

## Sexuelle Traumatisierung



### **Traumakonfrontation**

*Wie wirkt sie und warum ist sie so wichtig?*

Seite 16

### **Übergriffe in der Therapie**

*Prävention, Beratung und Lösungsansätze*

Seite 54

### **Akutintervention**

*Weichen stellen durch traumasensible Begleitung*

Seite 61

## Abschiedsworte müssen kurz sein wie Liebeserklärungen

Theodor Fontane

Editorial

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

Am 1. März 2000 erschien die erste Ausgabe der PiD mit dem Titel „Posttraumatische Belastungsstörungen“ – mitherausgegeben von Wolfgang Senf. 14 Jahre und 52 Ausgaben später liegt nun wieder ein Traumatisierungsheft vor Ihnen – das letzte Heft, das Wolfgang Senf im Herausgeberteam mit betreute. Er hat sich entschieden, diesen wichtigen Teil seiner beruflichen Tätigkeit zu beenden, nachdem er sich letztes Jahr bereits aus seiner Klinik, aus Forschung und Lehre zurückgezogen hat.

Die PiD trägt seine Handschrift, und er hat sich damit im eigenen Lager nicht nur Freunde geschaffen. Immer auf der Suche danach, was für Patienten am besten und nicht, was schulenkonform ist, immer bereit, die Beschränkungen des eigenen Horizonts zu erweitern: Diesem von ihm propagierten Ansatz sind wir über die ganze Zeit treu geblieben. Der enorme Zuspruch, den wir für dieses Projekt gespürt haben, wird uns auch nach dem Ausscheiden von Wolfgang Senf weiter tragen. Er hat ein stabiles versorgungsorientiertes Fundament geschaffen – auch die über die Zeit gewachsene Freundschaft wird weiter bleiben. Wir sagen Dank für viele spannende, kreative und querdenkende Jahre!

Und Sie, liebe Leserinnen und Leser, können gleich neue Aspekte zu einem Thema aufnehmen, das in diesen letzten 14 Jahren eine sehr differenzierte Entwicklung genommen hat.

Ich wünsche Ihnen eine gewinnbringende Lektüre der neuen Ausgabe der PiD!

Ihr

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).



**Prof. Dr. med. Volker Köllner (\*1960)**

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



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

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



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

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



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

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



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

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

**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, Erfurt

Sabine Herpertz, Heidelberg  
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen  
Peter Joraschky, Erlangen  
Annette Kämmerer, Heidelberg  
Jürgen Kriz, Osnabrück  
Friedebert Kröger, Heidelberg  
Johannes Kruse, Gießen  
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt/M.  
Hans Lieb, Edenkoben  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Salzburg  
Babette Renneberg, Berlin  
Dirk Revenstorf, Tübingen  
Wilhelm Rotthaus, Viersen  
Martin Sack, München

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

**Leserbeirat**

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

**Verlag**

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

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

**Indiziert in:** PSYINDEX

# Inhalt

1 • 2014



## Für Sie gelesen

- 6** Gesundheitsökonomie –  
Sind Verlängerungen der Psychotherapie effektiv?
- 7** Anorexia nervosa –  
Psychotherapie kann nachhaltige Erfolge bewirken
- 8** Soziale Phobie bei Jugendlichen –  
Einzeltherapie nach Clark und Wells ist effektiver  
als Kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe
- 9** Somatoforme Störungen  
– Suizidgedanken können auch Folge einer  
dysfunktionalen Krankheitswahrnehmung sein

## Alles was Recht ist

- 10** Das Patientenrechtegesetz –  
Ein Schritt zur Stärkung des mündigen Patienten



## Sexuelle Traumatisierung

Das Thema sexuelle Traumatisierung findet ein großes öffentliches Interesse – und ist auch in der Mitte der Psychotherapie und der Psychotherapieforschung angekommen, wie die Beiträge zum Schwerpunktthema dieses Heftes zeigen.

