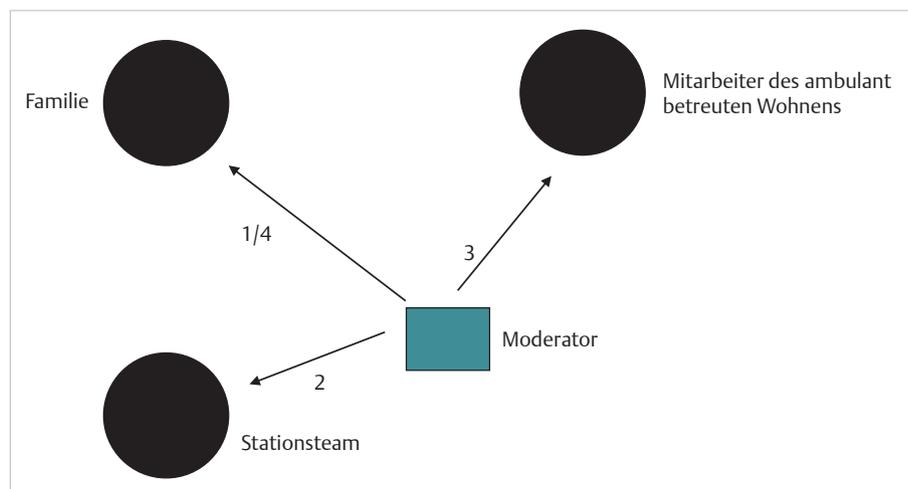


Abb. 1 Konsultationsgespräch (Deissler et al. 1995); 1–4 entspricht der Reihenfolge der Befragung des Subsystems.

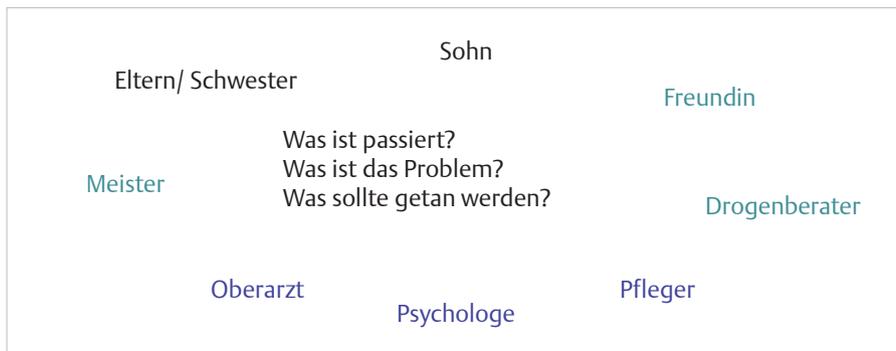


Abb. 2 Offener Dialog (Seikkula et al. 2001).

navien gut evaluierten Konzepten aufsuchen der psychotherapeutischer Hilfen bei diesen Indikationen sind derzeit hierzulande nur in Regionen realisierbar, in denen Modellprojekte nach §64 SGB V ambulante aufsuchende psychotherapeutische Leistungen durch eine gesicherte Finanzierung befördern (z. B. regionale Psychiatricbudgets).

### Vorgehen und mögliche Komplikationen

**Einladung** Bei Konsultationsgesprächen lädt i. d. R. das Helfersystem ein. Ergänzend sollte der betroffene Patient gebeten werden zu sagen, wer aus seiner Sicht am Gespräch teilnehmen sollte. Eine Alternative hierzu ist, dass das einladende Helfersystem aufgrund der eigenen inhaltlichen Zielstellung die zu beteiligenden Personen benennt und einlädt. Komplikationen können entstehen, wenn der Grundsatz der freien Entscheidung jedes Einzelnen verletzt wird. Hier ist eine eindeutige Rahmung von Seiten des Therapeuten erforderlich, um die Kultur des therapeutischen Prozesses nicht zu beschädigen.

**Hinzuziehen eines Therapeuten** Problematisch kann es sein, wenn ein Therapeut, der eine Zeitlang mit einer Einzelperson gearbeitet hat, dann die Familie und verschiedene Personen hinzubittet und weiterhin allein arbeitet. Dies stellt höchste Ansprüche an die Fähigkeit zur Allparteilichkeit. Dem kann am besten durch das Hinzuziehen eines Kollegen oder einer Kollegin begegnet werden, der die Funktion des Moderators

übernimmt. Zudem bieten sich dadurch auch erweiterte technische Möglichkeiten, z. B. die der Metakommunikation über den bisherigen Therapieprozess. So kann der zunächst behandelnde Kollege z. B. als Teil des therapeutischen Systems befragt werden.

**Gruppengröße** Bedacht werden sollte die Größe des am Gespräch teilnehmenden Personenkreises. Hier gilt, dass bei vielen Personen besonders auf die Moderation von Subsystemen geachtet werden sollte. Grundsätzlich gilt, dass die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne des Patienten der wesentliche Gradmesser für die Vorgehensweise ist.

