



Psychotherapie im Dialog

1 · 2018

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Emotionen

Emotionale Stressverarbeitung

Das Modell der
Belastungskaskade

Seite 40

Emotionsregulation

Wie kann sie flexibilisiert
werden?

Seite 51

Psychodrama

Emotional verdichtete
Arbeit auf der Bühne

Seite 89





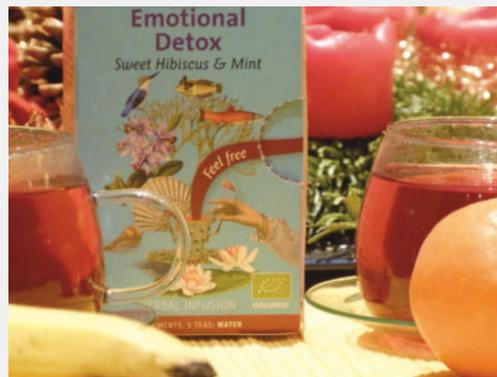
Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

Krankheiten sind Symptome von nicht gelebten Emotionen.

Unbekannt

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Eine Emotionsregulationsmöglichkeit ganz besonderer Art bietet unser Biomarkt um die Ecke an: eine Teemischung namens „Emotional Detox“. Im Vergleich mit einer aufwendigen Psychotherapie nicht ohne Charme – Sie benötigen nur noch eine Tasse heißen Wassers...



Für alle, die von der Wirkung dieses Tees noch nicht völlig überzeugt sind, haben wir ein Themenheft im Angebot, das Ihnen den aktuellen Wissensstand zu unserer Gefühlswelt und ihrer Beeinflussbarkeit näherbringt.

Nun haben Sie die Wahl: mit der Emotion der Vorfreude gleich dieses Heft zur Hand nehmen oder doch lieber abwarten und Tee trinken?

Viele Grüße
Ihr
Michael Broda



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.



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

Schriftleitung, * 1952, 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. 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 ist Abteilungsleiter des Lehrstuhls für Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie an den Universitäten Zürich und Leiter der am Lehrstuhl angegliederten Spezialpraxis für generalisierte Angststörungen.



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 Rehazentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



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-Grefe, 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, Psychotherapie und Psychosomatik 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, 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 Herpertz, 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 Schübler, 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: PSYNDEX

PiD

Psychotherapie im Dialog

März 2018 · 19. Jahrgang · Seite 1–136



Emotionen

Bei fast allen psychotherapeutischen Prozessen spielen Emotionen eine zentrale Rolle – darin stimmen die einzelnen psychotherapeutischen Schulen heute, trotz der jeweils unterschiedlichen Betrachtung von Emotionen, überein. Therapeuten benötigen daher ein fundiertes Wissen: Wie entstehen Emotionen? In welchem Zusammenhang stehen sie mit Kognitionen? Und wie können sie therapeutisch effektiv genutzt und bearbeitet werden? PiD trägt Hintergründe, Konzepte und praktische Möglichkeiten der Arbeit mit Emotionen zusammen.

- 7 **Für Sie gelesen | Für 30% der PTBS-Patienten kein traumafokussiertes Konfrontationsverfahren geplant**
- 8 **Für Sie gelesen | Schmerzbewältigung: Gute Soforteffekte durch Achtsamkeit und Selbsthypnose**
- 9 **Für Sie gelesen | Dauertherapie mit Antidepressiva auf dem Vormarsch**
- 10 **Für Sie gelesen | Behandlung depressiver Störungen: Hausärzte als „Weichensteller“**
- 11 **Leserbrief | Einbildung oder Realität?**
- 12 **Alles was Recht ist | Supervision: rechtliche Aspekte**

Emotionen

- 15 **Editorial | Regulieren statt Strukturieren?** Maria Borcsa, Michael Broda
- 16 **Essentials | Emotionen** Katharina Senger
- 19 **Standpunkte | Kognition und Emotion** Vera C. Baumgartner, Stefan G. Hofmann
- 27 **Standpunkte | Emotionsregulation – Trend in der Psychotherapie** Claas-Hinrich Lammers, Matthias Berking
- 35 **Standpunkte | Emotionsregulation und Bindungsmuster** Reinhard Plassmann
- 40 **Standpunkte | Belastungskaskade emotionaler Stressverarbeitung – Ein transnosologisches Ätiologiemodell** Martin Wendisch
- 46 **Aus der Praxis | Emotionen und Affekte: Unterschiede im Psychotherapieprozess** Rainer Sachse
- 51 **Aus der Praxis | Emotionen als Ressourcen in der psychotherapeutischen Praxis – eine Reise** Jan Glasenapp
- 56 **Aus der Praxis | Ko-respondenz macht Gefühle ... und Gender färbt sie ein** Brigitte Schigl

- 61 **Aus der Praxis | Kulturelle Aspekte von Emotionen**
Jan Ilhan Kizilhan
- 66 **Aus der Praxis | Emotionen und Übertragungskonzept**
Dunja Voos
- 72 **Aus der Praxis | Therapie von Scham und Schuld – ein integrativer Ansatz mit emotionsbezogenem Vorgehen** Maren Lammers
- 77 **Aus der Praxis | Training emotionaler Kompetenzen**
Matthias Berking, Sinja Hondong
- 83 **Aus der Praxis | Gibt es eine affektive Wende in der Systemischen Einzeltherapie?** Elisabeth Wagner, Ulrike Russinger
- 89 **Aus der Praxis | Emotionen im Psychodrama**
Uwe Reineck, Christoph Buckel
- 93 **Aus der Praxis | Die Rolle der Emotionen in der Gestalttherapie Die Arbeit an der Ausdrucksfähigkeit unserer Gefühle** Hans Peter Dreitzel
- 99 **Aus der Praxis | Verliebtheit in der Psychotherapie**
Tilman Moser
- 104 **Über den Tellerand | Emotionen in Organisationen**
Andreas Bergknapp
- 110 **Über den Tellerand | Entwicklungen, Fehlentwicklungen und Perspektiven in der Psychotherapie** Martin Wendisch
- 115 **CME Fragen**



