



Psychotherapie im Dialog

1 · 2019

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Psychotherapie am Lebensende

Palliative Psychotherapie

Unterstützung ohne
kurativen Anspruch

Seite 27

Selbstwert & Ressourcen

Wie können sie gestärkt
und aktiviert werden?

Seite 37

Seelsorge

Den Prozess des Loslassens
begleiten

Seite 71



20
JAHRE





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

„Wir sterben um zu leben.“

Friedrich Hölderlin

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
unser Herausbergremium entwickelt sich weiter – mit einer neuen Mitstreiterin: Wir begrüßen ganz herzlich Frau Claudia Dahm-Mory in unserem Team und freuen uns auf die systemisch-klinische Bereicherung unserer Runde!

Inmitten gravierender Veränderungen in unseren Praxen durch Telematik oder den Gesetzentwurf zu schnelleren Terminen und besserer Versorgung laden wir Sie im aufblühenden Frühjahr zur Lektüre unseres Schwerpunktheftes ein, dessen Thema üblicherweise in den November verbannt wird – uns aber helfen kann, sich neben den tagesaktuellen Dingen auch mit Grundfragen unseres Seins zu beschäftigen: Wir wissen, dass Tod und Sterben zu unserem Leben dazu gehören – und drängen sie doch immer weiter aus unserer Mitte. Wir wissen alle um unsere Endlichkeit – und leben doch nur in den seltensten Fällen in diesem Bewusstsein. Und die Psychotherapie? Sie rettet vielfach Leben, indem sie Menschen hilft, Tötungsimpulse zu überwinden, sie macht Leben oft lebenswerter und Belastungen und Leid erträglicher. Spielt sie in der letzten Phase des Lebens eine Rolle?

Wir hoffen, dass Ihnen dieses Heft den Zugang zu solchen Fragen erleichtert und wünschen Ihnen eine sinnstiftende, gewinnbringende Lektüre.

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) und Sachverständiger beim IMPP.



Claudia Dahm-Mory, Dipl.-Psych.

*1972, ist Psychologin, systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (SG), systemische Supervisorin (SG) und CBASP-Therapeutin und -Trainerin. Nach 20 Jahren klinischer und Forschungstätigkeit in der psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig ist sie seit 2017 selbständig. Hier hat sie drei Standbeine: die Supervision psychosozialer Einrichtungen, eine Lehrtrainerstätigkeit an systemischen (ABIS Leipzig) und verhaltenstherapeutischen Instituten und die therapeutische Arbeit in der Praxis Mehrblick, die sie 2002 mit drei Kollegen gegründet hat.



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 (Deutsche Rentenversicherung Bund) 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 Fliegel, 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

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

März 2019 · 20. Jahrgang · Seite 1–108



Psychotherapie am Lebensende

Das therapeutische Handeln in Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens fordert Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in besonderer Weise. Doch gerade in unserer vom Ideal der Machbarkeit bestimmten Gesellschaft ist es wesentlich, die Themen Tod und Begrenzung nicht auszuklammern. Psychotherapie am Lebensende hat nur wenig mit manualisierten Behandlungsprogrammen zu tun, sondern viel mit Begleitung. Was dazu an Hintergrundkenntnissen wichtig ist, stellt diese PiD-Ausgabe ebenso zusammen wie beispielhafte Positionen zu und praktische Erfahrungen mit Psychotherapie am Lebensende.

