



Psychotherapie im Dialog

4 · 2018

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

E-Mental-Health

Blended Psychotherapy
Das beste aus zwei Welten?
Seite 33

*Schweigepflicht und
Datenschutz*
Rechtliche Aspekte digitaler
Kommunikation
Seite 46

Mobile Apps
Chancen und Grenzen in
der Psychotherapie
Seite 51





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

*I cannot understand why people are frightened of new ideas.
I'm frightened of the old ones.*

John Cage

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

bei einer Bergwanderung vor ca. 10 Jahren im Vinschgau wollten die jüngeren unserer Gruppe ein beherzteres Tempo anschlagen als wir und schon vorausgehen. Auf meinen Einwand „Aber ihr habt doch gar keine Karte!“, zeigte mir der Freund unseres Sohnes sein Smartphone und die am Ausgangspunkt abfotografierte Wanderkarte mit Tourenbeschreibung. Was mich damals noch verblüffte (da wäre ich gar nicht draufgekommen), gehört heute zu unserem Alltag – rasant, und dennoch kaum merklich hat die Digitalisierung unser Leben verändert.

Spätestens nach der EU-Richtlinie zur Datenschutzgrundverordnung realisieren wir auch in der Psychotherapie, wie viele Daten inzwischen digital erfasst, verarbeitet und kommuniziert werden. Wie immer: Chance und Risiko!

Wie man andererseits sieht, ist die haptische Beschäftigung mit analogen psychotherapeutischen Inhalten bei der jüngsten Generation möglicherweise doch wieder im Kommen.



Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen 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 Rehasentrum 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 die Professur 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 Fliedel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Beirat

Cord Benecke, Kassel
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
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 Schüßler, Innsbruck

Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Berlin
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Leserbeirat

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

Verlag

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

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

Indexiert in: PSYINDEX

PiD

Psychotherapie im Dialog

Dezember 2018 · 19. Jahrgang · Seite 1–112



E-Mental-Health

Lange schon hat die Digitalisierung Einzug in unser Leben gehalten, und sie greift unaufhaltsam weiter um sich. Auch vor der psychotherapeutischen Praxistür macht sie nicht Halt: Kommunikation über neue Medien, online-unterstützte Angebote, digitale Interventionstools, mobile Apps – vieles ist bereits möglich und verbreitet. Doch wie wirksam und wie gut evaluiert sind diese neuen Therapieformen? Wie steht es um deren Sicherheit, was gilt es bei der Nutzung zu beachten? Und welche Perspektiven und Fragen tun sich diesbezüglich für die Zukunft auf? PiD bietet einen breiten und praxisnahen Überblick über das Thema E-Mental-Health und setzt sich kritisch-differenziert mit den Optionen und Entwicklungen auseinander.

- 7 **Für Sie gelesen | Ängste bei Krebspatienten: Wie wirksam sind psychoonkologische Interventionen?**
- 8 **Für Sie gelesen | Depression als Risikofaktor für chronische Krankheiten?**
- 9 **Für Sie gelesen | Psychotherapieforschung: Wie wichtig ist Einsicht für den Behandlungserfolg?**
- 10 **Für Sie gelesen | Affektive Störungen: Gedanken an den Liebingsmenschen können Symptome lindern**
- 11 **Therapiemethoden | Das Einpersonenrollenspiel**

E-Mental-Health

- 13 **Editorial | Wie fühlt sich Digitalisierung an? Erstaunlich unspektakulär spektakulär!** Christoph Flückiger, Silke Wiegand-Grefe
- 16 **Essentials | E-Mental-Health** Katharina Senger
- 18 **Standpunkte | Internet-Interventionen: Ein Überblick** Thomas Berger, Tobias Krieger
- 25 **Standpunkte | Chancen moderner Medien für psychotherapeutische Nachsorge und Rückfallprophylaxe** Markus Wolf, Markus Moessner, Stephanie Bauer
- 33 **Aus der Praxis | Blended Psychotherapy – verzahnte Psychotherapie: Das Beste aus zwei Welten?** Harald Baumeister, Cora Grässle, David D. Ebert, Lena V. Krämer
- 40 **Aus der Praxis | iHealth Diaries – how to do it right** Mira Assmann, Ulla Martens, Sarah von Spiczak, Michael Siniatchkin
- 46 **Aus der Praxis | Schweigepflicht, Datenschutz und Diskretion in der webbasierten Psychotherapie** Jürgen Thorwart
- 51 **Aus der Praxis | Mobile Applikationen in der psychotherapeutischen Praxis: Chancen und Grenzen** Eva-Maria Rathner, Thomas Probst