**Gesprächsführung** Die beteiligten Subsysteme werden nacheinander, dem Therapeuten zugewandt, für alle im Raum hörbar zur Situation der betroffenen Familie, des Patienten oder auch des Standes der Behandlung befragt (Abb. 1). I. d. R. wird der Moderator mit dem Patienten oder der Patientin bzw. dessen Familie, beginnen und dieser auch das „letzte Wort“ lassen. Die Kommunikation erfolgt nach den Regeln des Reflektierenden Teams.

#### Literatur

- Andersen T. *The Reflecting Team*. New York: Norton; 1990
- Deissler KG, Keller T, Schug R. *Kooperative Gesprächsmoderation. Selbstreflexive systemische Diskurse*. *Z System Ther* 1995; 13: 12–30
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. *Open Dialogue in Psychosis*. *J Constr Psychol* 2001; 14: 247–265

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1348359>

### Fallbeispiel

„ In der Unterstützung eines jungen Mannes mit krisenhaft zugespitzter drogeninduzierter Psychose zeigt sich, dass seine Eltern, die Schwester, der Meister der überbetrieblichen Ausbildungseinrichtung und die Drogenberatungsstelle in die Behandlung des Patienten einbezogen werden sollten. Der behandelnde Psychologe bietet daher ein gemeinsames Gespräch im Haus der Familie des jungen Mannes an. Bevor die Beteiligten eingeladen werden, fragt er auch den Patienten, ob aus dessen Sicht jemand auf keinen Fall eingeladen werden sollte, oder ob jemand fehlt. Der Patient äußert daraufhin den Wunsch, dass er seine Freundin gern dabei hätte, wobei die Familie aber noch nichts von seiner Beziehung zu ihr wisse.

Die Gesprächsführung ist in Abb. 2 dargestellt. Die Moderation übernimmt ein Mitglied des aktuell mit dem Patienten befassten Helfersystems: In diesem Fall bittet der Psychologe den Oberarzt, die Gesprächsleitung zu übernehmen, da dieser den Patienten zwar kennt, aber nicht aktiv in die aktuelle Behandlung eingebunden ist. Zu Beginn wird jeder Teilnehmer gebeten, sich vorzustellen. Dann erfolgt, in Anlehnung an die Konzepte des offenen Dialogs, die zirkuläre Befragung aller Teilnehmer zu den Fragen: Was ist passiert? Worin besteht das Problem? Was sollte getan werden? Am Ende des Gesprächs wird der Patient um eine abschließende Äußerung gebeten. In den folgenden Kontakten des Patienten zu seinen Helfern und Unterstützern kann auf den Inhalten des Konsultationsgesprächs aufgebaut werden, und es können entsprechende weiterführende Absprachen getroffen werden. „



Dr. med. Bettina Wilms

geb. 1964, Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie), seit 2004 als Cheffärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz-Klinikum gemeinnützige GmbH, Nordhausen, Schwerpunkte: Angsterkrankungen und berufliche Belastungssyndrome.

# Sexuelle Störungen

Editorial

## Sex sells



**Dr. phil. Michael Broda,**  
Dipl.-Psych.

Praxisgemeinschaft Psycho-  
therapie  
Pirmasenser Str. 21  
66994 Dahn  
praxis-dahn@gmx.de

*Der alte Ehemann liegt abends im Bett und findet nicht in den Schlaf. Er liegt wach, mit offenen Augen, und wartet seit geraumer Zeit auf das Schlagen der Standuhr.*

*Es bleibt ruhig ... Seufzend spricht er vor sich hin: „Oh je – das alte Ding steht wieder!“ Da richtet sich seine Frau plötzlich auf und jubelt: „Ohh, Karl ... !!“*

Über 50% der Männer zwischen 40 und 70 Jahren weisen eine zumindest partielle Erektionsschwäche auf, mit steigendem Alter wachsen die Probleme mit der Impotenz noch weiter. Durchschnittlich 40% der Frauen aller Altersgruppen berichten über Appetenz- und Orgasmusstörungen.

Grund genug, so meinen wir, sich in einem Themenheft der PiD mit Aspekten gestörter Sexualität zu beschäftigen.



**Prof. Dr. med.**  
**Wolfgang Senf**

Rheinische Kliniken  
Klinik für Psychotherapie  
Wickenburgstr. 21  
45147 Essen  
wolfgang.senf@t-online.de

Bei der Frage, inwiefern die Behandlung sexueller Störungen in der ambulanten Psychotherapie eine Rolle spielt, mussten wir feststellen, dass sich spezielle Angebote oft nur außerhalb der Richtlinienpsychotherapie und somit außerhalb unseres öffentlichen Gesundheitssystems finden lassen. Es scheint hier einen Graumarkt zu geben, auf dem hauptsächlich Heilpraktiker ohne Fachstudium oder Approbation sexualtherapeutische Hilfestellungen anbieten. Ohne diesen deswegen gleich die Kompetenz absprechen zu wollen, stellt sich dennoch die Frage: Ist es sinnvoll, den Bereich der sexuellen Störungen und deren Therapie in einen nicht kontrollierten und nicht evaluierten Versorgungsbereich auszulagern?