### Editorial

- 12** Unsägliches aussprechen und zum Thema machen

### Essentials

- 16** Sexuelle Traumatisierung –  
Konfrontationsorientierte Therapie  
*Anne Boos, Sabine Schönfeld*
- 22** Sexuelle Traumatisierung –  
Psychodynamische Aspekte  
*Wolfgang Wöllner*

### Aus der Praxis

- 28** Sexuelle Störungen als Folge sexueller  
Traumatisierungen  
*Martin Sack, Melanie Büttner*
- 32** Sexuelle Traumatisierung – Schmerz und  
Somatisierung als Folge  
*Ulrich T. Egle, Doris Klinger, Marie-Luise Ecker-Egle,  
Burkhard Zentgraf*
- 36** Das Gefühl des Beschmutzt-Seins nach  
sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter  
*Kerstin Hadouch, Regina Steil*

- 40 Sexuell traumatisierte Kinder und Jugendliche –  
Praxiserfahrungen aus der Traumatherapie  
*Petra Sieckel*
- 44 Sexuelle Traumatisierung bei Heimkindern  
*Annika Münzer, Lutz Goldbeck*
- 47 Sexuelle Traumatisierung bei Jungen und Männern  
*Reinhard Drobetz, Julia Schellong*
- 50 Wenn der Therapeut zum Täter wird  
*Wolfgang Trabert*
- 54 Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie  
*Andrea Schleu*
- 58 Sexuelle Gewalt – Institutionelle Hilfen für Opfer  
außerhalb von Medizin und Psychotherapie  
*Angelika Treibel*
- 61 Akutintervention nach sexueller Gewalt  
*Julia Schellong*
- 64 Ego-State-Therapie bei sexueller Traumatisierung  
*Jochen Peichl*
- 68 Psychotherapie verurteilter Sexualstraftäter  
*Heinz Rüdell*
- 70 Zur Versorgung von Menschen mit psychischen  
Störungen nach sexueller Traumatisierung  
*Bettina Wilms, Michael Broda, Andrea Dinger-Broda,  
Volker Köllner*

**Über den Tellerrand**

- 78 Sexuelle Reviktimisierung  
*Estelle Bockers, Christine Knaevelsrud*
- 84 Wie Pseudoerinnerungen entstehen können  
*Renate Volbert*
- 86 Neurobiologische Folgen sexueller Traumatisierung  
*Christian Schmahl, Julia I. Herzog*

90 **CME-Fragen**



**Interview**

- 92 Johannes-Wilhelm Rörig: „Ich sehe mich als  
Unterstützer für die Belange der Betroffenen“

**Dialog Links**

- 96 Internetseiten zum Thema sexuelle Traumatisierung  
*Rebekka Neu*

**Dialog Books**

- 100 Sexuelle Traumatisierung – Bücher zum Thema  
*Katharina Gladisch*

**Resümee**

- 104 Gegen den Missbrauch – für die Betroffenen

**Ein Fall – verschiedene Perspektiven**

- 106 Fallbericht: Elektiver Mutismus –  
„Ich habe große Angst, etwas falsch zu machen...“



**Sehenswert**

- 110 Shame – Die Einsamkeit eines Sex-Süchtigen

**Backflash**

- 111 Monsieur Hugo

3 Herausbergremium

- 112 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

# Gesundheitsökonomie

## Sind Verlängerungen der Psychotherapie effektiv?

*In Zeiten hohen Kostendrucks stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen Psychotherapeuten einen Verlängerungsantrag stellen und ob zusätzliche Psychotherapiestunden sinnvoll sind. U. Altmann und Kollegen der Universität Jena untersuchten unter anderem, ob psychische Beschwerden nach einer Psychotherapieverlängerung weiter zurückgehen.*

Die Studie fand im Rahmen des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern“ (QS-PSY-BAY) statt, das in den Jahren 2007–2011 von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt wurde. An der Studie beteiligten sich 118 Psychotherapeuten im Durchschnittsalter von 50,7 Jahren, 55 % davon weiblich.