- 56 **Aus der Praxis | „Ecological Momentary Assessment“ Chancen und Risiken für Diagnostik und Therapie** Judith Held, Andreea Vişlă
- 61 **Aus der Praxis | Mobile Angebote für Geflüchtete** Eva Heim, Sebastian Burchert, Andreas Wenger
- 66 **Aus der Praxis | Schmerztherapie online** Kathrin Bernardy, Maren Töpfer, Andreas Schwarzer, Christiane Hermann
- 71 **Aus der Praxis | Ulmer Onlineklinik – eine Plattform für internetbasierte Psychodiagnostik und psychologische Online-Interventionsprogramme** Dunja Tutus, Paul L. Plener, Mandy Niemitz
- 77 **Aus der Praxis | Online-Selbstmanagement in der Klinik? Der Einsatz von moodgym** Marie Dorow, Janine Stein, Margrit Löbner, Thomas Becker, Michael Franz, Steffi G. Riedel-Heller
- 83 **Aus der Praxis | E-Mental Health: Trends, Chancen und Risiken in der Versorgung** Stephan Zipfel, Florian Junne, Johanna Ringwald, Katrin Giel
- 88  **CME Fragen**
- 92 **Über den Tellerand | Emanzipierte Digitalisierung** Thomas Tribelhorn
- 96 **Über den Tellerand | Mediale Aufmerksamkeit um jeden Preis – wenn Klicks wichtiger werden als seriöse Berichterstattung!** Silvia Süess
- 97 **Dialog Links | E-Mental-Health – Therapie am Bildschirm** Christine Wolfer

- 100 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Maximilian Broda
- 102 **Interview | Neue Medien in der Psychotherapie** Christoph Flückiger
- 104 **Resümee | Ein Thema, das es auszusitzen gilt, bis sich die Wogen geglättet haben?** Silke Wiegand-Grefe, Christoph Flückiger
-

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 **Fallbericht: Spritzenphobie**

Lesenswert

- 110 **Éric Vuillard: Die Tagesordnung**

Backflash

- 111 **Made in Germany**

- 112 **Vorschau**

Impressum auf der letzten Seite

Titelbild: Quelle: Westend61

Ängste bei Krebspatienten: Wie wirksam sind psychoonkologische Interventionen?

Sanjida S et al. Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2018. doi: 10.1002/pon.4794

Ängste bis hin zur klinisch relevanten psychischen Störung sind ein häufiges Phänomen bei Krebspatienten und können die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Um die allgemeine Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen bei den Betroffenen genauer untersuchen zu können, haben Sanjida et al. nun eine systematische Literaturrecherche inklusive einer Metaanalyse durchgeführt.

Keine Frage: Eine neu diagnostizierte Krebserkrankung kann bei den betroffenen Patienten große Ängste schüren und die Lebensqualität erheblich herabsetzen. Sind Sorgen und Ängste in einem gewissen Ausmaß nach solch einschneidender Diagnose eine normale menschliche Reaktion, können sie sich in einigen Fällen bis hin zur ernsthaften und klinisch manifesten psychischen Störung entwickeln. Betroffene leiden dann an extremer Besorgtheit, Ruhelosigkeit und Schlafstörungen. Aktuelle Publikationen schätzen die Jahressprävalenz von Angststörungen bei Krebspatienten auf etwa 16 %.

Um Betroffenen helfen zu können, gibt es verschiedene psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten, die in den letzten



Psychoonkologische Interventionen richten gegen die Krebszellen selbst nichts aus, sollen aber die Ängste von Krebspatienten reduzieren.
Quelle: fotoliarender / Fotolia.com

Jahren zunehmend im Rahmen klinischer Studien untersucht worden sind. Sanjida und KollegInnen wollten nun ermitteln, wie die Gesamteffektstärke solcher Behandlungsansätze einzuschätzen ist und welche Charakteristika auf Seiten der Patienten und der Intervention die entsprechenden Effekte beeinflussen.