- 119 **Interview | „Wir sind nie nur Denk-Menschen, sondern immer auch Fühl-Menschen“ – Interview mit Professor Dr. med. em. Dr. h. c. Luc Ciompi** Maria Borcsa
- 121 **Dialog Links | Emotionen – die Eckpfeiler unserer Gesundheit** Judith Held
- 124 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Dominik Henrich
- 128 **Resümee | Am Schluss zählt die Stimmigkeit** Michael Broda, Maria Borcsa

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 130 **Fallbericht Angst, Ärger und Selbstzweifel – „Aus dir wird nie etwas, du Niete.“**

Sehenswert

- 134 **Lou Andreas-Salomé – Als Frau der eigenen Zeit voraus**

Backflash

- 135 **Zeit**

- 136 **Vorschau**

Impressum auf der letzten Seite

Titelbild: © ccvision

Für 30 % der PTBS-Patienten kein traumafokussiertes Konfrontationsverfahren geplant

Equit M et al. Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? Verhaltensther 2017; DOI: 10.1159/000477418

Traumafokussierte/traumaadaptierte Psychotherapien haben sich bei Posttraumatischen Belastungsstörungen als effektiv erwiesen. Jeder PTBS-Patient ohne Kontraindikationen sollte also eine solche Behandlung erhalten. Das klappt aber nach einer aktuellen deutschen Studie nicht – nicht einmal für jene Patienten, die bereits in psychotherapeutischer Behandlung sind.

Aktuellen epidemiologischen Studien zufolge leiden 1–3 % der deutschen Bevölkerung unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Als therapeutische Verfahren bei PTBS haben sich vor allem traumafokussierte/traumaadaptierte Psychotherapien wie kognitiv-behaviorale Verfahren oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als effektiv erwiesen. Die in Deutschland verbreitete Psychodynamische Imaginative Traumatherapie (PITT) ist zwar auch wirksam, jedoch deutlich weniger effektiv. Die traumafokussierten Konfrontationstherapien sind deshalb sowohl nach den deutschen S3-Leitlinien der AWMF als auch nach internationalen Leitlinien Methoden der ersten Wahl. Kommen sie auch in der Praxis zur Anwendung?

Eine deutsche Studie hat Berichte an Gutachter ausgewertet, um dieser Frage auf den Grund zu gehen. 1053 Berichte wurden untersucht – ursprünglich geschrieben für die Bewilligung einer Verhaltenstherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. In 167 dieser Anträge wurde ein traumatisches Ereignis, die Diagnose PTBS oder eine traumaspezifische Behandlung genannt.

70,3 % der PTBS-Patienten werden richtig behandelt

74,3 % der Behandlungspläne stufen die Gutachter als leitlinienkonform ein – all

jene, die bei gesicherter PTBS ein traumafokussiertes Konfrontationsverfahren planen, und all jene, die bei Patienten ohne PTBS keine entsprechende Therapie vorsahen. Für 70,3 % der PTBS-Fälle war ein Konfrontationsverfahren geplant. Das ist sehr viel mehr als in früheren Erhebungen, bedeutet aber, dass für knapp 30 % der PTBS-Patienten kein entsprechendes Verfahren vorgeschlagen wird.

Nun gibt es Kontraindikationen für eine traumaspezifische Konfrontationstherapie – etwa mangelnde Affekttoleranz, akute Psychosen oder lebensgefährliche Suizidversuche. In den Berichten an die Gutachter wurde jedoch keine dieser Kontraindikationen genannt.

Möglicher Grund: mangelnde Erfahrung

In früheren Studien wurden als Hindernisse für die Anwendung einer traumafokussierten Therapie v. a. mangelnde Vertrautheit mit dem Verfahren bzw. generell mangelnde psychotherapeutische Erfahrung, Ablehnung eines manualisierten Vorgehens und die Angst vor Dekompensation oder Retraumatisierung der Patienten angegeben. Viele Psychotherapeuten berichteten außerdem von eigenen Ängsten, traumatische Ereignisse direkt anzusprechen, und ihrer Sorge, dadurch zu einer Symptomverschlimmerung beizutragen.

Gerade die mangelnde Vertrautheit mit Traumaexpositionsverfahren ist nach Ansicht der Autoren beachtenswert. Sie empfehlen eine Erweiterung des Curriculums in der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten – und insbesondere praktische Übungen zur Durchführung traumaspezifischer Konfrontationsverfahren.

Eine therapeutische Verweigerung einer Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen sehen sie kritisch – sie berge nicht zuletzt die Gefahr einer iatrogenen Katakrophisierung erinnelter traumatischer Erlebnisse, die in der Folge beim Patienten zu

Selbstabwertungen und einer Verstärkung des Vermeidungsverhaltens führen könnten. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Studie keine Aussage dazu erlaubt, warum im Behandlungsplan keine Traumakonfrontation berücksichtigt wurde und dass weitere Studien zu deren Motiven erforderlich sind.