- 7 **Leserbrief | Zum Beitrag: Neuroendokrinologie – Körperliche Folgen von Burnout**
- 8 **Leserbrief | Antwort: Psychobiologische Interventionen bei Burnout**
- 9 **Für Sie gelesen | KHK und Depression: Unterschiede zwischen Frauen und Männern**
- 10 **Für Sie gelesen | Psychiatrie: Personal bietet kaum Unterstützung für Rauchstopp**
- 11 **Für Sie gelesen | Psychotherapie: Kann Mentalisierung psychosozialen Stress reduzieren?**
- 12 **Für Sie gelesen | Depressive Störungen: Kognitive Verhaltenstherapie mit Sport wirkt am besten**
- 13 **Recht | Verwendung von Fotos in Werbematerial für die eigene Praxis – Was muss ich beachten?**

Psychotherapie am Lebensende

- 16 **Editorial | Müssen wir alles psychotherapieren?**
Michael Broda, Bettina Wilms
- 18 **Essentials | Psychotherapie am Lebensende**
Katharina Senger
- 20 **Standpunkte | „Endlich spricht der Tod: Genug!“ – Umgang mit Tod und Begrenzung in der Psychotherapie** Ursula Frede
- 27 **Standpunkte | „Palliative“ Psychotherapie?** Wolfgang Senf
- 32 **Aus der Praxis | Transferarbeit: Psychotherapeutische Interventionen am Lebensende** Daniel Berthold, Jan Gramm
- 37 **Aus der Praxis | Selbstwert und Ressourcen am Lebensende** Katja Welsch, Sven Gottschling
- 43 **Aus der Praxis | Existenzielle Ansätze in der Psychotherapie**
Alexander Noyon

- 49 **Aus der Praxis | Der Tod und die Psychotherapie Schwierigkeiten und Chancen eines nahen Verhältnisses** Ralf T. Vogel
- 55 **Aus der Praxis | „Geht denn das noch zu verarbeiten?“ Familienorientierte Psychotherapie mit Angehörigen von Sterbenden und Trauernden** Miriam Haagen
- 61 **Aus der Praxis | Ist Sterben krankheitswertig? Zur Rolle von Psychotherapie am Lebensende** Michael Broda, Bettina Wilms
- 66 **Aus der Praxis | Bis zuletzt leben können – spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** Annette Becker-Annen, Klaus Lander
- 72 **Aus der Praxis | Bei Trost Seelsorgliche Begleitung sterbender und trauernder Menschen** Ludwig Burgdörfer
- 79 **Aus der Praxis | Ethikberatung am Lebensende – brauchen sich Psychotherapie und Medizinethik?** Angelika Rudnik, Arnd T. May
- 85  **CME Fragen**
- 89 **Über den Tellerand | Trauer ist keine Krankheit, nicht durchlebte Trauer kann aber krank machen** P. Tobias Titulaer
- 93 **Dialog Links | Begleitung auf dem letzten Weg – Informationen aus dem Internet** Johanna Tränkner
- 96 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Daniela Schultheis
- 100 **Resümee | Wie stirbt man richtig?** Bettina Wilms, Michael Broda
-

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 103 **Fallbericht Ängste und Zwänge – „Ich habe ständig Angst, etwas falsch zu machen“**

Sehenswert

- 106 **Körper und Seele**

Backflash

- 107 **Von Bären, Walen und anderen Viechern**

- 108 **Vorschau**

Impressum auf der letzten Seite

Titelbild: Quelle: supertramp8 / stock.adobe.com

Zum Beitrag: Neuroendokrinologie – Körperliche Folgen von Burnout

Die im Beitrag von Urs M. Nater [1] zitierten neuroendokrinen Befunde legen nahe, dass eine chronische Aktivierung des Stresshormonsystems mit einer Regulationsstörung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse einhergeht. Die benannten Schwierigkeiten, körperliche und psychische Symptome des als Burnout bezeichneten Erschöpfungszustandes in ein einheitliches Konstrukt zu fassen, könnten damit zu erklären sein, dass eine Beeinträchtigung dieses hormonellen Systems je nach individueller Prädisposition an verschiedenen Stellen vorliegen kann.