Die untersuchten Patienten waren zu Studienbeginn zwischen 17 und 77 Jahre alt (Durchschnittsalter: 40,6 Jahre), 76 % waren Frauen. Die meisten Patienten begaben sich aufgrund depressiver Störungen in Therapie (49 %). 19 % der Patienten wurden aufgrund von Angststörungen behandelt, 5 % wiesen somatoforme Störungen und 26 % andere Störungen auf.

Die Autoren erfassten die Lebensqualität, die Depressivität, die Ängstlichkeit, die körperlichen Beschwerden und den Stresslevel der Patienten. Hierzu nutzten sie u. a. den Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL-K) sowie das Helping Alliance Questionnaire (HAQ-D), um die Zufriedenheit von Therapeut und Patient mit dem Erfolg der Therapie und der therapeutischen Beziehung zu analysieren. Außerdem dokumentierten die Autoren das Strukturniveau der Patienten nach OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik).

### Weibliche Psychotherapeuten stellen häufiger einen Verlängerungsantrag

Es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Therapieverlängerung umso größer war, je höher die Werte auf der Stress-Skala des PHQ zum Zeitpunkt der Verlängerung lagen (Beispiel 1. Therapieverlängerung:  $\exp(b)=2,780$ ,  $p=0,018$ ). Die Verlängerung wurde auch sehr wahrscheinlich, wenn der Patient und der Therapeut mit der therapeutischen Beziehung zufrieden waren ( $\exp(b)=2,237$ ,  $p=0,000$  [Patient] bzw.  $\exp(b)=6,093$ ,  $p=0,000$  [Therapeut]).

Therapeutinnen beantragten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Verlängerung als ihre männlichen Kollegen ( $\exp(b)=2,807$ ,  $p=0,000$ ). Außerdem war die Wahrscheinlichkeit für eine Verlängerung hoch, wenn der Patient aufgrund psychischer Beschwerden zuvor stationär behandelt worden war und wenn er ein mäßiges Strukturniveau gemäß OPD aufwies.

Gab es Hinweise auf eine körperliche Erkrankung zu Beginn der Therapie, so nahm die Wahrscheinlichkeit für eine Therapieverlängerung ab. Es wurde außerdem deutlich, dass die jeweiligen Therapeuten wiederholt eine bestimmte Tendenz hatten, eine Therapie zu verlängern oder nicht.

Mindestens eine Therapieverlängerung wurde bei 530 der 810 Patienten beantragt (65,4 %) – und diese lohnte sich: Am Ende der verlängerten Therapie wiesen die Patienten ähnliche niedrige Symptomwerte auf wie Patienten ohne Therapieverlängerung. Der Antrag auf Therapieverlängerung wurde unabhängig von Alter, Geschlecht und Familienstand des Patienten gestellt.

### Fazit

Psychische Beschwerden gingen in der Studie nach einer Verlängerung der Psychotherapie deutlich zurück. Trotz bürokratischer Hürden scheuten sich die Therapeuten nicht, eine Verlängerung zu beantragen, wenn bei den Patienten nach der ersten Therapiephase noch nicht ein Mindestmaß an psychischer Gesundheit erreicht wurde, stellen die Autoren fest. Bei Patienten mit starker Symptomstärke und mittlerem Strukturniveau war die Wahrscheinlichkeit besonders hoch, dass die Therapeuten einen Verlängerungsantrag stellten.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Altmann U et al. Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychother Psych Med*; DOI: 10.1055/s-0033-1357134

Beitrag online zu finden unter  
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370798>

# Anorexia nervosa

## Psychotherapie kann nachhaltige Erfolge bewirken



Aus den Fesseln der Magersucht befreien – welche Therapieformen kann dies am ehesten leisten?  
(Bild: © Kzenon / Fotolia.com).