FAZIT

30 % der PTBS-Patienten erhalten keine traumaspezifische Therapie – berücksichtigt man, dass hier nur die Therapieplanung für solche Patienten untersucht wurden, die bereits in therapeutischer Behandlung sind, vermutlich noch viel mehr. Die hohe Quote an Patienten ohne Konfrontation ist gerade auch deshalb erstaunlich, weil nur Verhaltenstherapien untersucht wurden. Wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung ist nach Ansicht der Autoren eine umfassendere Berücksichtigung entsprechender Therapieverfahren in der psychotherapeutischen Ausbildung.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Schmerzbewältigung: Gute Soforteffekte durch Achtsamkeit und Selbsthypnose

Garland EL et al. Randomized Controlled Trial of Brief Mindfulness Training and Hypnotic Suggestion for Acute Pain Relief in the Hospital Setting. *J Gen Intern Med* 2017; 32: 1106–1113

Achtsamkeit kann das Schmerzempfinden positiv beeinflussen. Was aus experimentellen Settings bereits bekannt war, hat eine US-Studie jetzt auch für Klinikpatienten mit starken Schmerzen bestätigt. Auch Selbsthypnose schnitt gut ab.

Achtsamkeit lindert das Schmerzempfinden, indem sie die Akzeptanz der unangenehmen Empfindungen fördert. Hypnotische Suggestion verändert die Schmerzwahrnehmung im Gehirn. Beide haben sich in Studien schon als hilfreich bei der Bewältigung akuter Schmerzen gezeigt – Achtsamkeit allerdings bisher nur in experimentellen Settings mit künstlichen Schmerzreizen.

Garland et al. haben sich jetzt an Krankenhauspatienten gemacht. Von denen leidet etwa die Hälfte während des Klinikaufenthalts unter akuten Schmerzen. 244 dieser Patienten eines Universitätsklinikums in Salt Lake City, die über „unerträgliche Schmerzen“ oder „unzureichend behandelte Schmerzen“ klagten, erhielten 15-minütige Interventionen durch Krankenhaussozialarbeiter am Krankenbett: randomisiert Achtsamkeitsübungen (fokussierte Aufmerksamkeit auf Atmung und Körperwahrnehmung, mit Akzeptanz unangenehmer Empfindungen), hypnotische Suggestion (Selbsthypnose mit Induktion von Wärme-, Kälte- und Kribbelgefühl) oder Psychoedukation (Beratung zu Schmerzbewältigungsstrategien wie Dehnung, Kompressen etc.).

Wirkung entspricht der von Oxycodon

Bei Patienten, die zu Achtsamkeit oder Selbsthypnose angeleitet worden waren, sank die Schmerzintensität gleich nach der Intervention deutlicher als nach Psychoedukation ($p < 0,001$, Schmerzreduktion in der Achtsamkeit-Gruppe 23 %, in der Hypnose-Gruppe 29 %, in der Psychoedukation-Gruppe 9 %). Auch die Unan-



Nicht nur Medikamente helfen gegen Schmerzen, sondern auch hypnotherapeutische Interventionen (Quelle: Fesus Robert / Shutterstock).

nehmlichkeit des Schmerzes sank in den ersten beiden Gruppen signifikant stärker als bei bloßer Psychoedukation ($p < 0,001$), ebenso wie der Wunsch nach Opioiden ($p < 0,015$). Entspannung ($p < 0,001$) und unangenehme Körperempfindungen ($p < 0,001$) waren nach Achtsamkeit oder Selbsthypnose ausgeprägter als nach Psychoedukation. Ängstlichkeit wurde in allen drei Gruppen deutlich reduziert.

Obwohl der Effekt auf die Schmerzen insgesamt moderat war, erreichte etwa ein Drittel der Patienten eine mindestens 30-prozentige Schmerzreduktion – das entspricht etwa der Wirkung von 5 mg des stark wirksamen Opioids Oxycodon. Die Schmerzreduktion infolge Psychoedukation entspricht der, die durch Placebo erreichbar ist.

Geringer Aufwand

Bildgebende Verfahren haben gezeigt, dass Achtsamkeit das akute Schmerzempfinden lindert, indem der cinguläre und insuläre Kortex aktiviert werden – Hirnteile, die u. a. für Aufmerksamkeitsprozesse bedeutend sind. Sowohl Achtsamkeit als auch Hypnose drosseln die Aktivität somatosensorischer Repräsentationen im Kortex. Zwischen Achtsamkeit und Hypnose gibt es

Überlappungen. Welche bei der Schmerzreduktion hilfreicher ist, darüber kann die aktuelle Studie mangels statistischer Power keine Aussage machen.

Auch wie lange der schmerzlindernde Effekt anhält, wurde in dieser Studie nicht untersucht. Es ist allerdings anzunehmen, dass die Wirkung einer einmaligen 15-minütigen Anleitung nicht sehr nachhaltig ist. Die Ergebnisse liefern aber Hinweise auf einen deutlichen Soforteffekt der Mind-Body-Interventionen – mit relativ geringem Aufwand durchgeführt. Länger anhaltende Effekte sind bei regelmäßiger Anwendung wahrscheinlich.

FAZIT

Relativ simple Interventionen können das pharmakologische Schmerzmanagement effektiv ergänzen – und möglicherweise unerwünschte Langzeiteffekte starker Schmerzmittel verringern. In eine Psychotherapie oder im psychosomatischen Konsildienst könnten solche Interventionen gut integriert werden.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Dauertherapie mit Antidepressiva auf dem Vormarsch

Huijbregts KM et al. Long-Term and Short-Term Antidepressant Use in General Practice: Data from a Large Cohort in the Netherlands. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 362–369

Antidepressiva (AD) gehören zum Goldstandard der Behandlung von Depressionen und Angststörungen. Gilt diese Medikamentengruppe allgemein als gut untersucht, ist bislang nur wenig über die Anwendungsdauer bekannt. Um die Häufigkeit einer Langzeittherapie mit AD beziffern zu können, haben Huijbregts und sein Team die Daten von 156620 Patienten aus den Niederlanden genauer betrachtet.