Die Auswirkungen von chronischem Stress (oder auch psychischer Traumatisierung) auf das hormonelle System möchte ich vergleichen mit einer langandauernden Belastung eines Skelettteiles, die zu einem Ermüdungsbruch führen kann, oder mit dem übermäßigen Konsum von Zucker über längere Zeit, der zu einer Erschöpfung der Inselzellen und damit zu einem Insulinmangel führen kann. Ein Ermüdungsbruch ist allerdings vergleichsweise leicht zu diagnostizieren, da konkret lokalisiert. Beim Diabetes mellitus stehen Laborwerte zur Verfügung, wobei hier am fließenden Übergang zwischen „normal“, gestörter Glukosetoleranz und eindeutiger Diagnose eines Diabetes mellitus schon die Schwierigkeit deutlich wird, mit der es Endokrinologen zu tun haben: Hormone funktionieren eben nicht nach einem „Alles-oder-Nichts“-Prinzip, und eine Störung des Stresshormon-Systems, die möglicherweise aus einer (akuten oder chronischen) Überforderung resultiert, ist weit weniger eindeutig zu erkennen, zumal der (teilweise) Ausfall einer der Komponenten mit hoher Wahrscheinlich-

keit durch vermehrte Aktivität mehrerer (!) anderer Anteile dieses komplexen Systems kompensiert wird.

Die Vermutung, dass übermäßiger Stress zu einer Überforderung des hormonellen Systems und damit beispielsweise auch zu einer (partiellen) Hypophysen- bzw. Nebennierenrinden-Insuffizienz führen könnte, würde die logische Schlussfolgerung nahelegen, entsprechende klinische Symptome (z. B. Stressintoleranz) mit einer Substitution der nicht mehr in ausreichendem Maße produzierten Hormone zu behandeln. Allerdings wäre, was die Nebennierenrinde angeht, hier insbesondere zur Rolle der Glukokortikoide in Abgrenzung von den Mineralokortikoiden noch weitere Forschung vonnöten [2] – zumal ein relativ hoher Spiegel von Kortisol (Hydrokortison) auch als Kompensation aus einem (z. B. genetisch disponierten) Mangel an Mineralokortikoiden resultieren könnte, ohne deren Wirkungen auf verschiedene Zielorgane vollständig ersetzen zu können.

Interessenskonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Eva Kopka

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (VT), Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch), Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie und -Beratung (SGST)

Korrespondenzadresse

Dr. med. E. Kopka

Schussental-Klinik gGmbH
 Fachklinikhaus und Rehabilitationsklinik
 für Internistische Psychosomatik und
 Psychotherapie
 Safranmoosstr. 5
 88326 Aulendorf
 eva.kopka@schussental-klinik.de

Literatur

- [1] Nater UM. Neuroendokrinologie – Körperliche Folgen von Burnout. *PiD* 2018 (3): 105–108
- [2] Kumsta R, Kliegel D, Linden M, DeRijk R, de Kloet ER. Genetic variation of the mineralocorticoid receptor gene (MR, NR3C2) is associated with a conceptual endophenotype of „CRF-hypoactivity“. *Psychoendocrinology* 2018; doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.09.036. [Epub ahead of print]

Publikationshinweis

Leserbriefe stellen nicht unbedingt die Meinung von Herausgebern oder Verlag dar. Herausgeber und Verlag behalten sich vor, Leserbriefe nicht, gekürzt oder in Auszügen zu veröffentlichen.

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0808-9253>
 PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 7–7
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 1438–7026

Antwort: Psychobiologische Interventionen bei Burnout

Ich bin für die Anmerkungen von Dr. Eva Kopka zur kürzlich erschienen Zusammenfassung der Befundlage zu neuroendokrinen Auffälligkeiten bei Burnout [1] sehr dankbar. Es werden mehrere wichtige Themen angesprochen, auf die ich kurz eingehen möchte.