Dazu führten sie zunächst eine systematische Literaturrecherche in 6 hochrangigen internationalen Datenbanken durch. Die Suche wurde auf den Zeitraum von Januar 1993 bis Juni 2017 begrenzt. Die wichtigsten Suchbegriffe waren „cancer“, „anxiety“, „psychological intervention“, und „counseling“.

Für die Patienten der Studien stellten die Autoren folgende Einschlusskriterien auf:

- Alter ab 18 Jahren,
- Krebsdiagnose,
- Teilnahme an einer psychologischen Intervention zur Vermeidung von Angstsymptomen.

Bei den Interventionen akzeptierten die Autoren sowohl Einzelsitzungen als auch eine Gruppentherapie. Geeignete Formen waren kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Psychotherapie und Beratung. Als wichtigstes Kriterium mussten alle Interventionen ausdrücklich der Angstreduktion dienen. Geeignete Studien sollten schließlich randomisiert und kontrolliert sein. Die Autoren verwendeten ein Risk of Bias Tool und orientierten sich bei der Auswahl und der Metaanalyse strikt an dem Prisma Statement.

Als primären klinischen Endpunkt definierten sie den Effekt bzw. die Effektstärke der psychologischen Intervention auf Ängste oder emotionalen oder psychologischen Stress. Jede Studie sollte daher auch einen entsprechenden Score bzw. einen Endpunkt mit direktem Bezug zu Angstsymptomen haben.

Geringe Effektstärke

Die Literaturrecherche ergab 1195 Publikation, 71 von ihnen gingen in die qualitative Auswertung mit ein und 51 erfüllten die

Kriterien für die Metaanalyse. Die meisten Studien wurden nach 2010 publiziert, 29 davon in Europa und 19 in Nordamerika. Sie schlossen insgesamt 13098 Patienten mit Krebserkrankungen ein.

Die Stichprobengröße der Studien variierte zwischen 40 und 803 Teilnehmern. Etwa 75 % aller Teilnehmer waren weiblich, das durchschnittliche Lebensalter lag bei 55 Jahren. Zu den häufigsten Interventionsformen zählten die kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken sowie psychosoziale Therapie. Hauptakteure waren zumeist Psychologen, die Dauer der Intervention belief sich auf 4 Tage bis zu einem Jahr. Als Messinstrumente zur Erfassung des Endpunktes kamen am häufigsten die Hospital Anxiety and Depression Scale sowie das State-Trait Anxiety Inventory zum Einsatz.

Die metaanalytische Auswertung ergab eine Gesamteffektstärke für die Reduktion von Angstsymptomen von $-0,21$ zugunsten der Intervention (95 % Vertrauensintervall $-0,30$ bis $-0,13$). In der Subgruppenanalyse waren die Effektstärken am höchsten für Studien mit speziell aufgrund von Ängsten rekrutierten Patienten sowie bei Studien, bei denen die Intervention genau an die Bedürfnisse der Patienten angepasst war. In ihrem Diskussionsteil kritisierten die ForscherInnen, dass nur wenige Studien im Stadium der Rekrutierung ein Screening-Instrument in Hinblick auf Angststörungen verwendeten.

FAZIT

Psychoonkologische Interventionen können nach dieser Übersichtsarbeit und Metaanalyse die Ängste von Krebspatienten reduzieren. Die Effektstärke war insgesamt allerdings gering und hing stark von der Vorauswahl der Patienten und der Anpassung der Therapie an individuelle Bedürfnisse statt. Hier empfehlen die AutorInnen unbedingt weitere Studien.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Depression als Risikofaktor für chronische Krankheiten?

Poole L et al. Depressive symptoms predict incident chronic disease burden 10 years later: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *J Psychosom Res.* 2018. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.07.009

Chronische Erkrankungen sind ein großes Problem für das Gesundheitssystem, Möglichkeiten zur Prävention werden dringend gesucht. Da zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen Depressionen und chronischen Erkrankungen implizieren, haben Poole und Steptoe dort angesetzt und eine entsprechende Kohortenstudie durchgeführt. Sie wollten dabei wissen, ob Depression bei physisch gesunden Älteren die Krankheitslast 10 Jahre später vorhersagen kann.