In ihrer retrospektiven Kohortenstudie analysierten die Wissenschaftler um Huijbregts die Routine-Daten von insgesamt 34 Arztpraxen in und um Amsterdam in den Niederlanden. Diese umfassten neben Patientencharakteristika wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status auch Art und Dauer im Fall einer medikamentösen Therapie. Für alle Praxen lagen Daten aus dem Zeitraum zwischen 2005 bis 2015 vor, bei 9 von ihnen konnte das Team ebenfalls auf Informationen aus der Dekade zwischen 1995 bis 2005 zurückgreifen. Gegenstand dieser Studie waren neben der Prävalenz einer Langzeittherapie mit AD (LZT) auch unabhängige Prädiktoren für eine langfristige Verschreibung sowie die Entwicklung innerhalb der letzten 20 Jahre bis 2015. Eine LZT definierten die Untersucherinnen und Untersucher als eine Therapie mit AD von mindestens 15 Monaten. Hintergrund dieses Cut-Off-Wertes waren die gängigen Empfehlungen des niederländischen College of General Practice, depressive Episoden für 6 Monate und Angststörungen für 12 Monate zu behandeln. Unter Berücksichtigung einer Phase des „Ausschleichens“ von 3 Monaten ergibt sich die Zahl von 15 Monaten als Schwellenwert.

Langzeit-Anwendung häufiger

Die Daten von 156620 registrierten Patientinnen und Patienten gingen in die Auswertung mit ein, 20612 von ihnen wurden zwischen 2005 und 2015 mindestens einmal

mit AD behandelt. Diese Patientinnen und Patienten waren durchschnittlich 48,8 Jahre alt, mit 63,2 % überwiegend weiblich und wurden häufiger mit Medikamenten aus der Klasse der SSRIs (selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) behandelt (49 %). Eine LZT von über 15 Monaten konnten Huijbregts und sein Team bei 43,4 %, also 9944 Patientinnen und Patienten, konstatieren.

Im direkten Vergleich mit Patientinnen und Patienten, deren antidepressive Therapie kürzer andauerte als 15 Monate, waren Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit LZT signifikant häufiger weiblich, älter und hatten zudem eher die gesicherte Diagnose einer Depression oder Angststörung. In Bezug auf die verordneten Wirkstoffe nahmen Patientinnen und Patienten mit LZT häufiger Paroxetin und Fluoxetin ein als andere AD. Als unabhängige Risikofaktoren für eine LZT konnten die Autorinnen und Autoren insbesondere höheres Alter und eine diagnostizierte Störung identifizieren. Für den sozioökonomischen Status ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen einer Langzeit- und Kurzzeit-Therapie.

Bei den 9 Arztpraxen, von denen Patientendaten von 2 Dekaden vorlagen, ergaben die Auswertungen eine deutliche Zunahme der Häufigkeit einer LZT. Lag die Quote zwischen 1995 und 2005 noch bei 30,3 %, wurden in den folgenden 10 Jahren schon 43,7 % der registrierten Patientinnen und Patienten über 15 Monate mit AD behandelt.

FAZIT

Immer mehr Patientinnen und Patienten mit Depressionen oder Angststörungen werden langfristig mit AD behandelt. Unabhängige Risikofaktoren sind dabei v. a. höheres Alter und eine gesicherte Diagnose. Angesichts schwerer Nebenwirkungen raten die Autorinnen und Autoren zu einer kritischen Beobachtung dieser Entwicklung. AD sollten, sofern medizinisch vertretbar, schnellstmöglich ausgeschlichen werden.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Behandlung depressiver Störungen: Hausärzte als „Weichensteller“

Trautman S et al. The treatment of depression in primary care – a cross-sectional epidemiological study. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 721–728

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Konsultationsanlässen in der primärärztlichen Versorgung. Hausärzte übernehmen dabei eine wichtige Schlüsselrolle. Wie häufig depressive Störungen in Deutschland tatsächlich von ihnen erkannt und behandelt werden, haben Trautman und sein Team jetzt in einer epidemiologischen Querschnittstudie genauer betrachtet.

Diese Stichtagerhebung wurde im Rahmen der sogenannten VERA-Studie durchgeführt, einem mehrstufigen Programm zum „Versorgungsverlauf bei Depressionen in Arztpraxen der Primärversorgung“. 253 zufällig ausgewählte Ärztinnen und Ärzte aus 6 Regionen Deutschlands nahmen an der epidemiologischen Querschnittstudie teil, die Daten der von ihnen behandelten 3563 Patientinnen und Patienten gingen in die Auswertungen mit ein.

Hauptgegenstand war die Prävalenz depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. Weiterhin wurden die Häufigkeit und Art einer Therapie, die Leitlinien-Orientierung eventueller Maßnahmen sowie Charakteristika der Mediziner in die Analysen einbezogen. Um die Depressionshäufigkeit erfassen zu können, setzten Trautman und sein Team bei den Patienten den *Depression Screening Questionnaire* (DSQ) zur Selbstbeurteilung ein, der sich an den aktuellen ICD-10-Kriterien für depressive Episoden orientiert. Zusätzlich wurden die Hausärztinnen und Hausärzte darum gebeten, Vorhandensein und Schweregrad einer depressiven Störung bei ihren Patientinnen und Patienten einzuschätzen.

In Bezug auf die Behandlungsart differenzierten die Autorinnen und Autoren zwischen folgenden Maßnahmen:

- Psychotherapie
- medikamentöse Therapie mit Antidepressiva
- sonstige Behandlung
- keine Therapie



Hausärztinnen und Hausärzte sehen Patienten mit Beschwerden aller Art meist zuerst – auch Patienten mit Depressionen (Symbolbild. Quelle: britta60/Fotolia.com).