Komplexität der endokrinen Stressachse

Die berichteten Befunde stellen fast ausschließlich auf Studien ab, in denen Cortisol als Endprodukt gemessen worden war. Entsprechend können aufgrund der verfügbaren Literatur v. a. Aussagen zu potenzieller Dysfunktion auf der Ebene der Nebennierenrinde gemacht werden. Ob diesen Auffälligkeiten möglicherweise Mechanismen auf anderen Ebenen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) zugrunde liegen, ist unklar. Es ist möglich, dass für den relativen Hypokortisolismus ein erhöhtes negatives Feedback z. B. auf der Ebene der Hypophyse verantwortlich sein könnte; um dies zu testen, müsste eine pharmakologische Testung anhand der Gabe eines künstlichen Glukokortikoids wie Dexamethason durchgeführt werden. Desweiteren wäre auch das Vorliegen einer erhöhten adrenokortikalen Sensitivität möglich, die mittels der Gabe von Adrenokortikotropem Hormon (ACTH) testbar wäre. Meines Wissens wurde dies bisher lediglich bei Personen durchgeführt, die Teilaspekte des Burnoutsyndroms (z. B. [2]) aufwiesen, jedoch nicht bei Personen mit einem vollumfänglichen Burnout. Selbst auf der Ebene des Hypothalamus und des vorgeschalteten limbischen Systems sind Dysfunktionen denkbar, die sich auf die restlichen Ebenen der HHNA auswirken könnten. Ich möchte jedoch noch einmal betonen, dass meine Argumentation war, dass das Burnout-Konstrukt konzeptuell zu schwach ist, um überhaupt eine sol-

che differenzielle Fragestellung untersuchbar zu machen; solange das Problem der Konstruktvalidität von Burnout und damit die Operationalisierung und Messung von Burnout nicht gelöst ist, wird es auch nicht möglich sein, distinkte biologische Auffälligkeiten zu untersuchen bzw. zu finden.

Substitution von zu wenig verfügbaren Hormonen

Es ist in der Tat nahe liegend, dass die fehlende Verfügbarkeit mittels der Gabe entsprechender Substanzen kompensiert wird. Meines Wissens wurde dies bisher bei Burnout-Patienten nicht versucht; es gibt aber einige wenige Studien beim verwandten Störungsbild des chronischen Erschöpfungssyndroms [3]. Es wurde dabei versucht, mittels Hydrokortison das ursprüngliche Gleichgewicht der HHNA wiederherzustellen. Dies war durchaus erfolgreich, da die Müdigkeit nach Gabe von Hydrokortison signifikant zurückging. Leider wurden nach ersten positiven Resultate auch eine Reihe von negativen Befunde berichtet. Nach Schwierigkeiten bei der Dosierung und teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen hat sich diese Interventionsmöglichkeit nicht etabliert. Sinnvoller erscheint es, u. a. auch weil nebenwirkungsärmer, nicht auf der Ebene der Nebennierenrinde anzusetzen, sondern auf der Ebene des Gehirns. Geht man davon aus, dass Stress ein Kernelement der Ätiologie von Burnout ist, so ist es naheliegend, dass Interventionen zum Tragen kommen, die Stress direkt angehen. Die kognitive Verhaltenstherapie, die Stressreduktion als Standardmodul in ihrem Repertoire hat, aber auch hauptsächlich auf Stressreduktion fokussierende Stressmanagement-Trainings könnten dafür geeignet sein, dass der zu Beginn der Therapie bestehende Hypokortisolismus wieder auf ein normales Niveau zurückgebracht werden kann.

Interessenskonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Urs M. Nater

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater

Universität Wien
Fakultät für Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie des
Erwachsenenalters
Liebiggasse 5
1010 Wien
urs.nater@univie.ac.at

Literatur

- [1] Nater UM. Neuroendokrinologie – Körperliche Folgen von Burnout. PiD 2018 (3): 105–108
- [2] Wolfram M, Bellingrath S, Feuerhahn N, Kudielka BM. Emotional exhaustion and overcommitment to work are differentially associated with hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis responses to a low-dose ACTH1–24 (Synacthen) and dexamethasone-CRH test in healthy school teachers. Stress 2013; 16: 54–64
- [3] Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. Jama 2001; 286: 1360–1368

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0833-4678>
PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 8–8
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438–7026

KHK und Depression: Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Deter HC et al. Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *J Psychosom Res* 2018; 113: 89–99

Die deutsche SPIRR-CAD-Studie hat untersucht, welche Risikofaktoren Frauen und Männer mit koronarer Herzerkrankung und Depression mitbringen und wie sie von Psychotherapie profitieren.