Zur Beantwortung dieser Frage griffen die Forscher auf Daten der sog. English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) zurück. In mehreren Wellen wurden dazu Menschen ab einem Alter von 50 Jahren, die in England lebten, über 10 Jahre begleitet. Für die hiesige Datenauswertung konzentrierten sich Poole und Steptoe v. a. auf die Kohorte der 2. Welle zwischen 2004 und 2014/2015. Wichtigstes Einschlusskriterium für die Datensätze war die Abwesenheit einer chronischen Erkrankung zu Beginn des Beobachtungszeitraums.

Jeder geeignete Teilnehmer füllte zu Studienbeginn den Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) aus. Die Krankheitslast 10 Jahre später erfassten die Forscher durch die Summe an chronischen Erkrankungen, einschließlich kardiovaskulärer Erkrankungen, Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Arthritis, Osteoporose, Lungenerkrankung, Krebs und Morbus Parkinson.

Um den Einfluss möglicher Kofaktoren untersuchen zu können, wurden weiterhin klassische demografische Daten wie Alter, Geschlecht und Ethnie erhoben. Zur Registrierung der Krankheitslast im Verlauf der 10 Jahre füllten die Teilnehmer regelmäßig verschiedene Fragebogen aus und wurden in Bezug auf Körpergewicht und Krankheitslast auch von speziell ausgebildeten Krankenschwestern untersucht. Bei der

statistischen Auswertung griffen die Studienautoren auf ein logistisches Regressionsmodell zurück.

Depressionen als starker Prädiktor

Von den insgesamt 8780 Teilnehmern der 2. Studienwelle hatten 3299 zu Beginn des Beobachtungszeitraumes keine chronische Erkrankung. Nach Ausschluss von 827 Personen aufgrund fehlender Daten identifizierten die Forscher 2472 geeignete Datensätze. Die Studienteilnehmer waren durchschnittlich 62,88 Jahre alt, 50,8 % von ihnen weiblich. Die Anzahl depressiver Symptome bzw. der Score des CES-D zu Studienbeginn waren sehr niedrig mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 1,00 von insgesamt 8 zu erreichenden Punkten.

31,2 % der Probanden entwickelte im Verlauf der Studie mindestens eine chronische Erkrankung, bei 9,9 % waren es 2 Diagnosen. Am häufigsten wurden dabei Arthritis berichtet, gefolgt von Krebs und Diabetes. Die Häufigkeit depressiver Symptome bzw. das Ergebnis des CES-D war ein starker unabhängiger Prädiktor für die Krankheitslast 10 Jahre später. Die Zunahme des Scores um einen Punkt erhöhte das Risiko einer chronischen Erkrankung nach dem Beobachtungszeitraum dabei um 5 %.

Auch nach Bereinigung um mögliche Kofaktoren wie Alter, Geschlecht und Einkommen blieb der Zusammenhang bestehen. In einer Subanalyse erwiesen sich dabei besonders somatische depressive Symptome als ausschlaggebend für eine spätere Erkrankung. In Hinblick auf die einzelnen Diagnosen war der Zusammenhang am stärksten für kardiovaskuläre Erkrankungen, gefolgt von anderen Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen, Arthritis und Osteoporose. Für Diabetes, Schlaganfälle, Krebs oder Morbus Parkinson ließen sich im logistischen Regressionsmodells dagegen keine so starken Zusammenhänge nachweisen.

FAZIT

Depressive Symptome bei gesunden Erwachsenen ab 50 Jahren konnten in dieser Kohortenstudie die Krankheitslast 10 Jahre später vorhersagen. Die AutorInnen halten daher Depressionen für einen wesentlichen Risikofaktor und betonen die große Bedeutung eines frühzeitigen Screenings auf depressive Symptome zur Prävention chronischer Erkrankungen und Multimorbidität.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Psychotherapieforschung: Wie wichtig ist Einsicht für den Behandlungserfolg?

Jennissen S et al. Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2018. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847

Welche Mechanismen bestimmen den Erfolg einer Psychotherapie? Wie kann man diese objektivieren, und welche messbaren Effekte lassen sich feststellen? Um diese Fragen für den möglichen Einflussfaktor „Einsicht“ beantworten zu können, haben Jennissen et al. eine systematische Übersichtsarbeit einschließlich Metaanalyse durchgeführt.