Für die statistische Auswertung führten Trautman und Kolleginnen/Kollegen v. a. Häufigkeitsanalysen durch. Um den Einfluss von Arzt-Merkmalen auf Diagnose und Art der Therapie feststellen zu können, wurden diese um eine logistische Regression ergänzt.

Ärztliche Diagnose entscheidend

3211 verwertbare Arzt-Patienten-Angaben konnten eingeschlossen werden. Auf Basis der Selbstbeurteilung mittels DSQ hatten 53,3% der Patientinnen und Patienten zum Stichtag eine depressive Störung. In 79,9% dieser Fälle stellten auch die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte eine entsprechende Diagnose. 92,8% der korrekt identifizierten Patientinnen und Patienten mit Depression erhielten eine Behandlung, unter den nicht erkannten Fällen waren es dagegen nur 47,8%. Über die Hälfte der erkannten Patientinnen und Patienten wurde durch den Arzt selbst therapiert (54,1%), bei 21,2% der Fälle fand eine Überweisung in die spezialisierte Versorgung statt.

Eine leitliniengerechte Therapie mit Antidepressiva oder Psychotherapie stellten die Autorinnen und Autoren bei 40% der Patientinnen und Patienten fest,

unter den Antidepressiva kamen die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) am häufigsten zum Einsatz. Prädiktoren einer leitlinienorientierten Behandlung waren neben dem Erkennen der Depression v. a. die Kenntnis der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung depressiver Störungen von 2014/15 sowie das Vorliegen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

FAZIT

In der primärärztlichen Versorgung in Deutschland sind Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen immer noch unterversorgt. Eine adäquate Behandlung hängt dabei stark von der Diagnose der Behandler und ihrer Kenntnis aktueller Leitlinien ab. Die Autorinnen und Autoren sprechen den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle zu und empfehlen die gezielte Weiterbildung.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Einbildung oder Realität?

Leserbrief zum Beitrag: „Dissoziative Identitätsstörungen“

Im multiprofessionellen Arbeitskreis Rituelle Gewalt in Münster beschäftigen wir uns seit vielen Jahren mit Klienten, die eine Dissoziative Identität haben. Mit Irritation haben wir ihre Veröffentlichung „Dissoziative Identitätsstörungen“ (Plassmann R, Schickedanz H. PiD 2017; 18 (3): 88–92) gelesen. Insbesondere die Ausführungen zur Frage „Einbildung oder Realität?“ haben uns sehr verwundert. Letztlich bringen sie zum Ausdruck, dass die von den Betroffenen berichteten massiven Gewalterfahrungen nicht der Realität entsprechen. Das halten wir für nicht haltbar. Uns ist sehr bewusst und klar, dass es für diese Äußerungen keine Beweise gibt. Aus unserer Sicht gibt es eine solche Realität.

Als Arbeitskreis stimmen wir überein mit der „Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen“. Hier entsprechende Auszüge aus dem Konsenspapier: „Zahlreiche Fachgesellschaften haben Stellungnahmen zu wiedererlangten Erinnerungen an Missbrauch und Misshandlungen herausgegeben (American Psychiatric Association, 1993, 2000b; American Psychological Association, 1994, 1996; Australian Psychological Association, 1994; British Psychological Society, 1995). Diese Stellungnahmen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass es möglich ist, präzise Erinnerungen an Missbrauchserlebnisse über einen längeren Zeitraum zu vergessen und erst später im Leben wieder zu erinnern (engl. recovered memories). Sie weisen jedoch darauf hin, dass es ebenfalls möglich ist, dass Menschen Pseudoerinnerungen an Missbrauch und Misshandlungen konstruieren.“

Und: „Therapeuten, die alle Berichte von Patient(inn)en automatisch als historisch wahr oder falsch klassifizieren, verwehren den Patien(inn)en unter Umständen die Möglichkeit, dies selbst herauszufinden. Wenn Patient(inn)en zunehmend integrieren, werden sie eher in der Lage sein, für

sich selbst zu klären, wie präzise ihre Erinnerungen sind. Eine ausgewogene Diskussion zum Thema ritueller Missbrauch findet sich bei Fraser (1997).“

Wir hätten uns gewünscht, dass Sie die im Expertenkonsens vertretene Auffassung zumindest einbezogen und diskutiert hätten, um gerade auch weniger erfahrenen Kollegen die Offenheit zu bewahren. So entsteht aus unserer Sicht der Eindruck, dass ALLE Berichte von Betroffenen als Konfabulation zu sehen sind, und letztlich kann auch das niemand beweisen.

Brigitte Hahn
Sprecherin des Arbeitskreises
Rituelle Gewalt Münster

Literatur

- [1] Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen. Deutsche Übersetzung der 3. Bearbeitung. (Das Copyright 2011 liegt bei der International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 8400 Westpark Drive, Second Floor, McLean, VA 22102. Die Empfehlungen dürfen auch ohne schriftliche Genehmigung der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) abgedruckt werden, wenn dieser Copyright-Hinweis einschließlich der Adresse der ISSTD mit aufgenommen wird. Korrekte Zitierweise der revidierten Fassung: International Society for the Study of Trauma and Dissociation. [Chu JA, Dell PF, Van der Hart O et al.] Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. J Trauma Dissociation 2011; 12: 115–187)

BEWÄHRTES KONZEPT – NEUES LAYOUT

Die einzige Konstante im Universum ist die Veränderung. Was Heraklit bereits wusste, hat sich bis heute nicht geändert – und es gilt nicht zuletzt für Leserwünsche und Medienutzung: Beides entwickelt sich stetig weiter. Auch aus diesem Grund erscheint Ihre „PiD – Psychotherapie im Dialog“ ab sofort in einem neuen Layout.