*Verschiedene internationale Guidelines sehen Psychotherapie als Behandlung der Wahl bei Anorexia nervosa. Unklar ist bislang allerdings, welche Art von Psychotherapie am effektivsten ist. Eine deutsche Multicenter-Studie hat jetzt psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und die übliche Basistherapie miteinander verglichen.*

In der ANTOP-Studie (Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients) an 10 deutschen Kliniken erhielten 242 erwachsene Anorexie-Patientinnen randomisiert über 10 Monate entweder eine fokale psychodynamische Therapie (n=80), eine kognitive Verhaltenstherapie (n=80) oder eine optimierte konventionelle Behandlung mit hausärztlicher Betreuung und der Empfehlung, sich selbst einen ambulanten Therapieplatz zu suchen (n=82).

### Nachhaltige Gewichtszunahme

Gegen Ende der Behandlung hatten die Teilnehmerinnen aller Gruppen leicht an Gewicht zugelegt: Bei den Frauen mit psychodynamischer Therapie lag der Body-Mass-Index (BMI) im Schnitt  $0,73 \text{ kg/m}^3$  höher, in der Verhaltenstherapie-Gruppe  $0,93 \text{ kg/m}^3$  und in der klassischen Gruppe  $0,69 \text{ kg/m}^3$  höher

als zu Beginn. Das Follow-up 12 Monate später zeigte, dass der Trend erhalten blieb (BMI +1,64, +1,30 bzw. +1,22  $\text{kg/m}^3$ ). Bei einem Ausgangs-BMI von durchschnittlich 16,7 kamen viele Patientinnen so bereits in den Bereich des Normalgewichts.

Insgesamt war die Gewichtszunahme in allen 3 Gruppen vergleichbar. Es zeigt sich aber eine Tendenz zu einem schnelleren Erfolg in der Verhaltenstherapie-Gruppe. Auch der Therapieerfolg insgesamt, in den neben dem Gewichtsverlauf ein psychopathologischer Befund einging, unterschied sich zunächst kaum zwischen den verschiedenen Therapiegruppen. Gegen Ende des Follow-ups nach einem Jahr erwies sich die psychodynamische Therapie im Vergleich zur Basistherapie als erfolgreicher: Während in der Basistherapie-Gruppe 13% der Teilnehmerinnen eine vollständige Genesung erreichten, waren es in der Gruppe mit psychodynamischer

Therapie 35% ( $p=0,036$ ) – ein hoher Wert für die Therapie einer Anorexia nervosa.

Psychodynamische Therapie beschäftigt sich v.a. mit menschlichen Beziehungen. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie ist sie weniger direktiv. Da Autonomie für Anorexie-Patientinnen ein besonders wichtiges und schwieriges Thema ist, vermuten die Studienautoren hier einen möglichen Vorteil der psychodynamischen Therapie.

### Fazit

Alle verwendeten Therapieprotokolle, die manualisierten Studientherapien wie die optimierte konventionelle Behandlung, haben in der ANTOP-Studie zu einer relevanten Gewichtszunahme und zur Verbesserung der allgemeinen und essstörungsspezifischen Psychopathologie geführt – sowohl zu Therapieende als auch während des 1-jährigen Katamnese-Zeitraums. Es gab keine schweren Nebenwirkungen, und die Therapieakzeptanz und die Compliance waren hoch. Die meisten Patientinnen hatten jedoch weiterhin Symptome einer Anorexia nervosa, und etwa ein Fünftel der Patientinnen erfüllten zum Katamnesezeitpunkt nach wie vor deren volle Kriterien. Zudem erhielten viele Patientinnen neben der ambulanten Therapie auch stationäre Behandlungen. Die Ergebnisse sind für eine schwere, langdauernde Erkrankung wie die Anorexia nervosa ermutigend, doch besteht noch Raum für Verbesserung.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Zipfel S et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 127–137

Beitrag online zu finden unter  
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370899>