Patientinnen und Patienten berichten häufig, dass sie sich mit sexuellen Problemen in unserem Gesundheitssystem nicht ernst genommen fühlen. Abwertende Kommentare oder ins Lächerliche gehende Aussagen scheinen zum gängigen Erfahrungsschatz von Hilfesuchenden zu gehören.

Aber auch innerhalb der sog. Richtlinienpsychotherapie offenbart sich kein einheitlicher Umgang mit dem Thema: Wird dieser Störungsbereich isoliert und individuell therapeutisch behandelt? Oder gehört in jedem Fall

die Einbeziehung des Partners bzw. der Partnerin als Voraussetzung für eine Therapie dazu?

Nur wenige Bereiche unseres Tätigkeitsfeldes unterliegen so vielen moralischen und gesellschaftlichen Normierungen, inklusive deren Wandel, wie die Sexualität. Kann man bei Sexualität überhaupt einen Normbegriff entwickeln, den man möglicherweise braucht, um darauf aufbauend eine Störung definieren zu können, oder reichen uns die subjektiven Angaben von Betroffenen, was sie selbst als gestört empfinden?

Können wir aber von einer Störung sprechen, wenn bei einer Frau das sexuelle Verlangen und die Lubrifikation in einer Beziehung ausbleibt, in der sie zunehmend den Eindruck hat, nur benutzt zu werden? Oder wenn bei einem Mann Erektionsprobleme nur beim Zusammensein mit seiner Partnerin, nicht aber bei Masturbation auftreten? Oder haben wir es hier mit einer „gesunden“ psychosomatischen Reaktion zu tun, die ihren Ursprung in der Beziehung und nicht in der Funktion hat?

Sprechen wir von sexueller Störung, wenn sich ein junger Mann mehrmals täglich unter Zuhilfenahme von Internetstimulation befriedigt und dies für nicht normal hält? Oder wenn eine Frau in erotischen Chatrooms mit fremden Männern kommuniziert, erregt wird und dies danach als verwerflich beurteilt?

Hat Internetpornografie und die dadurch entstandene leichte Verfügbarkeit von Stimulationsmaterial eher mehr sexuelle Probleme geschaffen, indem sie neue Standards setzt, oder trägt sie dazu bei, Sexualität zu beleben und experimentierfreudiger zu werden?

Darf es Menschen geben, die auf Sexualität überhaupt keinen Wert legen und damit zufrieden sind? Und ist auf der anderen Seite „Sexsucht“ ein hilfreiches pathologisches Konzept?

Und schließlich haben Therapeutinnen und Therapeuten ja auch eigene Vorstellungen von „normaler“ und „gestörter“ Sexualität – wie fließt das eigentlich in unsere Beurteilung bei der Vergabe von Diagnosen aus dem Bereich F52 und in unser therapeutisches Handeln ein?

Sicherlich spannende Fragen, auf die auch dieses Heft keine einfachen Antworten finden lässt. Unser Anliegen ist es jedoch, Themenbereiche, die oft etwas unterzugehen drohen, zu beleuchten und wieder stärker in den Fokus unseres therapeutischen Handelns zu rücken.

Sexualität ist einem rasanten gesellschaftlichen Wandel unterworfen. Die Therapeutengeneration, die noch Ausläufer der „sexuellen Revolution“ erlebt hat, sieht die Thematik möglicherweise anders als die heute ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten. Und

auf Patientinnenseite stellen wir verwundert fest, dass Frauen, von denen man es nicht erwartet hätte, alle 3 Bände von „Shades of Grey“ verschlingen, sich in erotischen Chatrooms aufhalten und „love toys“ im Internet bestellen.

Doch auch diese Entwicklung geht an manchen vorbei, die gerne lustvoller und angstfreier mit dem Thema Sexualität umgehen würden. Deswegen ist es für uns Therapeutinnen und Therapeuten auch wichtig, den Wandel in der Einstellung zur Sexualität nicht mit einem Rückgang der Störungen gleichzusetzen: Möglicherweise vergrößert diese Entwicklung ja eher das Leid, das diejenigen empfinden, die aufgrund psychischer oder körperlicher Erkrankung und Behinderung mit ihrer eigenen Sexualität große Probleme haben. „Sex sells“ mag stimmen, „disturbed sex doesn't“ aber wahrscheinlich ebenso.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine anregende Beschäftigung mit der neuen PiD!



Michael Broda



Wolfgang Senf

Beitrag online zu finden unter  
<http://dox.doi.org/10.1055/s-0033-1348360>