Ein Layout zu überarbeiten bedeutet, sich auf den schmalen Grat zwischen Innovation und Tradition zu begeben. Schriften und Farben müssen die Inhalte transportieren, sie müssen aber auch zur Marke passen und sich sowohl für gedruckte als auch für elektronische Medien eignen. Aufgeräumte, klare Strukturen haben Sie sich in Rückmeldungen an uns häufig gewünscht, um die oft hochkomplexen Fach-Inhalte bestmöglich aufnehmen zu können. So konzentriert sich das neue Farbkonzept auf die wesentlichen Akzente, der gliedernde Weißraum und eine serifenlose Schrift lassen die Seiten aufgeräumter und leichter wirken.

Am bewährten inhaltlichen Konzept der „PiD“ wurde dabei natürlich nicht gerüttelt.

Lassen Sie uns wissen, wie Ihnen das neue Layout gefällt. Sie erreichen die Redaktion unter: pid@thieme.de.

Ihre Herausgeber und Ihre Redaktion

Supervision: rechtliche Aspekte



Irren ist menschlich – und auch Psychotherapeuten sind Menschen. Aber es gibt ein Mittel dagegen: Supervision. Ihre zentrale Funktion ist die Qualitätssicherung, zentrales Ziel die Steigerung der professionellen Kompetenz im Umgang mit den Patienten. In diesem Artikel soll sie rechtlich näher beleuchtet werden.

Supervision in der Ausbildung und für Approbierte

Therapeuten in Ausbildung Eine Supervision in der Ausbildung ist in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Psychologischen Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsych-APrV) zwingend vorgeschrieben. Die Vorgaben für die praktische Ausbildung finden sich in § 4 Abs. 1, 2 PsychTh-APrV bzw. KJPsych-APrV.

Approbierte Therapeuten Für approbierte Psychotherapeuten ist Supervision freiwillig. Doch auch ein approbierter Psychotherapeut sollte Supervision nutzen – sonst kann ihm ein Behandlungsfehler vorgeworfen werden: Eine psychotherapeutische Behandlung ist nämlich nur dann *lege artis*, wenn der Therapeut den Therapieverlauf ständig aufmerksam überwacht, was die Einschaltung eines Supervisors erfordern kann.

Qualifikation des Supervisors Die erforderliche Qualifikation hängt davon ab, ob der Supervisor einen approbierten oder einen in Ausbildung befindlichen Therapeuten supervidiert:

- Für die Supervision von Approbierten gibt es lediglich Empfehlungen für weitere Kompetenzen, die der Supervisor neben den Fertigkeiten eines „guten Therapeuten“ haben sollte.
- Ein Supervisor, der die Behandlung durch Ausbildungsteilnehmer in der praktischen Ausbildung supervidiert, muss dagegen von der Hochschule oder einer anderen Einrichtung nach § 6 Abs. 1 PsychThG (Ausbildungsstätte) anerkannt sein (§ 4 Abs. 2 Satz 2 PsychTh-APrV, KJPsych-APrV).

Die Voraussetzungen für eine Anerkennung regelt § 4 Abs. 3 Satz 1 PsychTh-APrV, KJPsych-APrV. Die Anerkennung als Supervisor ist von der Ausbildungsstätte regelmäßig zu überprüfen, § 4 Abs. 3 Satz 2 PsychTh-APrV, § 4 Abs. 3 Satz 4 KJPsych-APrV.

Der Supervisionsvertrag und haftungsrechtliche Aspekte

Supervisor und Supervisand Dem Supervisionsverhältnis zugrunde liegt ein Dienstvertrag, siehe §§ 611 ff. BGB. Der Supervisor ist zur Erbringung von Dienstleistungen (Supervision), der Supervisand als Dienstnehmer zur Zahlung der vereinbarten oder üblichen Vergütung verpflichtet.

Vertragsinhalt Ein Supervisionsvertrag kann auch mündlich und durch schlüssiges Handeln geschlossen werden, Schriftform ist nicht erforderlich. Der Supervisor sollte aber die Vereinbarungen zwischen ihm und dem Supervisanden schriftlich fixieren – schon wegen der Rechtssicherheit und Beweisbarkeit des Vertragsinhalts. Gegenstand der Vereinbarung können

- die Vergütung,
- die Regelung der Inhalte,
- der Ziele der Supervision oder
- Vertraulichkeitsvereinbarungen sein.

Letztere sind sinnvoll, weil bezüglich Inhalt und Umfang der berufsrechtlichen Schweigepflicht des Supervisors noch etliche Fragen ungeklärt sind.

Merke

Eine Bindung an die Gebührenordnung für Psychotherapeuten besteht nicht. Grenzen der Höhe des Honorars sind die Regelungen des BGB, v. a. Sittenwidrigkeit und Wucher.

Supervisor und Patient Zwischen Patient und Supervisor bestehen keine vertraglichen Beziehungen. Bei mangelhafter Leistung des Supervisors kommt daher grundsätzlich nur eine Haftung des Supervisors gegenüber dem Supervisanden in Betracht. Ein deliktischer Anspruch des Patienten

gegen den Supervisor gemäß § 823 Abs. 1 BGB scheidet meist ebenfalls aus. Rechtsgrundlage für einen Schadensersatzanspruch des Supervisanden sind die §§ 611, 280 Abs. 1 BGB. Ein Schaden kann dem Supervisanden entstehen, wenn er seinem Patienten wegen einer fehlerhaften Behandlung haftet, die auf die fehlerhafte Beratung des Supervisors zurückzuführen ist.