Depressionen erhöhen das Risiko für eine koronare Herzerkrankung (KHK) – und Menschen mit KHK und Depression haben eine erhöhte Sterblichkeit. Von einer Psychotherapie scheinen Patientinnen und Patienten nach bisherigen Studien auf unterschiedliche Weise zu profitieren: Bei Frauen gehen die depressiven Symptome schneller und deutlicher zurück, bei Männern sinkt die Mortalität.

In der deutschen Studie Stepwise Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD) wurde versucht, die psychotherapeutischen Effekte durch eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit psychodynamischer Therapie zu steigern. Die Ergebnisse der Studie wurden jetzt noch einmal mit Fokus auf Geschlechterunterschiede ausgewertet.

450 männliche und 120 weibliche Patienten (≤ 75 Jahre) mit KHK und leichter bis mäßiger Depression erhielten randomisiert

entweder nur die übliche Behandlung oder zusätzlich eine psychotherapeutische Studienintervention.

Frauen sind psychosozial stärker belastet

Zu Beginn der Studie war die KHK bei den männlichen Teilnehmern im Schnitt stärker ausgeprägt, während die weiblichen unter einer höheren psychosozialen Belastung litten. Patientinnen lebten häufiger allein, waren weniger gebildet, öfter arbeitslos, depressiv und erschöpft. Viele litten unter Bluthochdruck und familiärem Stress, während Männer häufiger rauchten, viel Alkohol tranken und sich ungesund ernährten. Vermutlich, schreibt die Arbeitsgruppe, können sowohl Männer als auch Frauen mit KHK depressive Symptome entwickeln – allerdings aus verschiedenen Gründen.

18 Monate später waren die Zeichen der vitalen Erschöpfung (gemessen mit einer 21-Item-Version des VE-Score) bei den Frauen in der Psychotherapie-Gruppe deutlich zurückgegangen (von durchschnittlich 29,4 auf 22,1 in der Interventionsgruppe, von 29,2 auf 25,1 in der Kontrollgruppe), während es bei Männern keine Rolle spielte, ob sie Psychotherapie erhalten hatten oder nicht (durchschnittlich 23,3 auf 21,1 in der Interventionsgruppe, 23,6 auf 19,3 in der Kontrollgruppe).

Der Gesamteffekt der Psychotherapie unterschied sich im Gegensatz zu vorangegangenen Studien hingegen nicht – beide Geschlechter verzeichneten auf der HADS Depression Scale ähnliche Veränderungen.

Gender-orientierte Therapie?

Frauen mit KHK brauchen eine spezielle gender-orientierte Interpersonelle Psychotherapie, mutmaßen die Autorinnen und Autoren der Studie. Die psychotherapeutische Intervention bei SPIRR-CAD hatte genderspezifische Belange nicht berücksichtigt; trotzdem hatten v. a. Frauen mit einem hohen Grad an Erschöpfung sehr profitiert.

FAZIT

Frauen mit KHK leiden mehr als männliche Mitpatienten unter psychosozialen Beeinträchtigungen. Dafür profitieren sie stärker von psychotherapeutischen Interventionen – in der aktuellen Studie allerdings nur in puncto Erschöpfung. Die Autorinnen und Autoren der Studie schlagen eine spezielle gender-orientierte Interpersonelle Psychotherapie vor.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Psychiatrie: Personal bietet kaum Unterstützung für Rauchstopp

Burns A et al. Prospective study of provided smoking cessation care in an inpatient psychiatric setting. J Psychosom Res 2018; 115: 24–31

Viele Menschen mit psychischen Krankheiten rauchen; der Anteil liegt höher als in der Gesamtbevölkerung. Die meisten würden gern aufhören und das ist nach Studienlage in den meisten Fällen machbar und sehr sinnvoll. Gründe genug, sie zu unterstützen – oder? Die Praxis sieht anders aus.