Einsicht ist einer der ältesten angenommenen Wirkmechanismen, besonders von psychodynamischen Psychotherapien. Bisher gibt es jedoch nur wenige empirische Untersuchungen zum Zusammenhang von Einsicht und Psychotherapieerfolg. Mithilfe eines systematischen Reviews mit anschließender Metaanalyse wurde die Höhe des korrelativen Zusammenhangs von Einsicht und Therapieerfolg bestimmt. Einsicht wurde dabei definiert als das Erlangen von Verständnis für den Zusammenhang von vergangenen und aktuellen Erfahrungen in Bezug auf eigene Gedanken, Gefühle, Wünsche oder Verhaltensweisen. Dazu gehört auch das Verständnis für maladaptive Beziehungsmuster.

Das Autorenteam richtete sich in seinem methodischen Vorgehen nach dem Prisma Statement und führte zunächst eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PsychINFO, PsychARTICLES, PSYNDEx und PubMed durch. Anschließend wurden aus den identifizierten Studien nach vorab festgelegten Kriterien diejenigen Studien ausgewählt, die in die Metaanalyse einbezogen werden konnten. Geeignete Publikation mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Erwachsene Patienten ab 18 Jahren,
- Teilnahme an einer Psychotherapie oder Beratung,
- Durchführung der Therapie durch professionelle Therapeuten,
- quantitative Messung der Einsicht,
- quantitative Messung des Behandlungserfolgs.

Es wurden keine Limitierungen im Hinblick auf die therapeutische Schule der durchgeführten Psychotherapien gesetzt, die Studien mussten in deutscher oder englischer Sprache publiziert worden sein. Für die Metaanalyse nutzten Jennissen und Team ein Random-Effects-Modell und berechneten als Effektgröße den Korrelationskoeffizienten.

Moderate Effektstärke

Die Literaturrecherche identifizierte zunächst 13 849 Studien, von denen 22 Studien mit insgesamt 23 unabhängigen Effektgrößen die Einschlusskriterien erfüllten. Diese Untersuchungen umfassten insgesamt 1112 Patienten. Diese waren durchschnittlich 35,27 Jahre alt, 63,84 % von ihnen weiblich. Die durchschnittliche Anzahl an Therapiesitzungen lag bei 20, mit einer Spannweite zwischen einer Sitzung und 1118 Sitzungen. Der überwiegende Teil der Patienten litt an einer Achse-I-Störung nach DSM IV wie Depression, Angststörung, Essstörung oder somatoforme Störung. Zwölf Behandlungskonzepte wurden von den Studienautoren als psychodynamisch identifiziert, die 11 anderen Therapieformen waren gemischt, darunter kognitive Verhaltenstherapie und unspezifische Beratungen.

Zur Objektivierung der Einflussgröße Einsicht kamen 18 verschiedene Messinstrumente zum Einsatz, für die Messung des Behandlungserfolgs identifizierten die Forscher sogar 27 verschiedene Skalen. Am häufigsten wurde hierbei die Symptom schwere erfasst. Das Random-Effects-Modell für den Zusammenhang zwischen Einsicht und Behandlungserfolg ergab eine moderate Effektgröße von 0,31 (95 % Vertrauensintervall zwischen 0,22 und 0,40). Elf Studien berichteten nicht signifikante Effektgrößen. Die Heterogenität der Effektgrößen zwischen den Studien war sehr groß, was die Autoren u. a. auf die Verwendung verschiedener Einsichtsmaße zurückführten. Sensitivitätsanalysen (u. a. funnel plot, trim-and-fill-procedure) zeigten allerdings z. B., dass das Risiko eines Publikationsbias sehr gering war.