Schweigepflicht und Verschwiegenheit

Therapeut und Patient Psychotherapeuten sind

- berufsrechtlich (Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern, z. B. Baden-Württemberg: § 7 Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, BO LPK BW)
- und strafrechtlich (§ 203 Abs. 1 StGB) zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie müssen über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit vom Patienten anvertraut und ihnen in diesem Zusammenhang über Dritte bekannt geworden ist – auch über den Tod ihrer Patienten hinaus – Schweigen bewahren; die Verschwiegenheit erstreckt sich auch auf mündliche und schriftliche Mitteilungen sowie auf sonstige Untersuchungsbefunde (§ 7 Abs. 1 BO LPK BW). Andere Berufsordnungen und die Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (MBO-PP/KJP) formulieren gleich oder ähnlich.

Schweigepflichtige untereinander Die Schweigepflicht gilt auch unter Schweigepflichtigen; für die Supervision ist eine Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten erforderlich. Bei Minderjährigen / nicht geschäftsfähigen Patienten ist auch die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich. Für wissenschaftliche Forschung und Lehre dürfen personenbezogene Daten von Patienten und Dritten nur mit deren schriftlicher Einwilligung verwendet werden (z. B. § 7 Abs. 5 und 7 BO LPK BW).

Merke

Nach § 8 Abs. 6 MBO-PP/KJP und Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern dürfen im Rahmen von Supervision Informationen über Patienten oder über Dritte nur in anonymisierter Form im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet werden.

Die Anonymisierung muss sicherstellen, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Person des Patienten oder auf die Person Dritter erfolgen können. Kann diese Anonymisierung nicht gewährleistet werden, ist die Weitergabe von Informationen nur mit vorausgegangener ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht zulässig.

Aufzeichnungen Gemäß § 7 Abs. 8 der BO LPK BW sind Aufzeichnungen von Therapie-sitzungen in Form von Ton- oder Bildaufnahmen durch den behandelnden Psychotherapeuten nur zulässig mit vorherigem schriftlichem Einverständnis des Patienten – bei Minderjährigen oder geschäftsunfähigen Patienten seitens der gesetzlichen Vertreter. Ihre Verwendung außerhalb der Behandlungssituation setzt eine schriftliche Schweigepflichtentbindung voraus. Dabei ist der Patient auch über sein Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen (ähnlich § 8 Abs. 7 MBO-PP/KJP: Ton- und Bildaufnahmen psychotherapeutischer Tätigkeit bedürfen der vorherigen Einwilligung des Patienten. Ihre Verwendung unterliegt der Schweigepflicht. Der Patient ist über das Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen).

Fraglich ist, ob *sämtliche* Informationen, die der Psychotherapeut im Zuge der Behandlung oder Supervision erhält, der Schweigepflicht unterfallen. Daher ist es ratsam, im Supervisionsvertrag auch Vertraulichkeitsvereinbarungen zu treffen.

Dokumentationspflicht

Psychotherapeuten sind zur Dokumentation verpflichtet: Dies ergibt sich aus den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern und ist auch in der MBO-PP/KJP (§ 9 Abs. 1) geregelt. Manche Berufsordnungen (z. B. BO LPK BW) scheinen eine Dokumentationspflicht nur für den behandelnden Psychotherapeuten vorzusehen. Der Supervisor kann aber durch eine un-

terlassene/mangelhafte Dokumentation jedenfalls gegen allgemeine Berufspflichten (z. B. gewissenhafte Berufsausübung, § 4 Abs. 1 BO LPK BW, § 3 Abs. 1 MBO-PP/KJP) verstoßen. Teilweise sind in den Kammer- und Heilberufegesetzen der Länder solche Dokumentationspflichten geregelt.

Merke

Ob der fachliche Austausch zwischen Supervisor und Supervisand in der Patientenakte zu dokumentieren ist, hängt vom Einzelfall ab und ist zu bejahen, wenn er zur Therapiesicherung, zur Rechenschaftslegung oder evtl. zur Beweissicherung erforderlich ist.

Abstinenzgebot

Integrität achten In der Ausbildung tätige Psychotherapeuten sind verpflichtet, die Integrität der Ausbildungsteilnehmer zu achten. Sie dürfen keine Abhängigkeiten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Interessen oder zur Erzielung persönlicher Vorteile ausnutzen. Dies gilt auch für in der universitären Ausbildung befindliche Praktikanten (§ 30 Abs. 1 BO LPK BW, ähnlich auch § 26 Abs. 1 Satz 1 MBO-PP/KJP) und entsprechend für die Tätigkeit von Psychotherapeuten in der Fort- und Weiterbildung (§ 30 Abs. 4 BO LPK BW). § 26 Abs. 1 Satz 2 MBO-PP/KJP sieht vor, dass die Regelungen zur Abstinenz gemäß § 6 MBO-PP/KJP entsprechend gelten.

Professionell und berufsethisch einwandfrei Der Supervisor hat die Pflicht, seine Beziehung zum Supervisanden und dessen Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber seinem Supervisanden zu berücksichtigen (§ 26 Abs. 1 Satz 2, § 6 Abs. 1 MBO-PP/KJP).

Wegen der Wichtigkeit der unbeeinträchtigten therapeutischen Beziehung sind außertherapeutische Kontakte auf das Notwendige zu begrenzen. Dies kann allerdings auf das Verhältnis Supervisor/Supervisand nicht eins zu eins übertragen werden. Der Supervisor hat aber die Grenzen des Berufsrechts zu beachten und berufsethisch einwandfrei vorzugehen (§ 26 Abs. 1 Satz 2, § 6 Abs. 7 Satz 2 MBO-PP/KJP).