# Soziale Phobie bei Jugendlichen

## Einzeltherapie nach Clark und Wells ist effektiver als Kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe

*Eine soziale Phobie kann Jugendliche in ihrem Sozial- und Schulleben enorm beeinträchtigen. Bisherige Studien zur Effektivität der Verhaltenstherapie beziehen sich jedoch mehrheitlich auf Erwachsene mit sozialer Phobie. J. M. Ingul und Kollegen haben nun in einer randomisierten Studie die Effekte der Einzel-Verhaltenstherapie nach Clark und Wells bei Jugendlichen untersucht und mit den Effekten einer Gruppentherapie verglichen.*

Die Autoren führten ihre Studie mit Schülern der 8.–10. Klassen durch, die alle an einer sozialen Phobie als Hauptstörung litten. Sie waren durchschnittlich 14,5 Jahre alt. 57 Schüler konnten bis zum Follow-up nach einem Jahr begleitet werden, 32 davon waren Mädchen (56%). 65% der Schüler wiesen mindestens eine komorbide Störung auf, z. B. eine spezifische Phobie (49%) oder eine generalisierte Angststörung (28%).

Die Autoren verwendeten verschiedene Messinstrumente, z. B. das Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). Dieses Inventar lieferte das Haupt-Outcome-Maß der Studie. Weiterhin kamen u. a. der Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Child Version (ADIS-C) sowie die Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) zum Einsatz.

In der Gruppentherapie wurde eine Manual-basierte Therapie angeboten (Cognitive Behavioral Treatment of Anxious Adolescents, C.A.T.). Die Jugendlichen der Gruppen-CBT besuchten 10 Sitzungen à 90 Minuten, jede Gruppe bestand aus 4–6 Teilnehmern. Auch die Placebositzungen wurden 10-mal angeboten und dauerten

jeweils 90 Minuten. Die mittels Einzeltherapie nach Clark und Wells behandelten Jugendlichen erhielten 12 Sitzungen über jeweils 50 Minuten.

- ▶ In der CBT-Gruppe konnten die Autoren anhand von SPAI-C und STABS keine signifikanten Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich feststellen. Allerdings zeigte sich im 1-Jahres-Follow-up eine signifikante Symptomreduktion im Vergleich zur Situation vor Therapiebeginn (SPAI-C:  $t(14)=2,45, p<0,05$ ).
- ▶ In der Placebogruppe hatten sich die Symptome nach der Behandlung signifikant reduziert (SPAI-C:  $t(14)=2,37, p<0,05$ ; STABS:  $t(13)=3,61, p<0,01$ ).
- ▶ Die CBT-Einzeltherapie-Studiengruppe zeigte am Behandlungsende einen deutlichen Symptomrückgang [SPAI-C:  $t(20)=8,47, p<0,001$ ; STABS:  $t(20)=8,12, p<0,001$ ]. Auch im Follow-up nach einem Jahr waren die Effekte nachweisbar.

Die RCI (Reliability Change Index)-Analysen ergaben: Aus der Gruppe der mit Einzeltherapie behandelten Jugendlichen wiesen 69,8% am Behandlungsende eine klinisch signifikante Symptomverbesserung auf. Im Follow-up blieb diese Verbesserung bei

51,4% bestehen. Aus der CBT-Gruppe zeigten 21,1% am Therapieende eine signifikante Symptomverbesserung und 13% der Jugendlichen im Follow-up. Doch auch 27,8% der Jugendlichen aus der Placebogruppe wiesen am Behandlungsende eine klinisch relevante Symptomverbesserung gemäß RCI-Analyse auf.