FAZIT

Einsicht auf Seiten des Patienten weist einen bedeutenden Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg einer Psychotherapie auf. Die gezeigte Effektgröße liegt in einem ähnlichen Bereich wie diejenigen anderer allgemeiner Wirkfaktoren wie der therapeutischen Allianz, Empathie oder positiver Wertschätzung. Der gezeigte Zusammenhang ist also ein erster Schritt für die genauere Untersuchung von Einsicht als Wirkfaktor. Um zu zeigen, dass Einsicht tatsächlich als Mechanismus therapeutischer Veränderung agiert, sind weitere Untersuchungen notwendig, die deren vermittelnden (mediierenden) Effekt untersuchen. Darüber hinaus ist noch nicht geklärt, inwiefern Einsicht schulenübergreifend bedeutsam ist. Der Zusammenhang deutet jedoch darauf hin, dass ein Zugewinn an Verständnis für eigene maladaptive Beziehungsmuster Patienten dabei helfen könnte, ein Gefühl der Bewältigbarkeit und Ideen für neuen Verhaltensmöglichkeiten zu entwickeln.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Affektive Störungen: Gedanken an den Liebingsmenschen können Symptome lindern

Carnelley KB et al. Effects of repeated attachment security priming in outpatients with primary depressive disorders. *J Affect Disord.* 2018. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.040

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, und gehen neben einer starken Belastung für die Betroffenen mit hohen Kosten für die Gesundheitssysteme einher. Vor diesem Hintergrund werden immer wieder neue Behandlungsstrategien entwickelt. Carnelley und Team haben nun untersucht, ob eine Erinnerung an sichere Bezugspersonen als textbasiertes Priming die Symptomlast vermindern kann.

Obgleich es heute mit modernen Antidepressiva, der kognitiven Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie effektive Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit depressiven und Angststörungen gibt, bleibt die Response-Rate unzureichend – zusätzliche effektive Therapien werden gesucht. Da gleichzeitig Studien aus der Bindungsforschung einen Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und Symptomlast andeuten, haben Carnelley und Kollegen nun hier angesetzt und eine Art textbasiertes Bindungspriming entwickelt. Hierbei werden Patienten mit klinisch manifester depressiver Störung mithilfe von Textnachrichten regelmäßig daran erinnert, an eine vorher ausgewählte Bezugsperson zu denken.

Eingeschlossene Studienteilnehmer hatten eine depressive Störung, bekamen mindestens ein Antidepressivum verordnet und nahmen an einer psychotherapeutischen Behandlung teil. Patienten mit manischen Episoden und psychotischen Krankheitskomponenten wurden ausgeschlossen. Vor Beginn der Studie füllten die Patienten mehrere Fragebögen zur Selbstbeurteilung aus, darunter den „Experience in Close Relationships Short Version“ Fragebogen zur Beurteilung und Einschätzung von Beziehungsverhalten, sowie den Profile of Mood States (POMS) zur Erfassung von depressiven Symptomen und Ängsten.

In der ersten Sitzung machten die Patienten Angaben zu ihren 10 liebsten Bezugspersonen, zu denen sie eine sichere Bindung haben sollten. In den folgenden 3 Tagen wurden sie mithilfe von Textnachrichten dazu aufgefordert, sich eine dieser Bezugsperson vor das geistige Auge zu rufen und an sie zu denken. Im Anschluss machten die Teilnehmer Angaben zur ihrem emotionalen Sicherheitsempfinden und erneut zu depressiven Symptomen und Ängsten. Um die Effekte dieses Primings auf die Krankheits-symptomatik untersuchen zu können, ließen die Forscher eine Kontrollgruppe mitlaufen, die kein spezifisches Priming bzw. ein Placebo-Priming erhielt.



Mehr emotionale Sicherheit und weniger Ängste – gezielt an geliebte Bindungspersonen zu denken, hatte in einer aktuellen Studie positive Effekte. (Quelle: Thaut Images / Fotolia.com)

48 Erwachsene nahmen an der Studie teil, 29 von ihnen waren weiblich, alle erfüllten die ICD-10 Kriterien einer primären depressiven Störung. Patienten, die das o. g. Priming erhielten, fühlten sich zu Ende der Studie insgesamt auf emotionaler Ebene deutlich sicherer. Das konnten die Untersucher mit einem entsprechenden Score nachweisen. Der signifikante Gruppenunterschied zeigte sich dabei zu allen Messzeitpunkten.