Eine Studie auf allen 8 Stationen für Erwachsenenpsychiatrie des St Patrick's University Hospital in Dublin fand unter bei einer Befragung von 246 Patienten 34 % Raucher. Drei Viertel von ihnen hätten gern mit dem Rauchen aufgehört, die Hälfte wünschte sich während des stationären Aufenthalts eine Beratung dazu vom Krankenhauspersonal. Die Frage, ob sie den vergangenen 12 Monaten von medizinischen Fachkräften zu einem möglichen Rauchstopp beraten worden waren, beantworteten gerade mal 13 % mit Ja – Raucher in der irischen Allgemeinbevölkerung bejahen die Frage etwa dreimal so oft. Bei 6 % der Patienten war eine entsprechende Beratung in der Krankenakte dokumentiert.

Von den 11 Befragten, die eine Beratung angaben, hatten 4 diese von Klinikpersonal erhalten (2-mal Ärzte, 2-mal Pflegepersonal), 2 der Patienten hatten ausdrücklich um die Beratung gebeten. 4 waren von ihrem Hausarzt beraten worden, 2 von Ärzten in anderen Einrichtungen, 1 von Ärzten und Pflegepersonal während eines langen stationären Aufenthalts in einer Akutklinik.

Ein Rauchstopp ist gut – und gut möglich

Das ist mager. Dabei hatte fast jegliche Maßnahme eine Wirkung: Schon die Frage, ob der Patient raucht, oder die Erzählung eines Patienten von seinem Wunsch nach einem Rauchstopp zeigten eine starke, wenn auch nicht signifikante Auswirkung auf den Erfolg einer Entwöhnung, ebenso die Verschreibung einer unterstützenden Medikation. Signifikant effektiv bei einer



Verschlechtern sich psychiatrische Symptome durch einen Rauchstopp? Im Gegenteil! (Quelle: Kirsten Oborny / Thieme Verlagsgruppe)

Erfolgskontrolle nach 3 Monaten war allerdings nur eine Beratung inkl. Erörterung verschiedener Rauchstopp-Methoden.

Die Raucher in der Studie glaubten fest daran, dass es sinnvoll sei, aufzuhören: 87 % und 95 % waren überzeugt, ihre Gesundheit würde sich dadurch kurz- bzw. langfristig verbessern. Viele hatten allerdings auch Sorge, Körpergewicht und Stress könnten in der Folge zunehmen – für die Autoren der Studie ein Hinweis, dass diese Patienten möglicherweise eine besonders sensible Unterstützung benötigen.

Erstmal das Personal schulen

(Auch) Gesundheitsprofis glauben häufig, der Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, könne die Symptome psychischer Erkrankungen verschlimmern. Studien zeigen allerdings, dass Symptome von Depression, Angst und Stress sich nach einem erfolgreichen Versuch verringern, während die Stimmung sich verbessert und die Lebensqualität zunimmt. Andere Untersuchungen belegen, dass es sich lohnt, das Personal zu schulen: Dann werden häufiger Zigarettenentwöhnungen unterstützt.

FAZIT

Studien zeigen, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen besonders profitieren, wenn sie mit dem Rauchen aufhören – inkl. Besserung der psychiatrischen Symptome. Wollen sie aufhören, sollten in ihrem Vorhaben unbedingt unterstützt werden. Zögern sie noch, kann ein Motivierungsversuch nicht schaden. Der irischen Studie zufolge gibt es beim Personal hier noch viel zu tun.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Psychotherapie: Kann Mentalisierung psychosozialen Stress reduzieren?

Hayden MC et al. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *J Clin Psychol.* 2018. doi: 10.1002/jclp.22673

Mentalisierung beschreibt allgemein die Fähigkeit, das eigene Verhalten und entsprechende Handlungen von Mitmenschen richtig einzuordnen und mithilfe mentaler Zustände zu interpretieren. Obgleich eine Verknüpfung von Mentalisierung und Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen als naheliegend gilt, fehlen bislang entsprechende Studien. Hayden und Team wollten hier eine Lücke schließen und haben eine klinische Längsschnittstudie durchgeführt.