### Fazit

Die individuelle Verhaltenstherapie nach Clark und Wells zeigt bei Jugendlichen im Alter von durchschnittlich 14 Jahren eine gute Wirksamkeit. Im Vergleich zu Jugendlichen, die eine CBT- oder eine Placebogruppentherapie erhielten, reduzierten sich die Symptome bei den individuell behandelten Jugendlichen deutlich stärker. Dieser Effekt war auch im Ein-Jahres-Follow-up noch nachweisbar.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Ingul JM et al. A Randomized Controlled Trial of Individual Cognitive Therapy, Group Cognitive Behaviour Therapy and Attentional Placebo for Adolescent Social Phobia. *Psychother Psychosom* 2014; 83: 54–61

Beitrag online zu finden unter  
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370800>

### 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](mailto:pid@thieme.de), und wir stellen die Studie in einem der nächsten Hefte in dieser Rubrik vor. Wir freuen uns auf Ihre Tipps!

# Somatoforme Störungen

## *Suizidgedanken können auch Folge einer dysfunktionalen Krankheitswahrnehmung sein*



Somatoforme Störungen sind sehr häufig – und nicht selten mit Suizidgedanken oder gar -versuchen verbunden (Bild: © Seub / Fotolia.com).

*Fast jeder 4. Patient mit medizinisch nicht erklärbaren chronischen körperlichen Symptomen hat Suizidgedanken, jeder 6. hat bereits einen Suizidversuch hinter sich. Die Autoren einer deutsch-niederländischen Studie haben ein Modell entwickelt, wie somatoforme Störungen und Suizidalität zusammenhängen könnten.*

In einer Querschnittstudie füllten 1645 norddeutsche Patienten beim Besuch ihres Hausarztes oder ihrer Hausärztin einen kurzen Fragebogen aus. 142 Patienten mit einer somatoformen Störung stellten sich für ein Telefoninterview zur Verfügung. Im Interview gaben 23,9% der Befragten an, in den vergangenen 6 Monaten Suizidgedanken gehabt zu haben. 17,6% hatten bereits einen Suizidversuch hinter sich, die meisten von ihnen nach Beginn der körperlichen Symptome.

In der statistischen Analyse zeigte sich, dass Patienten mit depressiven Symptomen und solche mit einem Suizidversuch in der

Anamnese deutlich häufiger Selbstmordgedanken hatten (Odds Ratio 1,17 bzw. 3,02). Symptome einer Angststörung spielten hingegen keine Rolle für die Wahrscheinlichkeit von Suizidgedanken.

In einem 2. Schritt ergänzte das Forschungsteam das statistische Modell um Angaben zur Krankheitswahrnehmung und zum Alter bei Symptombeginn. Nun ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede für Patienten mit Symptomen einer Depression (OR 1,15) und einer dysfunktionalen Krankheitswahrnehmung (OR 1,06). Andere Faktoren wirkten sich dagegen nicht signifikant aus.

Das kognitive Suizidalitätsmodell, das A. Wenzel und A.T. Beck 2008 in der Zeitschrift *Applied and Preventive Psychology* vorgestellt haben, geht davon aus, dass eine dysfunktionale kognitive Verarbeitung der patientenspezifischen Symptome Suizidgedanken aktivieren kann, je nach Stressniveau und Vulnerabilität des Betroffenen. Die Ergebnisse der aktuellen Studie bestärken die Autoren darin, dass dieses Modell einen Ansatzpunkt bietet, eine erhöhte Suizidalität auch bei Patienten ohne psychiatrische Symptome zu erklären: Die dysfunktionale Wahrnehmung medizinisch nicht erklärbarer körperlicher Symptome begünstigt – zumindest bei stärkerer Ausprägung – Suizidgedanken.