Mehr Sicherheit, weniger Ängste

Darüber hinaus konnte das Sicherheitspriming depressive Symptome und Ängste im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich reduzieren, obgleich auf statistischer Ebene

die Unterschiede nur zu einem Messzeitpunkt signifikant wurden. In ihrer Diskussion weisen die Autoren einschränkend auf eine geringe statistische Power aufgrund einer kleinen Stichprobengröße hin, betonen aber die dennoch die nachweisbare Wirksamkeit ihres Primingverfahrens.

FAZIT

Werden Depressive über Textnachrichten daran erinnert, an eine geliebte Bindungsperson zu denken, konnte das in dieser klinischen Studie depressive Symptome und Angstsymptome verringern. Da sich zudem das emotionale Sicherheitsgefühl der Betroffenen verstärkte und das „Priming“ leicht durchführbar ist, halten die AutorInnen ihr Verfahren für eine sinnvolle Ergänzung zu etablierten Therapieansätzen.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

Das Einpersonenrollenspiel



Das Einpersonenrollenspiel kann eingesetzt werden, wenn ein problemrelevantes, dysfunktionales Schema hinreichend geklärt ist und nun bearbeitet werden soll: Das Schema soll systematisch hinterfragt, disputiert, widerlegt und durch funktionale Annahmen ersetzt werden.

Vorgehen

Im Einpersonenrollenspiel definiert der Therapeut 2 Positionen für den Klienten:

- Klientenposition: Klient als Klient (KK)
- Therapeutenposition: Klient als sein eigener Therapeut (KT)

Um dem Klienten die beiden Positionen augenscheinlich zu machen, stellt der Therapeut 2 Stühle gegenüber und definiert auf jedem Stuhl eine der Positionen für den Klienten; seinen eigenen Stuhl stellt er querab zu den beiden Stühlen.

Aufgaben des Klienten

Klientenposition Die Aufgabe des Klienten auf der Klientenposition besteht darin, seine dysfunktionalen Annahmen zu vertreten. Der Klient aktiviert und klärt mithilfe des Therapeuten seine Schemata, arbeitet Annahmen heraus, die sich mithilfe des Einpersonenrollenspiels prüfen lassen, und er prüft hier, inwieweit ihn Gegenargumente überzeugen.

Therapeutenposition Auf der Therapeutenposition hat der Klient z. B. die Aufgabe, sich von seinen Annahmen zu distanzieren, sie kritisch zu hinterfragen und zu prüfen, Gegenannahmen oder Gegenaffekte zu entwickeln, Ressourcen zu aktivieren, den Klienten zu Veränderungen zu motivieren usw.

Funktionen des Therapeuten

Der Therapeut hat, ebenso wie der Klient, 2 Rollen oder Funktionen zu erfüllen:

- Sitzt der Klient auf der Klientenposition, nimmt der Therapeut die Rolle eines Therapeuten ein und hat auch die „normalen“ Aufgaben eines Therapeuten.

- Sitzt der Klient auf der Therapeutenposition, dann nimmt der Therapeut die Rolle des Supervisors für diesen Therapeuten ein. Er unterstützt den Therapeuten darin, Gegenargumente zu finden, Annahmen zu prüfen und zu hinterfragen.

Ablauf

Das Einpersonenrollenspiel verläuft in einer Serie von Dreierschritten:

1. Schritt: Der Klient sitzt auf der Klientenposition (KK) und vertritt die dysfunktionale Annahme.
2. Schritt: Der Klient sitzt auf der Therapeutenposition (KT) und arbeitet mit dem Supervisor Gegenstrategien gegen die dysfunktionale Annahme aus
3. Schritt: Klient sitzt auf der Klientenposition (KK) und prüft nun zusammen mit dem Therapeuten die Stimmigkeit der Gegenstrategie.

Klient auf Klientenposition: Herausarbeiten einer bearbeitbaren Annahme

Das Einpersonenrollenspiel beginnt, wenn es Therapeut und Klient gelungen ist, eine bearbeitbare Annahme herauszukristallisieren, d. h. eine Annahme, die nun im Rollenspiel geprüft und verändert werden soll und verändert werden kann. Eine bearbeitbare Annahme sollte ein Aspekt eines problemrelevanten, dysfunktionalen Schemas sein. Hat ein Klient z. B. ein negatives Selbstschema, dann könnte eine bearbeitbare Annahme sein: „Ich bin ein Versager“.