FAZIT

Supervision ist ein wichtiges Institut in der Psychotherapie. Rechtlich betrachtet weist es „Spezialitäten“ auf – grundsätzlich sind aber auch die im Behandler-Patienten-Verhältnis geltenden Vorgaben zu beachten, v. a. Verschwiegenheitspflicht, Dokumentationspflicht und Abstinenzgebot.

Autorinnen/Autoren



RA Jörg Bossenmayer

Jörg Bossenmayer ist Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Verwaltungsrecht sowie Partner der Kanzlei HGP. Er ist seit dem Jahr 2000 als

Rechtsanwalt zugelassen und war zunächst im sozial-, krankensicherungs- und verwaltungsrechtlichen Referat einer größeren Stuttgarter Anwaltssozietät, dann in ausschließlich medizinrechtlich ausgerichteten Kanzleien in Sindelfingen und Stuttgart tätig. Seine Tätigkeitschwerpunkte sind das Arzthaftungsrecht, Arztstrafrecht und das (zahn-) ärztliche Vertragsrecht sowie das Vertrags- (zahn-) arztrecht (Kassenarztrecht), Zulassungsrecht und das Berufsrecht der Ärzte, Zahnärzte und der sonstigen Heilberufe. Er ist Referent von Vorträgen, Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen und Autor von Fachartikeln und eines Buches.

Korrespondenzadresse

Kanzlei Hartmann Gallus und Partner

Hummelbergstraße 7
70195 Stuttgart
info@kanzlei-hgp.de

Zitierte und weiterführende Literatur

- [1] Möller H, Lohmer M. Supervision in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-123287> PiD - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 12–13
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ISSN 1438–7026

Emotionen



**Prof. Dr. phil.
Maria Borcsa**

Institut für Sozialmedizin,
Rehabilitationswissen-
schaften und Versorgungs-
forschung, Hochschule
Nordhausen
borcsa@hs-nordhausen.de



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

Praxisgemeinschaft
Psychotherapie, Dahn
pid-redaktion@gmx.de

Regulieren statt Strukturieren?

In einer gängigen Online-Suchmaschine fanden wir im Januar 2018 lediglich 128 000 Ergebnisse für die Stichworte „Kognitionen, Psychotherapie“, jedoch 589 000 Ergebnisse für „Emotionen, Psychotherapie“. Zum Vergleich: Die Schlagwörter „cognitions, psychothérapie“ ergaben 549 000 Treffer, „émotions, psychothérapie“ 569 000 Einträge, „cognitions, psychotherapy“ 27 600 000 Resultate und „emotions, psychotherapy“ 39 600 000 Resultate (weitere Sprachen bitte selbst zu prüfen).

Zugrundegelegt, dass Suchmaschinen als erweiterte Werbekampagnen betrachtet werden können, scheint im Vergleich zum Aspekt der Kognitionen ein großer deutschsprachiger Markt zu Emotionen in der Psychotherapie zu herrschen. Oder machen sich „die Deutschen“ inklusive ihrer sprachlichen Verwandten viel mehr Gedanken über – oder sollten wir besser sagen: Sorgen um – ihre Gefühle?

Ohne Klischees einer German Angst bedienen zu wollen (und gibt man die weniger differenzierenden Begriffe „Gedanken“ bzw. „Gefühle“ und „Psychotherapie“ ein, so nähern sich die deutschsprachigen Suchergebnisse in der Anzahl dem internationalen Vergleich wieder an), ist insgesamt ein Trend beobachtbar – und nicht nur in der Psychotherapieszene. Gekoppelt mit einer Massenkommunikation, die im Zuge ihrer Privatisierung früh feststellte, wie aufmerksamkeitsfördernd Affekte sein können [1] wissen politische Parteien ohne Scheu und Scham heute wieder besser, wie sie sich Stimmungen [2] zunutze machen (siehe dazu auch das Interview mit Luc Ciompi in diesem Heft).

Auch psychotherapeutische Verfahren unterliegen Trends und Moden, in denen das zuvor weniger Beachtete nunmehr mächtiger in den Mittelpunkt rückt und umgekehrt. Die stärkere Biologisierung unseres Faches in den letzten Jahren verweist auf die menschliche Abhängigkeit von basalen Prozessen der Emotionen (verkörpert zumeist in der Amygdala) und der Möglichkeit ihrer willentlichen Steuerung durch präfrontale Hirnstrukturen. Doch sollte man Folgendes nicht verwechseln: Diese Kenntnisse stehen in keinem kausalen Zusammenhang dazu, dass heute offenbar stärker emotional reguliert werden muss (wenn dem so sein sollte), denn kognitiv umstrukturiert. Die Bedingungen, die sowohl unsere Kognitionen als auch unsere Emotionen von Kindesbeinen an beeinflussen, sind und bleiben soziale.

Liebe Leserinnen und Leser, machen Sie sich mit uns auf eine Reise in die Welt der Emotionen. Als fundamentale Bestimmung unseres Daseins finden Sie Auseinandersetzungen vielfältiger therapeutischer Schulen zum Thema im vorliegenden Heft. Zu diesem übergreifenden Gegenstand sollen sie natürlich auch Anregungen zum Weiterlesen und -denken sein – wie immer über den eigenen schulenspezifischen Tellerrand hinaus.

Maria Borcsa & Michael Broda

Literatur

-
- [1] Bente G, Fromm B. Affektfernsehen. Motive, Angebotsweisen und Wirkungen. Opladen: Leske und Budrich; 1997
- [2] Bude H. Das Gefühl der Welt: Über die Macht von Stimmungen. München: Hanser; 2016