### Fazit

Somatoforme Störungen sind außerordentlich häufig (in dieser Studie wiesen 267 von 1645 gescreenten Patienten in hausärztlichen Praxen Hinweise auf – das sind 16%). Das vermehrte Vorkommen von Suizidgedanken bei ihnen ist nach Ansicht der Autoren nicht eine bloße Folge psychiatrischer Komorbidität. Zwar haben Patienten mit depressiven Symptomen häufiger Suizidgedanken, aber auch eine dysfunktionale Krankheitswahrnehmung stellte sich als eigenständiger Risikofaktor heraus. Zu wissen, wie ein Patient seine körperlichen Symptome und das Fehlen einer passenden Diagnose bewertet, kann deshalb vermutlich helfen, seine Suizidalität einzuschätzen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Wiborg JF et al. Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. *Psychosom Med* 2013; 75: 800–806

Beitrag online zu finden unter  
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370801>

# Das Patientenrechtegesetz

## Ein Schritt zur Stärkung des mündigen Patienten

*Mit dem Patientenrechtegesetz hat der Gesetzgeber einen neuen Untertitel „Behandlungsvertrag“ im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) eingefügt. Damit hat er weitgehend die bisherige Rechtsprechung zusammengefasst und festgehalten. Inhaltlich geht nun auch der Gesetzgeber vom paternalistisch geprägten Verhältnis zwischen Behandelnden und Patienten über zu einem Bild des mündigen Patienten und der informierten Entscheidung.*

### Informationspflichten (§ 630c BGB)

Der Behandelnde hat die Pflicht, zu Beginn der Behandlung und – soweit erforderlich – auch in ihrem Verlauf dem Patienten bzw. der Patientin sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern (§ 630c BGB). Die Information kann ausnahmsweise entfallen, wenn sie aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

### Einwilligung und Aufklärung (§§ 630d und 630e BGB)

Ist die Einwilligung eines Patienten in die Durchführung einer „medizinischen Maßnahme“ (und darunter fällt auch eine Psychotherapie) wirksam? Bei dieser Frage ist entscheidend, ob der Patient ausreichend aufgeklärt wurde, denn die Wirksamkeit der Einwilligung setzt eine ordnungsgemäße Aufklärung voraus. Von der Aufklärung kann (und muss ggf.) unter denselben Voraussetzungen Abstand genommen werden, wie sie für die Information gelten.

### Dokumentation und Einsichtnahme (§§ 630f und 630g BGB)

Der Behandelnde ist auch verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zur Behandlung eine Patientenakte zu führen, sei es in Papierform oder elektronisch. In der Patientenakte müssen sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufgezeichnet werden. Berichtigungen und Änderungen sind nur dann zulässig, wenn – neben dem ursprünglichen Inhalt – erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.

---

**Die Dokumentation dient dazu, eine sachgerechte therapeutische Behandlung und Weiterbehandlung zu gewährleisten. Daneben dient sie der Wahrung des Persönlichkeitsrechts des Patienten und (zumindest faktisch) der Beweissicherung.**

---

Unmittelbar im Zusammenhang damit steht die Frage, ob und wann Patienten in die Patientenakte Einsicht nehmen dürfen. Hierzu normiert das Gesetz: „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die voll-

ständige ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige Rechte Dritter entgegenstehen.“

Das Gesetz nennt somit 2 Ausnahmen vom Einsichtnahmerecht:

1. Die erste Ausnahme sind entgegenstehende „erhebliche“ therapeutische Gründe. Diese Ausnahme ist eng auszulegen. Es reicht also nicht aus, dass es „besser“ wäre, der Patient würde auf eine Einsichtnahme verzichten. Vielmehr muss eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit zu befürchten sein, und es muss dafür konkrete Anhaltspunkte geben. Dabei ist zu beachten, dass die Einsichtnahme immer nur so weit eingeschränkt werden kann, wie es zur Abwehr dieser Gefährdung erforderlich ist. Insbesondere kommt in Betracht, dass die Einsichtnahme zwar gewährt wird, aber nur im Beisein des Psychotherapeuten. Auch kann die Einsichtnahme ggf. durch einen Dritten erfolgen, z. B. einen anderen Psychotherapeuten.
2. Eine Ausnahme vom Einsichtnahmerecht des Patienten zum Schutz erheblicher Rechte Dritter kommt insbesondere dann in Betracht, wenn Bezugspersonen, die in die Behandlung einbezogen wurden, etwas erzählen, das für die Thera-