Weiter bearbeitbare Annahmen sind beispielsweise:

- Ich habe im Leben alles falsch gemacht.
- Niemand interessiert sich für mich.
- Beziehungen sind nicht verlässlich.

Klient auf Therapeutenposition: Bearbeitung der Annahme

Die 2. Phase des Zyklus beginnt, wenn der Therapeut den Klienten auf die Therapie-

position (KT) wechseln lässt. Der Klient bearbeitet nun mithilfe des Supervisors die formulierte Annahme.

Diese Phase beginnt mit der Instruktion an den Klienten. Sitzt der Klient auf dem Therapeutenstuhl, sagt der Supervisor: „Sie sind jetzt Ihr eigener Therapeut. Das heißt, Sie sind ganz anderer Meinung als Ihr Klient. Ihre Aufgabe ist es, etwas zu finden, was Ihrem Klienten hilft. Ich unterstütze Sie dabei. Ihr Klient sagt ... (der Supervisor wiederholt die Annahme des KK) ... Was könnte Ihrem Klienten helfen?“

Dann formulieren Supervisor und Klienttherapeut eine Gegenstrategie. Der Zug endet damit, dass der Klienttherapeut die erarbeitete Gegenstrategie dem Klientklienten, den er auf den gegenüberliegenden Stuhl imaginiert, sagt.

Klient auf der Klientenposition: Prüfen der Gegenargumente

Die 3. Phase des Einpersonenrollenspiels beginnt, wenn der Klient auf die Klientenposition zurückwechselt und dann die Gegenargumente prüft, die der Klienttherapeut ihm gesagt hat: Therapeut: „„Sie sind jetzt wieder Klient. Ihr Therapeut sagt ... (Therapeut wiederholt die Gegenstrategie). Was überzeugt Sie davon? ... Und was überzeugt Sie nicht?“

Die Stimmigkeitsprüfung erfolgt hier in 2 Schritten.

- Im 1 Schritt soll der Klient feststellen, welche Aspekte ihn überzeugen und warum. Dazu sollte sich der Therapeut unbedingt Zeit nehmen, die neuen Erkenntnisse mit dem Klienten mehrmals durchzugehen, um sie im Gedächtnis des Klienten zu verankern und bereits erste Konsequenzen daraus abzuleiten.
- Im 2. Schritt der Stimmigkeitsprüfung soll der Klient dann feststellen, welche Aspekte ihn nicht überzeugen (und warum nicht), ob es ein „Aber“ gibt, einen gefühlsmäßigen Widerstand oder ein (diffuses) Unbehagen. Der Therapeut macht hier deutlich,

dass es beim Einpersonenrollenspiel darum geht, solche Inhalte zu finden, die der Klient integrieren kann. Findet der Klient ein „Aber“, klären Therapeut und Klient ausführlich. Dabei werden oft neue Schemaaspekte herausgearbeitet, die dann der Ausgangspunkt für einen neuen Zyklus sind.

Nachbesprechung

Jedes Einpersonenrollenspiel sollte mit dem Klienten nachbesprochen werden, und zwar im Hinblick auf folgende Fragen:

- Gab es für den Klienten Probleme im Einpersonenrollenspiel und kann der Therapeut den Klienten eventuell besser unterstützen?
- Was hat der Klient aus dem Einpersonenrollenspiel mitgenommen, was will er behalten, weiterentwickeln? Welche Aspekte müssen noch weiter bearbeitet werden?

Autorinnen/Autoren



Rainer Sachse

Prof. Dr., geb. 1948. 1969–1978 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Ab 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, 1985 Promotion,

1991 Habilitation. Privatdozent an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1998 außerplanmäßiger Professor; Leiter des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik, Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie.



Jana Fasbender

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin; Ausbildungskoordinatorin, Dozentin und Supervisorin des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP),

Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Klärungsorientierte Psychotherapie, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Verhaltenstherapie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Rainer Sachse

Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4
44787 Bochum
info@ipp-bochum.de

Literatur

- [1] Sachse R, Püschel O, Fasbender J, Breil J. Klärungsorientierte Schemabearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe; 2008

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0592-0241> PiD - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 11–12
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438–7026