In ihrer klinischen Längsschnittstudie wollten die Forscher v. a. die Bedeutung von Mentalisierung in Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen, der Wahrnehmung dieser Beziehungen und Verhalten untersuchen. Dazu betrachteten sie Patienten mit psychischen Störungen während und die erste Zeit nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung. Sie hatten dabei hauptsächlich 2 Fragestellungen im Sinn:

1. Wie verändern sich Marker für Mentalisierung, Symptomschwere, Bindungsverhalten und Beziehungsstress im Verlauf und nach der psychotherapeutischen Behandlung?
2. Welche Variable kann am besten die Abnahme von Beziehungsstress im Verlauf und nach der Therapie vorher-sagen?

Die Studie fand an 2 österreichischen Rehabilitationskliniken für psychische Störungen statt, geeignete Teilnehmer sollten folgende Kriterien erfüllen:

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren,
- gesicherte Diagnose einer psychischen Störung,
- Kenntnis der deutschen Sprache.

Als wichtigste Ausschlusskriterien definierten die Forscher

- eine Sprachbarriere,
- akute psychotische oder manische Episoden,
- Demenz,
- oder kognitive Beeinträchtigung.

Die Studienautoren verwendeten ein quasi-experimentelles Design und untersuchten bzw. befragten die Studienteilnehmer zu 3 unterschiedlichen Zeitpunkten:

- T0: vor Behandlungsbeginn.
- T1: am Ende der stationären Behandlung.
- T2: 6 Monate nach Klinikentlassung.

Um Mentalisierung, Beziehungsstress, Bindungsverhalten und Symptomschwere erfassen zu können, verwendeten die Forscher verschiedene Messinstrumente:

- Inventory of Interpersonal Problems – Short Circumplex (IIP-32),
- Mentalization Questionnaire (MZQ),
- Experiences in Close Relationship Scale (ECR) – short form,
- Brief Symptom Inventory (BSI).

Mentalisierung als Prädiktor

Insgesamt nahmen 89 Patienten an der Studie teil. Sie waren im Durchschnitt 44 Jahre alt, 47,2% von ihnen männlich. Die meisten Patienten litten mit 31,6% und 29,3% an einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung. Darüber hinaus waren Angststörungen mit 10,1% und somatoforme Störungen mit 14,6% die häufigsten Diagnosen.

18 Patienten schieden aus unterschiedlichen Gründen im Studienverlauf vorzeitig aus, 71 Patienten (79,8%) beendeten die Datensammlung. Für alle 3 Messzeitpunkte ergaben sich stabile Korrelationen zwi-

schen den einzelnen Variablen zwischen 0,3 und 0,6. Mentalisierung war statistisch signifikant mit allen anderen Variablen negativ korreliert. Der entsprechende Korrelationskoeffizient lag dabei jeweils zwischen -0,38 und -0,75.

Mit Ausnahme der Bindungsangst nahmen die entsprechenden Scores für alle anderen Parameter im Therapieverlauf deutlich ab. Eine Verbesserung der Mentalisierung stellte sich als starker und unabhängiger Prädiktor für die Abnahme von Beziehungsstress heraus. So reduzierte eine Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit den IIP-Score deutlich.

FAZIT

Bei Patienten mit psychischen Störungen zeigte sich in dieser Längsschnittstudie eine konstante Verbindung von Mentalisierung, Beziehungsstress, Bindungsverhalten und Symptomschwere. Da sich im Verlauf der stationären Rehabilitation alle Parameter verbesserten und sich insbesondere Mentalisierung als robuster Prädiktor für die Abnahme von Beziehungsstress herausstellte, halten die Autorinnen/Autoren letztere für ein wichtiges Element einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover